

Diagnóstico Situacional sobre a Implementação da Recomendação Opção B+ , da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP

Consultora: Helena M.M. Lima, MD, PhD



CPLP
Comunidade dos Países
de Língua Portuguesa



DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS



Organização
Pan-Americana
da Saúde

RELATÓRIO FINAL – VOLUME ÚNICO

DEZEMBRO DE 2016 – REVISTO EM ABRIL DE 2018

Apresentação

O Relatório Final *Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ nos Países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP* traz todo o percurso de pesquisa que teve início em maio de 2015 e foi concluído em dezembro de 2016.

A demanda inicial, avaliar a implementação da Opção B+ para gestantes infectadas pelo HIV, logo trouxe a questão da necessidade de se incorporar o tema da sífilis congênita; desse modo, direcionei a coleta de dados e a pesquisa bibliográfica para abarcar esses dois grandes eixos temáticos.

Ao se pensar a questão dessa modalidade de tratamento para gestantes infectadas pelo HIV, emergiram os temas de *políticas públicas, prevenção, testagem, adesão, busca ativa e coinfeções prevalentes* fizeram parte das reflexões e estudos. A logística para planejamento, aquisição, armazenamento de testes, medicamentos e insumos, os sistemas de notificação e sistematização dos agravos em cada país, as estruturas dos bancos de sangue e dos sistemas de saúde, as condições das maternidades, as Organizações Não-Governamentais parceiras, tudo compôs o leque de atenção a essas gestantes e está presente, em diferentes graus de aprofundamento, neste relatório.

Também fazem parte desse escopo a compreensão sobre os protocolos de parto e amamentação, o seguimento de recém-nascidos, as imunizações; a tuberculose, as hepatites, os transtornos mentais, a orfandade, as populações vulneráveis, as populações-chave, pois compõem a atenção a essa população.

Para organizar o pensamento e os dados da pesquisa, foram utilizados os aportes teórico-epistemológicos da Epidemiologia, da Antropologia, da Psicanálise, da Política e da Educação.

Nos oito países visitados¹ foram apresentados serviços, profissionais, instituições parceiras, rotinas, dificuldades e boas práticas, pautados por uma agenda mínima definida metodologicamente, mas cumpridas de modo exemplar. Quero agradecer pessoalmente a cada interlocutor que me acolheu de modo tão respeitoso e competente: **Cláudia Barros, Rosário Marques e Honorine Badji** em Angola; **François Figueroa, Wagner Dias, Denise Arakaki**, no Brasil; **Artur Correia e Vaneida Pina** em Cabo Verde; **David Té, Livramento de Barros e Anaximandro Menut** em Guiné Bissau; **Florentino Onitó, Ambrósio Monsuy e Evaldo Freire** na Guiné Equatorial; **Carmen Suaze** em Moçambique; **Antonio Diniz, Tereza Melo e Joana Bettencourt** em Portugal; **Marta Neves Vrox, Paulina Alcântara e Carlos Considera** em São Tomé e Príncipe. Cada uma dessas pessoas dedicou seu tempo, seu conhecimento, seu dia de trabalho para me apresentar às pessoas e às práticas que fazem a diferença em seus respectivos países. Pensaram sobre as próprias práticas, apresentaram pessoas próximas, acompanharam pessoalmente a evolução desta pesquisa. Minha gratidão e amizade a esses interlocutores!

Considero minha missão cumprida e desejo fortemente que todo o trabalho tenha aproveitamento, divulgação, apropriação por parte dos gestores, profissionais de saúde, parceiros de Organizações Não-Governamentais e que de fato as melhorias sugeridas cheguem a quem mais importa neste projeto: as gestantes infectadas pelo HIV e/ou com sífilis, suas parcerias, seus filhos.

Com a clareza dos limites do estudo, inerentes ao exíguo tempo em campo e às diferentes linhas de leitura, interpretação e seleção dos fatos considerados relevantes, penso neste relatório como um instrumento no qual, *a partir dele*, sejam dados vários pontapés iniciais na integração de saberes das diferentes áreas abordadas.

¹ Não houve pesquisa de campo no Timor-Leste.

Considerando-se que um Banco de Dados não se esgota na realização de um único estudo, por mais extenso que seja, o objetivo inicial foi alcançado, o Diagnóstico está feito. E com ele, a construção de um rico e complexo banco de dados, apresentado nas bibliografias minuciosamente elencadas ao final de cada resultado parcial, por país. O presente relatório, em volume único, está disponível em versão digital e versão impressa. Foi elaborada também uma versão digital em três volumes para facilidade de divulgação, consulta e acesso.

Ciente das tantas limitações e imperfeições de um trabalho desse porte, agradeço antecipadamente a toda contribuição que puderem e quiserem fazer. Após as visitas de campo, leituras e reflexões, começava a sistematizar *como seria um fluxo típico de uma gestante naquele país? E de uma gestante com HIV, aids ou sífilis?*, para nortejar o Diagnóstico. O que caracteriza o *sofrimento* dos pacientes, dos cuidadores, dos gestores? E o *reconhecimento deste sofrimento*? Foram tão distintas quanto fascinantes as respostas – que geraram novas perguntas e assim se faz Ciência...

Quero agradecer nominalmente às pessoas que foram imprescindíveis nesse processo de trabalho, reflexão e produção que envolveu oito países, dez cidades e três continentes (lembrando que não houve o campo Timor-Leste). Todos contribuíram com ideias, explicações, materiais, ânimo, inspiração, exemplos e confiança no meu trabalho:

- **Dr. Fábio Caldas de Mesquita**, entusiasta das inovações e direitos humanos, do SUS, que pensou em meu nome para essa tarefa;
- **Tatiana Alencar**, que incentivou e cuidou dos trâmites iniciais;
- **Dra. Adele Benzaken**, que iluminou as ideias sobre pontos essenciais da Transmissão Vertical compartilhando generosamente sua experiência em Cuba, além do modelo inicial para elaboração do relatório final;
- **Dra. Maria Clara Gianna**, que com a amizade e o carinho únicos, me ajudou a compreender o que de fato era a Opção B+ e o que seria importante avaliar no estudo, além do suporte concreto além-mar;
- **Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker**, que em sua supervisão voluntária aproximou a Psicanálise da Saúde Pública de modo apaixonante;
- **Paulo Lima**, do Itamaraty, que me esclareceu e trouxe apoio incondicional durante todo o projeto;
- **Cristina Raposo**, atual diretora da Aids Healthcare Foundation, por todo incentivo, quando ainda estava como chefe da Assessoria de Comunicação Internacional (ACI)
- **Juliana Givisiez** e equipe,

e o agradecimento mais profundo e especial a todos os entrevistados e profissionais que cederam seu tempo, bem tão precioso da contemporaneidade, para falar comigo. Que a leitura contribua!

Muito obrigada!

São Paulo, Dezembro de 2016.

Helena Maria Medeiros Lima.

*Dedico este trabalho à **Luiza Matida**, que desde sempre entendeu a complexidade e a relevância desse tema, inspirando a todos nós.*

Ao meu Pai, Marivaldo Medeiros Lima.

À todas as mulheres que, ao procurarem um serviço de saúde para saber se estavam grávidas, descobriram também que estavam com HIV, sífilis, tuberculose, hepatites... e lutaram por suas vidas e pelas vidas de seus filhos.

A todos os profissionais de saúde, praticantes de Medicina Tradicional, ativistas de Organizações Não-Governamentais, gestores, consultores que, incansáveis em suas missões e superando incontáveis dificuldades para cuidar das pessoas doentes, persistem.

ÍNDICE GERAL – VOLUME ÚNICO

Tema	Página
Apresentação	
I. Introdução	6
Aids, Sífilis Congênita, Opção B+	7
Transmissão Vertical	8
II. Organograma: Instituições Envolvidas no Projeto	9
2.1 Ministério das Relações Exteriores - ABC - Agência Brasileira de Cooperação	9
2.2. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS	10
2.3. Ministério da Saúde do Brasil	10
III. Construção do Diagnóstico Situacional - Metodologia	11
A metodologia RARE no Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+	14
Etapas da Construção do Diagnóstico Situacional	
1. Leituras e Levantamento bibliográfico	16
2. Visitas de Campo	17
3. Análise do material e elaboração do Relatório Final	18
a) Relatórios Parciais por país	20
b) Relatório Final	21
IV. Cronograma	22
V. RESULTADOS	
Fluxograma para estudos em Transmissão Vertical	23
1. Angola	24
Conclusões e Recomendações	65
2. Brasil	69
Conclusões e Recomendações	209
3. Cabo Verde	210
Conclusões e Recomendações	271
4. Guiné-Bissau	272
Conclusões e Recomendações	337
5. Guiné Equatorial	338
Conclusões e Recomendações	378
6. Moçambique	379
Conclusões e Recomendações	452
7. Portugal	453
Conclusões e Recomendações	539
8. São Tomé e Príncipe	540
Conclusões e Recomendações	606
9. Timor-Leste	607
Conclusões e Recomendações	615
VI. Conclusões e Recomendações Gerais	616
VII. Bibliografias	617
VIII. Lista dos Participantes, Cargos e Respectivas Instituições – Visitas de Campo	637

I. Introdução

O presente relatório refere-se ao Diagnóstico Situacional da Opção B+ e sífilis congênita nos Países de Língua Portuguesa, membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), realizado entre maio de 2015 e agosto de 2016 pela consultora Helena Lima².

A CPLP foi criada em 17 de julho de 1996, reunindo Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Em 20 de maio de 2002, com a conquista de sua independência, Timor-Leste tornou-se o oitavo país-membro e, em 2014, a Guiné Equatorial completou os nove países que hoje compõem a CPLP. Assume-se como novo projeto político, cujo fundamento é a Língua Portuguesa, vínculo histórico e patrimônio comum dos Nove países.

A Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência adquirida – RIDES IST/VIH/SIDA – foi criada durante o III Congresso de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP, realizado em Lisboa, em março de 2010.

Esta rede se insere no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde – PECS (2009-2016) da CPLP, com objetivo de promover o fortalecimento das respostas dos programas nacionais dos Estados-Membros por meio da cooperação técnica e concertação política. O PECS foi elaborado para coordenar e institucionalizar a cooperação setorial em saúde, a partir do fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados-Membros, procurando assegurar a garantia ao acesso universal e cuidados de saúde de qualidade.

Este projeto é parte integrante do plano de trabalho voltado para a eliminação da transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da sífilis congênita para o quadriênio 2013-2016, elaborado em Cabo Verde em outubro de 2013, na I Reunião da RIDES/CPLP-IST/VIH Sida. Nesta reunião, o Brasil - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde - foi eleito Secretariado Executivo da RIDES para o quadriênio mencionado. A meta seria o cumprimento aos Objetivos do Milênio (ODM) de números (4), redução da mortalidade infantil; (5), melhoria da saúde materna e (6) auxílio para redução da disseminação do HIV, malária e outras doenças.

Ficou acordada como uma das prioridades a realização de um diagnóstico situacional da implementação da Opção B+ e sífilis congênita, com contratação de consultoria externa, sob responsabilidade do Brasil.

As questões principais para nortear o diagnóstico são: como está a implementação das recomendações da Opção B+ para tratamento a gestantes HIV+ em cada país? Quais os obstáculos e possibilidades, quais as recomendações para o protocolo B+ em cada local?

² Helena Maria Medeiros Lima, PhD em Saúde Pública, Pós-Doutora em Educação, Mestre em Psicologia Social, Bióloga, Psicóloga e Consultora.

Este diagnóstico situacional tem como finalidade apresentar a situação da Opção B+ e da sífilis congênita em cada país-membro, apontando recomendações voltadas para a eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis congênita em Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Timor-Leste em função de suas conjunturas políticas e sociais, não foi incluída nas visitas de campo até setembro de 2016 e os únicos dados oficiais disponíveis estão aqui apresentados.

Aids, Sífilis Congênita, Opção B+

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma doença crônica, descoberta nos anos 1980 e que hoje afeta 36,7 milhões de pessoas em todo o mundo³, com 2,1 milhões de novas infecções por ano (5700 por dia) e 1,1 milhões de mortes relatadas em 2015. São 17 milhões de pessoas em tratamento em todo o mundo. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é transmitido pelo sangue, leite materno, secreções sexuais (sêmen, esmegma) e ataca diretamente o sistema imunológico da pessoa, que fica vulnerável a quaisquer outros microorganismos. É uma doença que tem tratamento, mas não tem cura. No Brasil, são 830.000 pessoas vivendo com HIV e aids, sendo o tratamento médico oferecido pelo Sistema Único de Saúde - SUS desde 1996⁴.

Os tratamentos clínicos tiveram início com a zidovudina (AZT), medicamento antes utilizado para tratamento de câncer. Mesmo com muitos efeitos colaterais graves, como anemia profunda e alterações gástricas, ainda é um tratamento importante para gestantes HIV+ na hora do parto e seus filhos recém-nascidos.

O desenvolvimento dos remédios para tratamento de gestantes infectadas pelo HIV é uma área estratégica, com investimentos financeiros maciços, e periodicamente são lançados os Protocolos Clínicos em função das descobertas farmacêuticas e ensaios clínicos para aprovação de eficiência e eficácia.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) é referência mundial para a administração dos esquemas clínicos de escolha, especificando as diretrizes nos *Guidelines*⁵.

Até 2015, a administração dos medicamentos dependia de valores padronizados de glóbulos brancos (CD4), além da confirmação da sorologia positiva para HIV⁶.

O primeiro tratamento proposto para as gestantes HIV+ foi a chamada *Opção A*, em que se preconizava a administração de antirretrovirais⁷ durante o pré-natal e durante o parto. Caso a contagem de CD4 fosse < 350, indicação de tratamento para todo o resto da vida.

³ <http://aidsinfo.unaids.org>. Acesso em 07 de agosto de 2016.

⁴ <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50028-tratamentos-para-aids>. Acesso em 07 de agosto de 2016.

⁵ *Pregnant update - Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Executive summary, april 2012, WHO.

⁶ Mnyani, Coceka Nandipha - *Overview of Options A, B and B+ for Prevention Mother-to-Child Transmission*. Paper, 28 november, 2012. USAID, Pefar, Anova Health Institute.

⁷ AZT, Nevirapina (sdNVP), Tenofovir (TDF), para contagem de CD4 > 350. Nevirapina aplicada à criança. Com o CD4 muito baixo, < 350, indicação de terapia para o resto da vida.

Com os avanços nas pesquisas, a *Opção B* preconiza que todas as mulheres grávidas infectadas pelo HIV fossem medicadas, independentemente da contagem de CD4 - com a possibilidade de encerramento da medicação após o parto, ou após a amamentação.

Em 2012 surge a *Opção B+*, com indicação de tratamento antirretroviral para toda a vida, para todas as grávidas infectadas pelo HIV, independentemente da contagem de CD4. Uma vez iniciado o tratamento, seria seguido por toda a vida.

Essa opção tem duas implicações importantes em termos da história da epidemia, o chamado "tratamento como prevenção": (1) Proteção contra a transmissão vertical do HIV em gestações futuras; (2) Proteção dos parceiros soronegativos para HIV nos casais sorodiscordantes.

As Opções B e B+ tem o mesmo regime para profilaxia e tratamento, tem início sem necessitar de contagem de CD4, porém na opção B existe a possibilidade de encerrar o tratamento após o parto e na opção B+ o tratamento será vitalício.

Transmissão Vertical

Em 2011, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), Organização Mundial da Saúde e outros parceiros lançaram o *Plano Global para a eliminação de novas infecções pelo HIV em crianças até 2015, mantendo suas mães vivas*.

Com a implementação da Opção B+, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids⁸, UNAIDS também preconizou os critérios para eliminação da transmissão vertical do HIV em países que tivessem, pelo menos por um ano (indicadores de impacto): Novas infecções pediátricas do HIV devido à transmissão vertical ser menor que 50 casos por 100 mil nascidos vivos; A taxa de transmissão vertical do HIV ser menor que 5% em populações que amamentam ou menos de 2% em populações que não amamentam.

Indicadores de processo - devem ser atendidos por pelo menos 2 anos: mais de 95% das mulheres grávidas, tanto as que conhecem quanto as que desconhecem seu estado sorológico para o HIV, tenham tido pelo menos uma consulta pré-natal; mais de 95% das mulheres grávidas conheçam seu estado sorológico para HIV⁹; mais de 95% das mulheres grávidas soropositivas recebam medicamentos antirretrovirais.

Para *Sífilis*, os indicadores de impacto, que devem ser atendidos por pelo menos um ano: são a taxa de transmissão vertical de sífilis menor que 50 casos por 100 mil nascidos vivos. Os indicadores de Processo, que devem ser atendidos por pelo menos dois anos são (1) Mais de 95% das mulheres grávidas tenham tido pelo menos uma consulta pré-natal; (2) Mais de 95% das mulheres grávidas testadas para sífilis; (3) Mais de 95% das mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis recebendo tratamento (4) Alcançar 90% da redução das infecções entre as crianças. **O único país no mundo a conseguir esses índices, até o ano de 2016⁹ foi Cuba.**

⁸ <https://nacoesunidas.org/agencia/unaid/>

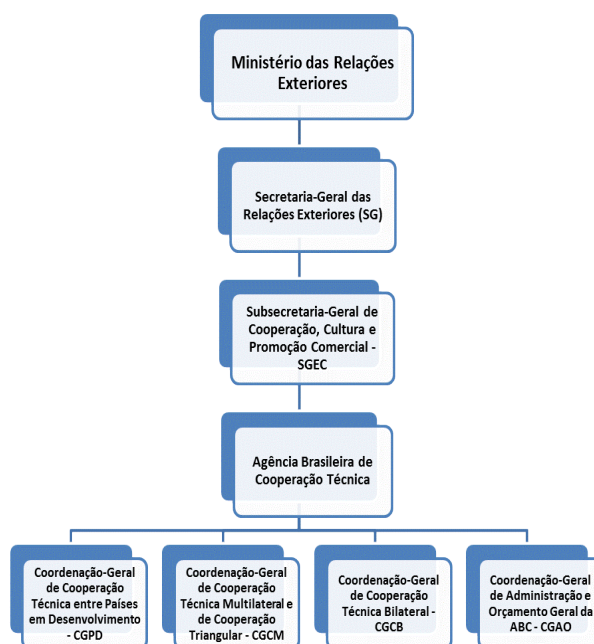
⁹ <http://unaid.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba/>

II. Organograma: Instituições Envolvidas no Projeto

Foram três as instituições a participar diretamente da realização do projeto, fornecendo transporte, infraestrutura, apoio técnico e logístico, realizando os contatos por telefone e e-mail para organização das agendas locais:

2.1. Ministério das Relações Exteriores - ABC - Agência Brasileira de Cooperação

O Ministério das Relações Exteriores, junto a Assessoria Internacional do Ministério da Saúde e a Assessoria de Comunicação Internacional do Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais, teve uma participação imprescindível na realização do Diagnóstico. Desde o fornecimento do Passaporte Oficial, para redução de custos com vistos, até a logística operacional em cada país, o suporte do Itamaraty foi essencial.



Quadro 1. Organograma do Ministério das Relações Exteriores do Brasil, 2015. Fonte: Itamaraty, 2016.

Em todos os países, a Consultora foi recebida e apoiada pelas respectivas Embaixadas e Embaixadores, desde a chegada nos aeroportos, transporte e apoio para realização das visitas de campo e entrevistas, até a partida.

Em cada país foi realizada uma reunião inicial para apresentação do projeto e uma reunião ao final do campo para avaliação dos dados preliminares obtidos, principais achados e questões de ordem técnica.

Cooperação com países de língua portuguesa

Tendo em conta a prioridade do Governo brasileiro às relações com os países de língua oficial portuguesa, o programa desenvolvido pela Agência com esses países responde por cerca de 53,5% dos recursos dedicados à Gerência de África, Ásia e Oceania e por 37,6% do total dos recursos executados na Agência.

Outras iniciativas que também merecem destaque: (i) o apoio brasileiro à consecução e à estruturação de programas similares ao programa nacional "Minha Casa, Minha Vida" em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe; (ii) o apoio oferecido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a Cabo Verde e a São Tomé e Príncipe para realização do censo demográfico em ambos os países; (iii) o projeto trilateral desenvolvido com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC, na Guiné-Bissau, cuja agência executora brasileira é a Polícia Federal e visa ao estabelecimento de um Centro de Formação das Forças de Segurança no país.

Ainda em Bissau, ressalta-se ademais, a implantação de uma Escola para Jovens Lideranças, projeto executado pelo Ministério da Educação, em parceria com ONGs brasileiras e com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, cujo objetivo visa ao fortalecimento de lideranças locais, o desenvolvimento comunitário e a promoção de educação integral para crianças e jovens da comunidade do Bairro de São Paulo, localizada no município da Cidade de Bissau;

(iv) na Embaixada de São Tomé e Príncipe, realização de atividades culturais no (único) cinema da capital, incluindo ações de prevenção às DST/Aids e outros temas relevantes para a juventude local. O Projeto de Apoio ao Desenvolvimento na Produção de Artesanato e o Projeto de Capoeira também merecem destaque.

A ABC foi responsável, junto ao Ministério da Saúde do Brasil, pela intermediação com os interlocutores locais nos oito países que compuseram o campo, apoio na organização da hospedagem e no cotidiano do campo. Imprescindível suporte.

2.2. Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) foi responsável pela contratação da consultora, análise de documentos, termos de referência e contrato, emissão de passagens aéreas, pagamento de diárias e apoio logístico-operacional. A seleção da consultora foi realizada em maio de 2015, no Brasil, sendo o contrato assinado com a OPAS em junho de 2015. Foram realizadas reuniões presenciais e teleconferências com os interlocutores para definir a agenda de campo e organizar os aspectos logísticos nos países visitados.

Sendo a consultoria “modalidade produto”, a OPAS foi responsável pela organização e recepção dos quatro produtos principais e o produto suplementar que fundamentam este Diagnóstico.

2.3. Ministério da Saúde do Brasil

O Ministério da Saúde do Brasil é o órgão do Poder Executivo com função de *oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde*¹⁰.

¹⁰ <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>. Acesso em 25/09/2016.

A estrutura central é composta por sete secretarias¹¹ responsáveis pela elaboração e implementação de políticas de saúde – são as executoras das atividades. Além das sete secretarias, as outras unidades que compõem o Ministério são o Gabinete do Ministro e a Consultoria Jurídica. Além dessa estrutura, o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar são órgãos permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde.

Este projeto está vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, em que estão as coordenações gerais dos Programas Nacionais de Tuberculose, Dengue, Malária, Doenças Transmissíveis, Zoonoses, Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV). Para a realização do Diagnóstico Situacional houve participação dos setores:

a) Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA): uma das responsáveis pela intermediação da consultora com os profissionais dos Ministérios da Saúde dos respectivos países, articulação com Agência Brasileira de Cooperação, OPAS e DDAHV.

b) Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV): na estrutura do Departamento, especificamente a Assessoria de Comunicação Internacional (ACI) realizou, junto à AISA e à ABC, toda a articulação política e técnica para organização das agendas locais, além de acompanhar algumas das visitas de campo.

III. Construção do Diagnóstico Situacional - Metodologia

A construção do Diagnóstico compreendeu os estudos bibliográficos, as visitas de campo, os estudos pós-campo para análise dos dados, reuniões, supervisões, interlocução com os pontos focais dos países e redação do relatório final. Desde a contratação da consultora até a entrega do relatório final foram realizadas cerca de vinte e cinco reuniões com os diversos interlocutores: OPAS, AISA, DIAHV, ABC¹².

Foram reuniões presenciais e por teleconferência (telefone ou Skype) para discussão de termos contratuais, detalhamentos logísticos, realização das agendas, temas específicos culturais e epidemiológicos.

Também eram tratados o planejamento das datas para visita de campo, refinamento da programação e ajustes nas agendas internacionais. No retorno de cada visita, novas reuniões eram realizadas para avaliação geral e resolução de possíveis pendências¹³.

Além das reuniões com os interlocutores no Brasil, foram realizadas conversas por Skype e Messenger com profissionais de diversos países, para ajustes na formatação final dos dados para o presente relatório. O projeto inicial, com duração prevista de um ano, não trazia o Brasil nem a Guiné Equatorial como campos para coleta de dados.

¹¹ As sete secretarias são: (1) Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), (2) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), em que estão os departamentos de Atenção Especializada, (3) Secretaria Executiva, (4) Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), (5) Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES), (6) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e (7) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

¹² Do DIAHV: Tatiana Alencar, Renato Chuster, Spephanie Sabarense, Mauro Figueiredo, Juliana Givisiez, Josi Paz. Da AISA: Luciano Ávila Queiroz, Isaac Vergne. Da ABC: Paulo Lima, Marcelo Soares. Da OPAS: Daniele Papa, Francisco Duylio Melo.

¹³ Interessante observar que, assim como em alguns outros países visitados, a gestão federal em aids passa por uma alta rotatividade de seus assessores, sendo que uma pesquisa com longa duração como esta passou por vários interlocutores de um mesmo departamento.

O Brasil foi incluído imediatamente na assinatura do contrato, porém apenas com o campo “Brasília. Num segundo momento, foram incluídos os campos “Recife” e “Curitiba”, como parâmetros comparativos em função dos índices de transmissão vertical apresentados. A Guiné Equatorial foi incluída no final de 2015, e a visita de campo realizada em abril de 2016.

A Escolha da Metodologia

Considerando-se o tempo exíguo em campo, a necessidade de grande volume de dados a serem coletados, a possibilidade escassa de interlocução (consultora única), considerou-se como metodologia mais pertinente a metodologia de Rápido Acesso, Resposta e Avaliação (em inglês, Rapid Assessment, Response and Evaluation, RARE).

A metodologia de Rapid Assessment, Response and Evaluation (RARE) compreende aspectos etnográficos e aplicação de métodos qualitativos para estudos e pesquisas na área de saúde. Foi desenvolvido nos anos 2000 pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta/ EUA e implementado em diversos países como metodologia de baixo custo e alta efetividade para campos de pesquisa considerados novos, complexos, com temas multideterminados e cuja resposta social necessite de bases quali-quantitativas¹⁴.

RARE é considerada um instrumento para compreensão nas dinâmicas sociais implícitas na epidemia de HIV/Aids, em particular nas comunidades de alto risco de infecção pelo HIV (NEEDLE, 2002). Permite a identificação de fatores que influenciam o acesso ao tratamento e serviços em comunidades em risco e com alta vulnerabilidade à infecção do HIV e permite que em pouco tempo sejam obtidos dados relevantes sobre os temas em pesquisa. A agilidade da obtenção dos dados de campo é decorrente do preparo prévio ao campo, levantamento bibliográfico e estudo aprofundado das dinâmicas locais na perspectiva da produção científica.

Os projetos com Rapid Assessment (Rápido Acesso) estão se expandindo nas áreas de saúde pública, políticas, planejamento e desenvolvimento de programas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Inicialmente os estudos tinham como foco "rápido e ágil", para se coletar dados como instrumento para percepção do desenvolvimento de mudanças nas estratégias de intervenção, estrutura das comunidades e redes sociais de apoio, avaliação de programas e decisões políticas¹⁵.

Na metodologia RARE existe o compromisso explícito, desde o planejamento inicial, de devolutiva para os gestores e participantes-chave do processo. Dados coletados são analisados à luz das especificidades socioculturais, resguardados os limites éticos e necessidades prementes de cada participante.

O desenho metodológico foi-se aprimorando, e foi adotado pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos em 1999 e apresenta-se como um modelo para estudos específicos em saúde pública em geral, HIV/Aids em particular com eficácia e relevância inequívocos.

¹⁴ NEEDLE, 2002.

¹⁵ NEEDLE, 2014.

No Brasil, foi desenvolvido nos anos de 2002 a 2005 um grande estudo multicêntrico, coordenado pela então Coordenação Nacional de DST/Aids, em parceria com o CDC, com foco no empoderamento e capacitação de ONG/Aids que trabalhavam com populações vulneráveis. Participaram do estudo os estados do Acre, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com capacitação para todas as ONG participantes, devolutivas regionais em nível municipal e estadual e acesso a dados relevantes sobre as populações de profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, caminhoneiros e usuárias de crack. Também foi utilizada em estudos sobre adesão ao tratamento de aids por populações com coinfeção por tuberculose e usuários de drogas¹⁶.

Esse instrumento de pesquisa procura acessar as complexas influências nas decisões e comportamentos em saúde, em especial quando as dinâmicas não estão bem compreendidas.

O espaço entre a compreensão, as múltiplas etiologias, as crenças, as determinações para adoção de um comportamento ou outro, decisões relevantes na adesão aos tratamentos (e porque não dizer à prevenção?), esse espaço é trabalhado na medida em que os dados são obtidos, analisados e reportados a quem de direito.

A estratégia para coleta de dados compreende cinco componentes: (1) Pequenos surveys; (2) Entrevistas com populações-chave e especialistas; (3) Grupos Focais; (4) Observações Diretas no campo; (5) Geomapeamento. A sequência dessas etapas pode ter alterações de logística por conta dos dados obtidos.

Como a metodologia RARE compreende a aplicação de métodos da antropologia para se investigar problemas de saúde específicos, e sendo os países da CPLP heterogêneos em relação às nuances culturais, foi considerada a mais adequada à realização do Diagnóstico Situacional.

As técnicas são utilizadas em curto prazo de tempo e com grande aprofundamento temático, e por isso são associadas com antropologia e etnografia. Também em relação às questões éticas, ao respeito para com os entrevistados e participantes, o não-julgamento, a metodologia tem como referência paradigmática os estudos antropológicos.

Permite uma compreensão aprofundada dos fatores que estão associados com questões específicas de saúde, e pode permitir a aproximação da comunidade aos gestores em prazo de tempo bastante curto em relação a outras abordagens. A obtenção dos dados de campo pode ser realizada em períodos de três dias a uma semana de imersão, o que reduz custos e maximiza efetividade na coleta de dados. A análise de dados começa com a primeira observação e o primeiro mapeamento.

Em resumo, a escolha da metodologia teve como base a necessidade de amplo e profundo levantamento sobre determinado tema em curto prazo de tempo, a complexidade e heterogeneidade dos países envolvidos, a complexidade do tema da transmissão vertical de VIH e sífilis congênita e, finalmente, considerando o período designado para a pesquisa - junho de 2015 a março de 2016 - com uma única consultora.

¹⁶ Lima, 2012.

A metodologia RARE no Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+

Sendo um trabalho de diagnóstico rápido, foi escolhida a metodologia Rapid Assessment, Response and Evaluation (RARE)¹⁷, que inclui elementos de pesquisa etnográfica, avaliação de consensos, crenças e contradições, sendo entrevistados gestores dos diferentes níveis, gestores de instituições parceiras, usuários e profissionais de saúde, com o compromisso de uma devolutiva aos gestores sobre os dados coletados e analisados em campo, para que sejam fornecidos subsídios para a formulação de políticas públicas.

Em função da parceria com o Ministério das Relações Exteriores e do setor de Relações Internacionais do Ministério da Saúde, para cada campo foi definido que haveria uma apresentação geral à Embaixada do Brasil na chegada e ao término das Missões.

- **Escolha dos Campos:** foram definidos como campos de estudo as capitais dos países participantes da CPLP, por abrigarem as sedes dos respectivos Ministérios da Saúde e Institutos de luta contra sida e todo aparelho governamental de gestão federal da resposta à epidemia. Foram definidos, portanto: (1) Angola – Luanda, (2) Brasil – Brasília, (3) Cabo Verde – Praia, (4) Guiné Bissau – Bissau, (5) Guiné Equatorial – Malabo, (6) Moçambique -Maputo, (7) Portugal – Lisboa, (8) São Tomé e Príncipe – São Tomé e (9) Timor-Leste – Díli. O campo do Brasil foi subdividido em Curitiba (“Padrão A”) e Recife (“Padrão B”) para aprofundamento da análise do tema.

- **Levantamento bibliográfico:** análise global de todo o material publicado e disponibilizado por internet, tanto dos governos como das organizações não-governamentais de cada país que apresentam relação com a resposta nacional às epidemias de HIV/Aids e sífilis congênita. Os documentos oficiais que foram solicitados em cada país e entregues, como o Plano Nacional de Resposta à epidemia de HIV e sífilis, Boletins ou dados epidemiológicos, materiais de divulgação dos serviços, materiais de prevenção e outros materiais e dados considerados relevantes pelos próprios gestores e participantes de cada país foram utilizados.

- **Entrevistas com chefes dos respectivos programas de aids, laboratórios e parceiros:** necessárias para compreensão da logística dos testes, insumos, disponibilização, quantificação, planejamento, monitoramento, avaliação, prevenção, interface com ONG, estratégias bem-sucedidas e dificuldades do programa. Além disso, a compreensão do fluxo cotidiano das ações de resposta à epidemia entre as gestantes naquela região do país e possíveis comparações com outras regiões do país – e comparação com outros países das cercanias e da CPLP.

- **Visitas a serviços públicos de saúde que atendem pacientes com aids, gestantes em particular:** ao menos dois serviços, escolhidos e definidos pelos interlocutores locais.

- **Visita a Organização Não-Governamental Parceira, líder religioso ou associação de Tradicionais:** que lidassem diretamente com gestantes HIV+ e crianças, para compreensão do papel na resposta nacional e suas possibilidades e limites nos respectivos contextos.

¹⁷ NEEDLE, Richard & TROTTER III, Robert. *Rapid Assessment, Response and Evaluation*. Atlanta: Centers for Disease Control, 2002.

O crescente papel dos líderes religiosos e dos Profissionais da Medicina Tradicional – curandeiros, padres, pastores, rabinos, etc. – na atenção aos pacientes com HIV e aids, sua inequívoca participação na cultura social são inestimáveis para se compreender e pensar estratégias de desconstrução do estigma e incentivo às práticas preventivas em saúde.

Resumo da Agenda Mínima de visitas por país/ campo:

- Departamento Nacional de DST/Aids
- Coordenações Estaduais (Distritais) e Municipais de programas de saúde, vigilância, epidemiologia
- Organizações Internacionais parceiras: Unesco, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), etc.
- Hospitais e Maternidades de referência para atenção às gestantes HIV+
- Centros de Saúde Reprodutiva ou ONG parceiras dos programas de aids
- Laboratórios que provêm os testes de HIV e/ou sífilis a nível regional e nacional
- Líderes religiosos, médicos tradicionais (nos países africanos) e instituições parceiras
- Coordenadores de Departamentos e programas relacionados a saúde materno-infantil

Todas as pessoas entrevistadas assinaram uma lista de presença, e seus nomes, cargos e instituições estão elencadas neste documento no item 10.

- **Compromisso de relatório por país:** em cada visita, foram coletados os e-mails e telefones dos entrevistados, com disponibilização dos mesmos dados da pesquisadora, para comunicação futura e envio do relatório parcial por país, antes da realização da Oficina de Validação.

Limites do Estudo

Neste projeto, os limites foram de diversas ordens: realização dos estudos apenas nas capitais (exceto no Brasil), tempo exíguo para realização das entrevistas em alguns campos, em função de intempéries (furacão em final de agosto de 2015 na costa africana) e em alguns casos a falta de privacidade entre entrevistador e entrevistado, que com a presença do gestor federal ou mesmo do representante do Ministério da Saúde do Brasil, sentia-se intimidado. Esse foi um ponto de vulnerabilidade do estudo, pois em várias situações a comunicação pós-entrevista trouxe dados mais relevantes e significativos do que as entrevistas presenciais, dada a privacidade.

Os dados foram coletados entre agosto de 2015 e julho de 2016. Em setembro e outubro de 2016 os relatórios parciais foram enviados a todos os responsáveis (pontos-focais) dos países para atualização e validação dos dados. A colaboração das pessoas foi inestimável, porém os dados precisam ser vistos nessa perspectiva.

Outro limite deve-se à coleta dos Planos Nacionais e alguns dados epidemiológicos específicos: em alguns campos foi ajustado verbalmente o envio dos mesmos por e-mail após a visita de campo, o que acabou não acontecendo, mesmo mediante diversas solicitações.

O limite do idioma também é importante: embora todos os países tenham como Idioma Oficial o Português, muitos documentos oficiais relevantes estavam em inglês, francês ou espanhol. Na Guiné Equatorial, todas as reuniões foram realizadas em espanhol, posto que a entrada do país na Comunidade de Países de Língua Portuguesa é recente.

Porém, o limite mais severo, deveu-se à não-inclusão de *gestantes com HIV e aids* no escopo dos entrevistados. Mesmo com a solicitação por parte da consultora para que fossem incluídas as principais interessadas nos resultados do estudo, não foi autorizado por alguns interlocutores do projeto, alegando *impossibilidades éticas*. Porém, essas impossibilidades não foram formalizadas ou explicadas.

O discurso é constitutivo e imprescindível para a construção de políticas públicas igualitárias e efetivamente direcionadas a quem delas necessita. Compreender o discurso “traduzido” pelos profissionais de saúde, ativistas e gestores é um viés importante num estudo qualitativo, e precisa ser compreendido nessa ótica. Sem dúvida seria viável ter conseguido, em cada país, autorização para entrevistar gestantes mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantia de anonimato das entrevistadas e demais critérios de não-maleficência que a Ética em Pesquisa explicita.

Etapas da Construção do Diagnóstico Situacional

1. Leituras e Levantamento bibliográfico

A primeira etapa compreendeu o extenso e aprofundado levantamento bibliográfico do tema em questão, utilizando não apenas as referências convencionais, mas - em particular no Brasil - fazendo uso, quando e se necessário, da Lei de Acesso à Informação.

Foram realizadas pesquisas bibliográficas procurando abranger **todos** os descritores relativos aos temas tratados, em formulários simples e avançados, com observância de obtenção de imagens que sejam classificadas como "sem restrições" ao uso. Iniciou-se a pesquisa pelas fontes de dados públicos, com delimitações temporais explicitadas na análise dos dados, buscando sempre os dados mais atuais possíveis.

Os dados então foram "raspados", ou seja, eliminadas repetições, imprecisões, sendo selecionados os artigos, papers, teses, dissertações, livros e demais modalidades de apresentação reconhecidas pela comunidade científica, que têm relevância para a fundamentação e análise dos temas abordados.

Os relatórios com os resultados parciais foram enviados aos pontos-focais de cada país, para confirmação dos dados e após a validação, reenviados para a última verificação e anuência. Todas as observações, acréscimos e dúvidas dos pontos focais foram esclarecidas, todos os dados atualizados e o intercâmbio foi extremamente profícuo.

Em cada país foi realizado intercâmbio de referências bibliográficas, artigos, e foi cedido aos pontos focais o livro de minha autoria sobre *Adesão ao tratamento por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*.

2. Visitas de Campo

Foram programadas oito visitas às capitais de cada um dos países participantes¹⁸; ainda na perspectiva da metodologia RARE e após a reunião com gestores do DIAHV em Brasília em fevereiro de 2016, decidiu-se que a pesquisa no Brasil seria desdobrada para além da capital do país: dois outros campos, Recife e Curitiba, foram incluídos.

Cada visita foi programada para o período de três a cinco dias úteis, de acordo com a agenda mínima estruturada metodologicamente para realização de mapeamentos, observações e realização de entrevistas e grupos focais.

Nessa agenda mínima estariam, além da apresentação da pesquisa aos Embaixadores de cada país, entrevistas e/ou grupos focais com gestores federais, gestores dos serviços, líderes religiosos, coordenadores de ONG parceiras e outros, realização de visitas aos serviços e um tempo inicialmente “livre” para avaliação do campo e realização de entrevistas ou visitas que porventura não pudessem ter sido realizadas como planejado.

O geomapeamento com observação do campo, na metodologia RARE, é uma etapa imprescindível: compreende o minucioso estudo de como se dá um "dia típico" do campo a ser estudado. Como as relações são formalizadas e como ocorrem no cotidiano? De que modo a rotina do local interfere no objeto de estudo? Quais os fatores nomeados como relevantes e quais os observados como tal?

O mapeamento consiste numa série de croquis dos locais, com indicações dos fluxos de pessoas, relações, dinâmicas, com objetivo essencial de compreender as relações, pontos fracos e pontos fortes dos atores e protagonistas - no caso, profissionais de saúde, gestores, pacientes. Essa etapa ocorre essencialmente em campo.

Em relação às entrevistas e grupos focais, importante descrever que as entrevistas são semiestruturadas, ou seja, tem os eixos centrais com os temas abordados de interesse, mas sempre com espaço em aberto para que o entrevistado faça acréscimos, supressões, resalte e retome aspectos que considere relevantes e analise o tema livremente.

Com a realização das entrevistas, ocorre simultaneamente o levantamento de temas que aparecem em **contradições** e temas em **consenso**. Além disso, a percepção das **crenças** que movem comportamentos preventivos ou de risco.

Esses temas, comparados às observações já estudadas no levantamento bibliográfico, fundamentam a construção de Grupos Focais. Esses grupos podem ser compostos por pessoas do mesmo estrato da pesquisa (por exemplo, só profissionais de saúde) ou grupos heterogêneos (usuários, gestores, profissionais), dependendo da magnitude e complexidade do assunto.

Todos os entrevistados e participantes assinaram um documento que era, ao mesmo tempo, uma lista de presença e a anuência para uso de dados na pesquisa, mediante o compromisso de devolutiva da pesquisadora. Essas listas foram compõem o acervo do estudo.

¹⁸ Exceto Timor-Leste.

3. Análise do material e elaboração do Relatório Final

A análise dos dados, na metodologia RARE, tem início com a primeira coleta - ou seja, na visita ao campo, em que também ocorre a construção do mapeamento; a análise está presente e perpassa a observação e a realização das entrevistas e grupos focais. Importante destacar o estudo anterior da fundamentação teórica da parte clínica da Opção B+, da transmissão vertical do HIV e da sífilis, como base para elaboração do roteiro e condução das entrevistas.

Todo o tempo o pesquisador tem o foco na compreensão do tema - no caso, *implementação da Opção B+, transmissão vertical do HIV e sífilis congênita* - e está atento para as nuances de empoderamento e vulnerabilidade, monitoramento e avaliação dos programas e serviços, análise de temas recorrentes e temas completamente ausentes nos discursos, em comparação à estruturação temática teórica precedente.

Os dados dos documentos oficiais são comparados aos dados obtidos nas entrevistas e grupos, e a partir dos consensos ou contradições são analisados em profundidade os aspectos envolvidos. Dados epidemiológicos, comportamentais, culturais, políticos e sócio históricos.

Em quase todos os países visitados, a gestão federal passa por momentos de rupturas e reformulações. Os dados coletados em agosto de 2015 precisam ser olhados, nesta apresentação de setembro de 2016, nessa perspectiva.

A apresentação dos dados analisados segue duas (ou três) grandes fases: na primeira, cada gestor, cada participante do estudo tem a possibilidade de acessar determinados dados obtidos e analisados e argumentar.

Na segunda, após a devolutiva do consultor ao gestor, é feita nova redação do tema e novamente é enviado o relatório ao gestor, que conclui a aprovação dos dados obtidos e apresentados. Os consensos e contradições entre consultor e gestor são apresentados, sempre com base ética.

A metodologia RARE tem grande compromisso com a utilização efetiva dos dados do estudo, em linguagem acessível e com o máximo de alcance possível na divulgação desses dados. Por exemplo, de nada interessa um discurso técnico, hermético e acadêmico para um usuário analfabeto. Importa, sim, compreender o quanto há de sintonia entre o que é apregoado na teoria, na política, e o quanto de fato chega até o usuário. Há lacunas ("gaps")? Quais as possibilidades de fortalecimento das ações que estão debilitadas? Quais os recursos daquela comunidade em especial para superar os limites e construir bases consistentes *a partir* do que está posto?

Para cada país foi elaborado um relatório parcial completo, com os dados, os nomes dos participantes, e bibliografia utilizada, e este material foi enviado a cada pessoa de cada país, havendo troca de informações por e-mail e validação e/ou atualização dos dados. Cada um dos oito países disponibilizou materiais impressos e digitais, sendo que o Brasil teve três estados participantes.

Todo o material foi organizado por país, sendo a base técnica-teórica a sistematização da Organização Mundial da Saúde. Os índices e parâmetros epidemiológicos foram atualizados para setembro de 2016.

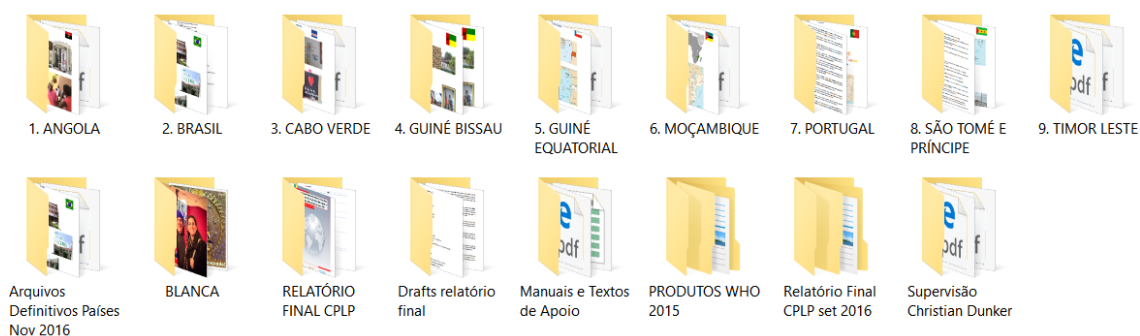


Figura 1. Organização do material do Diagnóstico Situacional da Opção B+/ CPLP, 2015-2016.

Supervisão

Em função do volume e complexidade do material coletado tanto na pesquisa bibliográfica como no campo, foi imprescindível a parceria com um Supervisor, Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo¹⁹.

Foram realizadas cerca de cinquenta supervisões clínicas, no período de novembro de 2015 a dezembro de 2016, para organização teórica e epistemológica do estudo.

A partir desta supervisão, foram realizados estudos complementares em Antropologia, Clínica Psicanalítica, Saúde Mental, Políticas de Saúde Coletiva, Medicina Legal, dentre outros, para a análise do material obtido. Também como desdobramento, a inclusão do tema na disciplina *Psicanálise em Situações de Vulnerabilidade Social*, no Instituto de Psicologia da USP.

Cientes que uma análise não esgota as possibilidades de leitura do material, foi organizado um banco de dados com todos os registros: registros das entrevistas, dos grupos focais, dos documentos levantados, dos dados não-obtidos em meio algum, e a sistematização das recomendações a serem validadas.

Produtos

Dois produtos sistematizados, seguindo as normas de escrita científica e disponibilizados para os países participantes são os Relatórios Parciais (com os resultados específicos de cada país) e o Relatório Final.

O Relatório Final compreende todo o processo de elaboração, realização e apresentação de resultados do Diagnóstico Situacional, com os estudos pormenorizados por país, recomendações.

¹⁹ Muito importante destacar que O Prof. Dr. Christian Dunker não cobrou honorários pelas supervisões.

a) Relatórios Parciais por país

Os Relatórios Parciais²⁰ têm uma estrutura padronizada, a saber:

- Siglas e Abreviaturas
- Lista das Figuras, Quadros, Tabelas e Gráficos
- Índice
- 1. Contexto do país: localização, questões políticas, históricas e socioeconômicas, população (crescimento populacional, pirâmide)
- 2. O trabalho de Campo no país
- 3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em particular
 - 3.1. Ministério da Saúde - Sistema de Saúde Pública
 - 3.2. Construção da Resposta Nacional à epidemia de HIV/Aids
 - 3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação dos casos de aids
 - 3.4. Saúde Privada
- 4. Situação Atual da Epidemia de aids no país:
 - 4.1. Dados epidemiológicos de aids no país: incidência, prevalência, mortalidade
 - 4.2. Testagem
 - 4.3. Coinfecções: Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
 - 4.4. Tratamento Antirretroviral (TARV)
 - 4.5. Populações Vulneráveis
 - 4.6. Bancos de Sangue
 - 4.7 Adesão
- 5. Situação atual da sífilis no país
- 6. Gestantes e Recém-Nascidos
 - 6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre as Gestantes
 - 6.2. Transmissão Vertical e Diagnóstico Infantil Precoce
 - 6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país
 - 6.4. ONG Parceira
- 7 - Tabela-síntese: dados sociodemográficos gerais e específicos para HIV, aids e sífilis, com as respectivas fontes.
- 8 - Conclusões e Recomendações
 - 8.1. Aspectos positivos a serem valorizados
 - 8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade
- 9 - Bibliografia
- 10 - Lista dos Participantes das entrevistas e visitas de Campo, com respectivos cargos e instituições.

A compilação por país compreendeu estudos que foram além da Opção B+ e incluíram temas como Tuberculose, IST, Sífilis, Bancos de Sangue, Populações Vulneráveis, Testagem, Tratamento, Boas Práticas, ONG parceiras, e em cada país foi estabelecida uma relação com pessoas da gestão – ou pontos-focais – para interlocução após a visita de campo.

²⁰ Exceto Timor-Leste.

b) Relatório Final

No Volume Único, o relatório final é composto por Introdução e Metodologia, Resultados por País (com as respectivas conclusões e recomendações e bibliografias), Conclusões e Recomendações, Bibliografia Geral e lista com os participantes por país e respectivas instituições. O índice é geral e não há índice detalhado dos resultados parciais, por país.

O Relatório final também foi organizado numa Série de Três Volumes, sendo que cada volume contém os mesmos itens iniciais da Introdução e Metodologia e das recomendações gerais, para dar certa autonomia ao leitor que escolher ler um único volume da série, porém os resultados estão divididos em grupos contendo três países e as respectivas bibliografias.

Em termos de produção coletiva, Angola, Brasil (Brasília, Recife e Curitiba), Guiné Bissau, Portugal e Moçambique disponibilizaram amplo acervo de documentos oficiais e manuais de referência, que em muito contribuíram para a consolidação do presente diagnóstico. Também foram profícuos no intercâmbio pós-campo para validação dos dados preliminares. Cabo Verde e Guiné Equatorial não disponibilizaram documentos oficiais; a partir dos temas elencados em campo, toda a pesquisa foi bibliográfica, com objetivo de compreender a situação da saúde em geral nos respectivos países e os dados epidemiológicos específicos para HIV/Aids e sífilis congênita.

Não houve visita de campo a Timor-Leste e os poucos dados apresentados foram obtidos por levantamento bibliográfico.

Objetiva-se que o relatório final, na metodologia RARE, seja base para desenvolvimento de ações e novos estudos quantitativos, multicêntricos e voltados para a ampliação e validação dos achados da pesquisa em termos nacionais e internacionais. Também é um compromisso metodológico o retorno aos gestores, para formulação de políticas, com ênfase aos aspectos positivos que merecem reforço e continuidade e com atenção especial aos pontos de vulnerabilidade.

De modo geral, são muitas e diversificadas as possibilidades de parcerias entre os países, em diferentes temas e diferentes investimentos, nem sempre financeiros – as chamadas *Tecnologias Leves*. Ações que não necessitam acréscimos de dinheiro ou recursos humanos, apenas otimização de saberes e práticas já existentes. Há intercâmbios possíveis, com o compartilhamento das experiências já adquiridas e boas práticas, adaptadas às diferentes realidades e limites.

A questão central, *como se organiza o discurso diante da aids*, na perspectiva dos gestores, formuladores de políticas, profissionais de saúde e pacientes, é decisiva para a compreensão das formas de sofrimento, reconhecimento dos agravos no cenário cultural correspondente, estigma, e essas são condições de enfrentamento cotidianas que precisam ser contempladas em todos os países que participaram deste estudo. O *discurso*, longe de ser um aglomerado de palavras, é a forma como a compreensão de uma sociedade se manifesta no dia-a-dia. Para que as estratégias preventivas e assistenciais de longo prazo sejam efetivadas, há que se dar ênfase às diferentes construções e utilizações dos discursos.

IV. Cronograma

O cronograma inicial previa a realização do projeto integral – levantamento bibliográfico, visitas de campo e realização da oficina de validação – para o período entre maio de 2015 e março de 2016.

Datas	Atividades
2015	
Junho - Julho 2015	Assinatura do contrato e pesquisa bibliográfica (Produto1)
Agosto - Setembro 2015	Visita ao Campo 1: Guiné Bissau (G), Cabo Verde (C) ²¹ e São Tomé e Príncipe (C) – Produto 2
Outubro 2015	Visita ao Campo 2: Angola (G) e Moçambique (G)
Novembro 2015	Início Supervisão USP ²²
Dezembro 2015	Elaboração Produto 3 e preparação Visita de Campo 3
2016	
Fevereiro 2016	Visita ao Campo 3: Brasília/Brasil (C)
Março 2016	Produto 4
Abril 2016	Campo 4: Guiné Equatorial e Portugal
Mai 2016	Campo 5: Recife/ Brasil
Julho 2016	Campo 6: Curitiba/ Brasil
Agosto 2016	Início intercâmbio pontos focais dos países para validação dos dados
Dezembro 2016	Entrega do relatório final

Quadro 1: Cronograma Geral da Consultoria Opção B+/ CPLP, 2015-2016.

O Cronograma das visitas foi o seguinte:

Antes e depois de cada visita eram realizados novos levantamentos bibliográficos, porém direcionados aos países que seriam visitados:

Período	Campos
Agosto e Setembro de 2015	Guiné Bissau (Bissau), Cabo Verde (Praia) e São Tomé e Príncipe (São Tomé)
Outubro de 2015	Angola (Luanda) e Moçambique (Maputo)
Fevereiro de 2016	Brasil /Brasília
Abril de 2016	Guiné Equatorial (Malabo), Portugal (Lisboa) e Brasil/ Recife
Julho de 2016	Brasil/ Curitiba

Quadro 2. Cronograma das visitas para os campos - Opção B+/ CPLP, 2015-2016.

Para cada visita de campo era organizada a *agenda mínima*, procurando contemplar a organização das entrevistas, visitas aos serviços, obtenção de material oficial impresso ou digitalizado, além da redação de relatórios parciais já em campo.

²¹ O fato de termos sido pegos por um furacão (Fred) em Cabo Verde interferiu na visita a São Tomé e Príncipe, cujo campo ficou reduzido a um único dia. Foi combinada uma videoconferência com o coordenador de STP, que não aconteceu.

²² Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, Professor Titular do Instituto de Psicologia da USP. A partir das discussões em supervisão, foi estruturado o núcleo temático Psicanálise em Situações de Vulnerabilidade Social, a ser transformado em disciplina na USP no segundo semestre de 2016.

V. RESULTADOS

A primeira parte do Diagnóstico compreendeu o levantamento bibliográfico dos dados sociodemográficos e epidemiológicos em HIV/aids e sífilis congênita em cada país da CPLP. Os dados foram obtidos em diversas outras fontes, principalmente os sites da Organização Mundial da Saúde e organismos internacionais correlatos.

Uma primeira recomendação a todos os países: **atualização** e melhoria de seus sites, além da possibilidade de disponibilização de documentos públicos na internet. Sem exceção, todos os sites de todos os países apresentam limitações – de ordem estética e de conteúdo – além de falhas, dados desatualizados e/ou incompletos, com informações às vezes defasadas em até dez anos.

Um resultado importante refere-se à possibilidade de organização e desenvolvimento de um algoritmo próprio para intervenções junto a gestantes, a partir da seguinte figura:

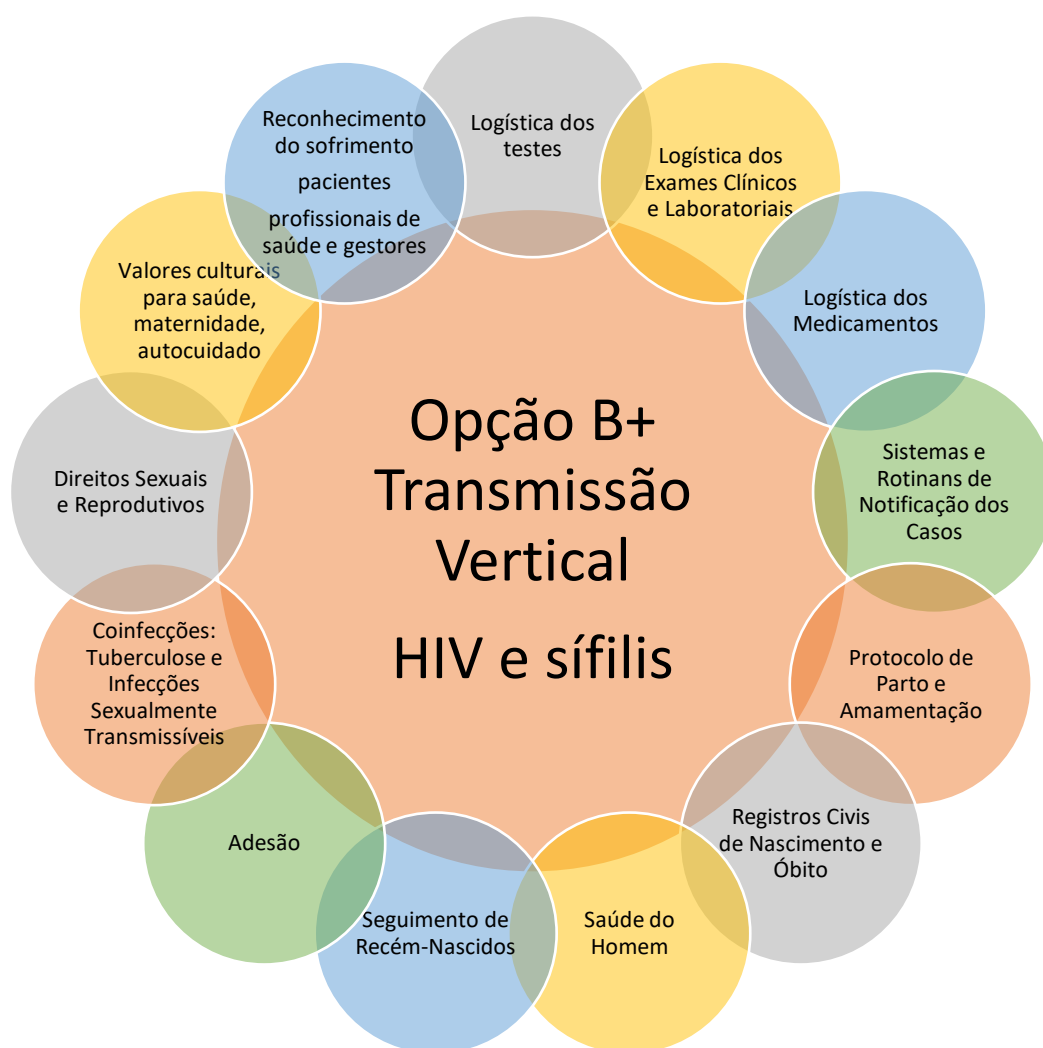


Figura: Aspectos envolvidos no estudo da Opção B+ / Transmissão Vertical no presente Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. Brasil, 2016.

Serão apresentados agora os resultados por país, em Ordem Alfabética.

1. Angola



INLS, Luanda



Angola, Vianna

Siglas

ACMS	Advocacia, Comunicação e Mobilização Social
ACT	Agentes Comunitários de Saúde
AT	Aconselhamento e Testagem
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária em HIV
AZT	Zidovudina
BK -	Baciloscopia da Expetoração Negativa
BK +	Baciloscopia da Expetoração Positiva
CAP	Conhecimento, Atitudes e Práticas
CATV	Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CECOMA	Central de Compras, Aproveitamento Medicamentos e Meios Médicos
CMI	Centro Materno Infantil
CNLSGE	Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e Grandes Endemias
CPN	Consulta Pré-Natal
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CQ	Controlo de Qualidade
CS	Centro de Saúde
CUAMM	ONG internacional Colégio Universitário de Aspirante a Médicos Misioneri
DAT	Dispensário Antituberculose
DMS	Direcção Municipal de Saúde
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DOT	Direct Observational Treatment/Tratamento Directamente Observado
DOTS	DOT Strategy (Estratégia de OMS para o controlo da Tuberculose
DOTS-C	DOTS Comunitário
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EMC	Eastern Mediterranean Region
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
FATV	Formulário de Aconselhamento e Testagem Voluntária
FNI	Ficha de Notificação/ Investigação de Casos
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para População
GARPR	Global Aids Response Progress Report
GLC	Green Light Committee/Comité de Luz Verde da OMS
HAMSET	Projeto de Intensificação da Malária, TB e VIH/Sida, Banco Mundial/ Ministério da Saúde (MINSa)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
HBC	High Burden Countries
HSB	Homens que fazem sexo com homens
IBEP	Inquérito integrado sobre Bem-estar da população
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INLS	Instituto Nacional de Luta contra Sida
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
LNR	Laboratório Nacional de Referência
LPN	Livro de Registro de Pacientes Novos
LPTV	Livro de Registro do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical
LTARV	Livro de Registro de Pacientes em TARV
M&A	Monitoria e Avaliação

MINSA	Ministério da Saúde
ODM	Objectivo de Desenvolvimento do Milénio
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
PAL	Practical Approach to Lung Health
PAN	Plano Estratégico Nacional
PCR	Polymerase Chain Reaction - Reação em cadeia da polimerase
PEN	Plano Estratégico Nacional
PNCT(B)	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PPTB	Programa Provincial de Controlo da Tuberculose
PPM	Public-Private or Public-Public Mix
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVVIH	Pessoas vivendo com o VIH
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SADC	Southern African Development Community
SEAR	South East Asian Region
SIACOM	Sistema de Informação e Acompanhamento
SIATV	Sistema de Informação de Aconselhamento e Testagem Voluntária
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Sistema de Informação e Notificação em VIH/Sida
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TARV	Terapia (ou Tratamento) Antirretroviral
TB	Tuberculose
TB MR	Tuberculose Multirresistente
TB XRD	Tuberculose Extremamente resistente
TB TEAM	TB Technical Assistance Mechanism
TdR	Termos de Referência
TEP	Tuberculose Extrapulmonar
TMF	Transmissão Mãe para Filho
TP	Tuberculose Pulmonar
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
UDT	Unidade de Diagnóstico e Tratamento
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNGASS	Sessão Extraordinária das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
US	Unidade Sanitária
UT	Unidade de Tratamento
UTG	Unidade Técnica de Gestão
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization
WPR	Western Pacific Region
ZAR	Zonas de Alto Risco

FIGURAS

Figura 1. Angola - Localização na África e Províncias. Fonte: Agência Angola Press, 2015.

Figura 2. Pirâmide Populacional de Angola. Fonte: Central Intelligence Agency, 2016.

Figura 3. Grupos étnicos por região de Angola. Fonte: PALOPS, 2016.

Figura 4. Níveis do Sistema Nacional de Saúde. Fonte: Plano de Desenvolvimento Sanitário 2012 – MINSA.

Figura 5. Logotipo do Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, INLS. Fonte: MINSA, 2015.

Figura 6. Fluxo da notificação em HIV/Aids da Unidade Sanitária ao INLS. Fonte: Marques e Furtado, 2015.

Figuras da Capa. Fotografias do INLS e de uma mãe cuidando de seu filho, respectivamente. Luanda, 2015.

QUADROS

Quadro 1. Taxa de Mortalidade de crianças abaixo de 5 anos em Angola (2001-2015). Fonte: WHO, 2016.

Quadro 2. Taxa de mortalidade de crianças entre 0 e 4 anos em Angola, segundo área de residência, gênero e escolaridade da mãe, 2008- 2009. Fonte: WHO, 2016

Quadro 3. Conceitos básicos do Programa Nacional de Tuberculose. Fonte: PNCT, 2012.

Quadro 4. Recomendações para tratamento de pacientes com coinfeção TB/HIV. Fonte: PNCT, 2012.

Quadro 5. Tipo de Assistência para Mulheres com Filhos Nascidos Vivos em Angola. Fonte: IBEP, 2009.

TABELAS

Tabela 1. Estimativa da Epidemia do HIV em Angola, 2009 - 2015. Fonte: MINSAs.

Tabela 2. Distribuição do total de testes realizados e positivos por província, Ano 2013. Fonte: MINSAs,2014.

Tabela 3. Casos de Tuberculose em Todas as Formas, notificados em Angola 2007 – 2012. Fonte: PNCT, 2014.

Tabela 4. Resultados do tratamento (coorte) dos BK+ (novos e Retratamentos). Fonte: PNCT, 2012.

Tabela 5. Coinfeção TB/HIV, Angola, 2011- 2012. Fonte: PNCT – Relatório UNGASS 2011/2012.

Tabela 6. Rede de Serviços de Aids e TB, Angola 2012. Fonte: INLS/ PNCT, 2012.

Tabela 7. População Estimada, Geral e Grávidas (Geral/ HIV+) por Província. Angola, 2012. Fonte: INLS, 2012.

Tabela 8. Porcentagem de grávidas HIV+ que receberam ARV para reduzir o risco de transmissão materno infantil em Angola, 2008 a 2013. Fonte: GARPR, 2014.

GRÁFICOS

1. Gráfico 1. Tendência dos Casos de TB por ano – Angola 2007 – 2014. Fonte: PNCT Angola, 2015.

2. Gráfico 2. Distribuição dos casos de tuberculose em Angola por idade e sexo, 2012. Fonte: PNCT, 2012.

3. Gráfico 3. Distribuição do número de testes realizados/ano nos serviços de PTV, 2009-2013. Fonte: INLS, 2015

1. Contexto

1.1. Localização

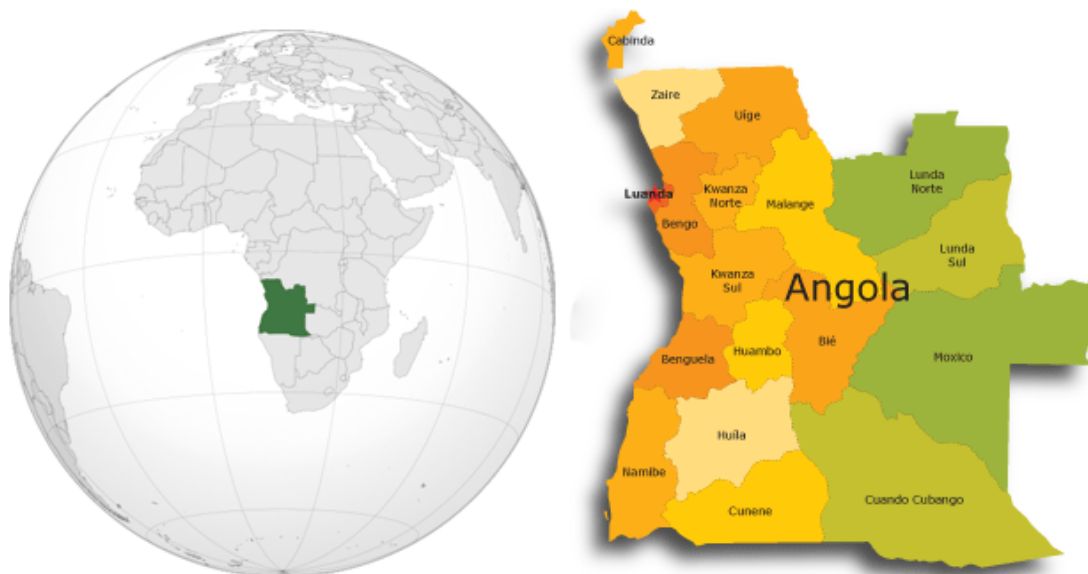


Figura 1. Angola – Localização na África e Províncias. Fonte: Agência Angola Press, 2015.

Angola é um país situado na costa sudoeste da África. Tem uma superfície de 1.246.700 Km² e faz fronteiras com a República do Congo e República Democrática do Congo (ao Norte), República de Zâmbia ao leste, ao sul com a República da Namíbia, e a oeste com o Oceano Atlântico. Sua divisão administrativa é composta por 18 províncias.

Sua divisão administrativa é composta por 18 províncias, a saber: Bengo, Benguela, Bie, Cabinda, Cunene, Huambo, Huila, Kuando-Kubango, Kuanza Norte, Kuanza Sul, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Moxico, Nambe, Uíge, Zaire. As menores divisões de território são o bairro, na zona urbana, e a povoação, na zona rural. Os 173 municípios divididos em 618 comunas²³.

1.2. Questão Histórica

Angola é um país jovem que conquistou a independência em 1975, ano em que se instalou uma guerra civil que se alastrou até 2002. Atualmente encontra-se em fase de reabilitação nacional, recuperação e desenvolvimento econômicos.

Com amplas zonas fronteiriças, Angola tem movimentação intensa. Desenvolve atualmente 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 econômicas, educativas e de saúde por um lado e reinserção social dos militares desmobilizados por outro.

É membro da Sociedade de Desenvolvimento dos Países da África Austral (SADC).

²³FAO.org, 2016.

A dinâmica da epidemia do HIV em Angola reflete muitas das dificuldades do país, que durante décadas ficou sob a égide de guerras. Desde os anos 1970, com a Independência de Angola do domínio de Portugal, guerras internas, a instabilidade sócio-política teve e tem reflexos diretos nas características da infecção pelo HIV.

1.3. Contexto Sócio-Político e Econômico

Em 2013, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) situa o país no 148º lugar numa lista de 186 países. Segundo o relatório dos Objetivos do Milênio (ODM), mais de 36.6% do total da população vive abaixo da linha de pobreza – com dificuldade de acesso aos serviços básicos como água potável, saneamento, energia, saúde, educação e habitação - sendo a proporção de pobres na área urbana aproximadamente de 18,7%, e na área rural 58,3%. Há um elevado índice de desemprego.

Há grandes assimetrias no desenvolvimento das comunidades entre as regiões e grande pressão demográfica nos centros urbanos, devido à desigualdade de oportunidades em todo o território, que provoca movimentos migratórios internos para os centros urbanos e sobrecarga nos serviços públicos e infraestruturas disponíveis, dificultado o desenvolvimento do país.

Angola é considerada pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) um país de baixo índice de desenvolvimento educativo-educacional, ocupando o 111º lugar entre 120 países na tabela Educação para Todos de 2012.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), durante os últimos 12 anos, o período de paz registrado permitiu alcançar progressos considerados marcantes na gestão do Sistema Nacional de Saúde em áreas estratégicas, como saúde materno-infantil e luta contra doenças transmissíveis²⁴.

Porém, os desafios do setor de saúde continuam a ter como foco a redução da mortalidade materno-infantil e o controle das doenças, com ações direcionadas para a melhoria da atenção materno-infantil, redução da transmissão vertical do HIV, redução da taxa de incidência da tuberculose, malária e doenças negligenciadas.

Na década de 2010, a economia de Angola tem sido caracterizada por um rápido crescimento, essencialmente dependente do setor petrolífero – que contribui com 55% do Produto Interno Bruto (PIB) e 95% de exportação de produtos. O crescimento anual do PIB é de 9.2% nos últimos cinco anos. O setor rural é o segundo maior setor produtivo, contribuindo com cerca de 8% do PIB; o setor informal, especialmente nas áreas periféricas, é relevante, mas não quantificado.

Nesse cenário de crescimento, a saúde começou a implementar a municipalização dos serviços públicos, com a liderança ativa dos Governadores e diretores provinciais, além das equipes municipais. Houve um aumento significativo no número de postos e centros de saúde reabilitados e/ou construídos, com realização de atividades de formação continuada, supervisão das unidades sanitárias, monitoramento de atividades e apresentação de resultados.

O investimento no setor saúde passou de 1,70% do PIB em 2009 para 2,70% do PIB em 2014. Mesmo assim, foi registrado um aumento de 127% do número de casos de aids.

²⁴ OMS Angola, 2016.

1.4. População

A população é estimada em 22.663.028 pessoas, sendo 49,5% homens e 50,5% mulheres. As crianças menores de 5 anos constituem 15% do total da população. Os menores de 15 anos, 48%, sendo 47% destes em zonas urbanas.

A população economicamente ativa é inferior a 50%, havendo um grande número de desempregados e dependentes do Estado e das famílias.

A população urbana é de 43%, sendo a taxa de urbanização de cerca de 3% a 5% ao ano.

As mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem cerca de 44% da população de mulheres do país. A taxa de fecundidade, estimada em 6,4 filhos por mulher, reflete-se na média de agregados familiares: média de 5 pessoas.

Uma em cada 5 famílias é chefiada por mulheres.

- Pirâmide populacional de Angola

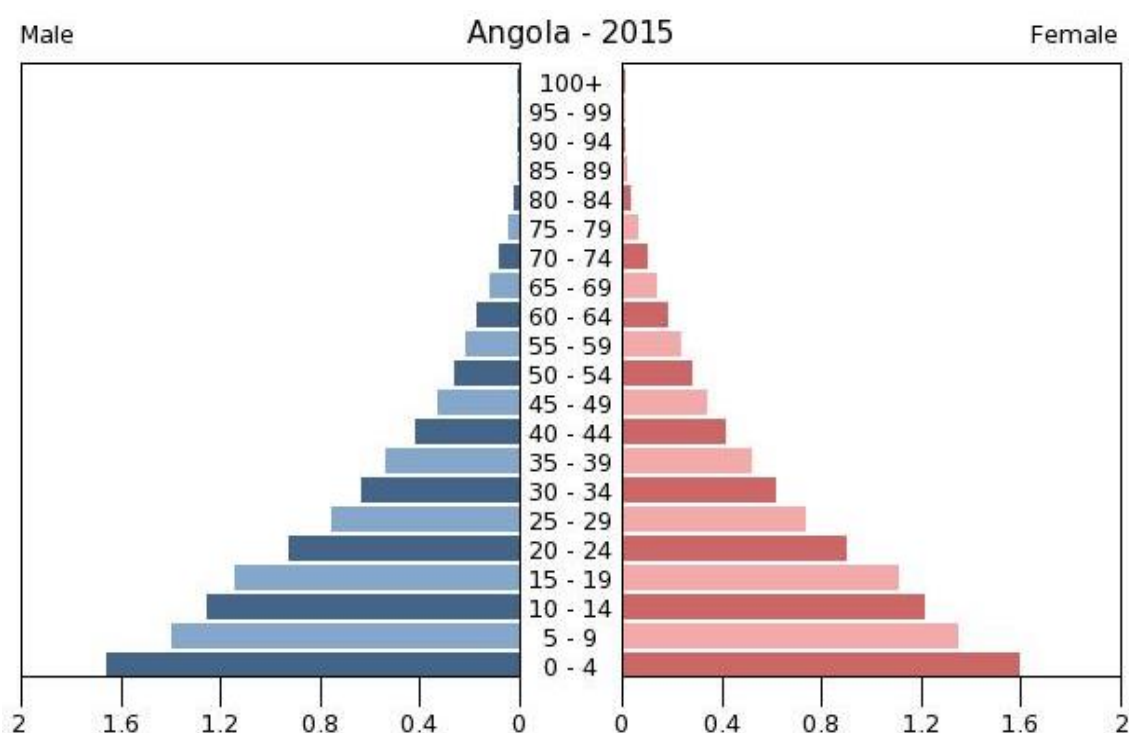


Figura 2. Pirâmide Populacional de Angola. Fonte: Central Intelligence Agency, 2016.

A pirâmide etária mostra que a população é maioritariamente jovem, cerca de 48% do total está abaixo dos 15 anos de idade, 49% do total entre 15 a 49 anos e 3% acima de 65 anos, verifica-se maior percentagem no sexo feminino. As mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), constituem 44% do universo feminino, com uma taxa de fecundidade estimada em 6.4 nascimentos por mulher²⁵.

²⁵ ANGOLA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, 2012.

- Crescimento Populacional

A expectativa de vida ao nascimento é de 55,63 anos (homens 54,49 - mulheres 56,84), sendo a taxa de fertilidade de 6,4 filhos por mulher, a 9a. do mundo. A idade média gestacional é de 18 anos, e 46,5 das gestantes tem entre 12 e 14 anos. A prevalência de contracepção é de 17,7%, o que favorece a taxa de quase 3% de crescimento da população.

A **mortalidade infantil** é um fenómeno multidimensional para o qual contribuem uma série de fatores inter-relacionados, como as condições socioeconômicas das famílias, o cuidado e a nutrição materno-infantil, a vacinação infantil, o nível de informação e educacional dos pais, as condições ambientais e sanitárias etc. A complexidade do fenómeno e sua forte correlação com a pobreza e o nível de renda das populações tornam a taxa de mortalidade infanto-juvenil um indicador compulsório dos índices compostos de desenvolvimento. A taxa de mortalidade infantil é o quarto objetivo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM 4). A meta estabelecida em 2010 foi a sua redução em dois terços até 2015, para crianças de até 5 anos. Outros indicadores contemplados são a taxa de mortalidade infantil (crianças entre 0 e 12 meses) e a percentagem de crianças com 1 ano de idade imunizadas contra o sarampo.

Anos	Taxa (número de mortes por mil crianças)		
	Total	Urbana	Rural
2001	250	ND	nd
2010	193,5	154,3	233,0
2015	104,0	-	-

Quadro 1. Taxa de Mortalidade de crianças abaixo de 5 anos em Angola (2001-2015). Fonte: WHO, 2016.

Apesar de uma redução de 205/1000 nascidos vivos em 2007 para 164/ 1000 nascidos vivos em 2013, a taxa de mortalidade infanto-juvenil ainda é alta – a média dos países africanos é de 127/1000 nascidos vivos. A desnutrição crônica afeta aproximadamente 15,6% das crianças menores de 5 anos de idade em Angola, sendo considerada uma causa associada de morte em 2 a cada 3 óbitos nesse grupo etário. As mortalidades neonatal e materna estimadas respectivamente em 42/1000 e 470/1000 continuam igualmente elevadas²⁶.

Categorias	Taxa de Mortalidade de Crianças com 0 -12 meses	Taxa de Mortalidade de Crianças com 0 - 4 anos
Angola		
Área de residência		
- Urbana	93	150
- Rural	141	238
Sexo		
- Rapazes	124	203
- Meninas	108	187
Escolaridade da Mãe		
- Nenhum Nível	133	224
- Ensino primário	119	200
- Ensino Secundário ou mais	75	118
- Outro ou não declarado	92	149

Quadro 2. Taxa de mortalidade de crianças entre 0 e 4 anos em Angola, segundo área de residência, gênero e escolaridade da mãe, 2008- 2009. Fonte: WHO, 2016

²⁶ WHO Observatory Report, 2013.

É no meio rural onde morrem mais crianças, sendo o maior nível de vítimas as crianças do sexo masculino e filhas de mães com um nível de escolaridade mais baixo. A disparidade dos valores desse indicador entre um ambiente e outro, urbano e rural, pode ser explicada por fatores como a dificuldade de acesso aos cuidados essenciais, de prevenção de doenças e as deficiências no cuidado com os alimentos e a água potável.

Essas diferenças entre o campo e a cidade podem ainda ser consideradas como indicativas de exclusão social em Angola, já que as crianças no meio rural, conseqüentemente, mais pobres, têm quase o dobro de probabilidade de perecerem comparativamente às que vivem no meio urbano. Os maiores índices de mortalidade se encontram em províncias fronteiriças e do interior e, os mais baixos, na capital e em zonas do litoral do país.

As evidências indicam que altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil são resultado de serviços de qualidade insuficiente, fortemente associados a sistemas de saúde fracos, que não conseguem responder às necessidades reais da população. Esses fatores desempenham um papel fundamental na oferta dos serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)²⁷

A **saúde materna** é o foco do quinto objetivo dos ODM (ODM 5), medida pela taxa de mortalidade das mulheres de 12 a 49 anos de idade.

A taxa de mortalidade materna é também um indicador cujo desempenho requer melhorias em múltiplos fatores, nomeadamente de avanços na assistência pré-natal, na assistência qualificada no momento do parto, do planejamento familiar e da prevenção de doenças prevalentes na mulher no quadro epidemiológico do país.

O perfil epidemiológico da população Angolana compreende doenças endêmicas e infectocontagiosas de grande impacto sobre o estado de saúde, a capacidade de trabalho e a qualidade de vida da população. O controle e o tratamento dessas doenças são objeto do Objetivo 6 dos ODM (ODM 6), compreendendo duas metas – a redução da propagação do HIV/Aids e a redução da incidência da Malária e de outras doenças graves.

Sete indicadores são envolvidos na medição, sendo três associados ao controle do VIH/SIDA, dois à malária e dois outros à tuberculose.

1.5. Idioma e Religião

Seis línguas étnicas tem o estatuto oficial de “língua nacional”: umbundu, kimbundu, kikongo, côkwe, ganguela cuanhama. Essas línguas ocupam um limitado espaço na comunicação social, em documentos emitidos por entidades oficiais.

Existe uma diversidade cultural e linguística que exige uma abordagem multilingue e multicultural para as intervenções educacionais e a geração da consciência na mudança de comportamento visto que a maior parte da população conserva a sua herança cultural.

²⁷ PN ETV 2012-2015, 2012.

Os grupos étnicos principais são: *Bantu, Ovimbundo, Umbundo, Bacongo, Lunda-Chokwe, Nyaneka-Nkhumbi Ovambo, Kwanyama, Kwamoto, Kafima, Evale, Dombondola, Vakuval, Himba, Dimba Khoisan*²⁸. As línguas nacionais mais faladas são *Umbundo, Kimbundu, Tchokwe, Kikongo e Nhaneka*.

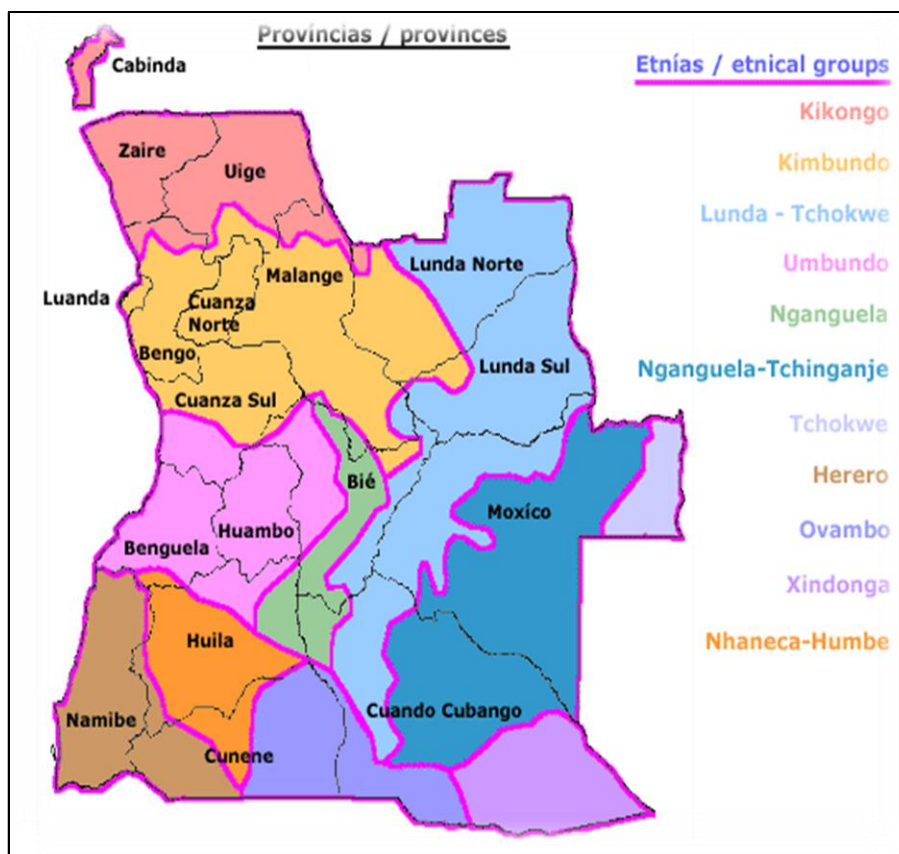


Figura 3. Grupos étnicos por região de Angola. Fonte: PALOP²⁹, 2016.

2. O Campo em Angola

O trabalho de campo em Angola ocorreu entre os dias 5 e 9 de outubro de 2015, com apoio da Embaixada Brasileira, da Assessoria de Comunicação Internacional do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil (que auxiliou na elaboração do agendamento prévio) e Instituto Nacional de Luta contra Sida, de Angola. Nessa visita não houve acompanhamento de representante do Ministério da Saúde do Brasil, ficando a consultora sob os cuidados da Embaixada do Brasil em Angola³⁰.

Os contatos foram realizados junto a uma Assessora Técnica no Instituto Nacional de Luta Contra Sida (INLS) de Angola, que está desde 2014 em Luanda e auxiliou na finalização da agenda mínima, sugerindo os principais lugares e serem visitados e pessoas a serem entrevistadas.

²⁸ Constituição da República de Angola. in: FERNANDES, João, e NTONDO, Zavoni (2002). *Angola: Povos e Línguas*, Luanda, Editorial Nzila.

²⁹ Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP.

³⁰ Agradecimento especial a Honorine Badji e à Dra. Cláudia Barros.

Foram parte da visita de campo:

a) O Ministério da Saúde

- ✚ Instituto Nacional de Luta contra Sida, setores de Prevenção a Transmissão Vertical e Vigilância Epidemiológica;
- ✚ Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva;
- ✚ Programa de Tuberculose

b) Serviços de Referência em atendimento a grávidas com aids:

- ✚ Hospital Lucrecia Paim, na capital Luanda;
- ✚ Centro de Saúde Viana I, em Viana, distante 18km da capital do país.

Os nomes dos entrevistados e respectivos cargos e instituições estão no final deste capítulo.

Não houve encontro com líderes religiosos ou ONG parceiras. Embora nos documentos sejam mencionadas algumas ONG, não houve um destaque especial para qualquer uma que pudesse fornecer informações – e foi uma queixa recorrente entre os gestores.

Essa é uma questão importante para ser trabalhada para a construção da resposta nacional de Angola tanto às epidemias de aids como de sífilis e tuberculose: a capilaridade das ações que a presença de ativistas permite e incrementa a resposta nacional às epidemias.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids

O Governo Angola tem investido em infraestrutura e parcerias de Cooperação Internacional para construir a resposta às epidemias de HIV/Aids, tuberculose e paludismo (malária). As estratégias de cooperação incluem reforço na execução de políticas e planificação estratégica, monitoramento e avaliação.

Em 2015 foi estabelecida nova cooperação com a Organização Mundial da Saúde, orientada pela Agenda Global e Regional de Saúde, alinhada com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 e com o Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017³¹.

Um dos objetivos é a identificação de mecanismos para redobrar o apoio às equipes do Ministério da Saúde na coordenação, monitoramento e avaliação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) como instrumento orientador para vigilância integrada e resposta às epidemias, reduzindo a mortalidade geral da população. Outra medida será a descentralização do sistema nacional de saúde, com elaboração e operacionalização dos planos provinciais e municipais de desenvolvimento sanitário.

3.1. Ministério da Saúde (MINSa)

O Ministério da Saúde de Angola contempla os setores de Tuberculose, Paludismo (malária) e aids. O Instituto Nacional de Luta contra Sida foi criado em 2005, congregando esforços para início da resposta nacional à epidemia.

³¹ OMS Angola. *Estratégia de Cooperação 2015-2019*. Angola, 2016.

A resposta do setor saúde aos desafios está delineada no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 e nas respectivas estratégias dos programas de saúde.

A Política Nacional de Saúde, aprovada em 2010 como documento orientador de toda atividade sanitária de Angola, estabelece as principais linhas estratégicas para o desenvolvimento sanitário até 2025. As grandes prioridades da Política Nacional de Saúde estão alinhadas com a Estratégia Nacional a longo prazo “Angola 2025” e com o Plano Nacional 2013-2017. As prioridades estão orientadas para:

- a) Combate à Doença
- b) Atendimento às Populações
- c) Modelo de gestão dos recursos humanos
- d) Modelo de financiamento
- e) Modelo de organização e gestão do sistema de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS) está estruturado em três níveis:

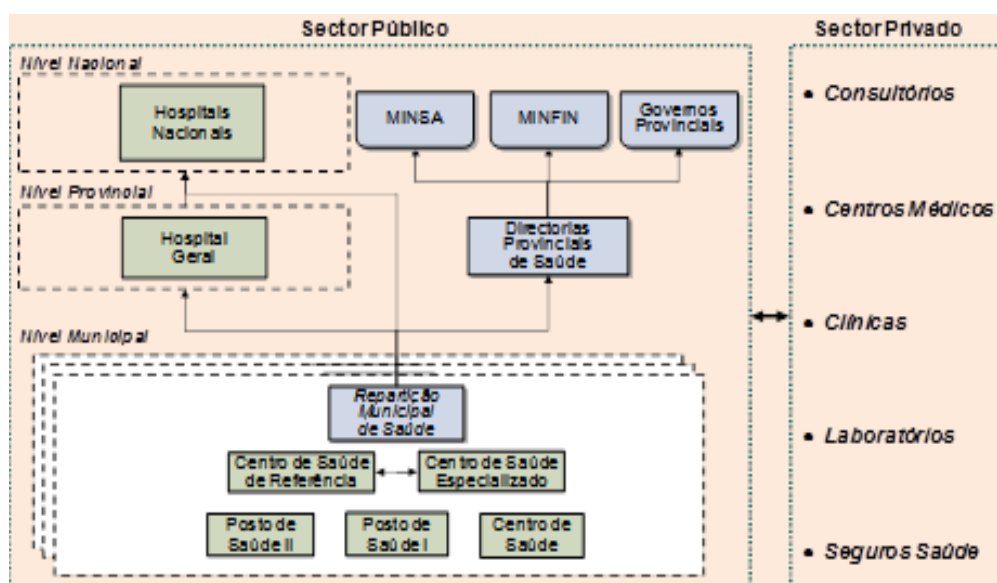


Figura 4. Níveis do Sistema Nacional de Saúde. Fonte: Plano de Desenvolvimento Sanitário/ Minsa, 2012.

- a) O nível central, com carácter político estratégico e normativo técnico. Neste nível encontram-se inseridos o INLS, Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, além de outros programas nacionais.
- b) O nível provincial, com dependência normativa e técnica do nível central e administrativa do Governo Provincial, onde se encontram inseridos os programas provinciais de HIV/aids, tuberculose e outros, de carácter técnico e operativo das ações no âmbito provincial.
- c) O nível municipal, com dependência técnica e operacional direta da Direção Provincial de Saúde (DPS) e Administrativa Municipal. As Unidades Sanitárias (US) subordinam-se à Administração Municipal. Nesse nível são realizados os cuidados da saúde integrados, incluindo a rede de Programa de Prevenção à Transmissão Vertical (PTV), Aconselhamento e Testagem em HIV (ATV), além de tratamento diretamente observado para tuberculose com (DOT), tanto nas Unidades de tratamento (UT) como nas associações comunitárias que desenvolvem o DOTS-comunitário.

A reorientação do modelo de gestão do sistema nacional de saúde determina que se conceda prioridade aos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e ao 2º nível do Sistema Nacional de Saúde, e que se reabilite a rede hospitalar provincial e a rede de hospitais centrais polivalentes.

A rede de prestação de cuidados de saúde do SNS está constituída por um total de 2.356 unidades sanitárias (Hospitais, Centros materno-Infantis; Centros de Saúde e Postos Sanitário) de acesso universal.

A cobertura dos serviços de saúde pública é de 58%, nas zonas rurais apenas 24% tem acesso aos serviços de saúde num raio até 5 Km, em contraste com uma percentagem de 63% nas zonas urbanas. São 0,8 leitos hospitalares para cada 1000 pessoas, com 0,17 médicos para cada 1000 pessoas³².

O Serviço Nacional de Saúde Pública compreende três níveis de atenção sanitária:

- (a) Primeiro Nível constituído por postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais e consultórios médicos que oferecem serviços de baixa complexidade;
- (b) Segundo Nível, integra os hospitais gerais e monovalentes, que oferecem serviços de complexidade intermédia,
- (c) Terceiro Nível, compreende os hospitais centrais e hospitais especializados e Maternidades de alta complexidade.

Estes níveis encontram-se articulados entre si através de mecanismos de referência e contra referência de forma a garantir uma assistência integrada e contínua.

3.2. Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

O Programa Nacional de SIDA foi criado em 1987. Vários planos foram elaborados desde então, mas até o final dos anos 1990 a atuação foi na forma de programas e projetos mais isolados. Em 1999 foi aprovado o primeiro Plano Estratégico Nacional (PAN), com caráter multisetorial, envolvendo as províncias e setores da sociedade civil. Além disso, aumentaram-se os recursos disponibilizados por parte do Governo e aumentou o envolvimento com diversos setores nacionais e internacionais.

A partir de 2001, a análise dos resultados da resposta nacional ao VIH foi realizada segundo os parâmetros do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (ONUSIDA). Nesse contexto, ficou possível dimensionar os avanços alcançados em Angola em áreas prioritárias e avaliar a situação atual da resposta à epidemia.

A prevalência de HIV/Aids em Angola em 2003 foi de 3,90, com 21.000 mortes contabilizadas. Em função desses dados, o governo começou a somar esforços para construir uma resposta à epidemia que fosse incisiva e abrangente, contratando muitos técnicos do exterior (Brasil, França, Estados Unidos) para reorganizar e estruturar um serviço específico para atenção ao HIV/Aids. Nesse mesmo ano foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLCSGE), órgão político com objetivo de garantir o engajamento de todos os setores nacionais na luta contra a epidemia do HIV e grandes endemias. A Comissão era coordenada pelo Presidente da República e constituída por vários ministérios. Em 2004, havia aproximadamente 240 mil pessoas com HIV/Aids no país.

³² www.cia.gov, 2016.

Em 2005, esse projeto concretizou-se na criação do Instituto Nacional de Luta Contra Sida (INLS)³³.



Figura 5. Logotipo do Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, INLS. Fonte: MINSa, 2015.

A gestão do INLS é da responsabilidade exclusiva dos seus órgãos, não tendo os organismos, que lhes são estranhos, direito de interferir na sua gestão e no seu funcionamento, salvo os estritos limites da tutela e superintendência do Ministério da saúde e da lei no geral. A gestão administrativa do INLS é orientada pelos seguintes instrumentos: a) Planos de atividades anual e plurianual; b) orçamento próprio anual; c) relatório anual de atividades; d) balanço e demonstração da origem e aplicação de fundos³⁴.

Durante os anos de 2006 e 2007 as atividades foram financiadas pelo Orçamento Geral do Estado, Fundo Global e Banco Mundial, através do Projeto HAMSET - Projeto de Intensificação da Malária, TB e VIH/Sida, Banco Mundial/ MINSa.

A resposta nacional fortaleceu-se no biênio 2008-2009 com ações de prevenção, tratamento, apoio e cuidado às pessoas infectadas com financiamento do Orçamento Global do Estado (65%), do Fundo Global (30%) e outros parceiros, como o Banco Mundial e Agências das Nações Unidas (5% cada).

Houve uma maior consolidação do Plano Estratégico 2006-2010, com ênfase para a implementação dos componentes de Prevenção à Transmissão Vertical (PTV), Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV) e Tratamento Antirretroviral (TARV).

O Governo de Angola avalia que, apesar dos esforços do próprio Governo e o do INLS, o número de unidades com serviço de Consulta Pré-Natal (CPN) e Prevenção à Transmissão Vertical (PTV) ainda insuficiente, atualmente o PTV é realizado em 419 unidades de saúde com Consulta Pré Natal (em 154 municípios) com uma cobertura de **22%**.

Na passagem do IV Plano Nacional das ITS/VIH e Sida (PEN-2011-2014) e avaliação das linhas estratégicas para o V Plano Estratégico Nacional (PEN 2015-2018), acrescentou-se que as ações de sensibilização vão abranger a prevenção da transmissão vertical (PTV), bem como a promoção do conceito de sobrevivência infantil livre do HIV/Aids.

O Plano de Aceleração da Resposta ao VIH e SIDA até 2015, o Plano Nacional de Eliminação da Transmissão do HIV de Mãe para Filho e o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose fazem parte das principais políticas e programas de Angola³⁵.

³³ Em 2005 foi criada por Decreto n.º 07/05, de 9 de Março, o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) e aprovado seu Estatuto Orgânico, com o objetivo de responder às exigências de luta contra o VIH e a SIDA, nos termos das disposições combinadas da Alínea f do artigo 112º e do artigo 113º, ambos da Lei Constitucional (MINSa, 2015).

³⁴ Diário da República, I Série_Nº29, de 9 de Março de 2005 (MISAU, 2015).

³⁵ Relatório Nacional de Angola, 2015. <http://www.ao.undp.org>. Acesso em 04 de novembro de 2016.

Nos países com recursos limitados e incluindo Angola, as estimativas nacionais de prevalência do HIV são baseadas substancialmente nos dados obtidos de estudos anuais ou bienais de vigilância sentinela do HIV. A atual estratégia de Angola no combate à aids é de garantir o acesso universal a testagem e tratamento. A OMS/AFRO juntamente com outros parceiros e agências (reunião realizada na Etiópia em 2009), estabeleceram como prioridade de avaliar métodos alternativos para complementar ou substituir a vigilância sentinela do HIV na consulta pré-natal.

Nesse sentido, a possibilidade de utilizar os dados do PTV para garantir a vigilância do HIV representaria uma potencial redução de custos a longo prazo e o valor economizado poderia ser realocado para outros setores, como melhorar as estratégias de testagem de rotina para VIH, os serviços oferecidos (PTV/TARV) e também os sistemas de coleta de dados pela Vigilância.

Em Angola o INLS, em parceria com o CDC, ONUSIDA, OMS, Fundo Global entre outros, está avaliando a possibilidade de poder utilizar nos próximos anos os dados do PTV para monitorar as ações do programa e avaliar a tendência da aids no País³⁶. Até 2015 ainda não haviam sido realizados estudos sobre os serviços de PTV como possível fonte de dados alternativa para vigilância do HIV.

3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

O INLS funciona a nível central na sede em Luanda e coordena as atividades dos pontos focais do Monitoramento e Avaliação regionais em seis regiões de Angola, e a nível provincial, na representação por pontos focais em cada uma das 18 províncias. Esses pontos focais trabalham sob a orientação do Departamento de Saúde Pública, em coordenação com a Direção Provincial, mas reportam diretamente ao INLS.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) de Angola está dividido em três áreas:

1. Sistema de Informação e Notificação de VIH e SIDA (SINVS): responsável pela notificação de casos de HIV e aids;
2. Sistema de Informação de aconselhamento e Testagem Voluntária (SIATV): responsável por toda informação relativa aos Centros de Aconselhamento e Testagem (CAT).
3. Sistema de Informação e Acompanhamento (SIACOM): faz o acompanhamento dos pacientes.

A grande força-tarefa da saúde em Angola está a cargo das 29 592 enfermeiras, que respondem pelos diferentes serviços em Prevenção e Assistência em relação a aids e sífilis. É mencionada por todos os gestores a alta rotatividade dos profissionais entre as diversas regiões, decorrente da busca para melhores condições de vida e salários. É a enfermagem que, majoritariamente, realiza consultas, testes, revelações diagnósticas, aconselhamentos, orientações sobre medicação, administra os remédios e realiza as notificações e registros! São a principal força de trabalho nos serviços de saúde angolanos.

Não há profissionais de saúde mental trabalhando no serviço público de saúde em Angola: segundo a OMS, há 0,02% de psiquiatras trabalhando em saúde mental. A função, quando é desempenhada, fica a cargo de um enfermeiro com formação complementar em psiquiatria.

³⁶ Marques, 2014.

Considerando-se uma média de sessenta atendimentos por dia, sendo cinquenta novos casos de pessoas HIV+ por mês, os profissionais responsáveis apresentam clara sobrecarga de trabalho. Nesse sentido, a notificação é o que fica precarizada. No estudo de 2014 já mencionado, foram entrevistados 53 profissionais de saúde dos serviços de PTV, sendo selecionados 32 técnicos mais diretamente ligados ao cuidado das gestantes, entre eles médicos, enfermeiras, pontos focais e conselheira.

Destes, mais de metade não conhecia o objectivo do sistema de vigilância do PTV e mais de $\frac{3}{4}$ não conhecia a definição de caso para gestante, tendo sido associado a falta de divulgação, capacitação e supervisão.

A aids é doença de notificação compulsória em Angola desde 2005, quando foi estruturado o INLS, e sua notificação deve ser feita de forma universal por todas as unidades sanitárias que diagnosticarem e/ou acompanharem pacientes que tenham HIV ou aids.

Até 2005 havia a chamada *notificação passiva de casos*, a partir das unidades sanitárias provinciais e de modo pouco sistemático e com distribuição apenas por sexo e faixa etária, com pouca caracterização das vias de transmissão. De 2006 a 2008 o INLS teve como uma das prioridades o fortalecimento do sistema de informação a nível nacional, com implementação da ficha de notificação padronizada e de um sistema informatizado denominado Sistema Informatizado de Vigilância do VIH/Sida (SINVS).

Atualmente, os dados da vigilância epidemiológica são colhidos nos 36 sítios sentinela, urbanos e rurais, e tem sido usados para medir a prevalência em grávidas, servindo como base para se estimar a prevalência da população entre 15 e 49 anos, utilizando-se o pacote estatístico Spectrum. Ou seja, os dados do Programa de Transmissão Vertical são utilizados para monitorar as ações do programa e avaliar a tendência da aids no país. O fluxo de informação de HIV/Aids nas gestantes pode ser resumido na figura abaixo:

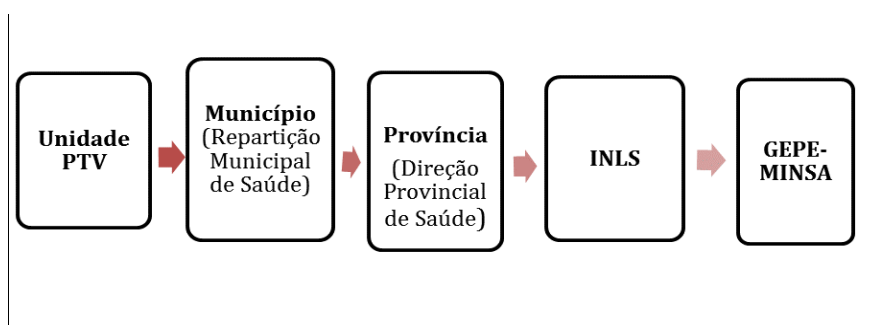


Figura 6. Fluxo da notificação em HIV/Aids da Unidade Sanitária ao INLS. Fonte: Marques e Furtado, 2014.

Cada Unidade Sanitária se reporta ao sistema de Vigilância Epidemiológica, através dos seguintes instrumentos:

- Ficha de Notificação/Investigação de casos (FNI);
- Livro nº 1: Livro de Registo de pacientes Novos (LPN);
- Livro nº 2: Livro de Registo de Pacientes em TARV (LTARV);
- Livro nº 3: Livro de Registo do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (LPTV) e
- Formulário de Aconselhamento e Testagem Voluntária (FATV).

Os livros de registro das Unidades são preenchidos à mão, por profissionais de medicina ou enfermagem; esses dados são passados para a gerência municipal entre os dias 1 a 30 de cada mês; os dados consolidados dos municípios são enviados para o nível provincial no início de cada mês.

O nível Provincial trata os dados e envia para o INLS que trata a informação mensal, faz a sua revisão e compila a informação para enviar ao GEPE-MINSA até ao dia 10 de cada mês. O INLS produz os relatórios trimestrais, semestral e anual através dos dados recebidos das províncias, e o relatório da Sessão Extraordinária das Nações Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) a cada dois anos.

Os esforços para implementação de um sistema efetivo para notificação da gestante/parturiente/puérpera VIH+ e criança exposta ao VIH tiveram um incremento com um projeto específico, iniciado em 2013 pelo INLS³⁷, consistindo de um processo de notificação compulsória do VIH/Sida começando pela gestante, e realização em abril de 2014 o projeto piloto em duas unidades sanitárias de Luanda, seguidos da implementação em quatro outras unidades – Maternidade Lucrecia Paim*, Hospital Geral dos Cajueiros – Cazenga, Centro de Saúde Cacacuo e Centro de Saúde Viana I*³⁸.

Em 2014 ainda não existia um sistema padronizado de retroinformação entre os diferentes níveis. Em 2015, porém, teve início uma reformulação no sistema de notificação, capitaneado pelo INLS, capacitando e reorganizando os fluxos de informação desde a Unidade Sanitária até o nível central.

Um importante estudo do INLS, desenvolvido por Marques e Furtado (2014) traz algumas conclusões importantes e que podem ser úteis para aprimoramento do sistema de notificação e Vigilância, a saber:

- A informação mensal sobre a vigilância do PTV em Angola tem início nas unidades de PTV com a recolha de dados e envio para as repartições municipais; o previsto pelo fluxograma do INLS do envio dos relatórios é de 1 a 30 de cada mês, mas foram detectadas irregularidades na província de Luanda tanto nos prazos como no número de relatórios entre as unidades sanitárias e as repartições municipais³⁹;
- Foi possível constatar que na maioria das unidades sanitárias participantes do estudo houve ausência principalmente do livro nº 3 por longos períodos de tempo, além do não-preenchimento das fichas de notificação, em algumas das unidades já há alguns anos;
- Cerca de 50% das Unidades de Saúde não tinham arquivo de registros acessível; 83,3% das Unidades Sanitárias com falta dos relatórios mensais do período de análise (2009-2013); 60% dos relatórios mensais com incongruências em relação ao número de grávidas em PTV registradas no livro e 51% do campo *uso de TARV* em branco no livro.
- Faltas de cópias dos relatórios mensais e falta de registro da entrega e recepção dos relatórios em todos os níveis, sendo que o nível central recebe apenas o chamado *cumulativo provincial*.

³⁷ ANGOLA. *Implantação da Ficha de Notificação da Gestante/Parturiente/Puérpera VIH e criança exposta ao HIV*. Luanda, Outubro de 2014.

³⁸ Essas duas unidades fizeram parte da visita de campo em Outubro de 2015.

³⁹ Marques e Furtado, 2014.

As autoras concluem que as diretrizes para avaliação do Sistema de Vigilância em Luanda, seguindo as propostas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), configuram o sistema como:

- a) *Complexo*: apresenta baixa qualidade de dados nas fichas de notificação e relatórios;
- b) *Oportuno*: o tempo entre diagnóstico de HIV+ e entrada em TARV não é considerado grande;
- c) *Representativo*: as fichas tem dados demográficos bem preenchidos.

Mesmo assim, há que se aprimorar o registro em todos os níveis de atenção. Uma das estratégias sugeridas é a realização de *supervisões institucionais*, a cargo do INLS, em períodos fixos, para melhoria da capacitação e dos atendimentos. Essa prática já existiu, porém de modo inconstante e interrompido, quase informal, porém o que foi realizado foi qualificado como excelente para as dinâmicas internas das unidades e melhoria da organização do fluxo de atendimento. Não há agendamento nos serviços, de modo geral, e as consultas ocorrem por ordem de chegada, o que os profissionais relatam como “profundamente estressante” e “angustiante”, pois os horários são restritos e a demanda é elevada.

3.4. Saúde Privada

A Rede Privada é composta por consultórios, centros médicos, clínicas, laboratórios e o acesso é por intermédio de seguros-saúde. É considerada uma rede de acesso limitado, restrito a pessoas com maior poder aquisitivo.

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

A dinâmica da epidemia do HIV em Angola reflete muitas das dificuldades do país, que durante décadas ficou sob a égide de guerras. Desde os anos 1970, com a Independência de Angola do domínio de Portugal, guerras internas, a instabilidade sócio-política teve e tem reflexos diretos nas características da infecção pelo HIV.

4.1. Dados Epidemiológicos

A epidemia de HIV/Aids em Angola é do tipo generalizado, pois não há uma prevalência maior em determinada faixa ou perfil populacional: as pessoas atingidas pertencem a praticamente todas as faixas etárias e perfis comportamentais. Toda a população é vulnerável e está exposta.

A média de soroprevalência nacional é de 1,9%, o que segundo o INLS reforça a característica de uma epidemia generalizada⁴⁰. Angola, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria são os cinco países prioritários que tem epidemias generalizadas. Nesses países, menos de 50% das mulheres grávidas vivendo com HIV tem acesso a terapia antirretroviral para prevenção da transmissão vertical. Angola mantém-se estável na cobertura, com 17% de cobertura.

A prevalência do HIV na população adulta geral é de 2,34%; entre adultos de 15-49 anos, na ordem dos 2.4% (UNAIDS, 2015); estima-se que cerca de 320 000 pessoas vivam com o VIH, com variações entre os sexos, tendo mais altas prevalências entre as mulheres jovens (15-24 anos = 0,9%). Estima-se que entre 223 350 e 290 000 adultos maiores de 15 anos vivam com HIV

⁴⁰ PN ETV 2012-2015, 2012.

em Angola⁴¹, além de quase 30 mil crianças. Estima-se uma média de 15.575 grávidas soropositivas para HIV por ano.

Os dados disponíveis mostram uma maior prevalência entre as mulheres (relação de 2,4 mulheres para cada homem afetado), cuja transmissão ocorre predominantemente por meio de relações heterossexuais. A prevalência média nacional do HIV em mulheres grávidas no grupo etário entre 15-49 anos de idade foi de 2,8%⁴², sendo maior na área urbana (3%) do que na área rural (1,6%).

O modo de transmissão predominante é o heterossexual (76,6%), transfusão sanguínea (10%) e a transmissão sanguínea por uso de drogas injetáveis (estimativa de 1,4%).

Em 2010 a taxa de transmissão vertical era estimada em 7,6%, contra 1,8% de 2014 (GARPR). A redução reflete a força-tarefa investida pelo Governo de Angola na construção da resposta nacional priorizando as grávidas.

Indicadores	Estimativas 2009	Estimativas 2015
Prevalência em adultos (15-49) anos	1,9 %	2,4%
Pessoas Vivendo com HIV (15-49) anos	166.500	223 350 - 250 000
Crianças (0-14) anos com HIV	29.642	29.103
Mulheres vivendo com HIV	100.931	145.385
Mortes (adultos) 15-49 anos	9.259	11 515
Mortes em crianças (0-14 anos)	3.589	s/d
Órfãos da aids (0-17 anos)	16.656	37 153

Tabela 1. Estimativa da Epidemia de HIV em Angola, 2009 - 2015. Fonte: MISAU, 2015.

A evolução da epidemia de aids em Angola tem características epidemiológicas diferentes segundo a área geográfica⁴³. Verifica-se um crescimento do número de casos novos nas províncias, particularmente nas regiões fronteiriças e nas cidades com alta densidade populacional como Luanda.

Segundo o Governo, essas tendências estão associadas à grande mobilidade populacional, à pobreza e ao limitado acesso aos cuidados primários de saúde.

A incidência do HIV em Angola é de **0,27**, sendo 26.365 novas infecções por ano⁴⁴ - destas, cerca de 22 000 em adultos maiores de 15 anos (13 mil entre mulheres e 9 mil entre homens). E a estimativa de novas infecções entre crianças de 0 a 14 anos de 2 300 a 7 100, nas diferentes regiões do país. Os novos casos registrados afetam principalmente mulheres, sendo uma epidemia feminizada, cujo enfrentamento requer estratégias especiais frente à desigualdade de gênero⁴⁵; a faixa etária mais afetada entre as mulheres está entre os 25 e os 29 anos, e entre os homens, entre 30-34 anos⁴⁶.

Esse foi o perfil epidemiológico da época da realização desta pesquisa, em outubro de 2015.

⁴¹ GARPR 2014 e UNAIDS 2015.

⁴² INLS 2009, apud PN ETV 2012-2015, 2013:13.

⁴³ CPLP, 2010.

⁴⁴ UNAIDS, 2015.

⁴⁵ CPLP, 2010; ANGOLA, *Diagnóstico de Gênero de Angola*, 2015.

⁴⁶ PN ETV 2012-2015, 2012:13.

Em relação às mortes causadas pelo HIV, o número estimado é de 11 515/100 000 pessoas. O número de órfãos em decorrência da aids é estimado em cerca de 120 000. Esse número pode ser refinado quando se aprimorar os sistemas de registro tanto de nascimentos quanto de óbitos do país, ainda sem uma cobertura de 100% da população.

4.2. Testagem

A testagem para HIV ainda é considerada muito baixa em Angola. Estima-se que apenas 15% da população tenha conhecimento do estatuto sorológico. Segundo o GARPR (2014) 954.282 pessoas foram testadas para HIV.

Na década 2003-2013 foram criados 904 serviços de aconselhamento e testagem (AT), e durante esse período foram realizados 3.498.102 testes, dos quais 5,3% positivos para HIV⁴⁷.

Usando clínicas móveis, foram realizados no geral 954.282 testes, dos quais 4,7% foram positivos.

Dos 436.377 testes de HIV na população adulta, 7,2% foram positivos; dos 25.457 testes realizados em crianças, 8,7% foram positivos.






A introdução dos testes rápidos para diagnóstico de HIV nos serviços de Consulta Pré Natal permitiu um aumento significativo na cobertura de testagem para gestantes e crianças, estimada em 90%. Dos 25.457 testes realizados em crianças, filhas de mães soropositivas, 2.211 deram resultado HIV+, ou seja, 8,6%. Estima-se que 616.998 pessoas tenham recebido testagem e aconselhamento.

Província	Testes	Positivos	%
Bengo	9911	425	4,3
Benguela	96379	3571	3,7
Bié	62034	1179	1,9
Cabinda	58658	1816	3,1
Cunene	53540	2587	4,8
Huambo	87713	2351	2,7
Huíla	69867	2079	3,0
Kwando Kubango	13347	863	6,5
Kwanza Norte	30882	696	2,3
Kwanza Sul	43007	760	1,8
Luanda	212554	21464	10,1
Lunda Norte	9273	633	6,8
Lunda Sul	35028	2290	6,5
Malange	41102	1055	2,6
Moxico	14586	948	6,5
Namibe	16278	558	3,4
Uíge	49063	956	2,0
Zaire	51060	650	1,3
Total	954.282	44.881	4,7






Tabela 2. Distribuição do total de testes realizados e positivos por província, Ano 2013. Fonte: MINSA, 2014.

⁴⁷ ONU Angola, 2016.

As cinco províncias com maior número de testes foram:

 Luanda	212.554
 Benguela	96.379
 Huambo	87.713
 Huíla	69.867
 Bié	62.034

As províncias com menor número de testes foram:

 Moxico	14.586
 Kuando Kubango	13.347
 Bengo	9.911
 Lunda Norte	9.273
 Namibe	6.278

No campo, foram feitas referências a falta de testes para realização na hora do parto. Esse dado não foi confirmado pelo INLS, que afirma que os testes são enviados para todas as unidades – mas nas unidades, a referência é a que existem rupturas de fornecimento, “falhas de testes”. É uma contradição que merece atenção especial.

A testagem espontânea para mulheres, e em especial para as gestantes, precisa ser incorporada em todos os serviços, tanto para HIV como para sífilis.

Um fator considerado relevante para a baixa testagem é a limitação do horário de atendimento: embora os serviços tenham em média dois períodos, das 8 às 12 e das 12 às 18h, não há consenso sobre os dias e horários em que as testagens podem ser realizadas. Uma sugestão é que essa informação seja amplamente divulgada.

4.3. Coinfecções mais prevalentes:

a) Tuberculose

Encontrar, Tratar e Curar a Todos.
PNCT Angola, 2015.

A resposta nacional da Tuberculose em Angola é liderada pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controlo de Tuberculose (PNCT), inserido na Direção Nacional de Saúde Pública. O PNCT foi criado em 1981, com a responsabilidade da gestão dos investimentos direcionados ao controle desse agravo; a partir de 2002 passou a elaborar Planos Estratégicos Nacionais (PEN-TB) aprovados pelo Ministério da Saúde de Angola (MINSa).

De 2005 a 2010 foi implementado o primeiro projeto, financiado pelo Fundo Global (FG/R-4), com objetivo de reforçar ações de controle da TB em 11 províncias de Angola; as demais, foram financiadas pelo projeto HAMSET⁴⁸ do Banco Mundial⁴⁹.

⁴⁸ Projeto de Intensificação da Malária, TB e VIH/Sida, Banco Mundial/ MINSa.

⁴⁹ PEN-TB 2013-2017: 10.

O Plano em vigor é o PEN 2013-2017, cujas diretrizes visam orientar as intervenções para a concretização integral da estratégia de tratamento diretamente observado (DOTS) e o controle da coinfeção TB/HIV e o controle da Tuberculose Multirresistente (TBMDR) tanto na população geral como nas populações vulneráveis sob risco acrescido: crianças, população prisional, populações fronteiriças e nômades.

Alguns conceitos básicos adotados pelo Programa Nacional de Controle da TB estão elencados no Quadro 3:

Caso Novo	Doente que nunca recebeu tratamento para TB por um período igual ou superior a um mês.
Caso Recidiva	Doente com diagnóstico atual de TB bacteriologicamente positiva, com história de tratamento prévio com medicamentos em episódios de TB anterior, declarado curado. Retratamento após insucesso: doente que reinicia tratamento após se terem verificado critérios de insucesso no tratamento anterior. Retratamento após abandono: doente bacteriologicamente positivo, que reinicia o tratamento após interrupção por um período igual ou superior a dois meses.
Transferências	Doente que foi transferido de outro serviço onde havia sido já registado e notificado, para continuar tratamento
Outro	Todos os casos que não se enquadram nas definições anteriores. Inclui caso crónico, um doente que tem microscopia positiva no fim de um regime de tratamento.

Quadro 3. Conceitos básicos do Programa Nacional de Tuberculose. Fonte: PNCT, 2012.

A Tuberculose em Angola é classificada como “alta endemia” pela prevalência e incidência anual de novos casos e pela sua expansão nacional que afetam todas as camadas e principalmente a população economicamente ativa.

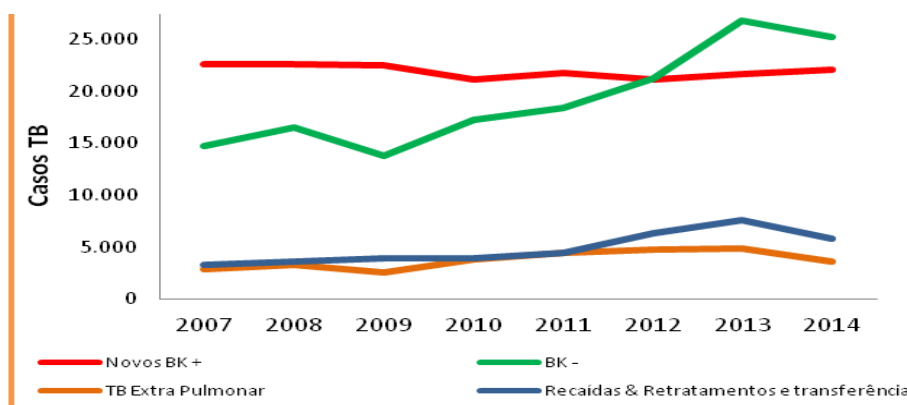


Gráfico 1. Tendência dos Casos de TB por ano – Angola 2007 – 2014. Fonte: PNCT Angola, 2015.

Observando-se a distribuição dos casos reportados em 2012 segundo a faixa etária, constata-se que a mais atingida foi dos 25 aos 34 anos- com 29% dos casos notificados. Os menos atingidos foram os menores de 1 ano com 0,02%. Em relação à distribuição dos casos segundo sexo, o masculino com 57% foi o mais atingido.

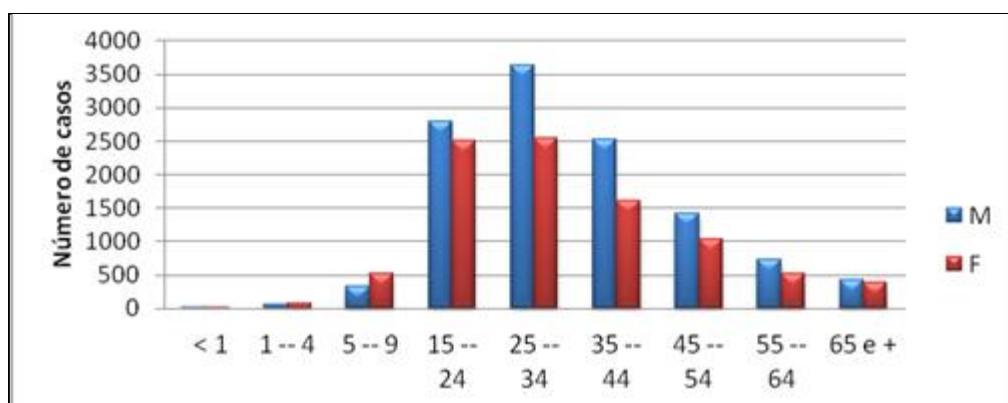


Gráfico 2. Distribuição dos casos de tuberculose em Angola por idade e sexo, 2012. Fonte: PNCT, 2012.

A Taxas de detecção de casos e de prevalência de 2007 a 2012 foram calculadas de acordo com os dados da tabela 3: enquanto a incidência oscila entre 266 a 310/ 100.000 habitantes, a prevalência ao longo do tempo foi crescente, com taxas que oscilaram entre 325 a 413/100.000 habitantes.

Ano	Casos Novos c/BK+	Casos Novos c/BK-	Casos novos Sem baciloscopia	TB Extra Pulmonar	Recaídas & Outros Retratamentos	TOTAL
2008	22.562	16.490		3.297	3.584	45.933
2009	22.488	13.755		2.580	3.863	42.686
2010	21.145	17.285		3.780	3.956	46.166
2011	21.703	18.401		4.399	4.444	48.947
2012	21.124	21.226	1.830	4.776	4.470	53.426
2014	22.046	25.282		3.562	5.802	56.716

Tabela 3. Casos de Tuberculose em Todas as Formas, notificados em Angola 2007 – 2012. Fonte: PNCT, 2014.

Em 2014 foram detectados **2.827 (10,2%) Casos de coinfeção TB/VIH** e 423 (0,7%) Casos TBMR.

O aumento no número anual de casos de tuberculose informados foi compreendido pelo Governo Angolano como resultado da melhoria no fluxo de informações, expansão da rede de diagnóstico e tratamento e aumento progressivo das taxas de HIV na população em geral.

Estão também direcionadas para o controle da coinfeção TB/VIH e TBMR o reforço das parcerias com os programas afins e com as organizações não-governamentais da sociedade civil com vistas ao fortalecimento do controle e garantia da sustentabilidade das ações.

Em relação aos resultados de tratamento entre 2008 e 2012, a tabela 4 mostra que a taxa de sucesso oscilou entre 53,4 e 71,0 – portanto, esteve sempre abaixo da meta preconizada nos Objetivos do Milênio, que é de 85%. Na mesma tabela verifica-se que a taxa de abandono, entre 13,5 e 20,1, esteve sempre acima do preconizado pela OMS (< 5%).

Esses dados reforçaram a necessidade de incremento da gestão do programa, solicitando que os programas provinciais de TB melhorassem o seguimento dos doentes.

Ano*	TAXA (%)					
	Sucesso	Cura	Abandono	Transferidos	Fracasso	Óbito
2008	69,3	46,2	20,1	3,3	3,3	4,2
2009	70,0	44,6	13,5	5,2	9,8	6,6
2010	68,0	46,5	16,3	9,2	2,4	4,3
2011	71,0	70,0	16,6	5,4	2,6	2,6
2012	53,4	35,0	14,3	8,5	2,5	2,4

Tabela 4. Resultados do tratamento (coorte) dos BK+ (novos e Retratamentos). Fonte: PNCT, 2012.

Em 2013 foram notificados 39.225 casos novos e 1.123 casos de abandono, com o respectivo risco de ocorrência de Tuberculose Multirresistente.

A causa de falência ou insucesso terapêutico da TB pode ser caracterizada pelo agravamento do quadro clínico, com perda de peso e recaída de sintomas ou baciloscopia de escarro positiva.

Esta situação representa uma grande suspeita de estar perante uma tuberculose multirresistente (TB-MR). Múltiplos fatores podem contribuir a esta falência:

- a) Fatores farmacológicos: diminuição na absorção dos fármacos ou interação com outros medicamentos.
- b) Fatores médicos ou do sistema da saúde: uso inadequado dos medicamentos por má prescrição, incapacidade do doente para compreender, letras ilegíveis; locais pouco acessíveis para a distribuição de medicamentos; prazo de validade expirado; falhas na distribuição ou disponibilidade nos diferentes serviços.
- c) Fatores relativos ao doente: fraca adesão ao tratamento; sintomas adversos; distância do serviço e dificuldades para a mobilização do doente, não-aceitação do tratamento sob observação direta.

Um ponto importante para a má adesão⁵⁰, nessa perspectiva individual de abandono e/ou falência é o abuso de álcool correlacionado a tuberculose. A droga mais utilizada, fora o álcool, é a *lhamba*, maconha. Porém, segundo os entrevistados, não há na prática uma estrutura em saúde mental para dialogar ou cuidar desses pacientes.

d) Fatores relativos ao agente causador da TB, aumento de pessoas com TB-MR que aumentam a transmissibilidade de cepas resistentes; resistência intrínseca ou mutações que aceleram a resistência do bacilo da TB a certos medicamentos para TB; maior exposição de cepas resistentes na comunidade.

Coinfecção TB/HIV

Dos 12.592 casos novos de BK(+) detectados em 2013, 1.612 foram HIV(+), correspondendo a uma positividade do HIV entre casos novos de BK (+) de 12,8%. Atualmente, existe uma rede de 148 serviços de HIV/Aids⁵¹.

As estatísticas mais precisas de coinfecção datam de 2011, como mostra a tabela a seguir:

⁵⁰ LIMA, 2010.

⁵¹ ONU Angola, 2016.

Anos	Total Casos TB todas as formas	Casos TB Testados	Total Testes VIH +	% positividade (TB todos os casos)	Nº Casos Novos BK+	Testados (Casos Novos BK+)	Casos Novos BK+ com Testes VIH +	% positividade entre os novos casos BK +
2011	48.947	12.798	1.346	10,5%	21.703	7.274	527	7,2%
2012	53.426	12.022	1.149	9,5%	21.124	6.970	451	7,2%

Tabela 5. Coinfecção TB/HIV, Angola, 2011- 2012. Fonte: PNCT – Relatório UNGASS 2011/2012.

As normas do PNCT e do INLS para assistência e tratamento na coinfecção são:

- ✚ Todo paciente com HIV/Aids deve ser monitorado em cada consulta. Avaliar a presença de sinais e sintomas compatíveis ou suspeitos de TB, como tosse com expectoração, dor pleural, perda de peso, suores, febre prolongada. A análise para confirmar ou excluir a TB incluem: baciloscopia seriada de escarro (3 amostras); cultura de escarro ou de outros materiais, clínica, Raios X.
- ✚ Todo paciente com TB deve ser testado para o HIV pré e pós aconselhamento.
- ✚ Iniciar a profilaxia com isoniazida em caso a prova da Tuberculínica seja positiva (+) ou doentes com sintomas sugestivos de TB ou contatos intra-domiciliares ou institucionais ou perante suspeita radiológica.
- ✚ Todo doente com VIH deve receber profilaxia com clotrimoxazol de acordo as normas em atual vigência do INLS.

TRATAMENTO DA TB EM DOENTES COM COINFEÇÃO TB/HIV	RECOMENDAÇÕES	
Quimioprofilaxia com Isoniazida (H)	- Isoniazida 5 a 10 mg/Kp (dose máxima 300 mgr/d) por 6 meses consecutivos, em caso necessário pode chegar até 36 meses (OMS) - Acompanhar com Piridoxina para reduzir risco de neuropatias periféricas	A quimioprofilaxia reduz o risco de reativação endógena do bacilo, mais não protege de novas infeções exógena após a sua suspensão. A duração da proteção depende da duração do tratamento preventivo. Em situações de exposição, reavaliar quanto à necessidade de expandir o tempo da profilaxia. Se é contacto de doentes com TB-MR ou existe a suspeita, monitorar a falha da Isoniazida ou existência de resistência medicamentosa. Não contraindicada em grávidas, é aconselhável avaliar mensalmente as transaminasas para monitorar possível hepatotoxicidade.
Regime alternativo de tratamento da TB	Coinfecção: Casos Pulmonar BK(+); (-) ou EP (6 meses de tratamento FASE INICIAL: 2(RHZE) ou (SHRZ) FASE CONTINUAÇÃO: 4 (HR)	O regime mais efetivo no tratamento da TB sob observação direta em doentes com HIV é o que tem base no uso de Rifampicina durante 6 meses; nunca usar regimes de tratamento intermitente contendo Rifampicina (duas ou três vezes por semana) em doentes com HIV devido ao risco de desenvolvimento de resistência.
Casos Retratamentos da TB	Recaídas, Fracassos ou Reaparecidos após interrupção do tratamento em doentes com coinfecção TB/VIH Fase Inicial: 2(RHZE)S / 1(RHZE) Fase continuação: 5 (HRE)	Os casos de retratamentos (com antecedentes de tratamentos anteriores) as normas indicam o tratamento da TB durante 8 meses, sendo 3 meses Fase inicial e 5 meses fase de continuação.
Crianças	Fase Inicial: 2(RHZ) Fase continuação: 4 (RH)	As crianças: 6 meses de tratamento da TB A OMS recomenda a vacinação com BCG para todas as crianças em países de alta prevalência da TB, excepto crianças com sintomas da aids.
Casos coinfecção TB/VIH com suspeita ou confirmação de TB-MR	Segundo normas de TB-MR	Caso de coinfecção confirmada com TB-MR devem ser reencaminhado aos centros de referência para tratamento da TB-MR.

Quadro 4. Recomendações para tratamento de pacientes com coinfecção TB/HIV. Fonte: PNCT, 2012.

Os doentes com coinfeção TB/VIH, devem ser tratados por TB com os mesmos regimes de tratamento recomendado pelo PNCT, com as seguintes recomendações:

- ✚ O início de terapia para a TB deve estar pautado nos achados clínicos, laboratoriais e radiológicos; deve ser realizada por pessoal do programa, já que baixas concentrações séricas nos doentes coinfectados podem contribuir ao fracasso ou insucesso do tratamento da TB;
- ✚ Não deve ser usado Tiacetazona em virtude a sua associação com reações cutâneas severas e a vezes fatais;
- ✚ É importante monitorar todos os doentes com coinfeção e durante o tratamento da TB, acompanhar o progresso individual.

A rede de serviços de HIV/Aids no país é ampla, havendo incentivo para a integração dos serviços mediante a colaboração local dos Supervisores e Pontos Focais para as duas doenças.

Um dos grandes desafios do PNCT para reduzir a Taxa de abandonos, aumentar a Taxa de sucesso de tratamento e cura da TB é o de ampliar a rede de serviços de TB em todas as Unidades de Cuidados Primários de Saúde nos municípios e ampliar a rede de DOTS-comunitário principalmente em localidades distantes de um serviço de saúde; que poderá garantir o acesso no controle da coinfeção TB/VIH e na detecção dos casos de TB-MR.

Na tabela abaixo pode-se observar a integração dos serviços de HIV/Aids e Tuberculose nas províncias:

Província	Município	Nº Unid HIV/Aids	Serviços HIV				Serviços TB		
			AT	PTV	TARV Adult	TARV Pediátr	DOTS/ UT	Serviços TB/VIH	% de Serviços TB/VIH
Bengo	6	14	9	9	2	2	4	4	28,6
Benguela	8	25	21	17	13	13	15	11	44,0
Bié	9	21	9	17	5	5	7	5	23,8
Cabinda	4	28	24	12	8	8	9	9	32,1
Cunene	6	45	5	45	5	5	6	6	13,3
Huambo	12	19	5	45	5	5	8	6	31,6
Huila	10	30	23	12	10	9	12	12	40,0
K-Kubango	7	10	3	10	3	3	4	2	20,0
Kwanza Norte	11	18	10	16	8	8	6	3	16,7
Kwanza Sul	7	25	14	20	9	9	3	3	12,0
Luanda	9	80	68	37	39	34	29	27	33,8
Lunda Norte	6	11	6	10	5	5	5	4	36,4
Lunda Sul	4	10	6	7	3	3	3	3	30,0
Malange	6	15	5	7	3	3	8	8	53,3
Moxico	7	15	12	11	8	8	6	6	40,0
Namibe	5	19	14	10	7	6	4	2	10,5
Uige	14	20	13	16	9	9	11	9	45,0
Zaire	6	13	8	8	3	3	6	6	46,2
TOTAL GERAL	137	418	255	309	145	138	146	126	30,1

Tabela 6. Rede de Serviços de Aids e TB, Angola 2012. Fonte: INLS/ PNCT, 2012.

A Rede de Serviços de TB contava, em 2012⁵², com:

- ✚ 111 Unidades de Diagnóstico e Tratamento (UDT) e 66 Unidades de tratamento (UT) localizadas ao nível municipal ou local, sendo a unidade básica da gestão dos casos de TB
- ✚ 95 Laboratórios locais funcionais com condições para realizar baciloscopia;
- ✚ 4 Laboratórios de cultura localizados no INSP, HSL, HS Huambo e H Militar Principal.
- ✚ 1 Centro Nacional de referência da TB localizado no HSL
- ✚ 5 Hospitais Sanatórios, com serviço de internamento de casos complicados, localizados em Huambo, Luanda, Lunda Norte, Malange e Namibe.
- ✚ 5 Dispensários de Tuberculose, localizados em Benguela, Luanda, Lunda Sul, Malange e Kwanza Norte.

Segundo a OMS Angola, a rede atual de tuberculose em funcionamento é de 194 unidades sanitárias que notificam casos de TB, dos quais somente 95 fazem diagnóstico de BK. Os serviços de UDT/UT estão localizados em 118 municípios de 18 províncias, representando 73,2% do total de 161 municípios.

b) IST

Segundo os profissionais de saúde entrevistados nos serviços de referência de Luanda, as gestantes HIV+ em geral tem vários outros agravos de saúde: desnutrição, anemia, infecções urinárias, vaginomas, tuberculose, além de tomarem comprimidos para auxiliar na gestação como ácido fólico, ferro. Muitas chegam com DST consideradas pelas profissionais como assustadoras, condilomatose gigante, molusco contagioso, gonorreia. São muitos comprimidos, se incluir os medicamentos para aids – e como estes são maiores, em geral as grávidas cogitam suspender a ingestão destes, pelo tamanho.

Em alguns casos é possível aplicar medicamentos via intramuscular ou endovenosa, mas no caso do HIV+ não é possível. Um problema específico da adesão em gestantes é esse grande número de comprimidos que elas precisam tomar em função dos outros agravos prevalentes em Angola.

Campanhas de conscientização sobre formas de contágio, prevenção e tratamento das outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, disponibilização de outros insumos e estratégias além do preservativo masculino, busca ativa de pacientes que abandonam tratamento, tudo isso poderia reduzir a poliinfecção que acompanha grande parte das gestantes angolanas.

Há referência de relação direta entre câncer de colo de útero e HIV/Aids, em Luanda estimado em 99% HPV-HIV. Este dado epidemiológico foi comprovado cientificamente e divulgado em evento internacional recente no Brasil⁵³.

⁵² PNCT- MINSa, setembro de 2013.

⁵³ 2016, Congresso de Medicina Tropical/ Maceió, Brasil.

4.4. Tratamento medicamentoso - Logística dos medicamentos

Os medicamentos são adquiridos em diversas fontes, sendo a mais importante delas o Fundo Global. Por questões não perfeitamente elucidadas, nem na pesquisa bibliográfica, nem nas entrevistas da visita de campo, a logística de aquisição, armazenamento e transporte sofre rupturas sistemáticas, que afetam diretamente a assistência aos doentes.

A comunicação sobre o fluxo e a logística dos medicamentos é tema essencial. Durante o trabalho de campo, com a presença do gestor federal, foi explicitada a defasagem de informações. Enquanto nos serviços os gestores alegavam falta de medicamentos, a gestão federal falava em “estoque para 2017”. Ficou acordado que haveria “verificação dos constrangimentos nos fluxos” e foi solicitado de modo enfático que houvesse divulgação massiva dos fármacos existentes e disponíveis para os diretores de unidades de atendimento.

Sugere-se fortemente a explicitação dos passos da aquisição, logística de armazenamento e distribuição dos medicamentos para HIV/Aids e sífilis congênita, para garantir a segurança dos remédios, o uso dentro do prazo de validade e a administração correta dentro do que é preconizado pela OMS. Nos serviços visitados, esse foi um tema frequente: em especial os medicamentos para crianças, havia ruptura de estoque sem previsão de reposição. Lembrando que esses dados são de 2015 e que naquele momento da realização das vistas a gestora federal foi junto e comprometeu-se a resolver o problema, há que se considerar esse fator na análise conjuntural do tema.

A ruptura do estoque de medicamentos e testes foi confirmada através das fichas de estoque como sendo constante em todas unidades, principalmente em uma delas, o que acontecia praticamente todos os meses (Marques, 2014). Os técnicos referiram que muitas vezes as gestantes realizam a testagem fora da unidade, não havendo no entanto evidência dessa informação por falta de registro.

Um outro problema foi relacionado ao horário de trabalho, nem sempre cumpridos com regularidade ou ainda, com alterações em função da distância e localização, frente às regiões de moradia dos funcionários (Furtado, 2014). Em pesquisa recente (Marques, 2014), em duas das unidades participantes foi constatado que - apesar do elevado número de pacientes que recorrem a essas unidades - por muitas vezes as gestantes relataram não poder realizar os testes rápidos por ausência dos técnicos e/ou de enfermeiras.

4.5. Populações Vulneráveis: Prisional, HSH, PSex, Usuários de Drogas

Nos trabalhadores do sexo a taxa de cobertura com programas de prevenção (79,3%) é considerada muito boa e existe uma utilização de preservativos bastante superior (duas vezes mais) ao que se verifica na população geral. Impõe-se, pois, a consolidação da abordagem a este grupo⁵⁴.

Os dados relativos à transmissão do VIH, no seio dos usuários de drogas injetáveis não se encontram disponíveis em 2012. Uma estimativa traz 1,4% de prevalência de HIV/Aids nesta população. Esta é uma situação que necessita de atenção, pelo menos, para se conhecer a dinâmica da transmissão do VIH no seio deste grupo e organizar uma vigilância epidemiológica regular. O país não tem política de distribuição de seringas.

⁵⁴ PN ETV 2012-2015, 2012.

As populações vulneráveis como usuários de drogas, profissionais do sexo, população trans ainda estão invisíveis em Luanda. No de 2015 algumas iniciativas governamentais começaram a tirar esse tema da obscuridade.

4.6. Bancos de sangue

A estimativa apresentada no GARPR 2014 é de uma prevalência de 10% de HIV/Aids por transfusão sanguínea. Na visita de campo esse tema não foi mencionado, e na literatura não há dados a respeito dessa forma de contágio, o que em si já demonstra a necessidade de intensificar a descrição para o diagnóstico da implementação da Opção B+.

4.7. Adesão, Abandono e Falência

A adesão ao tratamento inclui toda a chamada “Cascata de Cuidados”: testagem, busca de resultados, ingresso na TARV e adesão até supressão da carga viral.

Em Angola, alguns fatores condicionantes da dinâmica da epidemia⁵⁵ são reconhecidos, como já foi assinalado no início deste documento, porém as estratégias ainda não são suficientemente incisivas para ruptura de determinados ciclos de vulnerabilidade e risco, a saber:

Analfabetismo

O analfabetismo é considerado elevado em Angola, com uma taxa superior a 30%⁵⁶, quase 1/3 da população (o equivalente a mais de 5 milhões de pessoas). As causas apontadas são o insucesso escolar, mas também o elevado número de refugiados, além do absentismo dos docentes (faltas em torno de 40% das aulas).

Em 2012 o governo federal lançou um projeto chamado Plano Estratégico para Revitalização da Alfabetização, com 15.600 profissionais dedicados a alfabetizar 540 mil pessoas por ano. Esse projeto é direcionado para jovens acima de 15 anos. Além deste, o Governo de Luanda lançou dois programas, “ Escola para Todos” e “ Formação, Trabalho e desenvolvimento”.

Dados de 2015 apontam para uma queda de quase 68% no número de analfabetos, nos 40 anos de independência nacional⁵⁷. Em 1975, ano em que o país se tornou independente de Portugal, 85% da população nacional não sabia ler nem escrever.

Os dados apresentados pelo Ministério da Educação de Angola mostram que de 2012 a 2015 foram alfabetizados 2.695.158 angolanos, 70% dos quais, mulheres. Mesmo assim, nas áreas rurais apenas 37,3% das mulheres entre os 20 e 40 anos sabem ler e escrever, contra mais de 80% nas áreas urbanas. A alfabetização é fator importantíssimo para cidadania, práticas preventivas, adesão ao tratamento e prevenção a agravos.

⁵⁵ GARPR, 2014:5.

⁵⁶ <http://www.africaurgente.org/combate-ao-analfabetismo-na-angola-informacoes/>

⁵⁷ http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt_2015_09_08_410499205_numero-de-angolanos-analfabetos-caiu-mais-de-68--desde-1975.

Considerando-se a defasagem entre campo e cidade, e que a pesquisa de campo foi realizada em Luanda, vale como sugestão o incremento dos projetos de Alfabetização de Adultos, com prioridade para as mulheres das regiões rurais.

O desafio é realizar a alfabetização e integrar a cultura local, os dialetos étnicos e preservar a integridade do povo que está sendo alfabetizado – mas é um fator muito importante na construção da resposta à epidemia de HIV/Aids em Angola.

✚ Aceitação social da poligamia masculina

A aceitação social da poligamia e as relações sexuais intrageracionais, amplamente incentivadas pelas culturas locais, são fatores importantes na disseminação do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis, pois também demandam dos profissionais de saúde adaptações às questões culturais que nem sempre são descritas ou avaliadas para que haja uma continuidade.

✚ Elevada migração

A elevada migração, a pobreza e as desigualdades de gênero também são fatores vulnerabilizantes para a epidemia de HIV/Aids.

✚ Início precoce das relações sexuais e Relações sexuais intergeracionais/ intrafamiliares

As mulheres têm menor acesso à escolarização, tem maior vulnerabilidade social – com início precoce das relações sexuais. Cerca de 21,2% das mulheres iniciam as relações sexuais antes dos 15 anos, sem qualquer adoção de práticas preventivas.

Há uma subvalorização – ou ainda, precárias ou inexistentes informações – sobre o risco das infecções sexualmente transmissíveis/Aids, com início de exercício de maternidade ainda na adolescência, em geral com homens que já tem várias outras mulheres, tendo ou não o estatuto de esposas.

A maternidade não apenas é valorizada, como exigida culturalmente. As próprias profissionais de saúde entrevistadas mostram-se cautelosas frente às exigências nacionais, em que sua opção de ter *poucos* filhos (três) é questionada e sofre preconceitos, como ilustram os excertos a seguir:

- “Filho é a riqueza africana”.
- “Quem tem pouco filho, não pensa no país”.
- “Nasce muito, morre muito: tem que ter muitos para viverem alguns”.
- “Mulher só é mulher quando tem filho parido”.
- “A mulher sem filhos pode ter todos os diplomas, não vai ser ninguém aqui nunca”.
- “Por que só dois (filhos)? Tem alguma coisa errada?”.

Finalmente, um fator decisivo para o insucesso de muitas estratégias para prevenção e tratamento: a não-inclusão dos Praticantes de Medicina Tradicional, ou curandeiros/benedeiros/xamãs em quaisquer atividades de saúde coletiva.

Não há diálogo entre os profissionais de saúde e os curandeiros ou Praticantes de Medicina Tradicional, que são vistos como charlatães e usurpadores, sendo que a população efetivamente recorre a eles, confia, tem vínculos e respeito. A inclusão desses líderes no desenvolvimento de estratégias de acesso à população.

Segundo os entrevistados, a postura mais comum dos profissionais de saúde consiste em confrontar, desprezar e muitas vezes obrigar o paciente a escolher entre o atendimento médico e o atendimento pelo curandeiro; essa é uma postura que dificulta a adesão a quaisquer práticas, preventivas ou profiláticas.





A contradição é que o próprio profissional de saúde relata recorrer com muita frequência a práticas que seriam típicas dos curandeiros e também práticas animistas em sua vida pessoal.

Uma sugestão é a melhoria da comunicação entre os profissionais, incluindo os líderes comunitários e as possíveis ONG parceiras na realização das atividades de testagem, aconselhamento, adesão e tratamento. Sendo a Opção B+ um tratamento vitalício, toda a rede social de apoio precisa ser incluída e instrumentalizada para que não haja abandono do tratamento.

As profissionais dos serviços de saúde entrevistadas relatam a angústia de, muitas vezes, diante do abandono do tratamento, a gestante apelar para o “bruxo” (sic), “tomar banho de folha amarga”, com sérias consequências – “a gente sabe que os intestinos vão virar-se”.

Uma sugestão é a ampliação do diálogo com os curandeiros e suas práticas curativas não-convencionais, numa tentativa de compreensão técnica, ética e política. Há subvalorização e preconceitos sobre o risco das IST/HIV/Aids, Práticas de sexo sem proteção e Rejeição ao uso dos preservativos masculinos.

Supõe-se a presença de fortes barreiras culturais e religiosas em Angola que dificultam a adoção de estratégias de prevenção, incluindo prevenção combinada. Dados de 2010 apontam para uma alta rejeição ao uso de preservativos (apenas 20% mulheres e 43% dos homens relatam uso na última relação sexual, dados de 2010).

-  Barreiras culturais e religiosas para implementação de práticas preventivas em saúde, prevenção e tratamento da aids e sífilis.
-  Pobreza
-  Desigualdades de gênero
-  Violência

“Perdidos de Vista”

O INLS considera a testagem um grande desafio inicial para melhoria do acesso da população aos serviços de assistência em saúde. Embora tenha havido investimento em campanhas específicas, o retorno ainda não atingiu os patamares esperados. Pessoas que realizam o teste, mas não buscam o resultado; pessoas que buscam o resultado, mas não iniciam o tratamento; finalmente, aqueles que iniciam o tratamento mas abandonam.

É relatado um alto abandono entre a primeira e a segunda consultas do pré-natal, aspecto que precisa ser considerado e avaliado com a máxima urgência. Não há dados epidemiológicos, mas os profissionais de saúde entrevistados estimam entre 40 e 60% a taxa de abandono nessa etapa!

Para onde vão? O que fazem? Há várias hipóteses, uma das quais é evidenciada na clínica: pessoas em adoecimento grave, poliiinfecção, doenças oportunistas simultâneas e falências de regime de primeira linha.

Falência ao Regime de 1ª linha de TARV⁵⁸

Definida na ocorrência dos eventos que motivaram a troca do regime:

a) Falência imunológica:

- Queda de T CD4 para valores < aos da pré-terapia
- Queda >50% em relação ao valor máximo de T CD4 ou
- Níveis de T CD4 persistentemente ≤ 100 céls/mm³

b) Falência virológica:

- Replicação viral ≥ 2.000 cópias/ml após 6 meses de TARV

O Tratamento Antirretroviral é considerado efetivo quando há supressão da replicação viral (CV<50 cópias/ml) e recuperação do sistema imunológico (ganho de 50 a 100 céls/mm³) no primeiro ano.

A fome...

O problema crônico da fome segue sem muitos avanços. Iniciativas solidárias de instituições parceiras são pontuais e sem sustentabilidade: igrejas levando sopa, iogurte, bolachas. Os pacientes internados não têm direito a acompanhantes. À noite, nos estacionamento dos hospitais, forma-se um imenso acampamento, onde são vistos centenas de lençóis estendidos no chão, com pessoas literalmente acampadas. São os acompanhantes dos doentes, esperando ao relento para qualquer solicitação.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

Angola, até outubro de 2015, não tinha notificação de sífilis congênita, estando as planilhas oficiais todas “s/d”, sem dados. Referem realização de teste VDRL na primeira consulta, porém com pouca ou nenhuma notificação ou busca ativa dos parceiros sexuais das mulheres afetadas.

Outra ausência importante é a de ONG parceiras. Todos os profissionais de saúde lamentam a falta de organizações não-governamentais parceiras, tanto para prevenção, como para as estratégias de adesão.

Após a visita de campo, houve compromisso dos gestores do INLS em incrementar o rastreio e a vigilância em sífilis, assim como realizar levantamentos de possíveis ONG parceiras para início de trabalho.

⁵⁸ Furtado, 2013.

5.1. Indicadores

No momento, não há indicadores para se construir o perfil epidemiológico da sífilis em Angola, nem na população em geral, nem nas gestantes.

5.2. Fluxo de diagnóstico e assistência

O fluxo de diagnóstico segue a Consulta Pré-Natal para as gestantes: é preconizado que toda gestante realize teste para sífilis na primeira consulta. Porém, os profissionais alegam que falta teste rápido, e que consideram importante que seja realizada testagem também no último trimestre e após o parto, por conta das práticas culturais de poligamia e possibilidade de infecção em diferentes momentos da gestação. Em síntese, faz-se necessário e urgente iniciar uma ampla divulgação para prevenção e assistência para sífilis em Angola.

Há uma reiterada dificuldade na manutenção da assepsia nos aparelhos de saúde do serviço público, explicitada pelos gestores e confirmada pelos dados de mortalidade. A má qualidade da água, a falta de saneamento básico, a falta de insumos e de recursos humanos são alguns dos fatores que dificultam a implementação de normas de biossegurança nos serviços de saúde pública.

Para a efetiva redução da mortalidade materna e infantil, um primeiro e significativo passo seria o investimento em técnicas e insumos para implementação de rotina de assepsia e condições de biossegurança, com fiscalização e avaliação periódicos.

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

Em relação às grávidas, o INLS estabeleceu como definição de caso confirmado de aids *toda mulher que for detectada com a infecção pelo HIV, ou que já tenha o diagnóstico confirmado, no momento da gestação, parto ou puerpério*⁵⁹.

Dos 13 países com epidemias generalizadas, incluindo cinco prioritários (Angola, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria), menos de 50% das mulheres grávidas vivendo com HIV tem acesso a terapia antirretroviral para prevenir a transmissão vertical.

Apesar da atual tendência global ser o aumento da cobertura de prevenção da transmissão vertical entre as mulheres grávidas que vivem com o HIV, notáveis declínios ocorreram na cobertura de PTV no Lesoto (de 75% em 2011 para 58% em 2012) e no Quênia (66% a 53%) enquanto em Angola se manteve estável, embora em valor bastante baixo (17%), em ambos os anos.

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

A prevalência do HIV entre as gestantes de Angola é estimada entre 1,8% e 3%⁶⁰. A cobertura de PTV é estimada entre 22% e 40%⁶¹.

A estimativa da porcentagem de gestantes HIV+ que estão em tratamento antirretroviral é de 39%, sendo a soroprevalência estimada para HIV entre as grávidas de 3.0.

⁵⁹ Furtado, 2014.

⁶⁰ OMS Angola, 2016.

⁶¹ Respectivamente, Furtado 2014 e UNAIDS 2015.

A prevalência da infecção pelo HIV entre as gestantes é maior nas Províncias do Cunene (4,4), Benguela (4,4), Lunda Norte (4,2), Huambo (4,2), Kwando Kubango (4,2), Luanda (3,9), Namibe (3,9), Bengo (3,3) e Bié (3,2).

A prevalência de HIV entre as mulheres grávidas demonstra a gravidade do HIV nas nove províncias acima da mediana. No entanto, o número de grávidas por província demonstra a carga da doença em cada um deles⁶²: Das 19.306 grávidas com HIV, 16.924 estão em seis províncias: Luanda (35%), Benguela (21%), Huambo (12%), Bié (8%), Huíla (7%) e Lunda Norte (5%).

Província	Pop Estimada 2012	Estimativa Grávidas (5,2%)	Prevalência do HIV 2009 (%)	Estimativas de Grávidas HIV+
Bengo	242.214	12.751	3,3	421
Benguela	2.630.055	131.757	4,4	5.797
Bié	1.271.962	66.142	3,2	2.117
Cabinda	517.260	26.898	1,9	511
Cunene	472.774	54.584	4,4	1.082
Huambo	1.567.773	81.524	4,2	3.424
Huíla	1.725.121	89.706	2,2	1.974
Kwando Kubango	474.13	24.655	4,2	1.036
Kwanza Norte	439.428	22.850	1,0	229
Kwanza Sul	1.619.471	84.212	1,0	842
Luanda	4.852.945	252.353	3,9	9.842
Lunda Norte	629.292	32.723	4,2	1.374
Lunda Sul	67.030	3.486	2,5	87
Malange	525.709	27,337	0,8	217
Moxico	537.402	27.945	1,8	503
Namibe	216.847	11.276	3,7	417
Uíge	1.251.417	65.074	1,0	650
Zaire	269.003	13.988	1,2	169
Totaç				33.692

Tabela 7. População Estimada, Geral e Grávidas (Geral/ HIV+) por Província. Angola, 2012. Fonte: INLS, 2012.

Dados do Spectrum 2013⁶³ confirmam essa tendência das taxas de prevalência de HIV/Aids entre as grávidas serem superiores à média nacional. Em onze províncias os valores foram superiores a 2,4. Mesmo assim, a evolução dos dados aponta para um decréscimo contínuo, tendo passado de 33,5% em 2011 para 30,5% em 2012 e os atuais 25,4%, em que a taxa de cobertura às grávidas para receberem ARV para prevenção da transmissão vertical está em torno de 39,9%. Ainda segundo o Spectrum, a cobertura do TARV passou de 36% em 2011 para 47,1% em 2013 para toda a população, incluindo gestantes.

Inclusão de Grávidas no PTV

Do total de 11.372 grávidas VIH positivas, em 2013, somente 6.104 foram incluídas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), correspondendo a uma taxa de cobertura de 53,7%. As seguintes províncias se destacaram por apresentar mais de 80% de grávidas em PTV, em 2013:

⁶² PN ETV 2012-2015, 2012:14.

⁶³ Apud OMS Angola, 2016.

Namibe - 96,2%
 Malanje - 92,0%
 Lunda Sul - 89,2%
 Kuando Kubango - 81,7%

Nove províncias apresentam mais de 50% de grávidas HIV+ em PTV, nomeadamente: Cunene, Kuando Kubango, Kwanza Norte, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Namibe e Uíge. As províncias do Bengo, Benguela, Bie, Cabinda, Huambo, Huíla, Kwanza Sul, Moxico e Zaire, foram as que registaram menos de 50% de gestantes HIV positivas em PTV.

6.2. Transmissão Vertical do HIV e testagem das grávidas

A Taxa de transmissão vertical do HIV em 2013 foi estimada em **25,4%**, considerada bastante elevada. A soroprevalência para HIV entre gestantes é de 3%.

Segundo dados do governo angolano de 2013, a cobertura de pré-natal foi de 67,6%, sendo 83,2% com ao menos uma consulta nas gestantes com idade entre 15-19 anos, totalizando 39,19% se considerarmos todas as idades. Em 2013 foram testadas 264.441 gestantes, sendo 11.372 (2,3%) positivas para HIV. Destas, 6.104 (53,7%) foram incluídas no Programa de Prevenção à Transmissão Vertical (PTV).

A partir de 2007 adotou-se a estratégia de integrar o programa de PTV nos programas de Saúde Reprodutiva, permitindo maior acesso das gestantes ao diagnóstico e tratamento. Foram implantados serviços de PTV em 111 municípios dos 164 existentes (cobertura de 67,7%).

Os serviços de Atenção à Transmissão Vertical foram expandidos para além das capitais de 54 para 233 (no período de 2007 a 2009) em unidades fixas e móveis.

Foi incluída a testagem para HIV nas clínicas com serviços de pré-natal, uma importante expansão das atividades de PTV, de 57 unidades prestadoras de serviços de PTV em 2007, para 174 em 2009.

Em 2015 foram contabilizadas 419 Unidades Sanitárias com Consulta Pré-Natal em 154 Municípios.

Em períodos anteriores, o esforço foi contínuo e crescente para ampliação da testagem entre grávidas: de 2004 a 2009 foram testadas 537.340 gestantes.

Em 2009 houve uma redução importante na porcentagem de crianças infectadas nascidas de mães soropositivas para HIV, sendo de 2,7% (3,3% em 2004); em 2010 foram testadas 203.463 mulheres, com consequente aumento da profilaxia para o PTV (de 7,4% para 16,3%). A estratégia de prevenção da transmissão vertical do HIV permite reduzir a transmissão da infecção em crianças expostas para menos de 5%.

O número de gestantes testadas aumentou em 51,6%, demonstrando avanço na implementação de ações programáticas de HIV.

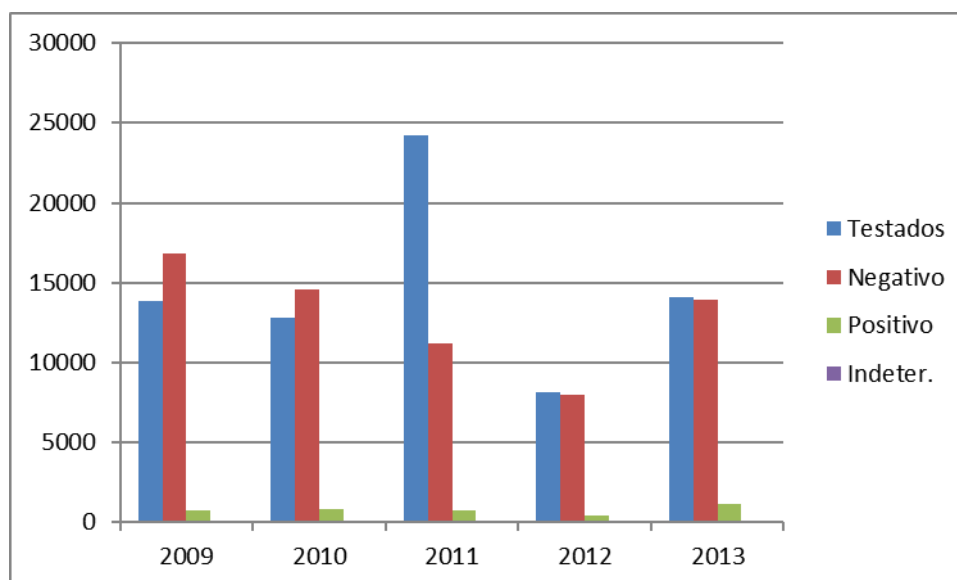


Gráfico 3. Distribuição do número de testes realizados/ano nos serviços de PTV, 2009-2013. Fonte: INLS, 2015.

6.3. Opção B+ e Protocolo para gestante HIV+

A Opção B+ para tratamento das gestantes HIV+ foi adotada em 2012 em Angola, porém após a visita de campo, diálogo com gestores da saúde pública e análise de dados epidemiológicos, pode-se afirmar que ainda são administradas a Opção A (monoterapia) e B (medicação prescrita e suspensa em função de indicadores clínicos da sorologia da mãe) e a Opção B+ está em fase inicial de implantação em Angola. Mesmo com limitações diversas, a adoção do protocolo indica um caminho importante positivo que está sendo seguido em Angola.

Entre a confirmação do diagnóstico de aids ou HIV+ e o início da medicação antirretroviral, segundo depoimento de entrevistados, não há grande intervalo de tempo. Estima-se que 39% das gestantes HIV+ estejam em Terapia Antirretroviral (TARV), dados de 2015; em 2011 essa taxa era de 16%. Segundo os critérios do UNAIDS e World Health Organization (WHO), nesse momento haveria um número estimado de crianças precisando de TARV entre 15 000 e 24 000.

Método de Medição	Anos		
	2008	2009	2013
Numerador: Número de grávidas infectadas pelo HIV que recebe medicamentos ARV durante os últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão materno-infantil	2.562	3.053	6.104
Denominador: Número estimado de grávidas infectadas pelo HIV em os últimos 12 meses	18.438	18.756	15.575
Indicador	13,9%	16,3%	39,2%

Tabela 8. Porcentagem de grávidas HIV+ que receberam ARV para reduzir o risco de transmissão materno infantil em Angola, 2008 a 2013. Fonte: GARPR, 2014.

Os serviços públicos de atenção à saúde da periferia fazem apenas o chamado parto eutócico (natural ou normal), e as cesarianas são realizadas no Hospital Central. Como protocolo, as gestantes são dispensadas 8 horas após o parto.

Categorias	Domicílio (%)	Unidades de Saúde (%)
- Urbano	32.2	62.7
- Rural	84.9	13.8

Quadro 5. Tipo de Assistência Prestada às Mulheres com Filhos Nascidos Vivos em Angola. Fonte: IBEP, 2009.

O tratamento oferecido inclui o parto cirúrgico, cesariana e aleitamento artificial adaptado (aleitamento materno exclusivo), com algumas mulheres – que seguem a medicação – amamentando. Angola acolhe o valor cultural do aleitamento, não seguindo à risca as recomendações gerais para as puérperas de não-amamentar. A estimativa de aleitamento materno exclusivo é de 31%⁶⁴.

Alguns relatos de profissionais de saúde entrevistados nos serviços visitados dão conta da preferência à manutenção do aleitamento materno (quando a mãe está sob tratamento medicamentoso) pois, frente às más condições de saneamento em geral, a probabilidade do bebê vir a falecer por diarreia e outros problemas decorrentes da água infectada é muito mais alta do que a probabilidade dele contrair HIV.

Em relação à amamentação, a recomendação nos serviços é “dar o peito e permanecer na TARV” (amamentação exclusiva). Segundo os entrevistados, as mães que tem alguma condição financeira melhor escolhem comprar leite artificial.

6.4. Fluxo típico de uma gestante no país

As mulheres com suspeita de gravidez vão à Consulta Pré-Natal, confirmam sua gestação e são testadas para HIV e sífilis na primeira consulta. As gestantes com teste Unigold positivo são inseridas no Programa de PTV e iniciam o tratamento com antirretrovirais (TARV), independentemente da idade gestacional, valores de CD₄, linfócitos totais ou características clínicas (Marques, 2014), ou seja, **Opção B+**.

Durante a gestação seguem em acompanhamento nos serviços que oferecem o PTV, e na época do parto são encaminhadas aos hospitais de referência. No hospital, antes do parto, as gestantes que chegam sem documentação (“caderno” ou “caderneta”) são testadas para HIV e, em caso de resultado positivo, seguem o protocolo de cesariana e medicação durante o parto, além do seguimento para o bebê.

⁶⁴ PN ETV 2012-2015:14.

1 GERAL		Fonte	
1.1	População	22 663 028 24,3 milhões	who.int cia.gov (2015)
	Homens	11 226 469 – 49,5%	who.int
	Mulheres	11 436 559 – 50,5%	
1.2	População urbana	43%	
	Taxa de urbanização	4,97% ao ano	
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	55,63	RNA 2015 GARPR 2014
	Homens	54,49	GARPR 2014
	Mulheres	56,84	
1.4	Taxa de fertilidade	5.9	who.int 2013
	Idade média gestacional	18 anos	
	Gestantes com idade entre 12 – 14 anos	46,5%	
1.5	Taxa de crescimento da população	2,03% - 2,78%	RNA 2015
1.6	Taxa de nascimentos	38,78 nascimentos/ 1000 pessoas	
1.7	Prevalência de contracepção em Angola	17,7%	cia.gov (2015)
1.8	Partos atendidos por especialistas (%)	47 %	GARPR 2014
1.9	Crianças <5 anos abaixo do peso	15,6%	
1.10	Mortalidade infantil – total/ 1000 nascidos vivos	78,26 mortes 8º do mundo	RNA 2015
	Mortalidade infantil - meninos	81,96 mortes	
	Mortalidade infantil - meninas	74,38 mortes	
	Número de mortes fetais (geral)	53 000 (a mesma desde 2012)	
1.11	Mortalidade materna/ 100 000 nascidos vivos	460	RNA 2015
		477	who.int
	Taxa de mortalidade mat / 1000 nascidos vivos	48,7 [24.4 – 82.8]	UNAIDS 2015
2 HIV/AIDS e SÍFILIS			
2.1	Sítios sentinela	36	GARPR 2014
	Pacote Estatístico	EPPSpectrum	
	Tipo de Epidemia	Generalizada	GARPR 2014, UNAIDS 2015, INLS 2014
	Tipo de vírus	HIV -1 e HIV-2	
2.2	Conhecimento do estatuto sorológico	15%	
	Testagem para HIV	954 282	
	Testes em crianças	25 457 realizados, 2.211 HIV+ (8,6%)	
	Pessoas > 15 anos que receberam testagem e aconselhamento	616 998	
	Cobertura de testagem HIV entre gestantes	90%	
2.3	Prevalência do HIV	2,35%	GARPR 2014
		2,41%	INLS 2014
		2,17%	UNAIDS 2015
	Prevalência do HIV entre adultos 15-49 anos	2,4 [1,7 – 3.2]	cia.gov 2014
	Prevalência do HIV entre homens jovens de 15 – 24 anos	0,5 [0,3 – 0,9]	UNAIDS 2015
Prevalência do HIV entre mulheres jovens entre 15 – 24 anos	0,9 [0,6 – 1,4]		
Prevalência do HIV entre gestantes	1,8%		
2.4	Incidência do HIV	0,27	INLS 2014

	Incidência do HIV entre adultos 15 – 49 anos	0,19	UNAIDS 2015
	Novas infecções pelo HIV	26 365 [16 000 – 41 000]	
	Novas infecções pelo HIV em Adultos > 15 anos	22 000 [14 000 – 35 000]	
	Novas infecções pelo HIV em Mulheres > 15 anos	13 000 [8 000 – 20 000]	
	Novas infecções pelo HIV em Homens > 15 anos	9 300 [5 800 – 15 000]	
	Novas infecções entre crianças de 0 a 14 anos	4 300 [2 300 – 7 100]	
2.5	Número de pessoas vivendo com HIV	320 000 [220 000 – 440 000]	
		250 000 [180 000 – 340 000]	cia.gov 2013
	Adultos > 15 anos vivendo com HIV	290 000 [200 000 – 400 000]	UNAIDS 2015
		223 350	GARPR 2014
	Mulheres > 15 anos vivendo com HIV	145 385 [93000 – 180 000]	who.int GARPR 2014
		170 000 [120 000 – 240 000]	UNAIDS 2015
	Grávidas soropositivas para HIV	15.575	GARPR 2014
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	29 103 [19 000 – 41 000]	UNAIDS 2015 GARPR 2014
2.6	Casos de transmissão vertical do HIV	3.963 (de 15.575 gestantes HIV+)	GARPR 2014
	Taxa de Transmissão Vertical	25,4%	
	Transmissão sexual	86%	
2.7	Mortes relacionadas ao HIV/Aids/100 000	11 515 [6 300 – 18 000]	
		11 872	UNAIDS 2015
		13 000	INLS 2014
	Mortes relac. aids - adultos > 15 anos	9 400 [5 400 – 15 000]	UNAIDS 2015
	Mortes relac. aids-mulheres> 15 anos	4 800 [2 700 – 7 600]	
	Mortes relac. aids homens > 15 anos	4 600 [2 600 – 7 300]	
	Mortes relac. a aids entre crianças de 0 – 14 anos	2 400 [1 500 – 3 800]	
2.8	Órfãos por causa da doença (0-17 anos)	37 153	GARPR 2014
		120 000	INLS 2014
		129 562	UNAIDS 2015
3	GESTANTES - PTV		
3.1	Cobertura de Pré-Natal		
	Ao menos uma consulta	67,6 %	who.int
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	83,2%	who.int 2013
	Pelo menos 4 consultas	47,1%	cia.gov 2015
3.2	Cobertura de PTV	39,19%	who.int 2013
		22%	INLS 2014
		40% [29 – 57]	UNAIDS 2015
	Número de gestantes testadas	264 441	
	HIV positivas na testagem	11 372 (2,3%)	
	Incluídas no PTV	6 104 (53,7%)	GARPR 2014
		8 398	UNAIDS 2015
3.3	Estimativa de % de gestantes HIV+ em TARV	39%	GARPR 2014
3.4	Soroprevalência estimada para HIV entre gestantes	3.0	
	Soroprevalência estimada para HIV entre gestantes 15 – 24 anos	2.0	

3.5	Início do programa PTV no país	1997	
		2004	PN ETV 2012
	Unidades que realizam PTV	419 unid. sanit com CPN em 154 municípios	GARPR 2014 INLS 2014
3.6	Testagem das gestantes	UNIGOLD	
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV (%)	29% [20 – 40]	UNAIDS 2015
	Mortes evitadas devido à TARV	7 930 [4576 – 12 464]	
	Cobertura TARV adultos > 15 anos	29% [20 – 41]	
	População em TARV (adultos)	90 204	
		68.454	INLS 2014
	Adultos > 15 anos em TARV	29 901	GARPR 2014
	Nº de adultos que precisam de TARV	118 476	
4.2	Cobertura de ARV para gestantes HIV+ (%)	40%	UNAIDS 2015
	Gestantes HIV+ em TARV para prevenção da TV	8 398	
	Infecções evitadas pela TARV entre gestantes	2 400 [1500 – 3800]	
	Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	16 000 [11 000-22 000]	GARPR 2014
		20.758	UNAIDS 2015
4.3	Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas (%)	40% [29 – 57]	UNAIDS 2015
	Crianças em TARV	2 903	
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNAIDS/WHO	16 994	GARPR 2014
4.4	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes	s/d	who.int 2015
	Prevalência de sífilis entre gestantes	s/d	
	Número absoluto de gestantes com diagnóstico de sífilis	s/d	
	Casos de sífilis congênita	s/d	
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	0,8/ 1000 pessoas	cia.gov 2015
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos/1000 pessoas	2956=0,17 médicos	UNAIDS 2015
	Número de enfermeiras	29 592	who.int 2015
	Dentistas	222	
	Farmacêuticos	919	
	Técnicos de laboratório	2029	
	Outros profissionais de saúde	254	
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0,02	cia.gov 2013
5.3	Serviços de teste e aconselhamento	834	RNA 2015
	Serviços que realizam TARV	148	
5.4	Fluxo de notificação aids	Unidade Sanitária - Município-Província-INLS-MINSA-UNGASS	
5.5	Caracterização sócio geográfica	18 Províncias/173 Municípios	
5.6	Questões culturais específicas	Desigualdade de gênero “Não ter filhos é não amar o país” “Mulher sem filhos não é mulher”	DGA, 2014
5.7	ONG parceiras	Não foram apresentadas na visita de campo.	Sem referência nos documentos.

8. Conclusões e Recomendações:

Após os estudos bibliográficos, o estudo de campo, as entrevistas e contatos com gestores e outros profissionais de saúde, análise de materiais oficiais sobre saúde em geral e aids/ sífilis, foram identificados alguns pontos positivos, aspectos a serem valorizados, e pontos de vulnerabilidade, ou seja, dificuldades a serem enfrentadas.

8.1. Recursos Disponíveis a serem valorizados:

Em função dos recursos humanos e financeiros disponíveis, do histórico político e social de Angola, há alguns aspectos positivos muito importantes, que merecem ser valorizados e que podem ser compartilhados como experiências exitosas com os outros países da CPLP, a saber:

- 1. Integração do PTV nos centros de saúde da rede estatal:** maior capilaridade para diagnóstico e tratamento das gestantes HIV+ e com sífilis. A Integração do Programa de Prevenção à Transmissão Vertical (PTV) aos centros de saúde da rede estatal, iniciada em 2002, já teve 1200 mulheres atendidas até o ano de 2015.
- 2. Ainda em termos de tratamento,** a opção B+ foi adotada em 2012, estando preconizada na capital e no interior, embora ainda existam serviços de assistência medicando com monoterapia (Opção A) e ainda aguardando indicadores clínicos (Opção B).
- 3. Adoção do Protocolo Clínico para HIV/Aids:** encaminhamento dos partos para cesariana, amamentação eletiva, medicação para a mulher na hora do parto e para a criança pós-parto em caso de teste positivo na maternidade. Pode-se considerar que a redução da prevalência de HIV entre gestantes para menos de 3% como reflexo direto das medidas implementadas.
- 4. Realização de estudos para avaliação dos serviços de PTV** como possível fonte de dados alternativa para vigilância do HIV. A realização de estudos qualitativos para avaliação da qualidade das notificações e registros já está acontecendo em Luanda, podendo ser estendida a outros municípios de Angola e para outros países.
- 5. Diagnóstico Precoce Infantil A** inclusão da testagem para o HIV nas clínicas com serviço pré-natal, iniciado em 2002, permite ampliação do diagnóstico e tratamento das mulheres gestantes. Estima-se que menos de 3% das mulheres grávidas HIV+ que participaram do PTV tiveram filhos infectados pela doença.
- 6. A ampliação da parceria com o Programa Nacional de Controle da Tuberculose** através dos Pontos-chave nas províncias. Aumento da testagem de TB entre pacientes HIV+ e ampliação da cobertura de testagem de HIV entre pacientes com tuberculose.
- 7. A maciça ampliação da testagem para HIV** entre as grávidas tanto pela adoção do teste rápido como pela articulação entre Consulta Pré-Natal e testagem para HIV.
- 8. Iniciativa da policonsulta:** a consulta conjunta mãe-filhos pode ser benéfica, especialmente para as mulheres que trabalham fora, e/ou que tem dificuldade de deslocamento, poucos recursos financeiros para passagem e transporte.

Considera-se que uma mesma ida ao serviço já tem como resultado direto o acompanhamento da mãe e das crianças. O ponto a ser pensado é que, conforme as crianças crescem, fica mais complicada a questão da privacidade.

9. Em relação aos profissionais de saúde, há alguns trabalhos muito bem realizados em Luanda tanto em relação ao sistema de vigilância, como em relação à saúde reprodutiva e sexual. Esses trabalhos não estão disponibilizados com facilidade ao público em geral e aos profissionais de saúde em particular, sendo que poderiam ser exemplos tanto de metodologia de pesquisa como de compartilhamento de informações estratégicas relevantes.

8.2 Pontos de Vulnerabilidade a serem enfrentados

Há pontos considerados vulneráveis, deficitários, e vale a pena destacar que vários deles não dependem de recurso financeiro, mas apenas da otimização do trabalho já realizado.

1. Face à importância do registro e da notificação dos casos de aids e de sífilis, esse é um ponto nevrálgico da resposta angolana às epidemias. A notificação manual dos casos de aids e os múltiplos livros de registro, frente ao excesso de atendimentos diários que os profissionais realizam. Os dados epidemiológicos são, em sua maioria, estimados, frente à dificuldade de precisão e fidedignidade dos registros nas unidades.

Como recomendações, o investimento maciço de capacitação em recursos humanos para esse tema, de modo sistemático, com indicadores precisos de avaliação e monitoramento nas unidades, nos distritos e nos prazos de envio dos relatórios para a direção central.

2. Outro ponto de vulnerabilidade é a ampla rotatividade dos profissionais de saúde nas unidades. A implementação de um caráter sistemático de capacitações pode minimizar esse problema e favorecer em muito a resposta de Angola à epidemia de HIV/Aids.

3. Considerando-se a importância da detecção precoce de casos de infecção pelo HIV e a baixa testagem para HIV mesmo entre as grávidas - estima-se que, das 940.205 grávidas em Angola, apenas **32%** realizaram testagem espontânea para HIV em 2010 – seja feita uma ampliação sistemática, rotineira, da oferta dos testes em diversos momentos e equipamentos de saúde. Sugere-se a intensificação das campanhas massivas, adoção de um calendário fixo anual, para provocar aumento da procura espontânea.

4. Considerando a Opção B+ uma forma de tratamento vitalício, um problema grave é a ruptura de estoque de medicamentos. Esse fato, reiterado nas entrevistas e na documentação apresentada - em especial a medicação relacionada às crianças, nos serviços de saúde da periferia de Luanda – precisa ser resolvido, de modo definitivo, para que a implementação da Opção B+ de fato aconteça.

5. A dinâmica da epidemia de aids em Angola é perpassada por aspectos culturais complexos e de máxima dificuldade de intervenção: poligamia, analfabetismo, desigualdade de gênero, alta rejeição ao preservativo. A poligamia e a rejeição ao preservativo, juntas, são fatores impeditivos da ruptura do ciclo de infecção tanto pelo HIV como pela sífilis e outras IST.

Sendo um fator cultural arraigado, será essencial insistir e investir na adesão ao uso do preservativo masculino, como estratégia de redução de danos, assim como a introdução massiva do preservativo feminino, com as devidas ações educacionais para minimizar o impacto negativo cultural e social desse uso, transformando um estigma em ação valorizada socialmente.

6. Dada a importância cultural dos curandeiros na sociedade angolana, e face à não-inclusão desses líderes nas ações estratégicas de prevenção e assistência, recomenda-se que seja iniciado um diálogo com esses atores sociais. A confiança que a população tem nos curandeiros pode ser elemento de melhoria da adesão em geral, caso seja incorporada nas estratégias de saúde.

7. Comunicação: considerando-se a importância da transparência e da atualização dos dados epidemiológicos (e estimativas) para a formulação de políticas e projeção orçamentária, mesmo com vários documentos oficiais produzidos, a real situação tanto da epidemia de aids como da epidemia de sífilis ainda está obnubilada. Os materiais disponibilizados pelo Governo na visita de campo, mesmo com edições atualizadas, trazem dados defasados em cinco anos.

Em geral, a divulgação das informações sobre DST/Aids, sífilis congênita, tanto nos aspectos da doença como da prevenção, profilaxia e tratamento é bastante escassa. Os dados disponíveis em bancos de dados internacionais, pautados nos dados e estimativas fornecidos pelo Governo, também estão defasados em até cinco anos. No caso deste Diagnóstico Situacional, foi considerado documento oficial o trabalho universitário de Pós-Graduação da Diretora Geral do INLS para atualização de dados, assim como outros trabalhos com a chancela do INLS fornecidos pelos gestores. Recomenda-se que os dados, mesmo pautados em estimativas, sejam atualizados e seja estruturado um banco único, oficial, com as informações, os Planos Nacionais e os diálogos intersetoriais. Os sites do Governo de Angola e do INLS não apresentam esses dados, mesmo que indicados nos respectivos menus principais, aparecendo a mensagem “em construção”.

8. Os trabalhos de prevenção e assistência à população em geral precisam considerar os idiomas que realmente são falados, além da utilização de imagens, fotografias e esquemas que sejam reconhecidos mesmo pelos analfabetos.

9. Face ao alto índice de abandono ao longo da “cascata de cuidados” – pessoas que não buscam o resultado do teste, ou que após o resultado não procuram o tratamento, e ainda aquelas que abandonam o tratamento – recomenda-se que haja intensificação da estratégia de **conselheiros**, pessoas que se dispõem a auxiliar na adesão dos recém-diagnosticados ao tratamento. É uma ação essencial, que precisa ser desenvolvida e estruturada para ter sustentabilidade, para que haja um aumento real na adesão aos tratamentos tanto por parte das grávidas como por parte da população em TARV.

A questão das “oportunidades perdidas” de abordagem de pacientes, de captura e recaptura para adesão, bem como os “perdidos de vista”, pessoas que não buscam os resultados dos testes, ou que desaparecem após o resultado positivo, ou após a primeira consulta... são questões que podem ser trabalhadas na área de comunicação e auxiliar tanto os profissionais de saúde como as pacientes grávidas HIV+/Aids.

6. Considerando-se a poliiinfecção como fator de aumento de vulnerabilidade e morbimortalidade, a constatada multiplicidade de transtornos da saúde – grávidas poliiinfectadas – requer intensificação nos programas de promoção de saúde, seja por estruturas de comunidade, seja acionando-se os próprios curandeiros locais, que tem profundo conhecimento das crenças, vulnerabilidades e potenciais de melhoria das populações em cada local.

7. Face à ausência de profissionais de Saúde Mental e de uma política de diálogo entre setores, a questão do abuso de drogas é um dos pontos de maior vulnerabilidade em Angola. É relatado abuso de álcool, mesmo entre as grávidas, e uso sistemático de *Ihamba*, a maconha. Esse abuso é simplesmente observado e notificado pelos profissionais de saúde, que não tem o que fazer, nem diretrizes, nem estruturas, nem medicação. Sugere-se a inclusão de grupos terapêuticos de autoajuda, supervisões para os profissionais que já estão na linha de frente, com capacitações básicas em efeitos de drogas, possibilidades de intervenções e a introdução da estratégia de Redução de Danos como paradigma.

8. Na documentação analisada, bem como nas entrevistas realizadas em campo, não houve uma referência sólida e consistente de alguma Organização Não-Governamental parceira e ativa tanto na prevenção como na assistência em IST/Aids. Considerando-se que a pesquisa foi realizada em outubro de 2015, solicitou-se à gestão do INLS atualização sobre esse tema.

2. BRASIL



Curitiba



Recife



Brasília

SIGLAS

3TC - Efavirenz
 ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids
 ABC - Abacavir
 ACI - Assessoria de Comunicação Internacional
 AHF – Aids Healthcare Foundation
 ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
 ARV – Antirretrovirais
 ASBAI - Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia
 AZT – zidovudina
 BM – Banco Mundial
 CAM - Centro de Atenção à Mulher
 CAP - Comportamento, Atitudes e Práticas
 CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
 CDC – Centers for Disease Control and Prevention
 CD₄ – Cluster Differentiation 4, tipo de linfócito humano
 CFM - Conselho Federal de Medicina
 CGSH – Coordenação Geral de Sangue e Hemoderivados
 CIA - Central Intelligence Agency
 CID – Código Internacional de Doenças
 CISAM - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros
 COA - Centro de Orientação e Aconselhamento
 COAS - Centro de Orientação Sorológica
 CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
 CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
 CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS
 CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
 CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento ou Centro de Testagem Anônima
 d4T – Zertiv
 DATASUS - Departamento de Informática do SUS
 ddC - Dideoxycytidine
 DIAHV - Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, Aids e Hepatites Virais
 DINASHE - Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados
 FDA – Food and Drugs Administration
 FMI - Fundo Monetário Internacional
 FSP USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
 GAPA - Grupo de Apoio e Prevenção à aids
 GARPR – Global Aids Response Progress Report
 GGSTO – Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos
 GNP+ - Global Network of People living with HIV (Rede Global de Pessoas Vivendo com HIV)
 GT – Grupo de Trabalho
 HEMOPE – Hemocentro de Pernambuco
 HEMOSE - Centro de Hemoterapia de Sergipe
 IAS - International Aids Society
 IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
 HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy
 HBV – Vírus da Hepatite B
 HCV – Vírus da Hepatite C
 HIV – Vírus da Inunodeficiência Humana
 HPV - Papiloma Vírus Humano
 HVTN - HIV Vaccine Trials Network
 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
 IP USP – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
 IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
 MMWR - Morbidity and Mortality Weekly Report

MS – Ministério da Saúde
 NAPWA - National Association of People Living with aids
 OMS - Organização Mundial da Saúde
 ONG – Organização Não-Governamental
 OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
 PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
 PCR - Polymerase Chain Reaction – Reação em cadeia da polimerase
 PEP - Profilaxia pós-Exposição
 PEPFAR - U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
 PLANASHE - Política Nacional de Sangue e Hemoderivados
 PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
 PNI - Programa Nacional de Imunizações
 PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
 PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
 PPL – População Privada de Liberdade
 PPP – Parceria Público-Privada
 PReP - Profilaxia Pré-Exposição
 PRÓ-SANGUE – Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados
 PSE - Programa Saúde na Escola
 PUC/SP – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
 PVSS – Programa de Vigilância Sanitária do Sangue
 RAS - Redes de Atenção à Saúde
 RENAGENO - Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem do HIV-1
 RN – Recém-Nascido
 RTR-TB - Rede de Teste Rápido para Tuberculose
 SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
 SBHH - Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia
 SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
 SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade
 SIMPAIDS - Simpósio Brasileiro de Pesquisa em HIV/Aids
 SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
 SIPAT - Semanas Internas de Prevenção a Acidentes de Trabalho e Saúde
 SISCEL - Sistema de Informação de Exames laboratoriais
 SISLOG-LAB – Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais
 SISNET - Sistema de Controle de Envio de Lotes
 SITE-TB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
 STS – Serviço de Transfusão de Sangue
 SUS - Sistema Único de Saúde
 SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
 TARV – Tratamento antirretroviral
 TASP – Tratamento como Prevenção
 TB – Tuberculose
 TB MDR – Tuberculose Multirresistente
 TDF - Tenofovir
 TRIPS – Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights (Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio)
 TRM – TB - Teste Rápido Molecular para Tuberculose
 TRUVADA – medicamento com dose fixa combinada de Tenofovir DF e emtricitabina
 UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais
 UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
 UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
 UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas
 UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
 URE - Unidade de Referência em Exposição
 USAID - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - United States Agency for International Development.
 USP - Universidade de São Paulo

Listas das Figuras, Tabelas e Gráficos

FIGURAS

- Figura 1. Brasil – localização no continente e principais capitais. Fonte: CIA, 2016.
- Figura 2. Expectativa de vida ao nascer e proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2015. Fonte: IBGE, 2016.
- Figura 3. Esperança de vida ao nascer, por sexo, segundo as Unidades da Federação do Brasil em 2015. Fonte: IBGE, 2016.
- Figura 4. Mapa do Brasil com destaque às cidades de Recife, Brasília e Curitiba. Fonte: IBGE, 2016. Adaptado.
- Figura 5. Organograma do Ministério da Saúde do Brasil. Fonte: MS, 2016.
- Figura 6. Organograma da Secretaria Estadual de Saúde de Recife, campo Brasil, 2016. Fonte: SES – PE, 2016.
- Figura 7. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, campo Brasil, 2016. Fonte: SMS Curitiba, 2016.
- Figura 8. Reunião sobre Estratégias de Prevenção às DST, Aids e Hepatites Virais às Pessoas que Usam Drogas em Aracaju. Brasil, 2014. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 9. Linha de Cuidado para Prevenção da transmissão vertical do HIV para gestantes no Brasil preconizada pelo Ministério da Saúde, 2015. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 10. Linha de Cuidado para Prevenção da transmissão vertical da sífilis para gestantes no Brasil preconizada pelo Ministério da Saúde, 2015. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 11. Proporção de médicos segundo grandes regiões do Brasil, 2014. Fonte: CFM, 2014.
- Figura 12. Proporção de médicos e da população em relação ao total do país, segundo grandes regiões do Brasil, 2014. Fonte: CFM, 2014.
- Figura 13. Distribuição de médicos, segundo grandes regiões do Brasil e razão especialista/generalista, 2014. Fonte: CFM, 2016.
- Figura 14. Parte da Home Page do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Fonte: MS, 2016.
- Figura 15. Algoritmo de relacionamento dos bancos de dados da Vigilância Epidemiológica do HIV e aids no Brasil, 2016. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 16. Sistemas de Vigilância Epidemiológica para HIV e aids no Brasil, 2016. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 17. Taxas de detecção de aids no Brasil em 2013, por Unidades da federação. Fonte: GARPR_2014.
- Figura 18. Síntese da *Cascata de tratamento* na população brasileira, com as porcentagens dos *Perdidos de Vista* em 2014. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 19. Coeficiente de mortalidade padronizado de aids, por 100.000 habitantes e percentual de declínio ou aumento segundo Unidade Federativa de residência, por ano de diagnóstico no Brasil, de 2006 a 2015. Fonte: BEpHIV, 2016: 19.
- Figura 20. Fluxograma para diagnóstico do HIV no Brasil utilizando testes rápidos com sangue, 2015. Fonte: DIAHV, 2015.
- Figura 21. Fluxograma para diagnóstico do HIV no Brasil utilizando testes rápidos com fluido oral, 2015. Fonte: DIAHV, 2015.
- Figura 22. Municípios que realizam teste rápido para HIV e sífilis em Pernambuco, Brasil, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.
- Figura 23. Municípios com teste rápido para HIV e sífilis em Maternidades em Pernambuco, Brasil, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.
- Figura 24. Casos novos de tuberculose Multirresistente no Brasil de 2001 a 2015. Fonte: MS, 2016.
- Figura 25. Cascata de Cuidados no Brasil entre 2012 e 2015: porcentagens de pessoas que realizaram diagnóstico, que estão em tratamento e reduziram a carga viral. Fonte: DIAHV, 2016.
- Figura 26. Figura do aplicativo PCDT Criança e Adolescente para Android – Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Fonte: DIAHV, 2016.

Figura 27. Figura do aplicativo PCDT Criança e Adolescente para iOS – Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Fonte: DIAHV, 2016.

Figura 28. Aspectos a serem abordados no atendimento à gestante que vive com HIV no Brasil preconizados pelo Ministério da Saúde. Fonte: DIAHV, 2015.

Figura 29. Distribuição e concentração dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita no Brasil, segundo residência, no período entre 2005-2010 e 2011-2016. Fonte: MS: Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2016.

Figura 30. Percentual de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis/PE, 2016.

Figura 31. Municípios que realizam teste rápido de HIV e Sífilis na Atenção Primária em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016

Figura 32. Contexto da testagem para HIV, Hepatites Virais, tuberculose e transmissão vertical em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 33. Planilhas para controle dos testes em Pernambuco/PE. À esquerda, a planilha do Estado, e à direita a planilha do DIAHV, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Figura 34. Fluxograma da distribuição dos testes rápidos em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016

Figura 35. Mapa estratégico Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil. Fonte: SMS/PR, 2016.

Figura 36. Municípios com casos de aids em menores de cinco anos por transmissão vertical em Pernambuco, Brasil, em 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016.

Figura 37. Número de óbitos infantis em Curitiba, 2015-2016. Fonte: SMSC, 2016.

Figura 38. Home page da ONG GESTOS, de Pernambuco. Fonte: www.gestos.org, 2016.

TABELAS

Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres entre 15-49 anos de idade, por cor ou raça e grupos de anos de estudo, com indicação de presença de filhos nascidos vivos, segundo os grupos etários no Brasil, 2015. Fonte: IBGE, 2016.

Tabela 2. Cronograma de visitas de campo no Brasil do projeto de Diagnóstico Situacional da Opção B+, 2016.

Tabela 3. Distribuição dos médicos, segundo unidades da federação e grandes regiões do Brasil, 2014. Fonte: CFM, 2016.

Tabela 4. Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas unidades da federação do Brasil, 2014. Fonte: MS, 2016.

Tabela 5. Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas capitais brasileiras, 2014. Fonte: MS, 2016.

Tabela 6. Casos de sífilis em gestante segundo faixa etária, por ano de notificação em Pernambuco, 2005-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis/PE, 2016.

Tabela 7. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita no Brasil em 2015, / 1.000 nascidos vivos, nas Unidades da Federação que tiveram índices acima da média nacional de 6,5 casos/1.000 nascidos vivos. Fonte: MS, BEpS_ 2016.

Tabela 8. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita no Brasil em 2015, / 1.000 nascidos vivos, nas Capitais que tiveram índices abaixo da média nacional de 6,5 casos/1.000 nascidos vivos. Fonte: MS, BEpS_ 2016.

Tabela 9. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final e ano de diagnóstico em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: SES/PE. 2016.

Tabela 10. Casos de sífilis adquirida segundo sexo por faixa etária em Pernambuco, 2011-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis PE, 2016.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade no Brasil em comparação com o mundo, entre 1950 e projeção até 2100. Fonte: IBGE, 2016.

Gráfico 2. Pirâmide Populacional Brasileira, 2014. Em azul, homens, e rosa, mulheres. Fonte: CIA, 2016.

Gráfico 3. Distribuição percentual dos arranjos residentes em domicílios particulares, por tipo de arranjo e de núcleo familiar, segundo as regiões do Brasil, entre 2005 e 2015. Fonte: IBGE, 2016.

Gráfico 4. Casos de aids do SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2016 e do SIM de 2000 a 2015; casos de HIV notificados no SINAN até 30/06/2016. Fonte: DIAHV, 2016.

Gráfico 5. Taxas de detecção de aids/100.000 habitantes no Brasil, 2006-2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Gráfico 6. Razão de sexos segundo região de residência por ano de diagnóstico, Brasil, 2006-2015. Fonte: BEp HIV_2016:13.

Gráfico 7. Razão de sexos segundo faixa etária e ano diagnóstico no Brasil, 2006-2015. Fonte: BEpHIV_2016:13.

Gráfico 8. Taxa de detecção (/100.000 habitantes) do HIV em mulheres jovens de 15 a 29 anos no Brasil, no período de 2005 a 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Gráfico 9. Distribuição percentual dos casos de aids em homens de 13 anos ou mais segundo a categoria de exposição por ano de diagnóstico no Brasil, de 2006 a 2015. Fonte: BEpHIV, 2016.

Gráfico 10. Distribuição percentual dos casos de aids em homens de 13 anos ou mais, segundo categoria de exposição por região de residência no Brasil em 2015. Fonte: BEpHIV, 2016.

Gráfico 11. Coeficiente de mortalidade padronizado de aids/ 100.000 habitantes, segundo região de residência por ano de óbito, no Brasil, entre 2006 e 2015. Fonte: BEpHIV, 2016.

Gráfico 12. Distribuição de testes rápidos para HIV no Brasil, em rotina (azul escuro) e na Rede Cegonha (azul claro) no período de 2012 a 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Gráfico 13. Porcentagem de resultados positivos para HIV em testes realizados nas populações-chave no projeto *Viva Melhor Sabendo* no Brasil, em 2014. Fonte: GARPR_2014.

Gráfico 14. Coeficiente de incidência de Tuberculose no Brasil entre 1990 – 2015. Fonte: PNCT, 2016.

Gráfico 15. Coeficiente de incidência de tuberculose por Estado no Brasil, 2015. Fonte: PNCT, 2016.

Gráfico 16. Coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil, 2001 – 2014. Fonte: PNCT, 2016.

Gráfico 17. Coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil, por Estado, em 2014. Fonte: PNCT, 2016.

Gráfico 18. Cura, abandono e “Perdidos de Vista” nos casos novos de tuberculose no Brasil, de 2001 a 2014. Fonte: PNCT, 2016.

Gráfico 19. Percentual de abandono de casos novos de tuberculose por unidade federada no Brasil, 2014. Fonte: MS, 2016.

Gráfico 20. Percentual de cura e abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, segundo o quesito raça/cor. Fonte: MS, 2016.

Gráfico 21. Proporção de coinfeção TB-HIV por unidade federada no Brasil, 2015. Fonte: MS, 2016.

Gráfico 22. Percentual de casos novos de tuberculose segundo coinfeção, solicitação e realização do exame anti-HIV no Brasil, entre 2001 e 2015. Fonte: MS, 2016.

Gráfico 23. Percentual de realização de exame anti-HIV por unidade federada do Brasil em 2015. Fonte: MS, 2016.

Gráfico 24. Taxa de incidência de tuberculose na População Privada de Liberdade (PPL) no Brasil em 2015. Fonte: MS, 2016.

Gráfico 25. Evolução do tratamento antirretroviral no Brasil de 1999 a 2016. Fonte: DIAHV, 2016.

Gráfico 26. Oferta e inclusão de novos pacientes em tratamento antirretroviral no Brasil, de 2009 a 2014. Fonte: GARPR, 2014.

Gráfico 27. Porcentagem de pessoas vivendo com HIV recebendo tratamento, por carga viral, seis meses depois do início do tratamento antirretroviral no Brasil, de 2009 a 2014. Fonte: GARPR 2014.

Gráfico 28. Prevalência de aids em populações-chave no Brasil, de 2009 a 2013. Fonte: GARPR, 2014.

Gráfico 29. Casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015. Fonte: MS, BEpS, 2016.

Gráfico 30. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2015. Fonte: MS, BEpS, 2016.

Gráfico 31. Série histórica dos casos de sífilis em gestante segundo ano de notificação em Pernambuco, 2005-2014. Fonte: SES/PE, 2016.

Gráfico 32. Casos de sífilis em gestantes segundo faixa etária em PE, 2005-2014. Fonte: SES/PE, 2016.

Gráfico 33. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade/1000 nascidos vivos, por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil, 2000-2015. Fonte: MS/ BEpS, 2016.

Gráfico 34. Série Histórica – Sífilis Congênita em Recife/ Pernambuco, Brasil, de 1999 a 2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis, Recife, 2016.

Gráfico 35. Coeficiente de incidência de sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo a meta da OMS/OPAS no Brasil, na região Nordeste, no Estado de Pernambuco e nos Municípios prioritários do Estado, por ano de diagnóstico, entre 2007-2013. Fonte: SES/PE, 2016.

Gráfico 36. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita/ 100.000 nascidos vivos, segundo região de residência, Brasil 2000-2015. Fonte: MS/ BEpS, 2016.

Gráfico 37. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo ano de óbito em Pernambuco, 2000-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis/PE, 2016.

Gráfico 38. Evolução da taxa de detecção de HIV em gestantes/1.000 nascidos vivos e menores de 5 anos/ 100.000 habitantes no Brasil entre 2010 e 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Gráfico 39. Série Histórica dos casos de aids em menores de 13 anos segundo o ano diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016.

Gráfico 40. Série histórica dos casos de aids em menores de cinco anos segundo ano de diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016.

1. Contexto

1.1. Localização



Figura 1. Brasil – localização no continente e principais capitais. Fonte: CIA, 2016⁶⁶.

O Brasil é o maior país da América Latina. A área total é de 8.515.780 km², país com dimensões continentais, distribuídos em 27 Estados e 5.565 municípios. É um país urbano, com vastos recursos naturais, porém apresenta desigualdade social, desemprego e corrupção acentuados

1.2. Questão Histórica

O Brasil passou mais de três séculos sob domínio português, proclamou sua independência em 1822 mantendo o sistema de governo monárquico até a abolição da escravidão em 1888 e subsequente proclamação da república em 1889. Os grandes produtores de café dominavam o cenário político até os anos 1930. Sob o comando de Getúlio Vargas, foram organizadas diretrizes trabalhistas e garantias de direitos na área de Educação. Vários governos civis intercalam-se até 1964, quando o país sofre um golpe militar e o regime permanece até os anos 1980. O governo militar abriu a área de saúde para os convênios e sistemas de “saúde suplementar”, fez modificações na área de Educação com Leis de Diretrizes e Bases e muitos Atos Institucionais, os “A-I”, em que as ordens eram decretadas e deveriam ser obedecidas sumariamente.

Nos anos 1980 houve forte mobilização popular e aclamação de Eleições Diretas para Presidência da República. O presidente eleito, Tancredo Neves, morreu a dias da posse. De qualquer modo, o retorno ao regime democrático foi consolidado nos anos 1980 no Brasil.

Em 1988 o país consegue promulgar uma nova Constituição Federal, com temas amplamente debatidos com a sociedade em geral. Essa Constituição assegurou o Serviço Único de Saúde – SUS – que garante assistência à saúde pública e gratuita para todo cidadão brasileiro.

⁶⁶ Central Intelligence Agency – Estados Unidos. <http://www.cia.gov>.

É nesse cenário que tem início a Resposta Brasileira à epidemia de aids, iniciada nos anos 1980, referência mundial em excelência, respeito aos Direitos Humanos e inovações criativas para prevenção e assistência aos doentes. A Resposta Brasileira é pautada em informações científicas atualizadas, seguindo as diretrizes internacionais e participando ativamente de parcerias em capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de estratégias com diversos países da América Latina, África e Europa, além dos Estados Unidos, até a atualidade.

O Brasil passou por ajustes econômicos e fiscais, contraindo e pagando dívidas com o Fundo Monetário Internacional (FMI) ao longo de décadas. O ano de 2016 foi particularmente complexo, com impeachment da Presidente Dilma Rousseff e nomeação do então vice-presidente, Michel Temer, para ocupar o cargo principal do Poder Executivo.

O país tem voto obrigatório em todo o território nacional e Embaixadas, sendo o voto facultativo para jovens entre 16 e 17 anos e idosos acima de 70 anos.

As contradições do país referem-se à concentração de renda e subsequentes exclusões sociais, com acesso limitado a Educação Formal, Saúde e aos bens de consumo por grande parte da população brasileira.

Em relação à Educação, embora seja produzida Ciência considerada *de ponta* em diversas áreas do conhecimento, ainda se mantêm taxas de analfabetismo pleno e funcional (quando a pessoa sabe apenas ler e escrever o próprio nome) em todo o país, e neste ano de 2016 a população caminha para o envelhecimento, com queda nas taxas de fertilidade, aumento das taxas de contracepção e diferenças regionais profundas.

O país com dimensões continentais e múltiplas influências étnicas tem uma Política de enfrentamento à aids pautada nos achados científicos, nos direitos humanos, na política igualitária de saúde universal e na interlocução incessante com as Organizações Não-Governamentais e especialistas.

1.3. População

Há uma tendência de envelhecimento demográfico, que corresponde ao aumento da participação percentual dos idosos na população e conseqüente diminuição dos outros grupos etários.

Houve nítida queda da participação de jovens entre 0 – 14 anos de idade (de 26,5% em 2005 para 21,0% em 2015), bem como a queda do número de pessoas no grupo de 15 a 29 anos de idade (de 27,4% para 23,6% no mesmo período), e concomitante aumento da proporção de adultos entre 30 e 59 anos de idade, de 36,2% para 41,0%, além do aumento de idosos de 60 anos ou mais, de 9,8% para 14,3%.

A população brasileira é distribuída de modo irregular, dadas as dimensões continentais do país e a diversidade de constituição de cada região em termos de migração, natalidade, mortalidade e outros fatores. Há concentrações urbanas e grandes lacunas rurais em todas as 27 Unidades da Federação.

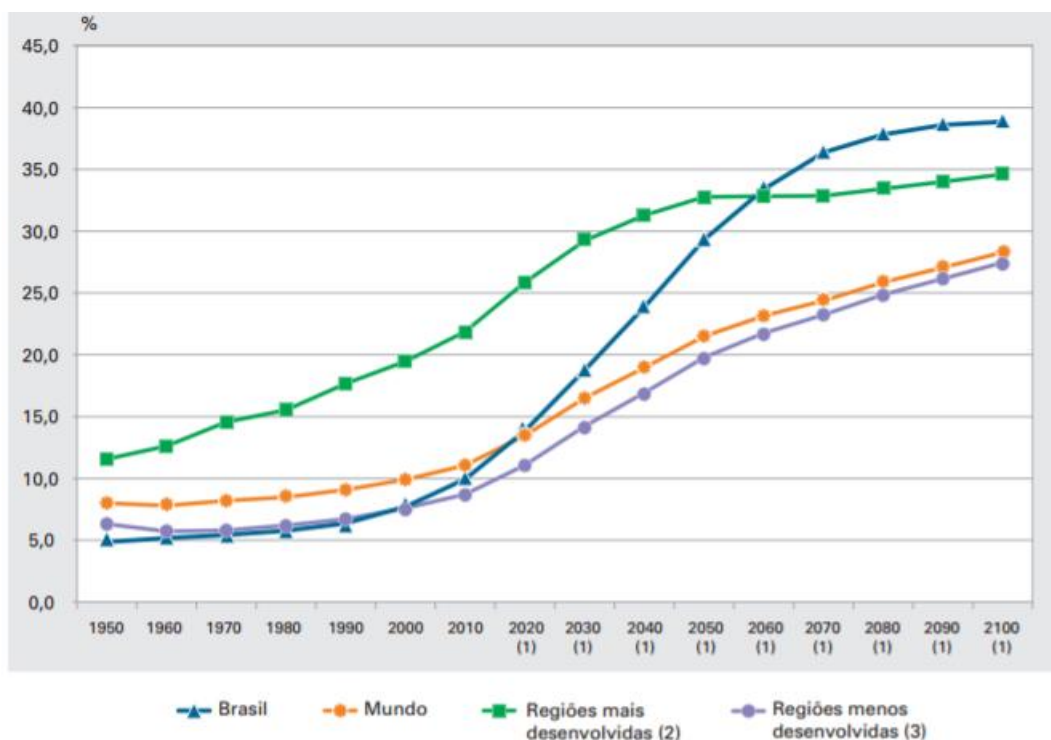


Gráfico 1. Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade no Brasil em comparação com o mundo, entre 1950 e projeção até 2100. Fonte: IBGE, 2016⁶⁷.

Um indicador importante, a *razão de dependência total*, relaciona grandes grupos etários, sendo medido pela razão entre as pessoas economicamente dependentes (jovens e idosos) e aquelas potencialmente ativas. Os jovens são definidos como pessoas com menos de 15 anos de idade e o grupo de idosos, definido como tendo idade de 60 anos ou mais. O grupo de pessoas potencialmente ativas é composto por pessoas entre 15 e 59 anos de idade.

A razão de dependência de jovens passou de 41,7 jovens por 100,0 pessoas em idade potencialmente ativa em 2005 para 32,5 em 2015 – e ao mesmo tempo, a razão de dependência de idosos aumentou de 15,5 para 22,2 no mesmo período.

As mudanças na razão de dependência estão diretamente ligadas à diminuição da fecundidade e ao aumento da longevidade da população, em especial os idosos. Os desafios que surgem neste cenário estão relacionados com a previdência social, saúde, assistência social, cuidado e integração social dos idosos.

- Pirâmide populacional brasileira

A população é predominantemente urbana, totalizando 85,7% e a urbanização segue com crescimento de 1,17% ao ano.

A mortalidade infantil é de 18,6 mortes a cada 1000 nascidos vivos, sendo 21,8 meninos e 15,23 meninas⁶⁸.

⁶⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

⁶⁸ CIA_2016.

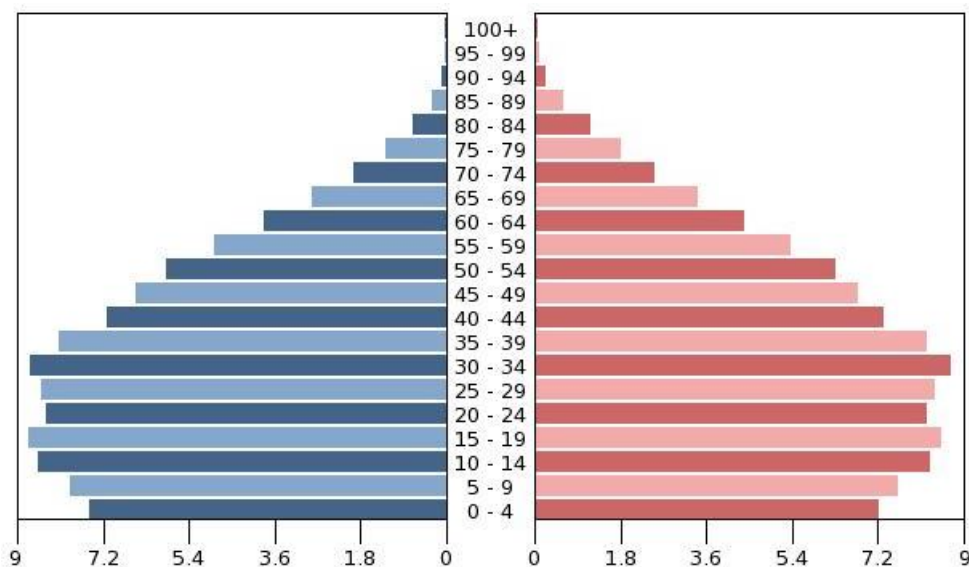


Gráfico 2. Pirâmide Populacional Brasileira, 2014. Em azul, homens, e rosa, mulheres. Fonte: CIA, 2016.

Expectativa de vida ao nascer

A Esperança de vida ao nascer para o brasileiro é de 75,4 anos em 2015⁶⁹, sendo 79,1 anos para as mulheres e 71,9 anos para os homens, representando uma diferença de 10,0%. Os valores extremos de esperança de vida ao nascer dos homens foram observados em Alagoas (66,5 anos) e Santa Catarina (75,4 anos), e para as mulheres, entre Roraima (74,0 anos) e Santa Catarina (82,1 anos).

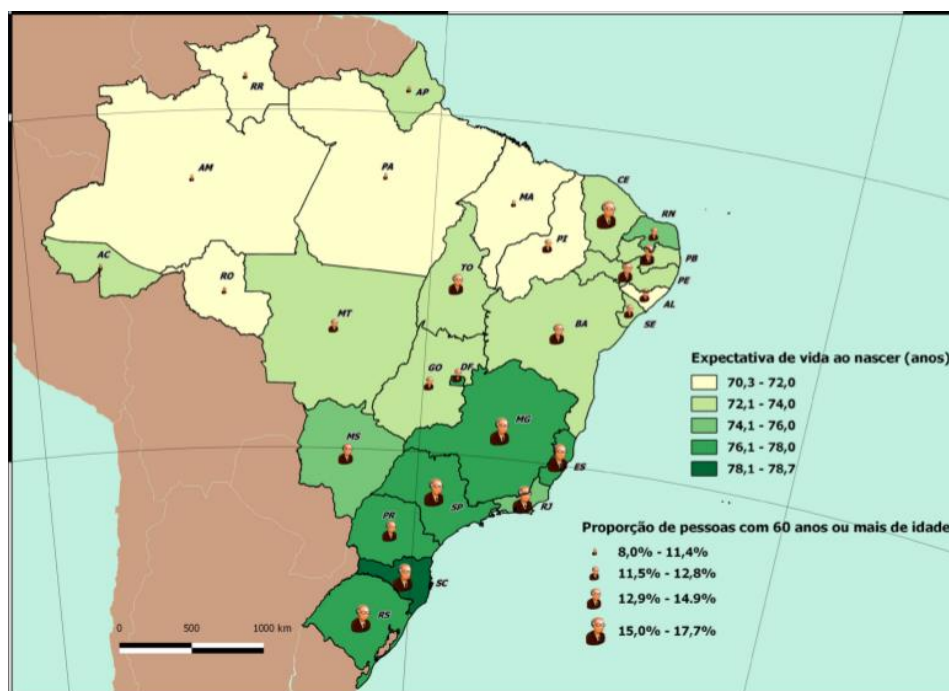


Figura 2. Expectativa de vida ao nascer e proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população, segundo Unidades da Federação – Brasil, 2015. Fonte: IBGE, 2016.

⁶⁹ IBGE_2016:22.

Importante observar o diferencial por sexo, pois a esperança de vida masculina mais elevada, observada em Santa Catarina, foi pouco maior que a esperança de vida feminina mais baixa, encontrada em Roraima em 2015.

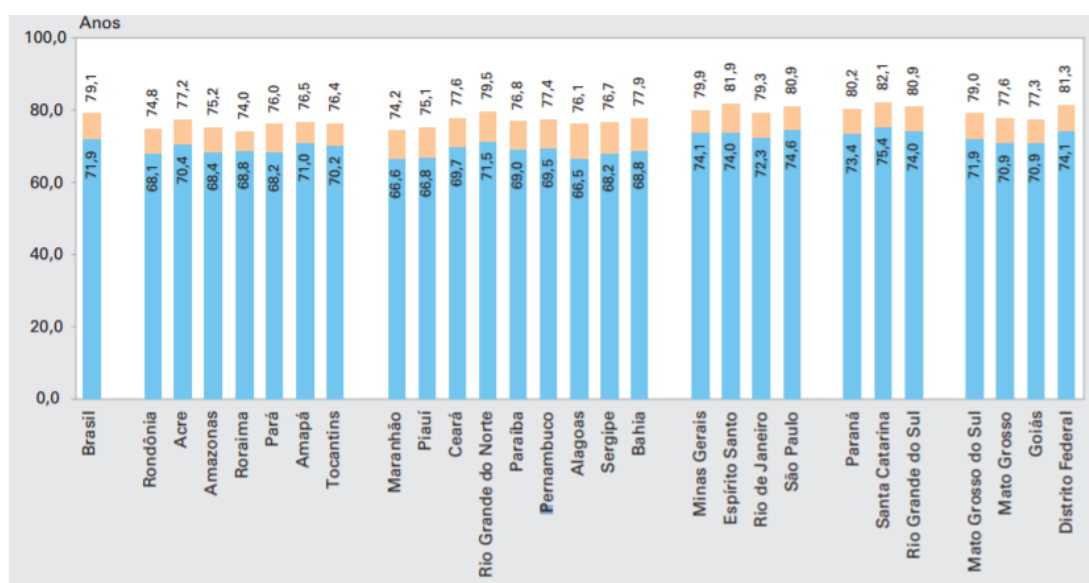


Figura 3. Esperança de vida ao nascer, por sexo, segundo as Unidades da Federação do Brasil em 2015. Fonte: IBGE, 2016.

- Crescimento Populacional

A estrutura etária da população é definida pelo comportamento da fecundidade. A taxa de fecundidade total é um indicador importante, e mede o número médio de filhos nascidos vivos que uma mulher teria ao fim de seu período reprodutiva (15-49 anos de idade). A taxa de fecundidade total do Brasil passou de 2,09 filhos por mulher (nível de reposição populacional) em 2005 para 1,72 filho por mulher em 2015, uma queda de 17,7%, em todas as unidades da Federação.

O diferencial na fecundidade por cor ou raça e por escolaridade da mulher foi medido por meio da proporção de mulheres que não tiveram filhos nascidos vivos, nos diferentes grupos etários. Foi maior a proporção de mulheres com maior escolaridade e de brancas que não tinham filhos em relação àquelas com menor escolaridade e pretas ou pardas, em cada um dos grupos etários.

A taxa de mortalidade infantil reflete tanto as condições de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil. É medido pela razão entre o número de mortes de crianças até um ano de idade e o número de nascidos vivos em determinado local.

O Brasil teve 13,8 mortes/1.000 nascidos vivos, com desigualdades regionais importantes: Região Norte, 18,1/1.000 nascidos vivos; Nordeste, 17,5/1.000; Centro-Oeste, 14,8/1.000. Enquanto isso, no Sul e Sudeste, os números foram abaixo da média do país, respectivamente 9,7/1.000 e 10,7/1.000.

Grupos de idade	Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos de idade, por cor ou raça e grupos de anos de estudo, com indicação da presença de filhos nascidos vivos (%)									
	Total (1)		Cor ou raça				Grupos de anos de estudo			
			Branca		Preta ou parda		Com até 7 anos de estudo		Com 8 anos ou mais de estudo	
	Nenhum filho	1 filho ou mais	Nenhum filho	1 filho ou mais	Nenhum filho	1 filho ou mais	Nenhum filho	1 filho ou mais	Nenhum filho	1 filho ou mais
Brasil	38,5	60,9	41,6	57,8	35,9	63,4	22,1	77,0	43,5	56,0
15 a 19 anos	89,8	10,1	92,7	7,3	87,9	12,0	82,9	16,9	91,9	8,1
20 a 24 anos	64,2	35,6	71,9	27,9	58,2	41,4	28,9	70,2	68,8	30,9
25 a 29 anos	41,7	57,7	49,4	50,1	35,4	64,1	17,6	81,6	46,0	53,5
30 a 34 anos	26,2	73,2	31,1	68,4	21,9	77,3	11,7	87,3	29,6	69,8
35 a 39 anos	16,7	82,5	19,6	79,7	14,2	84,9	8,3	90,6	20,1	79,3
40 a 44 anos	13,0	85,9	14,7	84,4	11,5	87,2	8,7	90,1	15,3	83,7
45 a 49 anos	12,2	86,8	13,8	85,2	10,7	88,3	8,8	90,1	14,1	85,0

Tabela 1. Distribuição percentual das mulheres entre 15-49 anos de idade, por cor ou raça e grupos de anos de estudo, com indicação de presença de filhos nascidos vivos, segundo os grupos etários no Brasil, 2015.
Fonte: IBGE, 2016.

Em todo o mundo, a taxa de mortalidade infantil foi de 36,0 mortes/1.000 nascidos vivos entre 2010 e 2015, sendo nos países desenvolvidos 5,0/1.000 e nos países menos desenvolvidos 3,0 óbitos/1.000 nascidos vivos, no mesmo período⁷⁰.

Migração

A migração, definida como cruzamento entre as informações de domicílio atual e local de nascimento, é importante fator na dinâmica do crescimento da população brasileira. No Brasil, em termos das regiões, 97,3% da população residente da Região Nordeste era natural desta mesma região, e apenas 2,7% dos residentes eram de outras localidades.

Na região Centro-Oeste, eram 70,8% os residentes naturais da região, sendo 12,3% oriundos do Nordeste e 9,0% do Sudeste. A Região Sul contava com 93,7% da população residente natural da região, com 3,8% de migrantes oriundos do Sudeste e 1,1 do Nordeste⁷¹.

Famílias e arranjos

O Brasil contabiliza famílias, definidas como o tipo de arranjo em que os integrantes, residentes em um mesmo domicílio, são ligados por laços de parentesco, em grau específico, por meio de sangue, adoção ou casamento, e também contabiliza os arranjos familiares – que correspondem a uma pessoa ou grupo de pessoas, ligadas ou não por laços de parentesco, morando em domicílio particular. Em um mesmo domicílio é possível haver arranjos conviventes. No Brasil, o total de domicílios particulares ocupados foi de 68,2 milhões, e em 95,8% destes havia apenas um arranjo residente. Apenas 4,2% dos domicílios particulares tinham, além do arranjo principal, ao menos uma família convivente.

⁷⁰ IBGE, 2016.

⁷¹ IBGE, 2016:27.

São contabilizados arranjos sem parentesco e arranjos com parentesco. Os arranjos sem parentesco foram divididos entre unipessoais e multipessoais, e não foram denominados como família.



Gráfico 3. Distribuição percentual dos arranjos residentes em domicílios particulares, por tipo de arranjo e de núcleo familiar, segundo as regiões do Brasil, entre 2005 e 2015. Fonte: IBGE, 2016.

A queda da fecundidade, o aumento da escolaridade e da inserção das mulheres no mercado de trabalho são alguns dos fatores que produzem alterações nos arranjos familiares. Uma delas foi o aumento da proporção de mulheres que se encontravam na condição de *pessoa de referência da família*⁷², de 30,6% para 40,5%. Houve uma tendência de crescimento na indicação da mulher como pessoa de referência da família, em especial nos arranjos formados por casal.

Para o total da população, independentemente do grupo etário analisado, a maioria (57,2%) das pessoas estavam inseridas em arranjos compostos por casal com filhos, seguida pela participação do arranjo de mulher sem cônjuge com filho (16,5%) e arranjo de casal sem filho (15,1%).

Um grupo específico, chamado “nem-nem”, ganharam peso por comporem desemprego, evasão escolar precoce e desencorajamento com o mercado de trabalho. São jovens que “nem estudam, nem trabalham”. Essa população é especialmente vulnerável, tanto a violência geral, como às IST e aids, e representavam, em 2015⁷³, quase ¼ do total de jovens do Brasil.

Esse grupo vem crescendo nas estatísticas como o grupo mais vulnerável à infecção pelo HIV, com aumentos significativos na prevalência, incidência e taxa de mortalidade.

⁷² Pessoa de referência era a pessoa assim considerada pelos demais membros da família, e essa definição na metodologia não se alterou no período pesquisado, de 2005 a 2015.

⁷³ IBGE_2016:48.

Registros

O Brasil tem uma Lei que determina a gratuidade dos registros civis de nascimento e óbito, a Lei 6.015, de 31/12/1973⁷⁴. Esse tema é responsabilidade da Casa Civil – Subchefia para Assuntos Jurídicos da Presidência da República.

Considera-se que a gratuidade facilite o acesso de toda a população a esse serviço, que é de suma importância para um país.

O registro dos nascimentos e dos óbitos é essencial para toda a compreensão da dinâmica populacional de um País, assim como a construção de todos os indicadores em Epidemiologia – base para a estruturação da Saúde Pública.

O atestado de óbito é um instrumento imprescindível para todos os cálculos quantitativos e pesquisas qualitativas sobre os agravos mais prevalentes em determinada população, bem como o grau de letalidade de determinada doença em certo período de tempo e local. O registro de nascimento permite a compreensão sociodemográfica e geopolítica de uma nação.

Pode-se considerar uma suprema ironia constatar que a lei que garante a gratuidade dos registros de nascimento e óbito do Brasil foi promulgada durante o Governo Militar, assinada por um dos presidentes em cujo governo maior número de desaparecidos políticos o país assistiu⁷⁵.

1.4. Idioma e Religião

Em termos de etnias, é um país bastante miscigenado, sendo os seguintes dados de 2010: 47,7% brancos, 50,7% afrodescendentes, asiáticos 1,1% e indígenas 0,4%.

Em 2015, mais da metade das pessoas (53,9%) se declaravam de cor ou raça preta ou parda, enquanto 45,2% se declaravam brancas. A proporção de pessoas por declaração de cor ou raça variou bastante segundo as regiões⁷⁶.

A língua oficial é o Português, e em algumas fronteiras fala-se espanhol.

É importante destacar que, em termos de HIV e aids, o Brasil é o único país de língua lusófona a utilizar a sigla como é denominada no idioma inglês, e não “aids” como em todos os outros. A origem da questão é cultural: a Santa Católica considerada Padroeira do Brasil chama-se Nossa Senhora Aparecida, e milhares de mulheres tem esse nome – e o apelido “Cida”. Portanto, para não associar doença e nome, foi escolhido, já no início da epidemia, que a denominação seria “aids” e não “sida”, que em termos sonoros não tem diferença com “cida”⁷⁷.

A religião predominante é a católica (64,6%), seguida dos protestantes (22,2%), espíritas (2,2%) e 8% entre ateus, agnósticos e não-especificados.

⁷⁴ www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015original.htm

⁷⁵ Emílio Garrastazu Médici.

⁷⁶ IBGE, 2016: 17.

⁷⁷ CASTILHO, Euclides. *Aids, sida ou cida: como ficam as nossas Cidas* Paper, s/d.

2. O Campo – Brasil: Brasília, Recife e Curitiba

A Pesquisa de Campo no Brasil foi subdividida em três cidades: Brasília, Recife e Curitiba. A previsão inicial era que o trabalho de campo fosse realizado apenas em Brasília, por ser a capital do país e este ter sido o critério adotado em todos os outros países participantes do estudo; porém, após avaliação de todo o processo do Diagnóstico que já havia sido realizado nos outros países durante o segundo semestre de 2015 junto ao Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, verificou-se que em cada sítio a pesquisa de campo incluiu serviços e estratégias considerados “padrão ouro” e a contrapartida, os “lugares com mais dificuldades”, e esse critério não era preenchido apenas com o Campo Brasília.

Desse modo, definiu-se a ampliação do campo Brasil para mais dois sítios, que contemplassem essa diversidade essencial em relação à resposta dada à epidemia de HIV, aids e sífilis congênita: o “padrão ouro”, Curitiba, por ter sido o berço do programa Mãe Curitibana, que por sua vez inspirou o Rede Cegonha, imprescindível nas intervenções para redução da transmissão vertical do HIV, e o “sítio com mais dificuldades”, no caso Recife, escolhidos com base nos índices de incidência e prevalência em HIV e aids e sífilis congênita entre gestantes HIV+ e crianças expostas.



Figura 4. Mapa do Brasil com destaque às cidades de Recife, Brasília e Curitiba. Fonte: IBGE, 2016. Adaptado.

Em síntese, os critérios para definição do campo no Brasil foram os seguintes: Brasília, por ser a capital do País e este ter sido o critério utilizado em todos os países participantes; Recife, por representar um dos municípios com maiores dificuldades em relação a assistência geral em HIV e aids – embora com reconhecidos esforços dos gestores e Organizações Não-Governamentais parceiras - e Curitiba, por representar o Padrão Ouro em atenção às gestantes e implementar o Programa Mãe Curitibana, excelência em atendimento às grávidas em geral e às gestantes com HIV ou aids em particular.

O cronograma de visitas de campo no Brasil foi o seguinte:

Campo	Data
Brasília	23 a 26/ fevereiro/ 2016
Recife	02 a 05/ maio/ 2016
Curitiba	03 a 07/ julho/ 2016

Tabela 2. Cronograma de visitas de campo no Brasil do projeto de Diagnóstico Situacional da Opção B+, 2016.

No Campo Brasil, seguiu-se a lógica metodológica de todo o projeto: a agenda mínima, com entrevistas com os gestores dos programas de DST e Aids do Estado e do Município, visitas a serviços de referência (o considerado melhor e o serviço considerado com mais dificuldades), entrevistas com profissionais de saúde e com coordenadores de ONG parceiras e entrevistas com líderes religiosos que tivessem ações de referência.

Nos campos brasileiros foram entrevistados Gestores do Estado, Município, profissionais de saúde e representantes de ONG parceiras, porém não houve agendamento nem entrevistas com líderes religiosos envolvidos na resposta nacional, como foi feito em todos os outros países.

Durante a visita ao Campo Brasília, em fevereiro de 2016, como parte da coleta de dados junto aos gestores do Governo Federal foi realizada uma reunião com todos os responsáveis pelos setores de Logística, Vigilância Epidemiológica, Assistência, Organizações da Sociedade Civil e Assessoria de Comunicação Internacional (ACI) do então Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, atual Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV). Fizeram também parte da coleta de dados de campo as entrevistas com os gestores, diretores e profissionais de saúde do Hospital-Dia de Brasília, do Hospital Materno-Infantil de Brasília e os coordenadores dos setores de do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde⁷⁸.

Em Recife, fizeram parte do campo as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Centro de Atenção à Mulher (CAM) e Saúde da Criança, o Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) e a ONG GESTOS: Soropositividade, Comunicação e Gênero.

Em Curitiba, foram parte da visita de campo a Secretaria Municipal de Saúde, Programa Mãe Curitibana, o Hospital das Clínicas de Curitiba e o Centro de Orientação e Aconselhamento (COA). Foram entrevistados os gestores e profissionais de saúde de cada instituição. A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná não participou desse processo, alegando problemas no agendamento.

Considerando a otimização de custos e a presença da consultora em Brasília, durante essa visita de campo também foram realizadas duas reuniões junto aos interlocutores do Ministério da Saúde para realinhamento do projeto geral da Opção B+ nos países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) e ampliação do campo Brasil, junto à Direção do DIAHV e ACI. O contrato da consultoria se encerrava em março e foi demandada uma prorrogação de três meses. Essa prorrogação, aprovada pelo então diretor do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais⁷⁹, não se cumpriu. Mesmo assim, de março a dezembro de 2016 os trabalhos de campo foram finalizados (visitas a Guiné Equatorial, Portugal e Sítios Recife e Curitiba) e todos relatórios redigidos, sempre com a apoio inestimável do Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, Professor Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) e supervisor voluntário deste projeto.

⁷⁸ Os agradecimentos à equipe da Assessoria de Comunicação Internacional do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais por todo o apoio logístico, agendamentos e interlocuções no Projeto como um todo.

⁷⁹ Dr. Fábio Mesquita.

Este relatório do Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ no Brasil é particularmente extenso e compreende uma abrangente e pormenorizada descrição da Resposta Nacional à Epidemia de HIV e aids, além de aprofundamento temático em relação à sífilis congênita, à tuberculose e uma historicização sobre o tema dos bancos de sangue.

Para todos os temas foi feita uma análise com alcance nacional intercalada com os dados dos três campos de pesquisa do Brasil. A relação completa dos participantes e respectivos cargos e instituições está no item 10 deste documento.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids no Brasil

3.1. Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde do Brasil está estruturado do seguinte modo:



Figura 5. Organograma do Ministério da Saúde do Brasil. Fonte: MS, 2016⁸⁰.

O Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) do Ministério da Saúde é responsável pela gestão central das políticas e ações relacionadas ao enfrentamento da epidemia de HIV e aids no Brasil. Esse Departamento, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde, compreende diferentes setores ou áreas, sendo as essenciais a Prevenção, Assistência, Comunicação, Vigilância Epidemiológica, Logística, Parcerias com Organizações Não-Governamentais, Assessoria Internacional, dentre outros setores.

⁸⁰ MS – Ministério da Saúde. www.saude.gov.br.

A denominação do Departamento já foi alterada várias vezes, em função de suas atribuições e vínculos institucionais: Programa Nacional de DST/Aids, Coordenação Nacional de DSS/Aids, Programa Nacional de DST e Aids e a mais recente, Programa Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais (2016).

A política de resposta à epidemia de aids no Brasil sempre seguiu as bases científicas, os princípios de Direitos Humanos e contou com a parceria das Organizações Não-Governamentais e dos Comitês e Comissões Nacionais, compostas por profissionais e especialistas de diversas áreas. No Brasil, aids sempre foi considerada uma questão de saúde pública, em que as políticas, práticas e princípios respeitam os Direitos Humanos, as diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde e sempre associada ao princípio do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Com relação à saúde, O Sistema Único de Saúde (SUS) foi 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 econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Os princípios básicos do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS se organiza de forma descentralizada, com as ações articuladas entre as três esferas da Federação: União, Estados e Municípios.

Como componentes do SUS estão ainda a participação efetiva da comunidade, no controle social que é exercido pelos usuários em Conferências e Conselhos nos níveis municipal, estadual e federal, a descentralização político-administrativa, pois o SUS atua em todos os níveis de governo e os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade, constituindo a hierarquização e regionalização.

As ações de prevenção, assistência, logística de medicamentos, organização de diretrizes nacionais, avaliação, publicação de dados e participação em eventos internacionais, parcerias institucionais e controle da epidemia são pactuadas entre a Gestão Federal e os Secretários de Saúde Estaduais e seus respectivos Programas Estaduais, que por sua vez são articulados e integrados aos Programas Municipais.

Cada Secretaria de Saúde, Estadual ou Municipal, tem uma organização própria, variando as diferentes inserções dos respectivos departamentos de DST e aids.

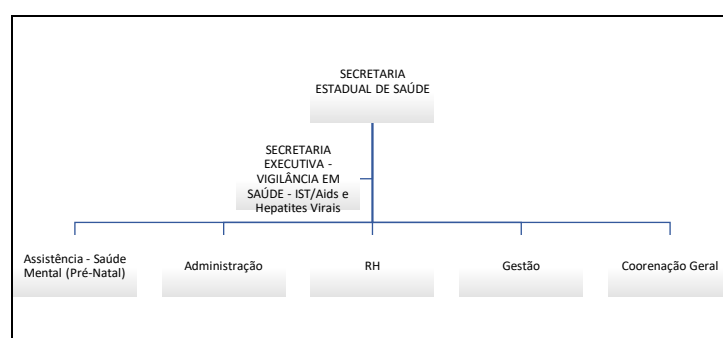


Figura 6. Organograma da Secretaria Estadual de Saúde de Recife, campo Brasil, 2016. Fonte: SES – PE, 2016.

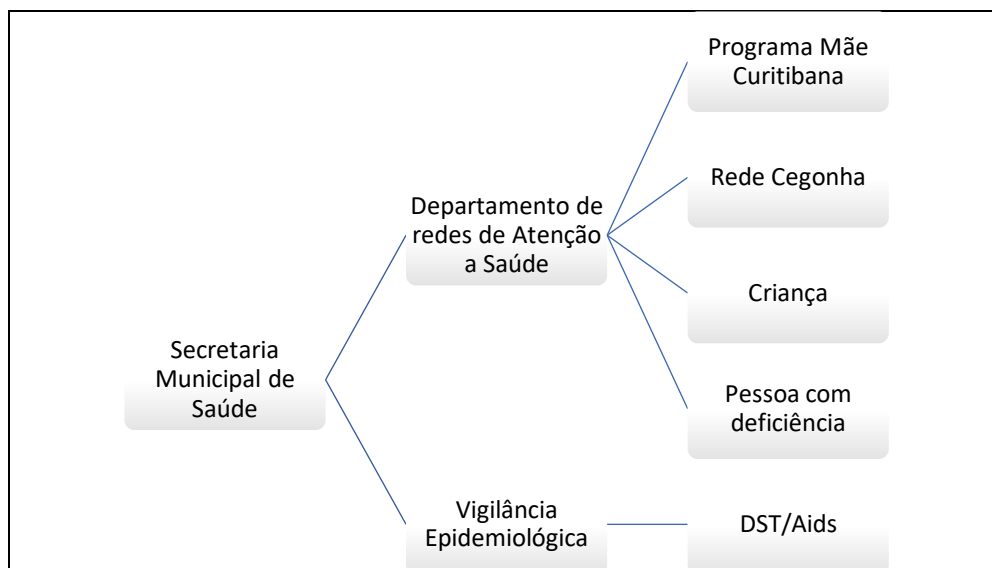


Figura 7. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, campo Brasil, 2016.
Fonte: SMS Curitiba, 2016.

Essas diferenças têm reflexos na agilidade para organização da logística dos insumos e na resposta frente a dificuldades específicas nas ações de prevenção, vigilância e assistência.

3.2. Construção da Resposta Nacional à epidemia de aids

Apresentar a construção da Resposta Nacional à epidemia de aids no Brasil é, de certo modo, revisitar minha própria biografia, pessoal e profissional, início de amizades e produção de trabalhos científicos, revisitando também a biografia e os trabalhos de muitos de meus amigos e participantes deste estudo.

Por isso, a apresentação da Construção da Resposta Nacional à epidemia de HIV e aids no Brasil será diferente daquela apresentada em todos os outros relatórios dos outros países participantes deste Diagnóstico: será apresentada em forma de linha do tempo, com destaque para descobertas, fatos inéditos e de relevância cultural, e lemas de Campanhas do Dia Mundial no país.

É um recorte pessoal, com seleção de determinados fatos dentro de todas as informações oficiais disponíveis não apenas nos documentos brasileiros, como também nas publicações internacionais. Aqui serão apresentados, ano a ano, eventos e marcos considerados relevantes na construção da resposta brasileira, nessa perspectiva de quem participou desde o início até hoje. As fontes estão relacionadas tanto nas notas de rodapé como na bibliografia.

Estamos nesse trabalho desde o primeiro caso de aids identificado no país, em 1980, porém só classificado como tal em 1982 – quando foi documentado o primeiro caso de aids diagnosticado, além do primeiro caso de aids por transfusão de sangue. O primeiro caso de transmissão vertical, na época chamada de perinatal, ocorreu em 1985, em São Paulo.

Em 1984 foi estruturado o primeiro programa de controle da aids no Brasil, o Programa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Em 1985, o Grupo de Apoio e Prevenção à aids, o GAPA, foi a primeira Organização Não-Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a aids, e no mesmo ano o Brasil cria um Programa Federal para controle da aids⁸¹.

Em 1986 é criado o Programa Nacional de DST e aids, pelo ministro da saúde Roberto Santos. Herbert de Souza, o Betinho, conhecido sociólogo e ativista político, hemofílico, funda a Associação Brasileira Interdisciplinar de aids, entidade que se torna referência na luta por maior controle dos bancos de sangue e contra a discriminação.

Em 1987 é criado o primeiro Centro de Orientação Sorológica (COAS) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e a primeira Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis, em maio.

Inicia-se a sorologia anti-HIV nas transfusões sanguíneas do Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE), que também foi o laboratório que realizou as primeiras sorologias anti-HIV nas pessoas que desejavam fazer o teste, encaminhadas ou por demanda espontânea. Os Ministérios da Saúde e do Trabalho incluem as DST/Aids nas Semanas Internas de Prevenção a Acidentes de Trabalho e Saúde (SIPATs).

Em 1988, uma portaria assinada pelo Ministro da Saúde, Leonardo Santos Simão, passa a adotar o dia 1º de dezembro como o dia Mundial de luta contra a aids. É promulgada a Constituição Brasileira e criado o Sistema Único de Saúde, o SUS.

O Sistema Único de Saúde tem os seguintes pilares: a universalidade, ou seja, a saúde é um direito de todos, a integralidade - a atenção à saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos, tanto os individuais quanto os coletivos – e a equidade, pois todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde.

O Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas. Somam-se 4.535 casos de aids, e o primeiro caso na população indígena é diagnosticado. Implantação do Ambulatório de DST/Aids no Bairro América, em Sergipe, pela Secretaria de Estado da Saúde.

Em 1989 uma primeira mobilização da Sociedade Civil faz com que o fabricante do principal medicamento para pacientes com aids, a zidovudina (AZT), a Wellcome, reduza em 20% o preço do remédio. O país tinha 6.295 casos de aids notificados. A Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids (ABIA) representa o Brasil no I Encontro Internacional de ONG que trabalham com prevenção a aids, promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, em 1990, é criada a Sociedade Viva Cazusa, fundada por Lucinha Araújo, mãe de Cazusa, artista, poeta e cantor que morreu de aids naquele ano.

Começa a formalização dos procedimentos de biossegurança nos Laboratórios e Bancos de Sangue do Brasil, com referência nos critérios e técnicas franceses, por conta da parceria Brasil-França. É registrado o primeiro caso de discriminação de funcionário de grande empresa industrial de Aracaju/Sergipe. A Coordenação Estadual de DST/Aids de Sergipe realizou ações informativas na empresa, minimizando reações discriminatórias. Sergipe foi um dos primeiros estados do Brasil a realizar ações de prevenção dentro das casas de prostituição.

⁸¹ Portaria 236/85, do dia 02 de maio.

Em 1991 o Padre Júlio Lancelotti cria a Casa Vida, em São Paulo, para atender crianças soropositivas para HIV que estavam internadas na então Febem - Fundação para o Bem-Estar do Menor, atual Fundação Casa. A Princesa Diana visita o Brasil e faz uma doação em dinheiro para a construção de uma sede para a Casa Vida, que estava sem local para funcionar. Em sua passagem pelo Rio de Janeiro, a princesa quebra o protocolo ao conversar com pacientes de aids no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, mostrando sua solidariedade aos portadores do vírus. Estreia na Rede Globo de Televisão a minissérie “O Portador”, sobre o contágio pelo vírus da aids por um homem, em transfusão de sangue, e o convívio com a doença. Foi exibida entre 10 a 20 de setembro de 1991 em 8 capítulos, com direção artística de Herval Rossano.

A minissérie foi elogiada pelo presidente da Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids (ABIA), o sociólogo Herbert de Souza (Betinho).

A *Visual Aids Artists Caucus*⁸² lança o Projeto Laço Vermelho, para criar um símbolo visual que demonstrasse solidariedade às pessoas vivendo com aids e seus cuidadores. A fita vermelha se transformou num símbolo internacional da luta contra aids e conscientização sobre a doença.

Em 1992 é feito o primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV. Várias pesquisas apontam a importância das doenças sexualmente transmissíveis como cofator para a transmissão do HIV, calculando-se na época que poderiam aumentar o risco de contágio em até 18 vezes.

Os médicos Robert Gallo e Luc Montaigner chegam a um acordo definitivo sobre o crédito da descoberta do vírus HIV. A 8ª. Conferência Internacional de Aids, originalmente agendada para acontecer em Boston, aconteceu em Amsterdam, por conta das restrições da imigração americana às pessoas com HIV/Aids. É feita uma manifestação contra a política do governo de Bush em relação à aids. Nesse mesmo ano, aids é a primeira causa de morte entre homens de 25 a 44 anos nos EUA⁸³. Em 27 de maio, o Food and Drugs Administration (FDA) dos Estados Unidos licencia o kit de diagnóstico de teste rápido⁸⁴ para os profissionais de saúde para detecção do HIV-1 no sangue em 10 minutos. O governo americano aprova o medicamento dideoxicitidina (ddC), outra droga inibidora de transcriptase.

No Brasil, a menina Sheila Cartopassi de Oliveira, com cinco anos de idade, teve sua matrícula recusada em uma escola de São Paulo⁸⁵, por ser portadora do HIV. Em Sergipe foi detectado o primeiro caso de aids em presídio; primeiras ações, neste estado, para realizar ações de prevenção junto aos terreiros de candomblé, com matéria no Fantástico. Morre o escritor mineiro Herbert Daniel, responsável pelas principais campanhas contra a aids no país.

Nesse ano de 1992 o Ministério da Saúde inclui os procedimentos de tratamento da aids na tabela do SUS. Tem início o credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com aids. Em 30 de março morre, no Rio de Janeiro, o escritor Herbert Daniel. Lançamento da campanha *Vamos todos contra a aids de mãos dadas com a vida*.

⁸² <http://www.thebody.com/content/70640/visual-aids.html>

⁸³ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00022174.htm>

⁸⁴ Desenvolvido pelo laboratório Murex.

⁸⁵ Escola Ursa Maior, <http://imediata.org/infoaids/linhadotempo/linha/linha3.html>.

Em 1993, com a divulgação do estado sorológico de uma atriz brasileira, Sandra Bréa, a opinião pública começa a perceber que a doença atinge também as mulheres. O Brasil assina convênio e recebe um empréstimo de U\$ 250 milhões do Banco Mundial para ações de pesquisa e combate às doenças sexualmente transmissíveis e à aids. Esse acordo dá impulso às ações de controle e prevenção às DST e à aids previstas pelo Ministério da Saúde. Implantação da Rede Nacional de Isolamento do HIV-1 no Brasil, com suporte do Ministério da Saúde e do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e OMS para mapear a diversidade genética do vírus no país e orientar a seleção de potenciais vacinas e medicamentos anti-aids a serem utilizados por brasileiros.

O AZT passa a ser produzido no Brasil. Em maio, o FDA aprova o preservativo feminino. O ano de 1993 marca o início da notificação da aids no Sistema Nacional de Notificação de Doenças – SINAN, atualmente *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*.

Em dezembro deste ano de 1993, o Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos (CDC), em seu periódico *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) expande a definição de casos de aids, considerando *aqueles com linfócitos⁸⁶ CD₄ abaixo de 200 tem aids⁸⁷*. Passam a ser considerados doentes as pessoas com uma taxa de linfócitos inferior a 100/mm³ de sangue. Nesse mesmo boletim o CDC adiciona três novas condições, tuberculose pulmonar, pneumonia recorrente e câncer cervical invasivo na lista de indicadores clínicos de aids.

Essas novas condições significam que mais mulheres e usuários de drogas injetáveis estarão diagnosticados com aids. Também sai a definição de casos de aids em crianças. O Brasil tem 18.224 casos de aids notificados e os EUA tem 400.000 casos, com 250.000 mortes.

O filme Philadelphia, com Tom Hanks como um advogado com aids é lançado nos cinemas, baseado em uma história real é o primeiro grande filme de Hollywood sobre aids. No ano seguinte, o ator Tom Hanks ganha o Oscar de Melhor Ator por sua atuação no filme. A peça *Angels in America*, de Tony Kushner, tratando dos temas da aids e da homossexualidade nos EUA nos anos 1980. Recebeu numerosos prêmios, incluindo o Pulitzer na categoria Drama, o Tony Award de Melhor Peça.

Em 1994, em 5 de agosto, o Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos recomenda que **mulheres grávidas possam ser beneficiadas com o uso do AZT⁸⁸ para reduzir o risco da transmissão perinatal (ou vertical, ou transmissão mãe-filho) do HIV**. O estudo comprovou que o uso do AZT diminuía em 2/3 o risco da transmissão do HIV de mães infectadas para os seus bebês. Ou seja, os cientistas desenvolveram o primeiro regime de tratamento para reduzir a transmissão materno-infantil do HIV. Começa uma exigência política para aprovação de projetos nos Estados Unidos: que sejam feitos estudos com mulheres e minorias em pesquisa clínica. Em 15 de fevereiro o jornal Folha de São Paulo lança uma campanha pelo uso da camisinha distribuindo o preservativo na capa de seu caderno dirigido a adolescentes, o Folhateen.

⁸⁶ CD = Cluster Differentiation.

⁸⁷ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>

⁸⁸ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00032271.htm>

A agência publicitária DM9 lança campanha de prevenção à aids para a televisão com cena de sexo explícito. Também em fevereiro é revisto o protocolo para testes: Homo Specimen Collection Kit System Intended for HIV (HIV-1 and/or HIV-2) Teste de Anticorpos.

Um surto de HIV no Leste Europeu é detectado entre os usuários de drogas injetáveis. Em 22 de setembro, o CDC apresenta o Programa de Troca de Seringas⁸⁹, e a Academia Nacional de Ciências dos EUA conclui que os programas de troca de seringas podem ser considerados componentes efetivos para uma estratégia eficaz para prevenir doenças infecciosas. [Surge aqui, em 1994, a Estratégia de Redução de Danos](#) para a saúde pública. Implementada no Brasil em Santos pelo Dr. Fábio Mesquita, na Bahia pelo Dr. Tarcísio Andrade, e que reduziu os casos de transmissão do HIV de 40% para menos de 4% em poucos anos.

Em 27 de junho a National Association of People Living with aids (NAPWA), nos Estados Unidos, lança o primeiro Dia Nacional de Testagem⁹⁰. Em 23 de dezembro o FDA prova um teste de HIV oral, o primeiro não-baseado-em-sangue para detecção de anticorpos de HIV.

Lançamento da primeira Unidade Móvel (Ônibus vermelho) para prevenção às DST/Aids no Brasil, em parceria com o GAPA.

Sergipe foi o primeiro estado a criar o Bloco da Prevenção, uma forma de passar informações durante o carnaval (Pré-Caju) – bloco este que hoje existe em várias capitais do país. O tema do Dia Mundial da Aids de 1994 foi “Aids e Família”.

Em 1995 surge uma nova classe de drogas contra o HIV, os inibidores de protease e outros inibidores de transcriptase reversa - Zerti (d4T) e Epivir (3TC) - são aprovados nos EUA e ampliam as escolhas de tratamento. Estudos revelam que a combinação de drogas reduz a progressão da infecção, mas o custo do tratamento é de U\$ 10 mil a U\$ 15 mil por ano⁹¹.

Inicia-se uma nova era de terapia antirretroviral de alta potência – Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), e a postura “bata cedo e bata forte”, medicando todos os pacientes HIV+ o quanto antes em seus tratamentos. Até então, a assistência medicamentosa era limitada, contando somente com AZT, Videx e dideoxicitidina.

A HAART também é conhecida como *terapia antirretroviral multi-classe*. O regime de tratamento suprime agressivamente a replicação do HIV e a progressão da doença. O HAART usual combina três ou mais drogas anti-HIV de pelo menos duas classes diferentes.

[Interessante destacar que a política atual de tratamento, em que o paciente é medicado logo após receber o resultado de sua sorologia positiva, tem origem nos anos 1990...](#)

Novos estudos demonstram que o tratamento precoce das IST, com consequente evolução das doenças e suas complicações, faz com que os riscos de transmissão e aquisição do HIV diminuam. A incidência de HIV é reduzida em 42% com essas medidas.

Nesse contexto, o Brasil em 1995 estava com 19.980 casos notificados de aids pela Coordenação Nacional de DST e Aids da Secretaria de Projetos Especiais de Saúde do Ministério da Saúde.

⁸⁹ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00039285.htm>

⁹⁰ <https://www.aids.gov/news-and-events/awareness-days/hiv-testing-day/>

⁹¹ <http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT380541-1664,00.html>

A agência de publicidade Master cria comercial de prevenção na qual um ator conversa com seu pênis, batizado de *Bráulio*; a campanha provoca polêmica, protestos e processos. Os protestos ocasionam a suspensão da campanha em sua versão feminina, em que o órgão sexual feminino seria chamado de *Sheila*.

O COAS/CTA de Aracaju foi escolhido como Unidade de Referência para capacitação dos outros CTAs do Nordeste. Criação do Simpósio Brasileiro de Pesquisa em HIV/Aids (SIMPAIDS).

Nasce o Plano de Cooperação Técnica Horizontal entre países da América Latina e Caribe. A campanha do Dia Mundial de Luta contra a Aids de 1995 foi “Compartilhemos direitos e responsabilidades”.

No ano de 1996, os pesquisadores David Ho e Martin Markowitz apresentam o resultado positivo do uso do chamado “coquetel de medicamentos”, que bloqueiam a replicação do HIV no corpo na 11ª Conferência Internacional sobre Aids em Vancouver, Canadá.

Os pesquisadores fazem o *advocacy* para uma nova estratégia para tratar o HIV – *bata cedo, bata forte*, administrando um tratamento mais agressivo precocemente nos pacientes, com esperanças de manutenção da saúde a longo prazo. David Ho foi eleito pela revista Time como “O Homem do Ano”.

Em 1996 o Brasil consegue empréstimo do Banco Mundial para atividades de prevenção à aids e é o primeiro país em desenvolvimento a disponibilizar a terapia antirretroviral no Sistema de Saúde Pública – SUS. O Programa Nacional de DST e Aids lança o I Consenso em Terapia Antirretroviral – regulamentação da prescrição de medicamentos para combater o HIV.

A Lei 9.313 fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para o tratamento da aids, com disponibilização inclusive do AZT venoso na rede pública.

Há uma queda das taxas de mortalidade por aids, diferenciada por regiões no Brasil; são notificados 22.343 casos da doença. A epidemia aumenta entre as mulheres e dirige-se para os municípios do interior dos estados brasileiros e aumenta significativamente na população de baixa escolaridade baixa renda – ou seja, feminização, ruralização e pauperização da doença.

Criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS⁹² - para cuidar de uma ação global sobre a epidemia e coordenar os esforços contra o HVI/Aids em todos os países da ONU. O UNAIDS é integrado por cinco agências de cooperação de membros da ONU com objetivo de defender e garantir uma ação global para prevenção do HIV/Aids: Unicef, Unesco, UNFPA, OMS e UNDP, além do banco Mundial.

O FDA americano aprova o primeiro teste caseiro para HIV e kit de coleta, chamado *Confide HIV Testing System*, desenvolvido pela Direct Access Diagnostics, é composto por três componentes um kit de coleta de sangue “no balcão”, teste de anticorpos de HIV em um laboratório certificado e um centro de testes de resultados, que oferece resultados, aconselhamento e referência – tudo em anonimato. No Brasil, os dados epidemiológicos acusam em 1996 80 mil casos de aids notificados e acumulados desde o ano de 1980, com 36 mil mortes.

⁹² Joint United Nations Programme on HIV/Aids.

Acontece no Brasil o 1º. Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids em Salvador, Bahia. O tema do Dia Mundial foi “Unidos na Esperança”.

Em 1997 é implantada no Brasil a Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia com antirretrovirais (ARV), com realização de exames de carga viral e contagem de células CD₄.

Nesse mesmo período, a então Coordenação Nacional de DST e Aids sistematiza as ações de prevenção “por populações” e são estabelecidas as datas para campanhas fixas anuais: carnaval e Dia Mundial da aids⁹³.

Morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, em 9 de agosto, 11 anos depois de confirmar sua condição de portador; hemofílico e contaminado por transfusão de sangue, defendia o tratamento digno aos doentes de aids no Brasil e no mundo.

A lei estadual 3.900/97 em Sergipe proíbe discriminação de pessoas que vivem com HIV/Aids nas escolas oficiais ou particulares, após um movimento de mães que ameaçaram retirar as crianças da creche em que havia uma criança soropositiva para HIV.

Em resposta ao *bata cedo, bata forte*, HAART é o novo padrão para tratamento de HIV. O CDC relata a primeira queda substancial nas mortes por aids nos EUA, 47%, em função da terapia combinada.

A Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional - USAID⁹⁴ publica o primeiro “Children on the Brink: Strategies to Support HIV/Aids”, relatório que trata do impacto da epidemia em crianças. A USAID/Brasil propõe estratégia de cinco anos para incremento das ações de prevenção ao HIV e aids.

Um grande número de pessoas começa a usar os inibidores de protease, e em função da má adesão ou do abandono do tratamento, a resistência às drogas se torna mais comum – a resistência às drogas surge como uma área de grave preocupação na comunidade da aids. O lema do Dia Mundial da Aids de 1997 foi o mesmo de 1998: “Num mundo com aids, as crianças e os jovens são responsabilidade de todos nós”.

Em 1998, o Brasil dispõe de onze medicamentos gratuitos disponibilizados na rede de saúde para tratamento de HIV. Lei 9.656 define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com aids pelos seguros-saúde privados, mas não assegura o tratamento ARV.

Como a atenção integral aos pacientes é de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), em junho de 1998 foi instituído o Grupo de Trabalho para Implementação da Política Nacional de Medicamentos, composto por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que estabeleceu como responsabilidade federal a aquisição centralizada e a distribuição de todos os medicamentos antirretrovirais (ARV) necessários ao tratamento dos pacientes com aids. Caberia aos estados e aos municípios a responsabilidade de aquisição de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas frequentes nos pacientes HIV+.

⁹³ LIMA, 2002.

⁹⁴ United States Agency for International Development.

A partir de então, ficaram definidas as competências de cada esfera de governo no tocante ao tratamento dos pacientes com Aids e deu-se início às aquisições centralizadas de ARV. Para que houvesse um adequado controle do quantitativo a ser adquirido e consumido, coube ao Programa Nacional de DST/Aids, hoje Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais (DIAHV), o desenvolvimento de um sistema de controle logístico de medicamento ARV – assim surge o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, o SICLOM.

É feita a validação do algoritmo nacional para diagnóstico de IST no Brasil, com recomendação do Ministério da Saúde para aplicação da *Abordagem Sindrômica das IST* para seu tratamento oportuno e redução da incidência do HIV. Muitos soropositivos que usam o “coquetel” apresentam cargas virais indetectáveis e alguns falam em “cura”, mas há vírus nos gânglios linfáticos, medula e partes do cérebro, os chamados “santuários” e que impedem o uso do termo cura, pois depois de algum tempo sem medicação a carga viral é detectável novamente.

Campanhas: *Sem Camisinha não tem carnaval* e *A força da mudança: com os jovens em campanha contra a aids*. Em Sergipe, é lançado o primeiro carro em forma de camisinha, sendo denominado “Camisildo”. Implantado o Programa Municipal de DST/Aids de Aracaju.

Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp120 do vírus da aids, usada por ele para entrar nas células do sistema imunológico atacadas pelo HIV. É anunciado o primeiro regime de curto-prazo para prevenção da transmissão materno-infantil.

Em 1999 o Ministério da Saúde, já disponibiliza quinze medicamentos contra aids e é reportada uma queda de 50% da mortalidade nos pacientes com aids e melhora sensível na qualidade de vida dos pacientes.

No ano 2000, são realizados o I Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina, no Rio de Janeiro, de 6 a 11 de novembro, o 1º Fórum e 2ª. Conferência da Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST. Avanços e vulnerabilidades são discutidos e novas pactuações são estabelecidas.

Aumenta a incidência de aids entre mulheres. A proporção nacional é de uma mulher para cada dois homens.

Em 2001, o Brasil implanta a Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem do HIV-1 (RENAGENO). Ameaça quebrar patentes e consegue negociar com a indústria farmacêutica internacional a redução no preço dos medicamentos para aids. Sai a normatização definitiva para proibição de venda de sangue e derivados no Brasil e incentivo à doação voluntária.

No Congresso Nacional de Prevenção às DST e Aids, realizado em Cuiabá/ Mato Grosso, novidades em relação à expansão dos testes rápidos como estratégia para resposta à epidemia e pactuação de projetos de pesquisa a serem realizados no Brasil.

Um desses projetos, realizado pelo Ministério da Saúde e em parceria com o Centers for Disease Control and Prevention, é um projeto de capacitação de ONGs/Aids que trabalhavam com Populações Vulneráveis para pesquisas e intervenções. Técnicos brasileiros foram capacitados no CDC em Atlanta em Metodologia de Rapid Assessment, para depois capacitarem outros técnicos brasileiros e ativistas de ONG.

Nesse Estudo, foi implementada a metodologia de Rapid Assessment, Response and Evaluation (RARE) em cinco sítios de pesquisas no Brasil, nos seguintes municípios e respectivas ONG-populações-chave: Recife (Centro de Prevenção às Dependências do Recife/ Pernambuco - Profissionais do Sexo), Foz do Iguaçu (GAPA/PR – Usuárias de Crack), Rio Branco (Rede Acreana de Redutores de danos REARD/AC – Usuários de Drogas), Itajaí (Universidade Vale do Itajaí - UNIVALE – Caminhoneiros), Rio Grande e Uruguaiana (GAPA/RS – Caminhoneiros)⁹⁵.

Em 2001 é aprovada a Lei 10.205, que regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados e proíbe o comércio destes materiais no Brasil. O HIV Vaccine Trials Network (HVTN) planeja testes com vacina em vários países, dentre eles o Brasil - durante décadas o país ficou fora dos protocolos de pesquisa com vacina por questões políticas e ideológicas de alguns gestores.

Em 2003, em Havana, Cuba, acontece o II Fórum em HIV/Aids e DST da América Latina. O Programa Nacional de DST/Aids recebe US\$ 1 milhão da Fundação Bill & Melinda Gates como reconhecimento às ações de prevenção e assistência no país.

Os recursos foram repassados para ONGs que trabalham com portadores de HIV/Aids. O Programa é considerado por diversas agências de cooperação internacional como referência mundial. Especialistas do Brasil são convidados a participar de encontros técnico-científicos em diversos países.

Em novembro de 2003, o Brasil foi o único país da América Latina a participar, em Varsóvia/ Polônia, do 2nd *International Policy Dialogue on HIV/Aids: HIV/Aids and injection Drug Use -The Question of Complacency*, para apresentar as estratégias de Redução de Danos implementadas no país para os gestores do Leste Europeu⁹⁶.

Em 2004, o Grupo dos Oito (G8) solicita a criação de uma “Empresa Global de Vacina HIV”, um consórcio de governos e setor privados designado para coordenar e acelerar esforços em pesquisas para encontrar uma vacina efetiva.

Em agosto, em Recife/Brasil, ocorrem três congressos simultâneos: o V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/Aids, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids e o I Congresso Brasileiro de Aids, reunindo 4 mil participantes. Foram divulgadas estratégias de pesquisa, prevenção, adesão, parcerias internacionais, cooperações e materiais didáticos e paradidáticos, normativos e para informação geral, em diversos meios e formas. O projeto RARE/ MS/CDC foi apresentado em oficina de 8 horas de duração, como curso pré-congresso.

Em 2004 foi lançado o Algoritmo Brasileiro para testes de genotipagem e foi aprovado o OraQuick Rapid HIV-1 Antibody Test, para testagem de HIV-1 e HIV-2 (variante do vírus que é prevalente em partes da África, mas raramente encontrado nos EUA e no Brasil).

⁹⁵ Coordenada por William Brady e Suzanne Westman, no Brasil, e Richard Needle, em Atlanta, o projeto teve duração até 2005, tendo como Investigadores Principais Helena Lima e Paulo Telles (RJ). As ONG foram selecionadas por edital e treinamento seletivo, realizado em Brasília. Foi um importante estudo multicêntrico, que não teve a devida divulgação em função de mudanças na estrutura do setor de Prevenção do então Programa de aids e saída de gestores-chave no projeto. Não consta da relação de projetos desenvolvidos no Departamento, embora tenha tido longa duração e relatório final concluído pelos técnicos responsáveis em 2005.

⁹⁶ Helena Lima, representando o Departamento de DST e Aids a pedido de Alexandre Granjeiro, a única representante da América Latina e do Brasil no referido encontro promovido pela Organização Mundial da Saúde. Warsaw, 12 a 14/ novembro de 2003.

A Campanha do Dia Mundial tinha como lema “Mulher, sua história é você quem faz”, momento em que o Brasil contabilizava 90.000 casos de aids em mulheres, 87% infectadas via relação sexual e 83% entre 29 e 49 anos.

Várias parcerias são realizadas em âmbito interministerial. Diversos profissionais do Programa Nacional de DST e aids, em especial aqueles vinculados à Redução de Danos, são premiados por trabalhos realizados na área da Saúde Mental e das Políticas Sobre Drogas⁹⁷ no Brasil e no exterior.

Em 2005 o Brasil sedia a 3ª. Conferência Internacional em Patogênese e Tratamento da Aids, realizada pela International Aids Society (IAS). O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o UNAIDS lançam “Unidos pelas Crianças, Unidos Contra aids”, uma campanha global com foco no enorme impacto da aids em crianças.

O tema do Dia Mundial de Luta contra a Aids de 2005 aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra.

Em 2006, a 16ª Conferência Mundial sobre Aids em Toronto recebe 20 mil pessoas. **O terceiro sábado de outubro é promulgado como o Dia Nacional de Combate à Sífilis.**

Nesse mesmo ano, em março, é realizado um workshop nos EUA sobre critérios para doadores de sangue; foram apresentados estudos para aprovação dos testes caseiros para HIV, com as recomendações do Comitê da Divisão de Sangue e Derivados sobre a necessidade de se validar o kit de teste caseiro em termos de eficácia, interpretação do teste e sequência do cuidado médico na provisão de material informativo e treinamento de operadores e aconselhadorees.

Também nos EUA, o dia 10 de março é definido como o Primeiro dia Nacional de Consciência Nativa em HIV/Aids⁹⁸ – índios americanos, nativos do Alaska e do Hawaii – para conscientizar, educar, testar, envolver em estratégias de prevenção e tratamento essa população em especial. A Conferência, realizada no Alaska, envolveu 1000 participantes entre indígenas, nativos do Alaska, havaianos e americanos das ilhas do Pacífico.

Em 31 de maio as Nações Unidas promovem um encontro para atualizar os progressos na implementação da Declaração de Compromisso em HIV/Aids⁹⁹. O FDA emite um guia com dados para subsidiar o início de estudos pediátricos para uma vacina preventiva do HIV, investigando novas drogas e a licença de uma vacina preventiva para uso pediátrico, com recomendações¹⁰⁰ para pesquisadores e conselhos consultivos envolvidos nos estudos pediátricos.

O dia 5 de junho de 2006 marca os 25 anos desde que o primeiro caso de aids foi reportado no mundo.

⁹⁷ Denise Gandolfi, do setor de Prevenção, recebe o Prêmio de Valorização da Vida da Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas em 2004; Helena Lima, consultora do Departamento, também é premiada em 2005.

⁹⁸ <http://nnhaad.org/>

⁹⁹ <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf>

¹⁰⁰ <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/Vaccines/UCM092165.pdf>

Em setembro de 2006 o CDC dos Estados Unidos realiza a revisão das recomendações de testagem em adultos, adolescentes e gestantes para HIV¹⁰¹ para os serviços de saúde, recomendando rotina de testagem para todos os adultos entre 13 e 64 anos, e rastreamento anual para todos em alto risco. As autoridades em saúde dos Estados Unidos aprovam como genéricos os seguintes medicamentos:

- ✚ Lamivudina/zidovudina dose fixa – comprimidos e Efavirenz comprimidos (Aurobindo) – aprovados em qualidade, segurança e eficácia, mas não podem ser comercializados nos EUA por questões de patente, mas *elegíveis para consideração para compras no U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)*.
- ✚ Tenofovir DF, VIREAD e TRUVADA¹⁰². Um estudo, denominado Estudo 934, comparou a atividade antiviral da zidovudina, lamivudina e efavirenz em tratamento *naïve* entre pessoas infectadas pelo HIV recebendo esses regimes durante 48 semanas.
- ✚ Zidovudina 100mg cápsulas (Aurobindo), genérico do Retrovir (Glaxo). Comprimido e solução oral de zidovudina aprovados desde 2005. Porém, a aprovação da cápsula foi permitida pelo fato da patente da Glaxo expirar e o produto vendido com o nome Retrovir significa que as cápsulas ficaram disponíveis nos EUA e elegíveis para compra no PEPFAR.
- ✚ Genérico do Abacavir sulfato comprimidos de 300mg (Aurobindo), versão genérica do Ziagen Comprimidos (Glaxo). Elegível para compra no PEPFAR.
- ✚ Lamivudina solução oral, 10mg/ml (Cipla/ Índia) – elegível para compra no PEPFAR.

Outra novidade deste ano de 2006 foi o anúncio de um estudo da Universidade de Illinois, em Chicago, sobre **circuncisão masculina**. O estudo, publicado em dezembro, indicou que a circuncisão de homens reduz o risco de adquirir HIV durante relações heterossexuais em até 53%. O ensaio clínico em homens do Kenia foi financiado pelos EUA e Canadá.

Em Moçambique e São Tomé e Príncipe foram incorporadas as estratégias de circuncisão masculina como prática de prevenção ao HIV, aids e outras IST, sendo que em Moçambique os estudos de coorte trouxeram resultados interessantes, demonstrando uma redução na infecção por HIV entre homens que fizeram circuncisão.

No Dia Mundial de Luta contra a aids de 2006, os protagonistas são as pessoas vivendo com aids, para tentar desmistificar o estigma da doença. O Brasil acumula 430 mil casos de aids.

No ano de 2007, o Brasil dá um importante passo e decreta o licenciamento compulsório de um importante medicamento, o Efavirenz; são assinados acordos para redução de preços de medicamentos antirretrovirais importantes, como Lopinavir e Ritonavir. A Tailândia começa a produzir o Kaletra. A estratégia de máquinas para disponibilização de preservativos em diversos lugares, inclusive escolas, recebe prêmios dos Ministérios da Saúde, Educação e das Nações Unidas pela inovação e pertinência.

¹⁰¹ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm>

¹⁰² Dose fixa combinada de tenofovir DF e emtricitabina.

Em 2008, o Prêmio Nobel de Medicina é entregue aos franceses Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier pela descoberta do HIV, e o alemão Harald zur Hausen também recebe o prêmio pela descoberta do Papiloma Vírus Humano (HPV).

O Brasil investe em tecnologia nacional para produção de testes, reduzindo praticamente pela metade os custos das unidades (de 5 dólares por 2,60 a unidade), e em parceria com o Governo de Moçambique, investe U\$ 10 milhões na instalação de uma fábrica de medicamentos antirretrovirais, que em 2015 iniciou uma produção efetiva – de medicamentos antipsicóticos.

A principal estratégia preventiva ao HIV é o uso dos preservativos masculinos, e o Brasil distribui 465,2 milhões de unidades pelo país no ano de 2009. Nesse mesmo ano, o Programa Nacional de DST e aids torna-se um Departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e o Programa Nacional para a Prevenção e Controle das Hepatites Virais é integrado a ele.

Em 2010 ocorrem grandes e importantes eventos nacionais e internacionais: a XVIII Conferência Internacional de aids em Viena, na Áustria; no Brasil, o VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, IV Mostra Nacional da Saúde e Prevenção nas Escolas e da I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (PSE), em Brasília (DF).

Os Governos do Brasil e da África do Sul firmam parceria inédita para distribuir 30 mil camisinhas e folders sobre prevenção da aids e outras IST durante a Copa do Mundo de Futebol realizada na África do Sul naquele ano.

A Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas Relacionadas às DST e aids (CAP) na População Brasileira de 15 a 64 anos, realizada durante o ano de 2008, é publicada; a campanha de prevenção do calendário fixo (carnaval), pela primeira vez incentiva a testagem pós-folia. Os dois momentos da campanha ficam marcados: o primeiro, de incentivo ao uso do preservativo durante as festas carnavalescas, e o segundo, com incentivo à testagem. Ou seja, há um desdobramento do calendário fixo de campanhas (Carnaval-Dia Mundial) e o carnaval passa a ter dois momentos, durante a celebração e depois.

O Brasil consegue importantes descontos na compra de medicamentos antirretrovirais e desenvolve várias parcerias de fornecimento de remédios para países da África, como Guiné Bissau, Cabo Verde, Angola e Moçambique. A Cooperação Internacional Rede Laços Sul-Sul é responsável por 100% dos tratamentos com Estavudina, Lamivudina, Nevirapina e Zidovudina, no Paraguai.

Em 2011 ocorre uma reunião na ONU, chamada Reunião de Alto Nível sobre Aids, em que avanços e obstáculos na resposta global à epidemia de aids são discutidos e avaliados. O Brasil tem papel de destaque, tanto no protagonismo de ações, como na promoção de práticas em que o respeito à diversidade e aos direitos humanos são essenciais. Os Cabeleireiros Contra Aids realizam evento em São Paulo celebrando 10 anos de ação solidária¹⁰³.

¹⁰³ Com participação de Alexandre Magno, então coordenador da área de comunicação do Programa Nacional de DST e aids do Ministério da Saúde.

Sendo referência internacional, o Brasil recebe muitas visitas de delegações de outros países para conhecerem o Programa Nacional de DST e Aids e alguns Programas Estaduais, como o de São Paulo.

Segue o caráter proativo do Brasil em busca da melhor qualidade e do menor custo possíveis para o tratamento antirretroviral: é anunciada a produção nacional de dois novos medicamentos para aids - atazanavir e raltegravir - por meio de Parcerias Público-Privadas (PPP) e versão genérica do tenofovir, indicado para aids e hepatites.

O convênio com a França, em que gestores do Brasil tem bolsas de estudo e espaço para participação em diversas atividades na área de saúde pública daquele país, e em reciprocidade recebe profissionais que participam do intercâmbio, completa 10 anos. A cooperação científica beneficiou dezenas de gestores do Programa Nacional de DST e aids, que trouxeram novas ideias, tecnologias e metodologias para capacitação de profissionais e manejos de casos, bem como os profissionais franceses, que puderam conhecer *in loco* a implementação da estratégia de Redução de Danos, por exemplo.

O ano de 2011 foi decisivo para a introdução dos testes rápidos para Hepatites B e C nos Centros de Testagem e Aconselhamento do país. O fornecimento da medicação também é garantido pelo Governo. Sendo a Hepatite uma importante coinfeção para pacientes HIV+, a política de “testar e tratar” ampliada trouxe muitos benefícios a grande porcentagem de pessoas. Um medicamento de resgate, Tipranavir, é licenciado para ser utilizado por crianças de 2 a 6 anos.

Em 2011 a [Prevenção Pós-Exposição é introduzida no SUS](#), garantindo às pessoas essa forma de acesso aos insumos. Em 2012 a estratégia do “tratamento como prevenção” começa a ganhar fôlego, com ampliação do uso precoce de medicamentos antirretrovirais para pacientes com CD₄ igual ou inferior a 350 células/mm³.

Nos parâmetros anteriores, apenas com CD₄ abaixo de 200 o tratamento era iniciado. Também há possibilidade de inclusão, caso seja de acordo por parte do casal, da antecipação do tratamento medicamentos para parceiros sexuais fixos em parcerias sorodiscordantes. Em Curitiba, por exemplo, já se administra o medicamento Truvada para casais sorodiscordantes desde 2016, como parte da estratégia *Tratamento como Prevenção* (TASP). Até hoje, 2016, há discussão sobre a importância da avaliação do CD₄ para estruturação de regimes de tratamento medicamentoso e supressão da carga viral, considerada imprescindível para a interrupção das cadeias de transmissão do HIV.

Voltando a 2012, em relação aos medicamentos, Telaprevir e Boceprevir são incluídos na lista de inibidores de protease para o tratamento de hepatite C – e as ações de enfrentamento às hepatites começam a ter verba específica; quanto aos ARV, inicia-se a administração de Nevirapina em recém-nascidos expostos ao HIV. A fábrica de medicamentos de Moçambique, financiada pelo Governo do Brasil é inaugurada pela segunda vez em Maputo.

Em 2013 é anunciado o medicamento “compacto”, em que um único comprimido continha Lamivudina, Tenofovir e Efavirenz, o chamado “3 em 1”. É feita a recomendação de uso de antirretrovirais em qualquer fase da infecção pelo HIV.

A redução do número de comprimidos e dosagens é considerada essencial para melhor adesão e redução de efeitos colaterais¹⁰⁴. O Brasil adota oficialmente, em escala nacional, a política de *tratamento como prevenção*. As parcerias com as ONG/Aids que estavam praticamente suspensas são retomadas e novos projetos começam a ser desenvolvidos nas áreas de prevenção, assistência e tratamento.

O Dr. Fábio Mesquita, médico epidemiologista com ampla experiência na área de aids, pioneiro na Redução de Danos do Brasil e no mundo, é nomeado para Diretor do Departamento, implementando diversos avanços conceituais e tecnológicos e coordenando a produção de materiais, diretrizes tecnológicas e políticas para atenção a toda a População Vivendo com HIV e aids, retomando parcerias internacionais relevantes e com ampliação das ações já consagradas em prevenção, assistência e formulação de políticas.

A ênfase inédita à atenção às Hepatites Virais foi um marco nacional, pois os pacientes com hepatites em geral estavam negligenciados e à mercê de outras comorbidades para obtenção de seus medicamentos junto ao SUS. A inclusão das Hepatites Virais é incorporada ao logotipo tradicional, o laço vermelho, agora acrescido de uma das partes do laço em amarelo.

Fábio Mesquita, humanista, entusiasta do SUS, precursor dos trabalhos em Redução de Danos no Brasil - dentre outras notáveis realizações - foi para a Organização Mundial da Saúde, na Indonésia, no segundo semestre de 2016, deixando um legado inestimável e marcando sua gestão com criatividade e ousadia.

Momento atual da resposta nacional à epidemia de HIV e aids no Brasil

A notificação **do HIV** nas Américas foi recomendada em uma reunião técnica promovida pela OPAS/OMS no Panamá em novembro de 2012, intitulada *Consulta Regional para América Latina e Caribe sobre informação epidemiológica da infecção pelo HIV*.

Em novembro de 2013, a *Oficina de Avaliação das Informações sobre o HIV no Brasil*, realizada em Brasília, contando com a participação do Centro de Controle e Prevenção de Doenças Americano, a OMS/OPAS, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/ Aids (UNAIDS), academia, além de especialistas de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do Brasil, reforçou a importância da notificação universal do HIV.

No início de 2014, os estados e municípios foram informados a respeito da inclusão da notificação do HIV na nova Portaria Ministerial que define a lista nacional de notificação compulsória a ser publicada ainda em 2014, para que pudessem iniciar sua implementação. Em setembro de 2014, foi realizada uma reunião com os dirigentes de Vigilância Epidemiológica dos estados e capitais, em que foi discutida a operacionalização da notificação do HIV, que **passa a ser obrigatória**. A Portaria Ministerial¹⁰⁵ define a Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória em âmbito nacional. Nela, estão listadas a *Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids)*, a *Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV* e a *Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)*.

¹⁰⁴ LIMA, 2012.

¹⁰⁵ Nº 1.271, de 06 de junho de 2014, publicada no Diário Oficial da União de 09/06/2014.

Após a publicação dessa portaria, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais elaborou e divulgou uma Instrução Normativa estabelecendo os procedimentos relacionados à notificação de casos de infecção pelo HIV no Brasil.

Em setembro de 2014, foi realizada em Brasília (Distrito Federal) uma reunião com as áreas técnicas de vigilância epidemiológica de DST/aids de todos os estados e capitais para discutir as novas recomendações técnicas, objetivando a rápida implementação da notificação universal do HIV.

Em outubro de 2014, em Aracaju/ Sergipe, foi realizada a *Reunião sobre Estratégias de Prevenção às DST, Aids e Hepatites Virais às Pessoas que Usam Drogas*, em que participaram gestores, especialistas e ativistas em drogas e aids para atualização técnico-política-científica, incluindo as iniciativas do Programa de Braços Abertos da Prefeitura de São Paulo, dentre outras.

A reunião fez parte da agenda prioritária do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e teve como objetivo fazer uma análise da situação nacional da estratégia de Redução de Danos.



Figura 8. Reunião sobre Estratégias de Prevenção às DST, Aids e Hepatites Virais às Pessoas que Usam Drogas em Aracaju. Brasil, 2014. Fonte: DIAHV, 2016.

Nos últimos dez anos, o Brasil assumiu as diretrizes da OMS da *Cascata de Cuidados*, ou meta 90-90-90, em que 90% da população precisa saber sua sorologia, 90% destes precisam entrar em tratamento e 90% das pessoas em tratamento, com carga viral indetectável.

Também ampliou as políticas de prevenção, vigilância e assistência para as áreas de Infecções Sexualmente Transmissíveis, com forte impacto na epidemia de sífilis, e Hepatites Virais, incluindo o tratamento e as vacinas nas atuações do Sistema Único de Saúde.

Houve fortalecimento das cooperações internacionais, em especial com Guiné Bissau, Cabo Verde, Angola e Moçambique, com intercâmbio de pesquisadores e capacitação de profissionais de saúde e outras áreas.

Como resultado e símbolo do esforço coletivo para enfrentamento da sífilis no Brasil, é lançado em 2015 o Boletim Epidemiológico de Sífilis, nos moldes do Boletim Epidemiológico de HIV e aids, com sua segunda edição em 2016 e os dados do presente relatório referem-se a essa edição.

Em todo o país, começa uma força-tarefa para enfrentamento da sífilis, mesmo com dificuldades em relação à disponibilização de penicilina, e problemas culturais e ideológicos sobre a “competência” dos enfermeiros para aplicação deste medicamento (por alguns sindicatos e conselhos de enfermagem do país), a resposta nacional é digna de referência internacional. Nessa força-tarefa, há esforços específicos para se acessar os parceiros das mulheres diagnosticadas com sífilis, tanto na Atenção Básica como pelo Programa de Saúde do Homem.

A implementação das estratégias de Prevenção Combinada, Profilaxia Pré-Exposição e Profilaxia Pós-Exposição também são parte da resposta nacional do País às novas características da epidemia de HIV e aids e a força das IST ainda prevalentes.

A resposta brasileira à epidemia de aids 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 efetiva implantação, permitindo estruturar um programa de acesso universal ao tratamento antirretroviral.

Uma preocupação constante é a sustentabilidade das ações implementadas, para que tenham capilaridade e consistência permanentes. Do ponto de vista político e programático, esta é a característica mais importante da resposta brasileira a aids, que considera que para 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 para o DIAHV 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 aids 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 aids quanto do sistema público de saúde, ganha consistência a prática de desenhar as ações em aids 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.

Um dos exemplos dessa boa prática é a pluralidade de chamadas de seleção de pesquisa, intervenção e advocacy lançadas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais e pelos programas estaduais e municipais de aids, contemplando a diversidade de regiões, de populações e de contextos, entendendo que as ações de prevenção e assistência devem respeitar o consentimento dos sujeitos e o contexto cultural e de valores. Dentre os Planos 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 Congênita; o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, outros HSH e Travestis. O Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais tem especial preocupação com a divulgação democrática das informações e dados de pesquisa, zelo pela linguagem e isso se reflete na produção constante de materiais de alto nível, paradigmáticos e com base em Ciência de ponta, para orientar os profissionais de saúde do País.

Resposta Nacional frente à Transmissão Vertical do HIV e da sífilis no Brasil

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde vem adotando estratégias para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis desde 2000, como a notificação da gestante com HIV¹⁰⁶ e da gestante com sífilis¹⁰⁷.

Essas ações possibilitam a captação e notificação das gestantes com sorologias reagentes para a sífilis e/ou HIV. Diante desse contexto, estados e municípios devem observar dados epidemiológicos de casos de transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C e verificar a necessidade de sua investigação, para identificar as causas e possibilidade de atuação em todos os níveis do Sistema.

A criação de Comitês estaduais e municipais permite mapear os problemas e propor soluções a partir de um protocolo de investigação pré-estabelecido.

Os comitês são organismos de natureza intrainstitucional, interinstitucional, multiprofissional, que visam analisar eventos relacionados a agravos evitáveis, e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Têm atuação técnica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função educativa, e representam um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde. Também contribuem para a melhoria da informação, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada à gestante no pré-natal, parto e puerpério. No caso da Transmissão Vertical do HIV, da Sífilis Congênita e das Hepatites Virais B e C, os comitês de investigação reúnem instituições governamentais, gestores, trabalhadores em saúde, conselhos de classe, membros da academia e integrantes da sociedade civil organizada.

Seu objetivo é propor medidas para redução dos casos de Transmissão Vertical do HIV, sífilis e hepatites B e C, visando a melhoria da qualidade da vigilância, assistência e da gestão. Para viabilizar a atuação dos comitês, um instrumento de investigação será disponibilizado.

O protocolo que permitirá identificar as possíveis falhas que ocasionaram a transmissão vertical poderá contribuir no aprimoramento das ações assistenciais e de vigilância epidemiológica e permitir a qualificação de políticas públicas voltadas para a redução da Transmissão Vertical, visando sua eliminação.

O Departamento de IST, aids e Hepatites Virais também conta com vários Grupos de Trabalho (GT), com especialistas de diversas áreas – por exemplo, transmissão vertical, lipodistrofia, adesão ao tratamento¹⁰⁸, redução de danos, tuberculose. A proposta dos grupos de trabalho é realizar recomendações técnicas e analisar políticas para o Departamento em suas áreas específicas de conhecimento em HIV e aids. São diversos grupos, com reuniões periódicas, produção coletiva apresentada em Congressos Nacionais e Internacionais, em que os especialistas dialogam com os gestores para pensar as melhores estratégias possíveis a serem implementadas.

¹⁰⁶ Portaria nº 993/GM – 04/09/00.

¹⁰⁷ Portaria nº 33 – 14/07/05.

¹⁰⁸ Do qual esta consultora, Helena Lima, faz parte desde o início em 2013.

A resposta brasileira à epidemia de aids dá ênfase à fundamentação teórica, científica e metodológica, investindo em formação, Comunicação e procurando se antecipar em termos culturais e sociais aos reconhecimentos das minorias e excluídos.

O Brasil teve sempre o apoio da Sociedade Civil, por intermédio de financiamento de projetos selecionados em editais específicos para Organizações Não-Governamentais, e até 2014 foram investidos cerca de 10,5 milhões de dólares para a realização destes, além do apoio a participação em eventos internacionais, notadamente as Conferências Internacionais de aids.

No setor de políticas, o Brasil estabeleceu, por lei¹⁰⁹, a criminalização com a possibilidade de prisão, qualquer conduta discriminatória contra pessoas com HIV e aids. Em setembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde publica a Nota Técnica nº 18, que orienta profissionais de saúde e operadores de serviços responsáveis pelos usuários do SUS para o preenchimento dos formulários utilizando o nome social, o nome escolhido por pessoas Transgênero, no Cartão SUS.

O país investe no momento nas estratégias de Prevenção Combinada, aumento da retenção e adesão e ampliação maciça de testagem e tratamento.

Atenção Básica

A ampliação do cuidado às pessoas com infecção pelo HIV para atendimento na Atenção Básica ainda é ponto polêmico no País. Mesmo com a recomendação federal, nem todos os Estados incorporaram essa forma de atendimento à população.

Ao mesmo tempo em que se considera a cronicidade da aids e portanto seu diagnóstico e tratamento poderem ser realizados no SUS seguindo a hierarquia de complexidade das outras doenças, tem-se a concepção do caráter novo da doença e da presença forte do estigma, da discriminação dos doentes e o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com essa população. É uma questão ainda longe de ser resolvida.

O que se considera é que um país com a extensão territorial do Brasil precisa ter recursos para capilarização das ações e o máximo possível de estratégias para redução de danos dos agravos em saúde pública.

Em relação às grávidas com HIV, aids e/ou sífilis, considera-se que as ações de profilaxia da transmissão vertical deverão ser iniciadas muito antes do parto, logo no início do pré-natal, e se estendem até o período posterior ao parto, o puerpério, e acompanhamento das crianças expostas.

Por isso, todos os serviços, ou pontos de atenção, envolvidos no cuidado a gestante/parturiente/puérpera deverão ser capazes de realizarem as medidas necessárias, de maneira oportuna, para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

O conjunto dos pontos de atenção compõem as linhas de cuidado para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis, como esquematizado abaixo:

¹⁰⁹ Lei 12.984, de 2 de junho de 2014.

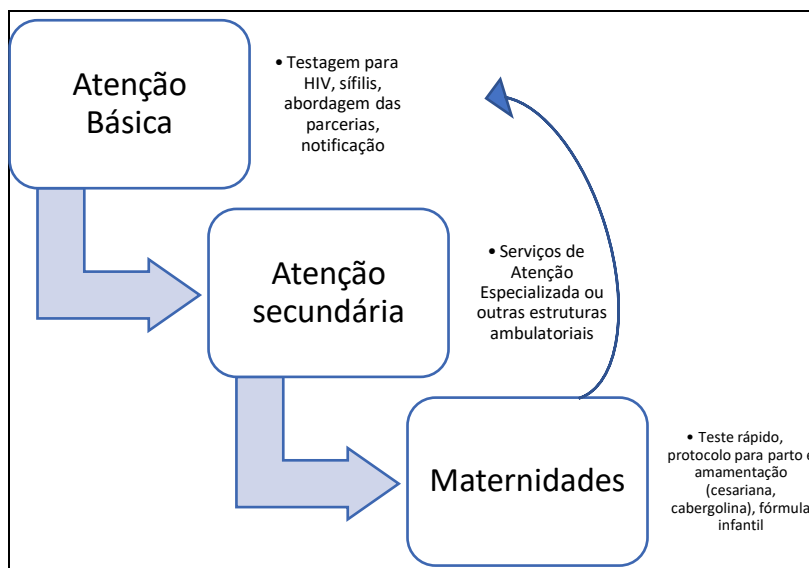


Figura 9. Linha de Cuidado para Prevenção da transmissão vertical do HIV para gestantes no Brasil preconizada pelo Ministério da Saúde, 2015. Fonte: DIAHV, 2016¹¹⁰.

A linha de cuidado para Prevenção da Transmissão Vertical da sífilis é ainda mais direta:

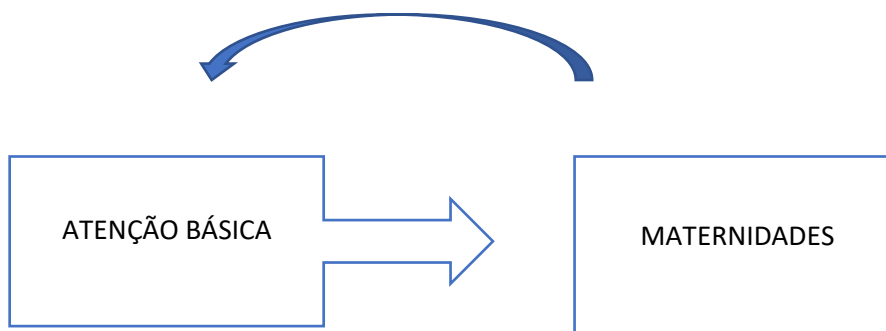


Figura 10. Linha de Cuidado para Prevenção da transmissão vertical da sífilis para gestantes no Brasil preconizada pelo Ministério da Saúde, 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Cada Estado tem seguido determinada linha de inserção dos cuidados em aids na Atenção Básica. Alguns gestores estaduais, frente à recusa explícita dos gestores municipais, decretaram que não conseguirão incorporar o atendimento à aids nos serviços de atenção básica; outros consideram essa ação imprescindível para o fortalecimento do SUS e não poupam esforços para efetivação do processo.

O DIAHV e o Ministério da Saúde seguem realizando cooperações entre Países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), bloco Mercosul e Cooperação Técnica Horizontal, envolvendo países da América Latina e Caribe.

¹¹⁰ Brasil Chegando a Zero: Diretrizes para Qualificação das linhas de cuidados da transmissão vertical do HIV, da Hepatite B e da sífilis.

3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

a) Recursos Humanos em Saúde no Brasil

Os recursos humanos em saúde no Brasil estão concentrados em certas capitais e regiões, com nítidas disparidades. Há hiperconcentrações e “desertos” de profissionais no país - por exemplo, 60% dos médicos estão à disposição de 30% da população que vive nas maiores cidades brasileiras.

A distribuição geográfica irregular dos profissionais de saúde, por exemplo os médicos, é um problema presente em muitos países. Existem diversas estratégias desenvolvidas por vários países para incidir desde a formação inicial do médico, passando por recrutamento, fixação e manutenção no local de trabalho.

UF/Região	Médicos			População			Médicos/ 1.000 habitante
	Número	% Brasil	% Região	Número ¹	% Brasil	% Região	
Rondônia	2.288	0,5	12,4	1.728.214	0,9	10,2	1,32
Acre	881	0,2	4,8	776.463	0,4	4,6	1,13
Amazonas	4.362	1,0	23,6	3.807.921	1,9	22,4	1,15
Roraima	728	0,2	3,9	488.072	0,2	2,9	1,49
Pará	7.281	1,7	39,3	7.969.654	4,0	46,9	0,91
Amapá	742	0,2	4,0	734.996	0,4	4,3	1,01
Tocantins	2.230	0,5	12,0	1.478.164	0,7	8,7	1,51
Região Norte	18.512	4,4	100,0	16.983.484	8,4	100,0	1,09
Maranhão	5.396	1,3	7,4	6.794.301	3,4	12,2	0,79
Piauí	3.737	0,9	5,1	3.184.166	1,6	5,7	1,17
Ceará	11.043	2,6	15,2	8.778.576	4,4	15,7	1,26
Rio Grande do Norte	5.050	1,2	7,0	3.373.959	1,7	6,0	1,50
Paraíba	5.925	1,4	8,1	3.914.421	1,9	7,0	1,51
Pernambuco	15.116	3,6	20,8	9.208.550	4,6	16,5	1,64
Alagoas	4.221	1,0	5,8	3.300.935	1,6	5,9	1,28
Sergipe	3.382	0,8	4,6	2.195.662	1,1	4,0	1,54
Bahia	18.924	4,5	26,0	15.044.137	7,5	27,0	1,26
Região Nordeste	72.794	17,4	100,0	55.794.707	27,8	100,0	1,30
Minas Gerais	44.258	10,6	19,1	20.593.356	10,2	24,4	2,15
Espírito Santo	8.581	2,0	3,7	3.839.366	1,9	4,5	2,24
Rio de Janeiro	61.346	14,6	26,4	16.369.179	8,1	19,4	3,75
São Paulo	117.995	28,1	50,8	43.663.669	21,7	51,7	2,70
Região Sudeste	232.180	55,3	100,0	84.465.570	42,0	100,0	2,75
Paraná	21.546	5,1	34,4	10.997.465	5,5	38,2	1,96
Santa Catarina	13.738	3,3	21,9	6.634.254	3,3	23,0	2,07
Rio Grande do Sul	27.419	6,5	43,7	11.164.043	5,6	38,8	2,46
Região Sul	62.703	15,0	100,0	28.795.762	14,3	100,0	2,18
Mato Grosso	4.513	1,1	13,6	3.182.113	1,6	21,2	1,42
Mato Grosso do Sul	4.776	1,1	14,5	2.587.269	1,3	17,3	1,85
Goiás	11.795	2,8	35,7	6.434.048	3,2	42,9	1,83
Distrito Federal	11.951	2,9	36,2	2.789.761	1,4	18,6	4,28
Região Centro-Oeste	33.035	7,9	100,0	14.993.191	7,5	100,0	2,20
Brasil	419.224	100,0	-	201.032.714	100,0	-	2,09

Tabela 3. Distribuição dos médicos, segundo unidades da federação e grandes regiões do Brasil, 2014. Fonte: CFM, 2016¹¹¹.

¹¹¹ Conselho Federal de Medicina.

Observa-se que as regiões Sul e Centro-Oeste têm maior equilíbrio entre a proporção de médicos e a de habitantes; a região Sudeste tem maior proporção de médicos do que de habitantes e as regiões Norte e Nordeste têm maior proporção de habitantes do que de médicos.

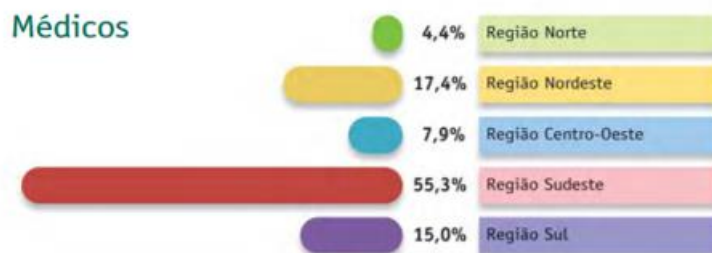


Figura 11. Proporção de médicos segundo grandes regiões do Brasil, 2014. Fonte: CFM, 2014.

Há uma feminização, ou seja, aumento do número de mulheres dentre os profissionais de saúde, inclusive na profissão médica. No Brasil, a Medicina é uma profissão cada vez mais jovem, com aumento do número de especialistas titulados – embora com distribuição irregular.

Não há um modelo teórico ou científico para analisar a suficiência e prever a necessidade de médicos e profissionais de saúde para região, sendo difícil responder sobre qual a quantidade de profissionais de saúde necessários para cada região e em cada especialidade. Porém, a ocupação heterogênea de profissionais de saúde, muitas vezes em caráter provisório, acentua a desigualdade no acesso da população ao sistema de saúde como um todo.

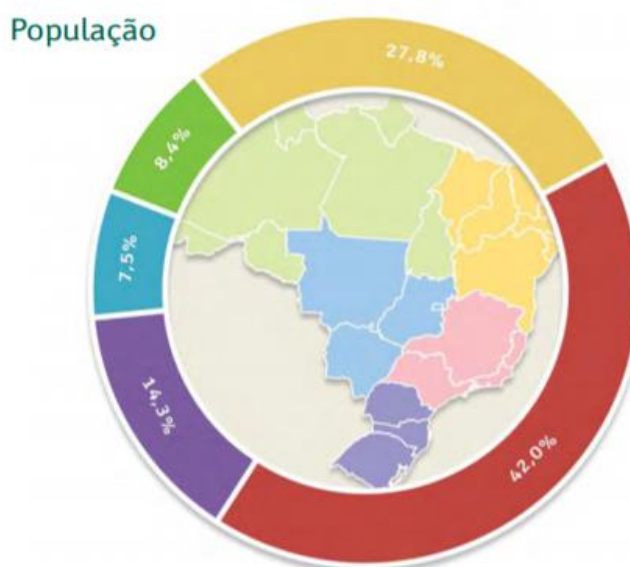


Figura 12. Proporção médicos -população em relação ao total do país, segundo grandes regiões do Brasil, 2014. Fonte: CFM, 2014.

Em relação aos médicos, dentre 40 países comparados em estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina – *Demografia Médica no Brasil*, o Brasil é o oitavo com a menor taxa de médicos por 1.000 habitantes = 1,95 médico/1.000 habitantes.

São 432.870 médicos registrados, e como é possível haver mais de uma inscrição ativa no Conselho de Medicina por trabalho em regiões fronteiriças, ou mesmo deslocamentos, o número de médicos é menor: 399.692 (outubro de 2015). Desses, 228.862 tem título de especialista, 52.319 tem título em duas especialidades e 11.873, em três ou mais.

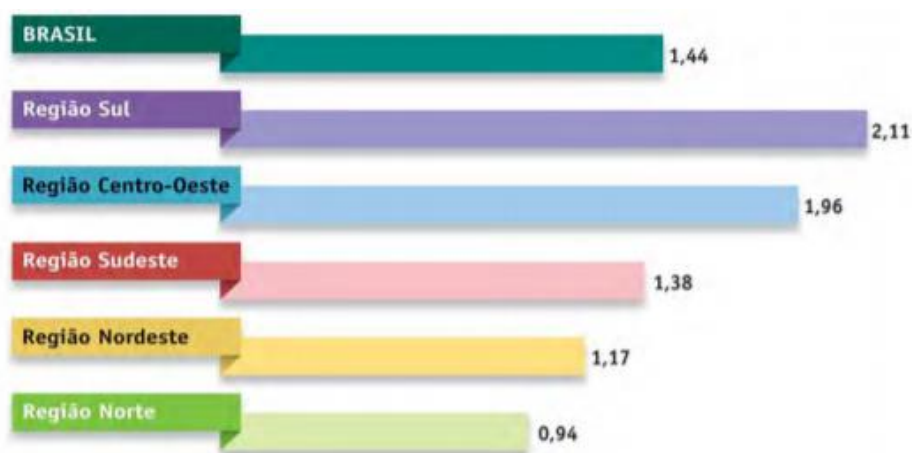


Figura 13. Distribuição de médicos, segundo grandes regiões do Brasil e razão especialista/generalista, 2014.
Fonte: CFM, 2016.

Em relação aos demais profissionais de saúde, em especial enfermagem, odontologia, psicologia, serviço social, auxiliares de enfermagem, o padrão é praticamente similar: grandes concentrações em centros urbanos e escassez de recursos humanos em regiões rurais.

Os Programas da Estratégia de Saúde da Família permitem uma capilaridade essencial nas ações de saúde pública no Brasil, dadas as dimensões do país, as limitações de transporte, acesso a insumos, realizando matriciamento e acessando de fato as populações mais necessitadas. É uma Estratégia que precisa ser incentivada e estruturada também em diálogo com as ONG, pois os serviços públicos, por melhor que estejam aparelhados, não dão conta da totalidade de lugarejos, recônditos ou fronteiriços, que o Brasil tem em seus 5.561 municípios¹¹².

Os dados referentes às outras categorias de profissionais em saúde do Brasil foram obtidos nos respectivos Conselhos Federais. Os dados a esse respeito disponíveis no Ministério da Saúde estão datados do ano de 2009, e portanto desatualizados.

¹¹² IBGE, 2016.

b) Notificação de casos de HIV e aids

O Brasil tem importantes e estruturados sistemas para notificação de casos de aids.

Os casos de aids (e a partir de 2014, também HIV) são registrados em sistemas informatizados, com descrição das características epidemiológicas, sequência de tratamentos e acompanhamento da dispensação de remédios.

Muitos profissionais de outros países vêm ao Brasil para aprender a lógica e o manuseio desses sistemas. O setor de Vigilância Epidemiológica do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais desde há muito investe em capacitação dos profissionais, gestores e profissionais dos Estados e Municípios, na articulação entre Sistemas e na excelência da qualidade da informação prestada que permite a estruturação de políticas e compreensão da real dinâmica da epidemia no Brasil.

A notificação de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é realizada desde 1993. Também são utilizados para as notificações os dados obtidos no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), selecionando-se os óbitos cuja causa básica foi o HIV/Aids¹¹³; além disso, o Sistema de Informação de Exames laboratoriais (SISCEL), e Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), aos quais todos os indivíduos registrados nesses sistemas são relacionados.

The image shows the home page of the SINAN system. At the top, there is a navigation bar with links for 'Participe', 'Acesso à informação', 'Legislação', and 'Canais'. Below this, there is a search bar and social media icons for Facebook, Instagram, Twitter, YouTube, and LinkedIn. The main content area features a large banner for 'SUPORTE A SISTEMAS 136 OPÇÃO 8' with a blue telephone handset graphic. To the left of the banner is a sidebar with a list of system categories: 'O Sinan', 'Funcionamento', 'Calendário Epidemiológico', 'Enquete', 'SISTEMAS', 'Sinan Net', 'Sinan Dengue/Chikungunya', 'Sinan Influenza', 'Sistemas Auxiliares', and 'RESP - Microcefalia'. Below the banner, there is a section titled 'O Sinan' with a brief description of the system's purpose and how it is used for reporting and investigation of diseases and conditions.

Figura 14. Parte da Home Page do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Fonte: MS, 2016¹¹⁴.

¹¹³ Código Internacional de Doenças - CID 10: B20 a B24. /BEpHIV_2016:5.

¹¹⁴ <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>

A análise dos dados de aids é elaborada a partir dos casos notificados no SINAN, acrescidos dos dados registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e fundamentada na técnica de relacionamento probabilístico.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo Departamento de Informática do SUS, DATASUS, para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.

A partir desses dados são realizadas análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Realiza a produção de estatísticas de mortalidade, construção dos principais indicadores de saúde, análises estatísticas, epidemiológicas e sociodemográficas.

Sendo um sistema informatizado e moderno, constantemente atualizado, permite a declaração de óbito informatizada, geração de arquivos de dados em várias extensões para análises em outros aplicativos, retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do paciente e o controle de distribuição das declarações de nascimento Municipal, Regional, Estadual e Federal.

A transmissão de dados do SIM é automatizada, utilizando-se a ferramenta de Sistema de Controle de Envio de Lotes (SISNET) gerando a tramitação dos dados de forma ágil e segura entre os níveis municipal, estadual e federal e permite o Backup on-line dos níveis de instalação¹¹⁵.

O Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) foi criado em 1998. É uma ferramenta criada com o objetivo de gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais (ARV) e de aprimoramento da qualificação da dispensação.

Esse sistema permite que o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, secretarias estaduais e municipais de Saúde mantenham-se atualizados em relação ao fornecimento, dispensação de medicamentos aos pacientes em tratamento conforme as recomendações existentes no Consenso Terapêutico Brasileiro, além do controle dos estoques de cada medicamento nas várias regiões do país. As informações de consumo e estoques são fundamentais para que o adequado suprimento aos estados ocorra evitando, assim, a ruptura dos estoques locais e prejuízo no atendimento aos pacientes.

O SICLOM, na notificação de casos de HIV e aids, é utilizado para validação das informações contidas no SISCEL, quando do relacionamento deste com o SIM. A base de dados resultante do relacionamento do SISCEL com o SIM é, posteriormente, relacionada com o SINAN para compor o banco relacionado, de acordo com o algoritmo de relacionamento de banco de dados, realizado pelo Departamento de DST e Aids e abaixo apresentado:

¹¹⁵ <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>.

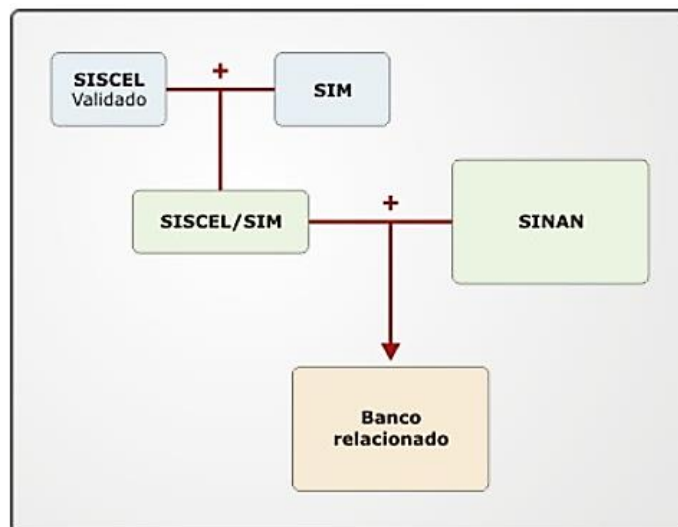


Figura 15. Algoritmo de relacionamento dos bancos de dados da Vigilância Epidemiológica do HIV e aids no Brasil, 2016. Fonte: DIAHV, 2016.

As informações do SINAN são provenientes das notificações de casos de aids adotadas no país. São informações epidemiologicamente relevantes, utilizadas para caracterizar a dinâmica da epidemia, subsidiando ações de prevenção e controle da doença.

O SIM fornece subsídios para compreensão do perfil da mortalidade no país, com informações sobre causa básica, data, local, município de ocorrência, além dos dados demográficos do falecido. É um sistema da máxima importância para a análise epidemiológica e a compreensão da dinâmica do próprio país.

O SISCEL foi desenvolvido para o monitoramento dos procedimentos laboratoriais de contagem de linfócitos T CD₄/CD₈ e quantificação da carga vira do HIV, essenciais para indicação de tratamento e monitoramento de pacientes em TARV. O fluxograma abaixo apresenta as várias fontes de informação utilizadas pela vigilância da [aids](#) e outras IST no Brasil:

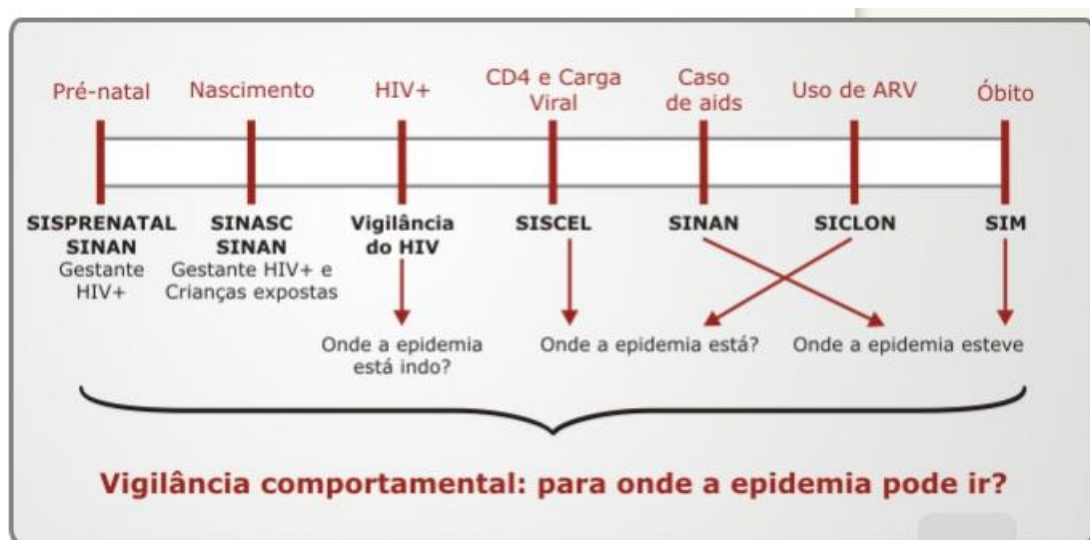


Figura 16. Sistemas de Vigilância Epidemiológica para HIV e aids no Brasil, 2016. Fonte: DIAHV, 2016.

Considera-se a possibilidade de subnotificação de casos no Sinan. Atualmente, o HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças¹¹⁶.

A correta e completa notificação dos casos é fundamental para a epidemiologia, definindo número de casos, comportamentos e vulnerabilidades, dentre outros. Esses números são a base para a programação orçamentária do Governo.

Recentemente, o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) desenvolveu um programa em que todos os indivíduos cadastrados no SICLOM e relacionados a registros no SINAN, segundo o método de relacionamento probabilístico, tiveram seu número de notificação no SINAN resgatado desse sistema e inserido no SICLOM..

3.4. Saúde Privada

No Brasil, a saúde privada – ou Sistema de Saúde Suplementar – tem parcerias com o SUS, porém não há um fluxo transparente e claro das informações epidemiológicas. Há estimativas, principalmente com base no fornecimento de insumos e nas estatísticas de recursos humanos (profissionais que trabalham em ambas as redes, pública e privada).

Em Curitiba, Paraná, os dados de saúde da rede particular relativos às gestantes HIV+ e pessoas com aids são integralmente repassados ao Município e ao Estado mensalmente, compondo a base de dados. São relatórios mensais gerais e relatórios das maternidades.

Segundo os dados disponíveis, de modo geral há uma certa resistência no fornecimento de dados epidemiológicos do setor privado para as notificações em geral. É um tema em constante debate, pois os dados nacionais precisam estar fidedignos e essa omissão prejudica a formulação de políticas e a implementação de muitas ações. No DataSUS, referência nacional aos dados sobre saúde do país, há muitas referências e dados relativos ao sistema de saúde suplementar, porém também muitas lacunas. Esse diálogo ainda precisa ser intensificado.

¹¹⁶ Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

4. Situação Atual da Epidemia de HIV e Aids no País:

Segundo parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a epidemia de aids no Brasil é **concentrada**, ou seja, apresenta taxa de prevalência da infecção pelo HIV menor que 1% na população em geral e maior que 5% em subgrupos populacionais de risco acrescido para infecção pelo HIV (Homens que fazem Sexo com Homens, Usuários de Drogas e Profissionais do Sexo Feminino).

A epidemia é considerada estável no Brasil, com taxa de detecção relativamente constante em torno de 20 casos por 100.000 habitantes nos últimos cinco anos. A figura abaixo mostra as taxas de detecção da aids no Brasil, por Unidade da Federação, em 2013:

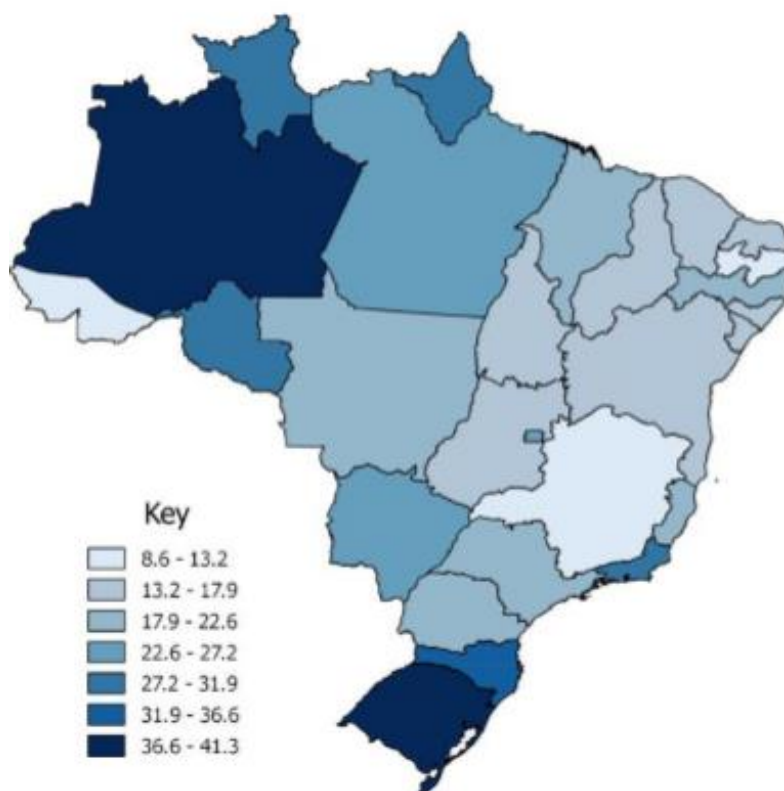


Figura 17. Taxas de detecção de aids no Brasil em 2013, por Unidades da federação. Fonte: GARPR_2014¹¹⁷.

De 1980 a junho de 2016 foram notificados no Brasil 842.710 casos de aids, com uma média de 41,1 mil casos de aids nos últimos cinco anos.

¹¹⁷ GARPR – Global Aids Response Progress Report.

4.1. Dados Epidemiológicos de HIV e aids no Brasil

O Brasil tem seus dados epidemiológicos de HIV e aids sistematizados em Boletins Epidemiológicos específicos, com periodicidade anual na gestão Federal. Vários Estados e Municípios tem seus respectivos Boletins, como por exemplo Curitiba (que fez parte do trabalho de campo deste estudo).

São pelo menos três diferentes sistemas de notificação, com diferentes porcentagens de fornecimento de dados, como detalhado no item anterior deste documento. Por exemplo, no ano de 2015, do total de 39.113 casos registrados, 56,3% são oriundos do SINAN, 7,4% pelo SIM e 36,3% do SISCEL/SICLOM. Da série histórica de 2000 a 2016, apenas 70,3% são oriundos do SINAN¹¹⁸

A notificação compulsória do HIV, em 2014, trouxe uma alteração significativa no número de pessoas diagnosticadas, quando em proporção aos pacientes com aids, como sintetiza a figura abaixo:

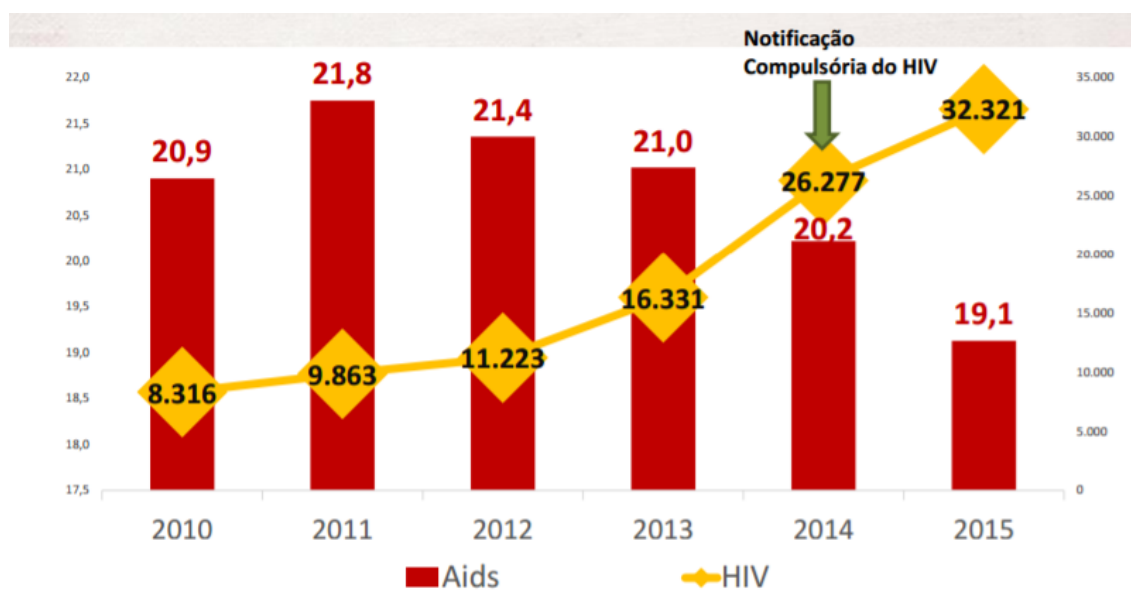


Gráfico 4. Casos de aids do SINAN e SISCEL/SICLOM até 30/06/2016 e do SIM de 2000 a 2015; casos de HIV notificados no SINAN até 30/06/2016. Fonte: DIAHV, 2016.

A distribuição proporcional de casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2016, mostra uma concentração de casos nas regiões Sudeste (53,0%) e Sul (20,1%). A região Nordeste responde por 15,1% dos casos de aids, Centro-Oeste 6,0% e 5,9% estão na Região Norte. Em termos de novos casos por ano, a região Sudeste apresentou 16,8mil casos, o Sul 8,7 mil, o Nordeste 8,6 mil, o Centro-Oeste 2,8 mil e o Norte 3,9 mil casos/ano.

Foram registrados no Brasil, de 1980 até junho de 2016, 548.850 casos de aids entre homens (65,1%) e 293.685 em mulheres (34,9%). No período entre 1980 a 2002, houve aumento entre as mulheres; entre 2003 e 2008, a razão de sexos se manteve em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres.

¹¹⁸ Boletim Epidemiológico HIV/Aids, 2016.

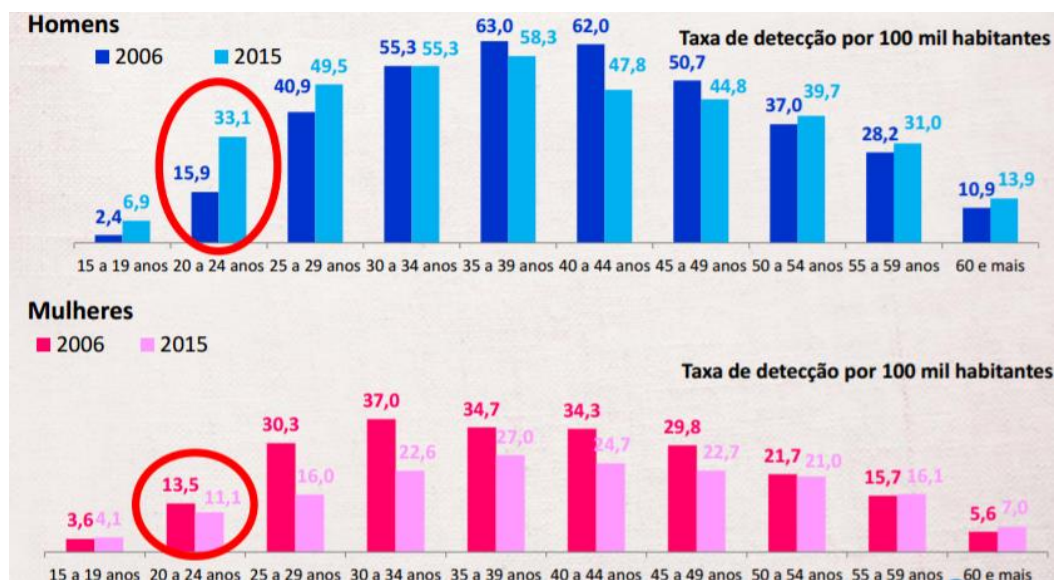


Gráfico 5. Taxas de detecção de aids/100.000 habitantes no Brasil, 2006-2015. Fonte: DIAHV, 2016.

A partir de 2009 observou-se uma redução gradual de casos de aids em mulheres e aumento nos casos em homens, e a razão de sexos passou a ser de 21 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2015. Essa razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes. Nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, há predomínio dos homens quando comparadas com as demais regiões – em média, 23,5 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Por sua vez, nas regiões Norte e Nordeste a razão de sexos em 2015 foi de 21 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, e na região Sul são 17 homens para cada 10 mulheres.

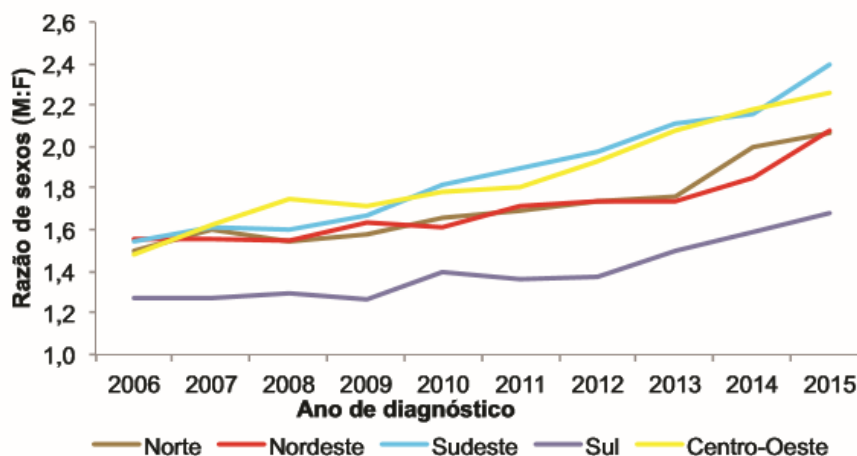


Gráfico 6. Razão de sexos segundo região de residência por ano de diagnóstico, Brasil, 2006-2015. Fonte: BEp HIV_2016:13.

A razão de sexos também varia de acordo com a faixa etária. Há um aumento da participação dos homens na faixa entre 13 a 19 anos, e em 2015 foram registrados 62% a mais de casos em homens do que em mulheres. Entre 20 e 29 anos, foram 30 casos em homens para cada 10 casos em mulheres, e entre 30 e 39 anos, 22 casos em homens para cada 10 mulheres.

Nas faixas acima de 40 anos, houve estabilização da razão de sexos em torno de 17-18 homens para cada 10 mulheres.

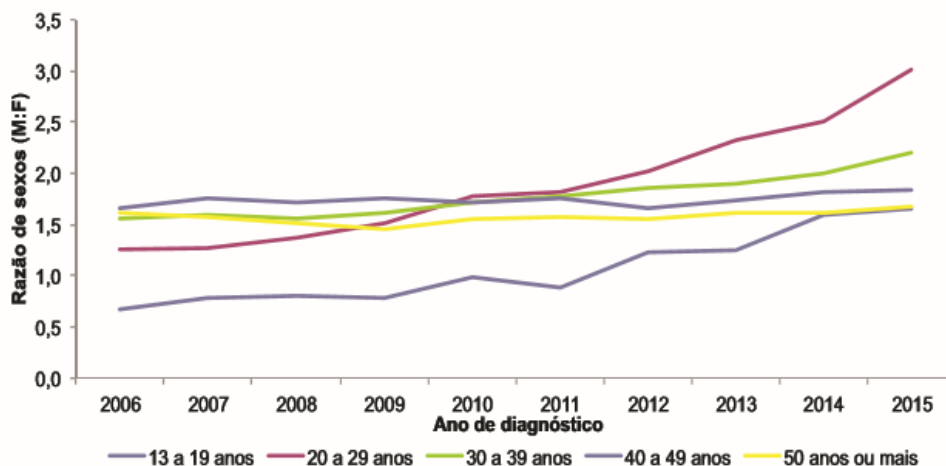


Gráfico 7. Razão de sexos segundo faixa etária e ano diagnóstico no Brasil, 2006-2015.

Fonte: BEpHIV_2016:13¹¹⁹.

Houve queda da infecção entre mulheres jovens entre 2005 e 2015. Em 2005 eram 32 casos/100.000 habitantes e em 2015 foram 16/100.000, como mostra o gráfico abaixo.

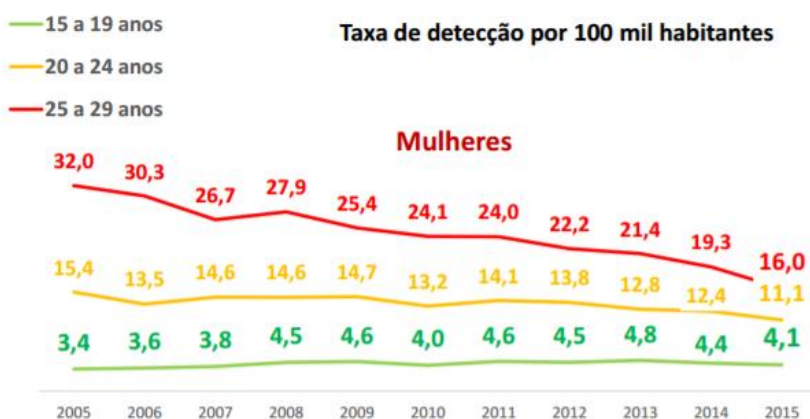


Gráfico 8. Taxa de detecção (/100.000 habitantes) do HIV em mulheres jovens de 15 a 29 anos no Brasil, no período de 2005 a 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Houve notável crescimento do HIV e aids em todas as faixas etárias no público masculino jovem. Não por acaso, a faixa etária apresentada como a faixa “nem-nem”, na caracterização da população brasileira atual. Várias ações já estão sendo implementadas para se acessar essa população: aplicativos para celulares e tablets, campanhas específicas sobre redução da discriminação, porém ainda prevalece uma dificuldade em promover mudanças de comportamento efetivas nessa população. O conhecimento é condição necessária, mas não suficiente para a prevenção.

¹¹⁹ Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2016.

A proporção de “Perdidos de Vista” fica explícita na figura abaixo. Os “saltos” são perdas de pessoas no sistema. Para onde vão os perdidos de vista? Os 17% dos jovens de 18 a 24 anos que estavam no serviço de saúde, mas não estão em tratamento? Para onde foram?

Dos que estão em tratamento, para onde foram ou como estão aqueles que não atingiram a carga viral indetectável?

Incentivar o papel do *Vinculador/Linkador*, articular ações entre os Programas/Estratégias e Saúde da Família e ONG parceiras será imprescindível para garantir, no Brasil, a capilarização a sustentabilidade e a solidez das ações para adesão e retenção, imprescindíveis quando se pensa em Tratamento como Prevenção.

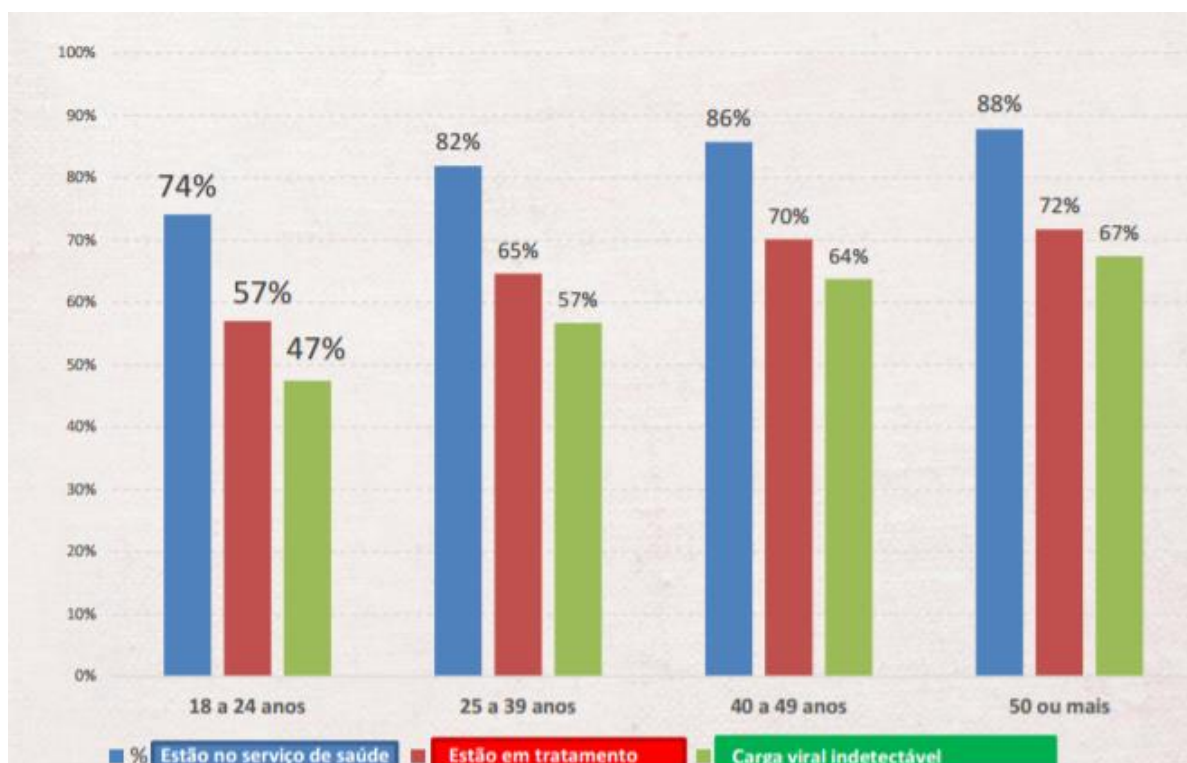


Figura 18. Síntese da *Cascata de tratamento* na população brasileira, com as porcentagens dos *Perdidos de Vista* em 2014. Fonte: DIAHV, 2016.

Categoria de Exposição

Quanto à categoria de exposição, a principal via de transmissão em indivíduos com 13 anos ou mais de idade foi a sexual, tanto em homens (95,3%) quanto em mulheres (97,1%)¹²⁰.

Entre os homens, há um predomínio da categoria de exposição heterossexual, mas há uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos dez anos. De 35,3% em 2006, a taxa de infecção passou para 45,4% em 2015.

O Gráfico 9 mostra as categorias de transmissão na linha histórica de 2006 a 2015:

¹²⁰ BEpHIV_2016:16.

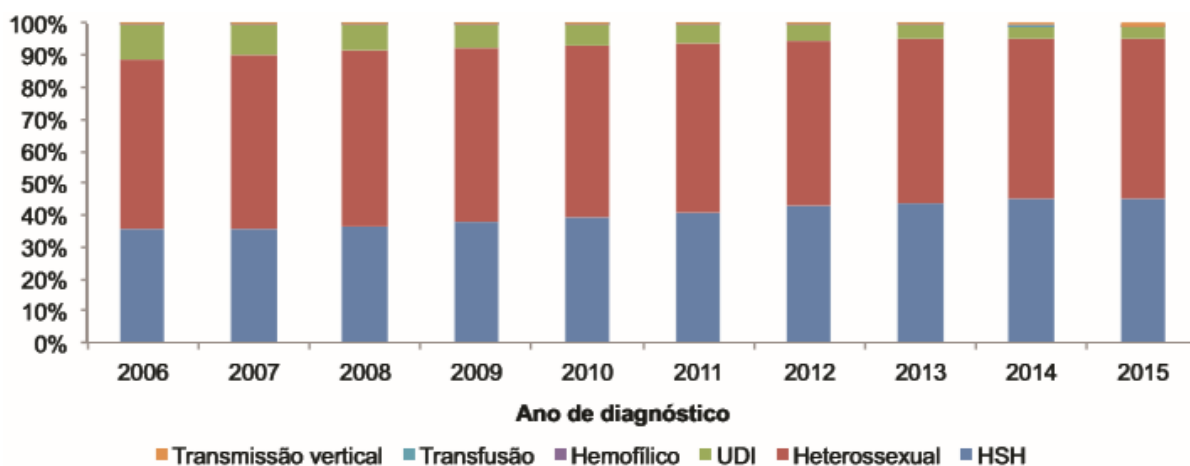


Gráfico 9. Distribuição percentual dos casos de aids em homens de 13 anos ou mais segundo a categoria de exposição por ano de diagnóstico no Brasil, de 2006 a 2015. Fonte: BEpHIV, 2016.

Em todas as regiões do país, a principal via de transmissão do HIV entre homens e mulheres com 13 anos ou mais foi a sexual. Em 2015, a região Sudeste apresentou predomínio da categoria de exposição de HSH, e nas outras regiões o predomínio foi heterossexual. A região Sul foi a que apresentou a maior proporção de usuários de drogas injetáveis.

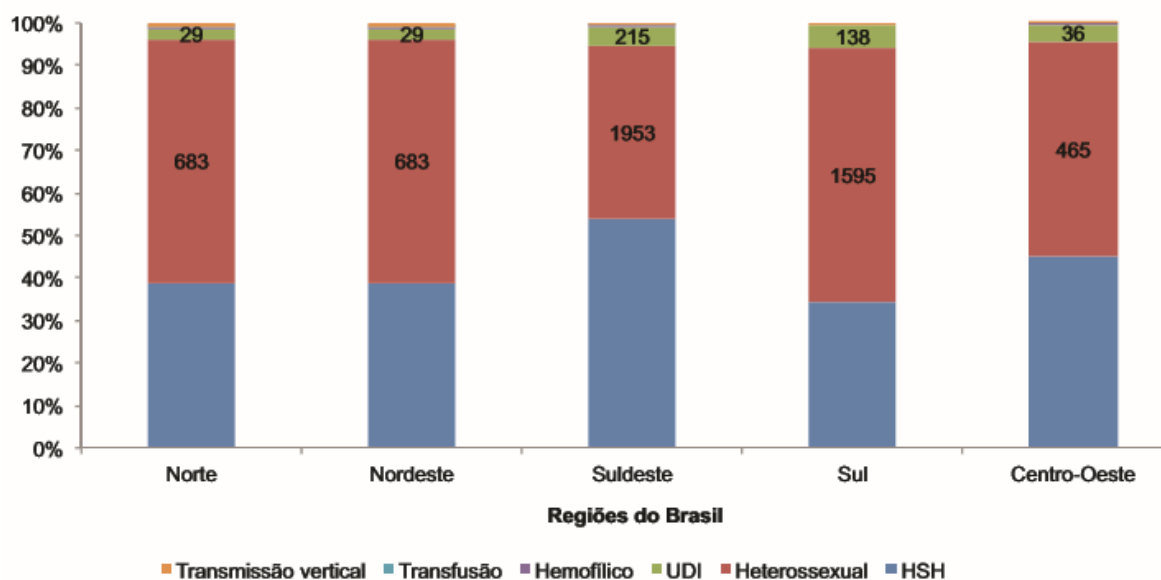


Gráfico 10. Distribuição percentual dos casos de aids em homens de 13 anos ou mais, segundo categoria de exposição por região de residência no Brasil em 2015. Fonte: BEpHIV, 2016.

Mortalidade

Desde o início da epidemia de aids, em 1980, até dezembro de 2015, foram identificados 303.353 óbitos cuja causa básica foi a aids¹²¹. A maioria dos casos, 60,3%, na região Sudeste, depois região Sul (17,5%), Nordeste (12,6%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,4%).

¹²¹ CID 10: B20 a B24.

Observou-se uma leve queda no coeficiente de mortalidade padronizado no Brasil, que passou de 5,9 óbitos/100.000 habitantes em 2006 para 5,6/100.000 em 2015, uma queda de 5,0%. Essa tendência também foi observada nas regiões Sudeste e Sul; porém, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, houve tendência de aumento.

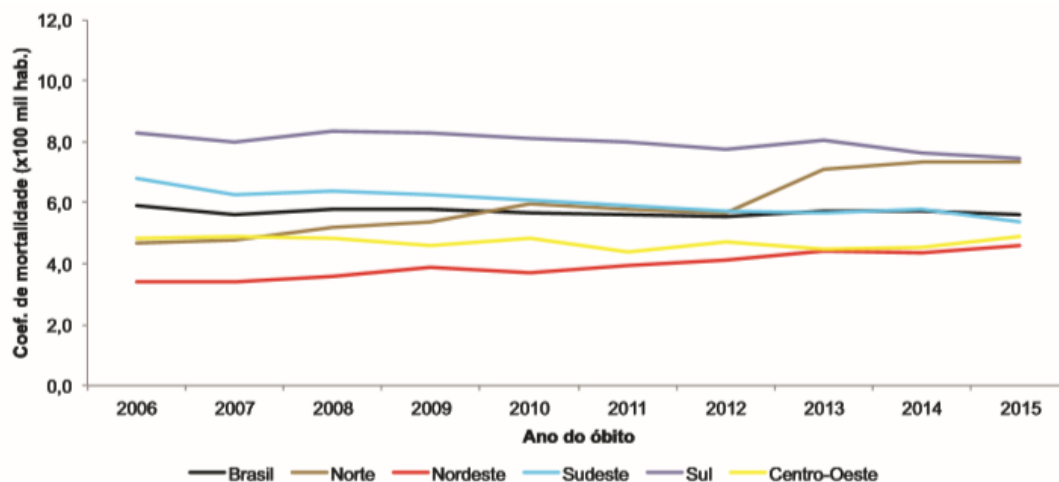


Gráfico 11. Coeficiente de mortalidade padronizado de aids/ 100.000 habitantes, segundo região de residência por ano de óbito, no Brasil, entre 2006 e 2015. Fonte: BEpHIV, 2016.

Em relação à faixa etária, não houve diferenças expressivas em 2015 entre os coeficientes de mortalidade por sexo em indivíduos até 19 anos de idade. Nas demais faixas etárias, o **coeficiente de mortalidade é maior em homens**.

Entre os jovens de 15 a 19 anos e entre os maiores de 50 anos, houve aumento dos óbitos. No sexo masculino, na faixa etária de 20 a 24 anos, a taxa de óbitos aumentou: passou de 2,7/100 mil habitantes em 2006 para 3,3 em 2015.

As iniciativas do Programa de Saúde do Homem, tanto em nível federal como em diferentes Estados – Programa Pai Presente (Curitiba), Pré-Natal do Homem (Recife), incentivo à participação dos homens nas ações de testagem e aconselhamento ainda estão tímidas frente à magnitude e complexidade da questão envolvendo cuidados de saúde em homens.

Curitiba tem um programa de Saúde do Homem vinculado ao setor de Programas Crônicos. Os gestores e profissionais de saúde entrevistados avaliam que a diversidade de estratégias de captura precoce auxiliie no acesso aos homens, sejam eles os parceiros das grávidas, clientes das profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população em situação prisional ou outros.

A estratégia em Curitiba é o **Investimento em Tecnologias Leves**: os chamados “Meses Azuis”, Programa do Pai Presente, diagnóstico de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, como porta de entrada para acesso à Saúde do Homem, são estratégias de baixo custo e alta efetividade. Nos chamados “meses azuis” há incentivo ao rastreamento de câncer de próstata.

Esse é um tema transversal e em todos os países participantes deste estudo ficou marcada a dificuldade com o acesso aos homens. Alguns fatores de ordem prática são elencados, como restrição de horários, incompatíveis com as longas jornadas de trabalho que os homens empregados apresentem; porém, como ficam os desempregados? Não acessariam os programas por restrições financeiras, por falta de alimentação, transporte ou informação?

De qualquer modo, os homens estão adoecendo mais, morrendo mais e não há estratégias que atinjam completamente essa população. A circuncisão efetuada em países africanos parece ser uma porta de entrada interessante – mas isso não ocorre no Brasil.

Na figura abaixo, observa-se as variações de coeficiente de mortalidade em todos os Estados do Brasil, em vermelho os estados em que houve aumento e em roxo, com sinal negativo, os que tiveram queda no coeficiente.

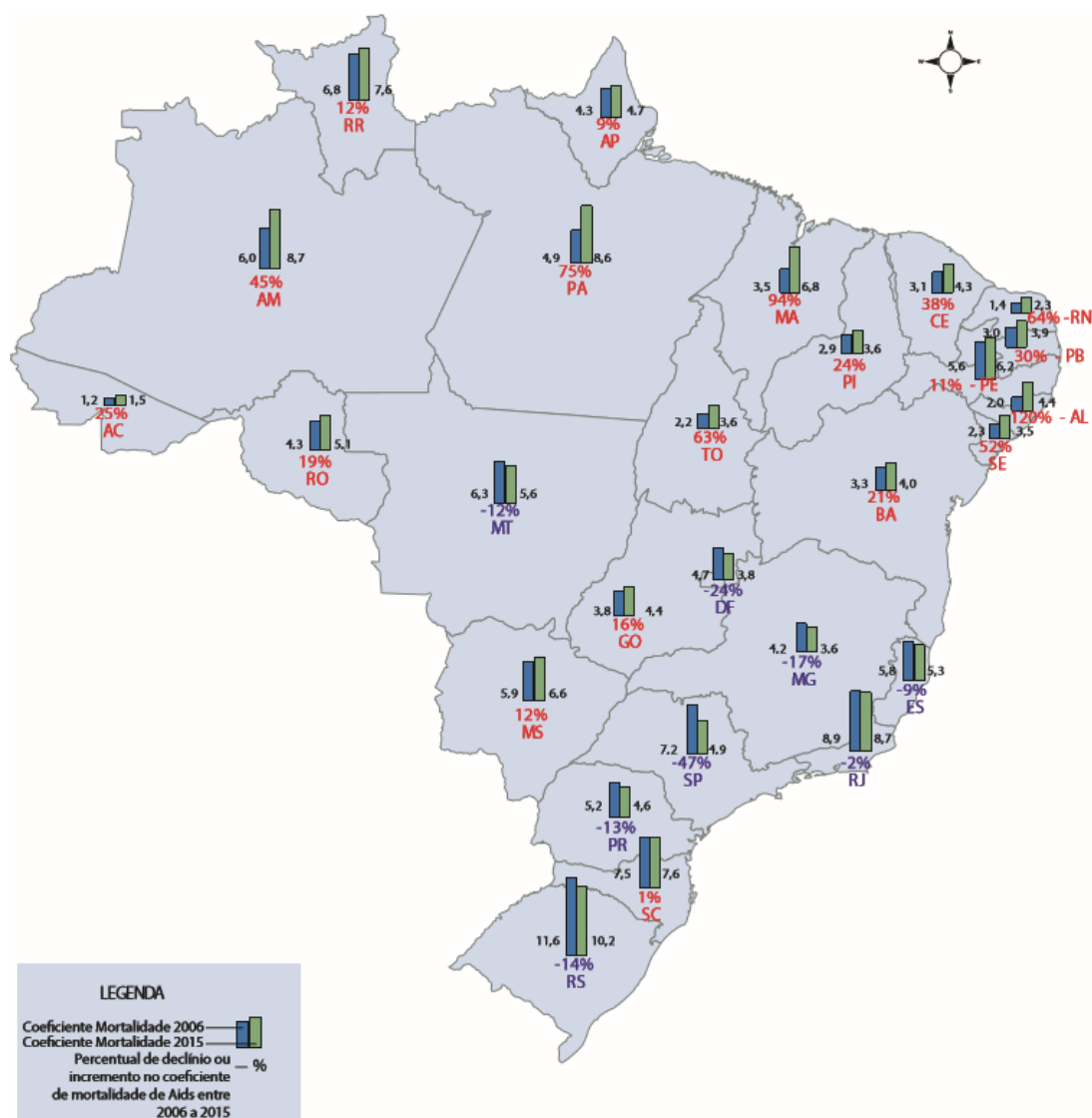


Figura 19. Coeficiente de mortalidade padronizado de aids, por 100.000 habitantes e percentual de declínio ou aumento segundo Unidade Federativa de residência, por ano de diagnóstico no Brasil, de 2006 a 2015.

Fonte: BEpHIV, 2016: 19.

Com o advento dos medicamentos e sua disponibilização no SUS, a mortalidade por aids no Brasil teve uma sensível redução em muitos Estados; porém, essa questão medicamentosa não é decisiva para garantia da adesão e sucesso de tratamento, e portanto redução da mortalidade por essa *causa mortis*. Os fatores culturais envolvidos e implicados no autocuidado, adesão ao tratamento (não apenas aos medicamentos) ainda precisam ser melhor explorados e pensados, para que esses coeficientes sejam de fato reduzidos.

No Campo Curitiba, segundo dados do Boletim Municipal de Aids do Município, entre 1984 e setembro de 2015 foram notificados 14.683 casos de aids no SINAN, sendo 69% homens e 31% mulheres. A população mais atingida é a de homens brancos, com escolaridade média ou superior, e a categoria de exposição homo e bissexual.

4.2. Testagem

Desde 2005 o Ministério da Saúde tem distribuído testes rápidos no SUS em todas as regiões do Brasil. Os testes permitem maior acessibilidade e tem permitido que sejam viabilizados em lugares sem os testes laboratoriais convencionais, em especial para as populações-chave.

Os testes rápidos são realizados utilizando-se amostras de sangue ou fluido oral, e não exigem a estrutura de um laboratório, diferentemente dos testes convencionais de HIV, cuja operacionalização é mais complexa, exigindo espaço físico apropriado e infraestrutura tecnológica. Os testes rápidos diminuem o tempo de resposta sobre o resultado, reduzindo a perda de pessoas pós-teste. Para monitorar a distribuição, o Ministério da Saúde implementou o Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais (SISLOG-LAB), um sistema para controlar a capilaridade dos testes distribuídos nos Estados e Municípios. A proposta deste sistema é prover informações sobre a disponibilidade e qualidade dos testes rápidos nos centros de saúde. Em 2015 foram disponibilizados 8,5 milhões de testes rápidos no Brasil. Em 2016, foram contabilizados mais de 6 milhões até o mês de outubro.

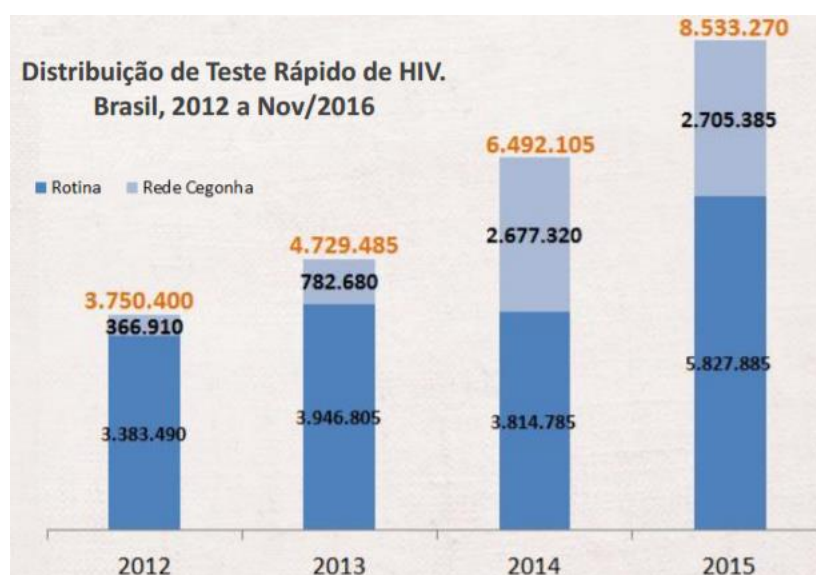


Gráfico 12. Distribuição de testes rápidos para HIV no Brasil, em rotina (azul escuro) e na Rede Cegonha (azul claro) no período de 2012 a 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

Em dezembro de 2013, o teste de fluído oral foi regulamentado e foi disponibilizado nacionalmente. No Brasil, são recomendados dois algoritmos para diagnóstico da infecção pelo HIV quando só os testes rápidos são utilizados. No caso de um diagnóstico positivo no teste rápido, o paciente é orientado para ir ao centro de saúde para realizar o teste de carga viral e preparar-se para o início do tratamento.

Em 2014, o Programa de Educação Continuada do Ministério da Saúde, TELELAB, realizou pela internet curso para profissionais de saúde, em que se incluiu conteúdos de teste rápido, incluindo fluído oral, para ensinar on line os profissionais que estão no campo (“na ponta”) sobre essa forma de testagem. A política de auto teste está em perspectiva, seja em testes de fluído oral em farmácias, seja em ONG. O processo de regulamentação da venda de testes de fluído oral em farmácias foi submetido à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2014 e ainda segue em consulta pública.

A implementação do auto teste pressupõe a existência de uma rede de apoio para permitir acesso a informações complementares e inserção nos serviços de saúde para tratamento. Com a expansão das tecnologias de diagnóstico, mais pessoas podem ter acesso a seu estatuto sorológico, iniciar terapia antirretroviral e melhorar sua qualidade de vida, contribuindo também para a redução da transmissão do vírus.

O Brasil trabalha com dois fluxogramas para diagnóstico de HIV utilizando testes rápidos, apresentados a seguir:

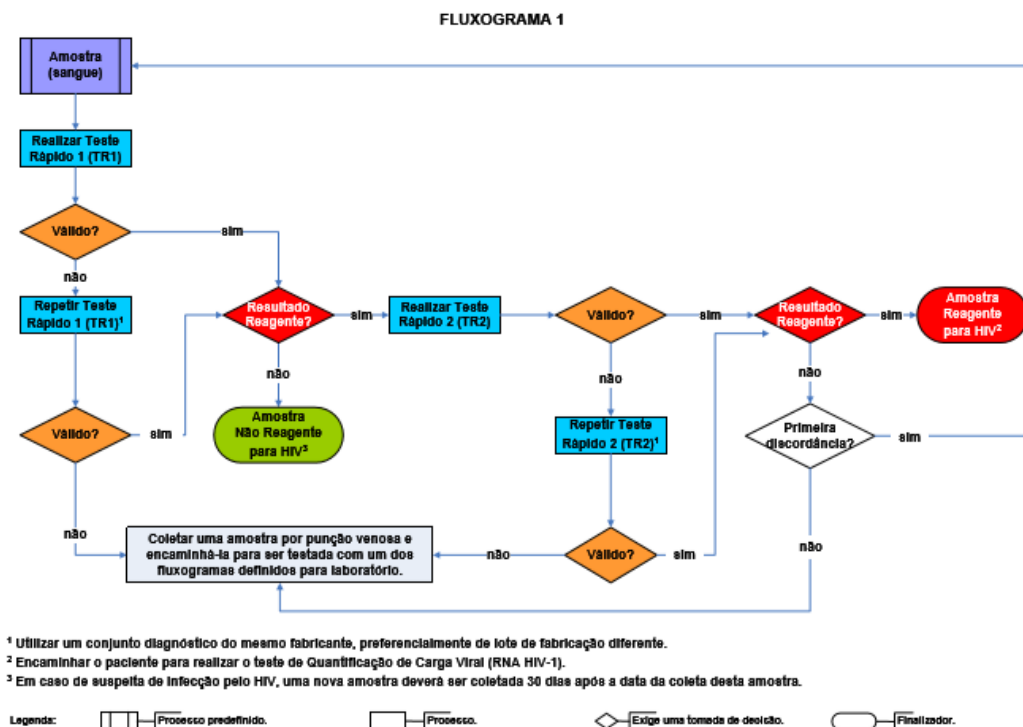


Figura 20. Fluxograma para diagnóstico do HIV no Brasil utilizando testes rápidos com sangue, 2015.
 Fonte: DIAHV, 2015.

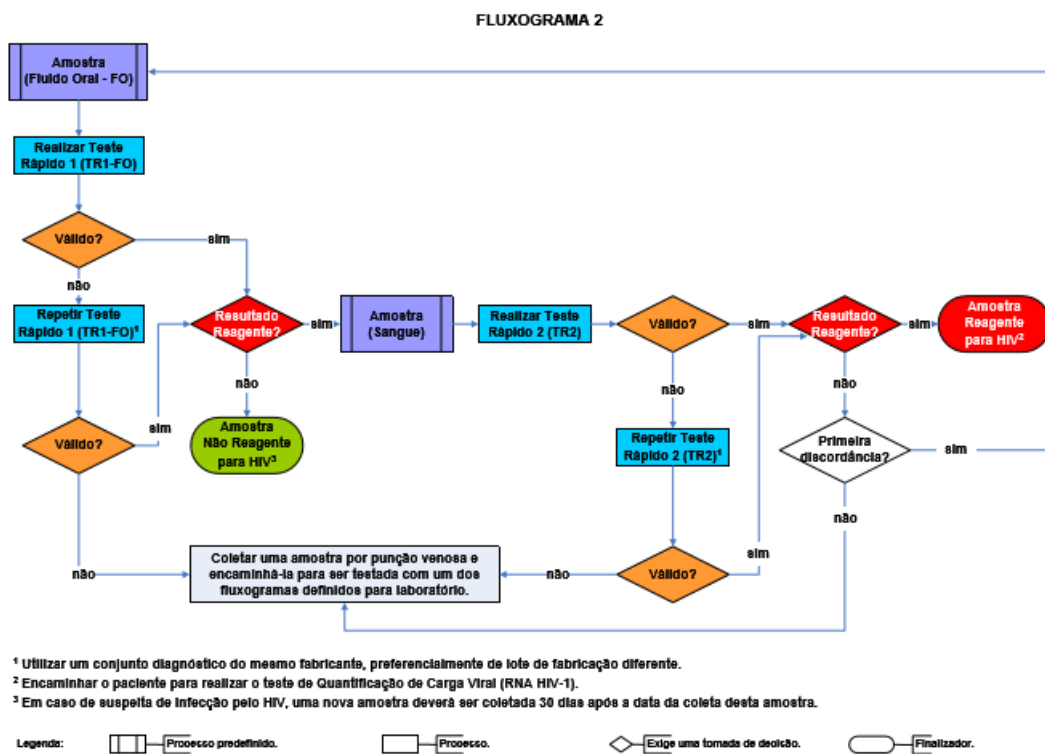


Figura 21. Fluxograma para diagnóstico do HIV no Brasil utilizando testes rápidos com fluido oral, 2015. Fonte: DIAHV, 2015.

Uso de testes rápidos no pré-natal, parto e puerpério

Em Curitiba/ Paraná, houve aumento significativo da oferta de testes, especialmente os testes rápidos, feitos tanto pelo COAS como pelos Consultórios de Rua e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). São cerca de 50.000 testes para a rede pública e mais de 50.000 testes para a rede privada, todos centralizados no Laboratório – com resultados em até 3 dias.

A testagem para HIV em gestantes em Curitiba teve início em 1999, com o Programa Mãe Curitibana, e em 2003 com o protocolo nacional e a adoção da estratégia *testou, tratou*, as mulheres são 100% acessadas pelos programas de saúde e a transmissão vertical está praticamente zerada no município.

A realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e HBV no pré-natal, parto e puerpério, com o uso de testes rápidos (TR), possibilita a adoção quase imediata de medidas de profilaxia da transmissão vertical dos agravos, em função da rapidez do diagnóstico.

Os testes rápidos também devem ser indicados na admissão para o parto e, em último caso, no puerpério, em situações especiais:

- Gestante sem pré-natal;
- Gestante não testada durante o pré-natal;
- Gestante que não dispõe de resultado do teste (ou do registro do resultado no cartão de gestante);
- Gestante não testada e/ou sem resultado do segundo teste, no último trimestre de gestação;

- ✚ Gestante que se encontre em situação de risco acrescido, como, por exemplo: mulher soronegativa para o HIV que tenha parceiro infectado; profissional do sexo; usuária de álcool e outras drogas; troca de parceiro durante a gestação; ocorrência de uma infecção sexualmente transmissível (IST) durante a gestação, ou parceria sexual com IST; imigrante proveniente de região de alta prevalência de HIV; infecção por tuberculose, independentemente do tempo transcorrido desde a realização do último teste anti-HIV.

O parto e o puerpério não constituem momentos ideais para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e HBV, uma vez que o diagnóstico precoce possibilitaria a adoção de medidas mais efetivas para redução da transmissão vertical. Entretanto, como o momento do parto representa ainda elevado risco, devem-se realizar testes rápidos em parturientes e puérperas nas situações descritas acima. O diagnóstico de qualquer uma das infecções deve ser definido e informado à puérpera antes da alta hospitalar.

No caso de diagnóstico reagente com a utilização de TR, e considerando o curto período de permanência na maternidade, é fundamental criar oportunidades que visem à orientação quanto às medidas de prevenção, adesão às recomendações e acompanhamento necessário.

A testagem é oferecida em espaços onde as populações-chave frequentam, como bares, saunas, e uma estimativa realizada pelo *Viva Melhor Sabendo* trouxe o dado: entre março de 2014 e janeiro de 2015 foram testadas no total 15.833 pessoas; destas, foram testadas pela primeira vez 43,3%.

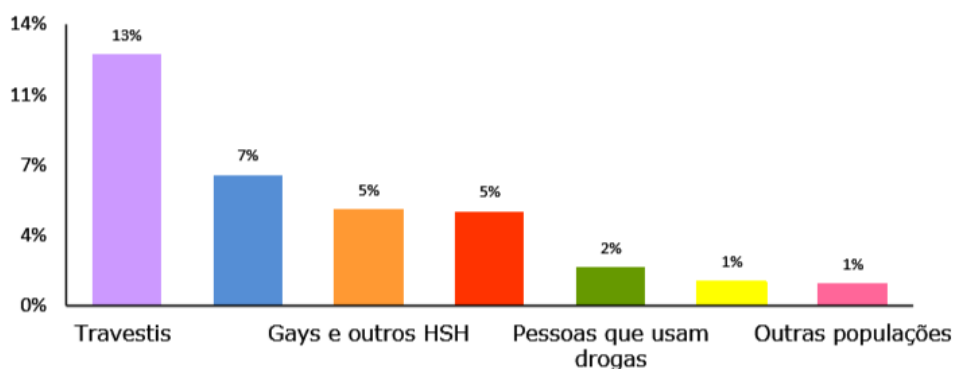


Gráfico 13. Porcentagem de resultados positivos para HIV em testes realizados nas populações-chave no projeto *Viva Melhor Sabendo* no Brasil, em 2014. Fonte: GARPR_2014.

O Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais indica o uso dos manuais técnicos para o diagnóstico seguro do HIV, sífilis e HBV¹²². Os manuais apresentam diferentes fluxogramas de testagem, considerando diversas situações nas quais se faz necessária a realização do diagnóstico das infecções.

¹²² Disponíveis em <http://www.aids.gov.br/publicações>.

Um aspecto importante é que todos os manuais e normas técnicas são desenvolvidos pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais em parceria com a Universidade, com os Pesquisadores de ponta e Sociedade Civil. Além disso, todo o material em português fica disponibilizado para download gratuito no site do Departamento, com as respectivas fichas catalográficas organizadas e seguindo as normas técnicas de publicação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Outros projetos de mobilização de populações-chave para testagem são *A Hora é Agora* e *Quero fazer*, descritos resumidamente abaixo:

A Hora é agora

O projeto-piloto *A Hora é Agora: Testar nos Deixa Mais Fortes* foi implementado no final de 2014, em Curitiba, em parceria com o DIAHV, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Universidade Federal do Paraná e Programa das Nações Unidas em HIV e aids (UNAIDS).

É um projeto específico para homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, oferecendo testes rápidos de detecção por sangue (da ponta do dedo) em unidades móveis equipadas com salas para aconselhamento e salas para revelação diagnóstica. O projeto também tem uma plataforma “e-teste”, na qual os testes de fluído oral podem ser enviados pelo correio para as pessoas em suas casas. Os interessados podem solicitar o kit para ser entregue pelos Correios ou em alguma farmácia do governo, as chamadas “Farmácias Populares”.

A estratégia de comunicação desse projeto envolve a divulgação em lugares em que as populações-chave frequentam, como bares, saunas, e mesmo sites de paquera na internet. Para os que entram no projeto, um número de telefone é disponibilizado para responder a questões e providenciar suporte especializado. Em caso de resultado positivo ao teste, o usuário é encaminhado para o Serviço de Testagem e Aconselhamento de Curitiba para confirmação do resultado e marcar uma consulta com médico.

De acordo com o CDC, até o fim de janeiro de 2015 foram realizados 440 testes de HIV com 15 resultados positivos, 10 dos quais entre as populações-chave.

Quero Fazer

Esse projeto começou em 2008 como piloto em três cidades, Rio de Janeiro, Recife e Brasília, numa parceria entre DIHAV, Programas Estaduais e Municipais e ONG. Com os resultados positivos da primeira etapa, o projeto foi estendido para outras cidades.

O projeto *Quero Fazer* foi implementado em 2014, nos mesmos moldes do Viva Melhor Sabendo: aumentando o acesso ao diagnóstico do HIV e testes voluntários entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais em lugares que eles frequentam, em dias e horários alternativos, com foco nas necessidades específicas da população. O projeto tem como objetivos aumentar a cobertura e a qualidade da prevenção e testagem para HIV e outras IST, melhorando o cuidado e ampliando os conhecimentos para a população LGBT.

No [Campo Recife](#), há um mapeamento minucioso dos municípios que realizam teste rápido para detecção do HIV e sífilis: são 157 municípios com Teste Rápido e 28 municípios sem Teste Rápido, segundo dados de 2016:

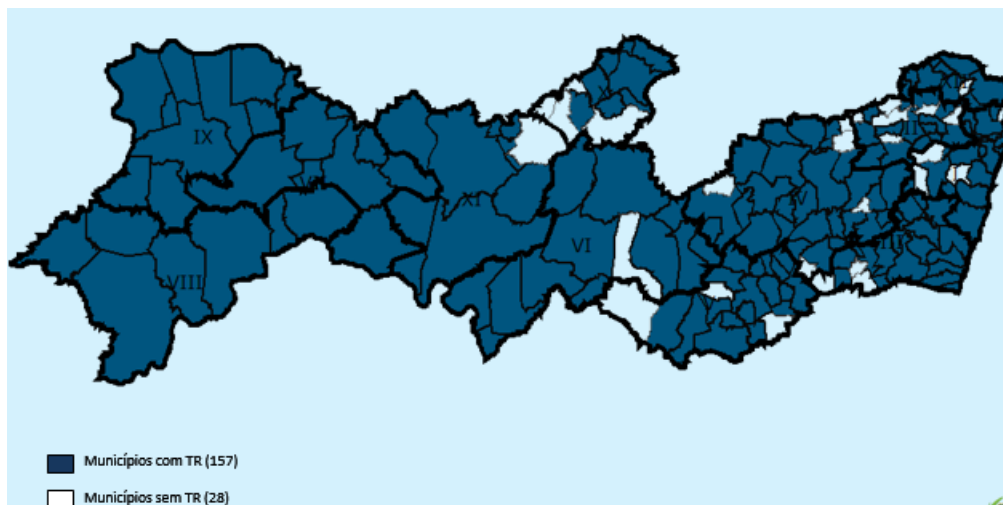


Figura 22. Municípios que realizam teste rápido para HIV e sífilis em Pernambuco, Brasil, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Em maternidades, são 81 municípios que realizam teste rápido, porém 104 não tem teste rápido nas maternidades (figura abaixo):

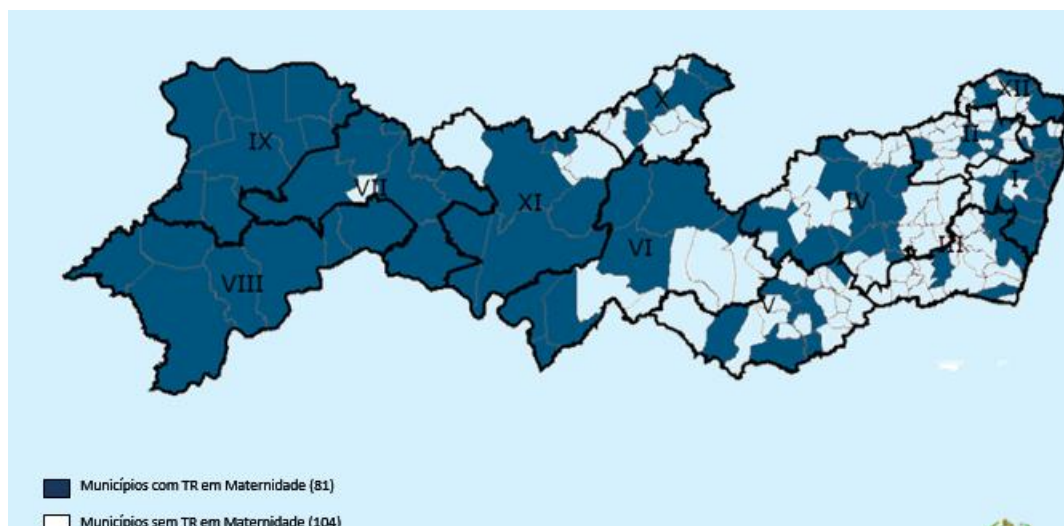


Figura 23. Municípios com teste rápido para HIV e sífilis em Maternidades em Pernambuco, Brasil, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Recife tem um apurado sistema de vigilância epidemiológica no Estado, sendo os dados dos últimos cinco anos especialmente bem acurados e sistematizados. Isso é fundamental para que a resposta à epidemia seja estruturada com base em dados científicos e fidedignos, um passo muito importante para o município e para o estado de Pernambuco.

4.3. Coinfecções:

a) Tuberculose

O Brasil possui longa trajetória na prevenção e tratamento aos pacientes com tuberculose. O Programa Nacional de Tuberculose, do Ministério da Saúde, está vinculado ao Departamento de Vigilância Epidemiológica, na Coordenação Geral de Doenças Epidêmicas, e é responsável pela formulação de políticas, intervenções e vigilância epidemiológica da Tuberculose no Brasil.

O país tem uma estimativa de 70.000 a 92.000 casos de tuberculose notificados a cada ano, sendo o 17º país entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos do mundo. É o 109º país em incidência, com 4,5 mil mortes por ano^{123,124}.

Nos últimos 17 anos¹²⁵, houve queda de 38,7% na taxa de incidência e 33,6% na taxa de mortalidade. Em 2014 foram diagnosticados 67.966 casos novos de tuberculose. Apesar disso, ainda preocupa a média de 73 mil casos novos por ano.

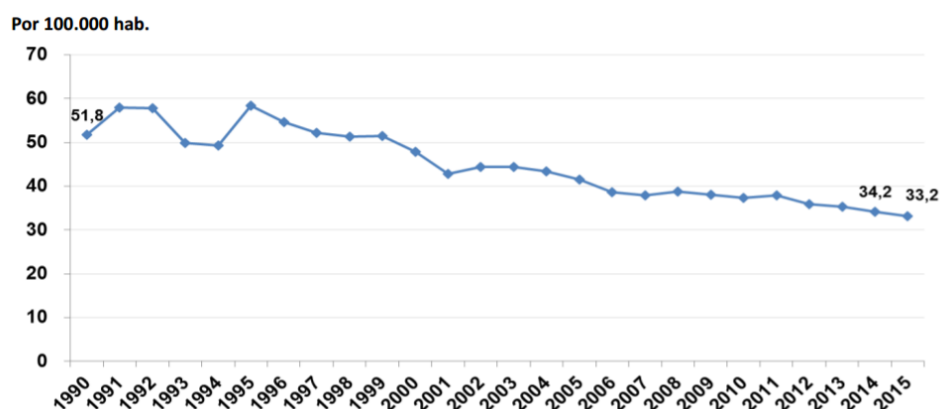


Gráfico 14. Coeficiente de incidência de Tuberculose no Brasil entre 1990 – 2015. Fonte: PNCT, 2016.

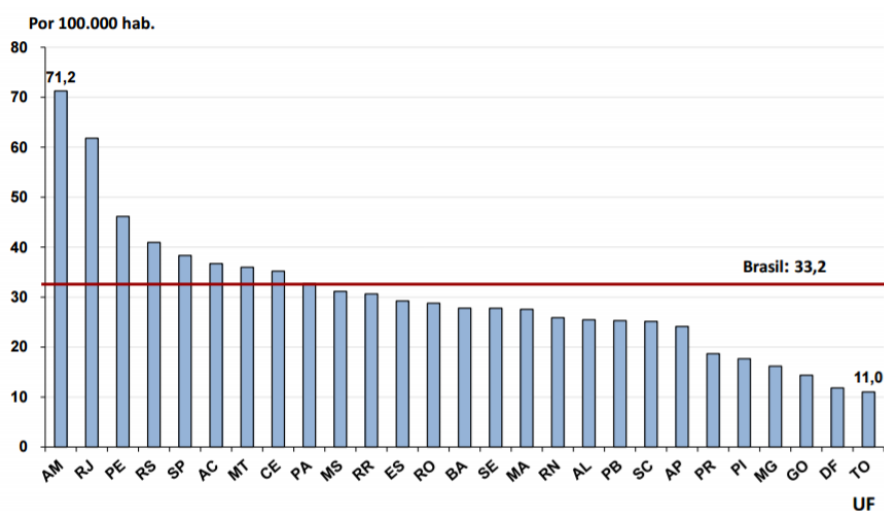


Gráfico 15. Coeficiente de incidência de tuberculose por Estado no Brasil, 2015. Fonte: PNCT, 2016.

¹²³ BARREIRA, D. – PNCT, 2016.

¹²⁴ PNCT, 2016.

¹²⁵ Portal da Saúde, 2016. www.portasaude.saude.gov.br/index.php

Os esforços do Programa de Controle da Tuberculose em sistematizar cientificamente os dados epidemiológicos podem ser reconhecidos na tabela 4 abaixo, em que são apresentados – por Estado – os coeficientes de incidência, mortalidade, realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento, testagem para HIV, coinfeção TB-HIV, cura e abandono:

Unidade da Federação	Coefficiente de incidência (/100 mil hab.)	Coefficiente de mortalidade (/100 mil hab.) ^a	Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (%)	Realização de testagem para HIV em casos novos (%)	Coinfeção TB-HIV (%)	Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera ^a (%)	Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera ^a (%)
Rondônia	30,5	1,5	13,3	68,2	9,7	69,7	14,0
Acre	43,8	3,6	12,2	80,3	1,7	87,3	2,8
Amazonas	68,4	3,5	14,0	53,7	16,2	73,0	15,9
Roraima	24,8	1,4	50,0	74,8	8,1	77,9	5,9
Pará	39,2	2,8	14,9	51,3	7,7	71,1	9,6
Amapá	23,0	1,4	19,0	71,7	8,7	71,8	11,3
Tocantins	11,2	1,6	7,1	71,9	9,6	75,7	5,2
Região Norte	44,4	2,7	14,5	56,2	10,8	72,7	11,3
Maranhão	24,9	2,3	23,2	66,1	8,4	73,5	10,8
Piauí	15,4	2,4	13,0	53,1	5,5	74,2	6,0
Ceará	37,0	2,5	20,1	47,9	7,1	74,2	9,9
Rio Grande do Norte	29,7	2,1	8,7	53,6	11,2	57,9	7,4
Paraíba	22,1	1,5	9,3	63,7	7,8	64,3	13,4
Pernambuco	48,5	3,8	13,3	50,7	12,0	71,1	11,0
Alagoas	30,6	3,3	13,3	44,5	9,2	68,3	10,5
Sergipe	23,8	2,0	20,4	62,5	4,9	74,3	13,3
Bahia	30,7	2,7	19,0	49,4	6,3	65,7	9,1
Região Nordeste	31,6	2,7	16,3	52,2	8,5	69,5	10,1
Minas Gerais	17,4	1,1	16,6	53,1	10,3	67,2	9,0
Espírito Santo	24,8	2,2	57,4	73,3	9,0	76,7	10,5
Rio de Janeiro	60,9	5,0	12,3	57,6	9,9	68,0	13,0
São Paulo	36,9	2,0	56,3	75,1	9,0	82,8	9,9
Região Sudeste	36,2	2,4	38,0	66,8	9,4	75,5	10,9
Paraná	18,7	1,2	47,0	82,0	12,5	79,2	8,9
Santa Catarina	26,2	0,9	46,9	80,5	19,1	74,3	11,2
Rio Grande do Sul	42,4	2,0	28,0	77,2	20,3	63,8	15,1
Região Sul	29,6	1,4	33,2	79,0	18,2	69,6	12,8
Mato Grosso do Sul	30,7	2,4	52,7	62,8	10,9	63,6	9,7
Mato Grosso	43,2	1,9	16,3	40,2	4,8	70,0	9,3
Goiás	11,0	1,1	49,5	57,2	9,4	68,2	11,5
Distrito Federal	11,7	0,7	15,4	74,3	14,4	71,9	7,2
Região Centro-Oeste	21,4	1,4	33,3	53,1	8,3	68,2	9,8
Brasil	33,5	2,3	30,1	62,7	10,4	72,5	10,9

Tabela 4. Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas unidades da federação do Brasil, 2014. Fonte: MS, 2016¹²⁶.

As desigualdades ficam evidentes em cada variável analisada: os altos valores de incidência também têm as mais altas taxas de abandono; em cada região, a heterogeneidade nos indicadores reflete a complexidade que envolve o tema da tuberculose. Os fatores sociais que determinam o adoecimento, a procura por diagnóstico e a possibilidade de tratamento são diretamente responsáveis pela dificuldade em se estruturar as ações de intervenção.

¹²⁶ <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/27/2015-007---BE-Tuberculose---para-substitui---o-no-site.pdf>

A tuberculose, assim como a aids, é uma doença estigmatizada¹²⁷ e vinculada à pobreza e exclusão social. A tendência de queda nos indicadores epidemiológicos é resultado de um esforço nacional.

Vale dizer que vários gestores da área de tuberculose no Brasil tiveram ampla experiência anterior na área de IST e Aids do Ministério da Saúde, com trabalhos notáveis e implementação de tecnologia de ponta, seguindo muitas das boas práticas trabalhadas anteriormente¹²⁸. Todos profissionais com expertise em saúde pública, experiência internacional e ampla visão sócio política para as diversas realidades do Brasil. Reflete-se na maneira de estruturar o Programa, traçar diretrizes, elaborar materiais, apresentar dados e efetivar uma resposta Nacional a um agravo crônico, longo e com pouco apoio de Organizações Não-Governamentais no Brasil.

O Brasil disponibiliza testagem e tratamento gratuitos para tuberculose, integrados ao SUS, com normas técnicas produzidas em conjunto com Ministério da Saúde, Sociedade Civil e especialistas, incorporando a estratégia de Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado nas práticas de assistência.

Mesmo assim, há uma taxa de cura em torno de 70% - 80% e alto abandono (entre 5% e 8%), além de uma alta mortalidade em todos os tratamentos, inclusive em casos de coinfeção com HIV.

Mortalidade

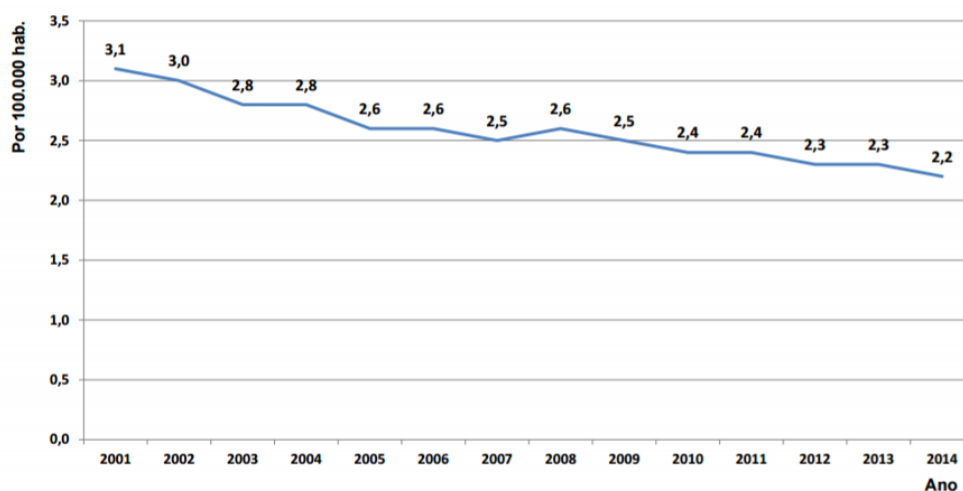


Gráfico 16. Coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil, 2001 – 2014. Fonte: PNCT, 2016.

A mortalidade por tuberculose, assim como a incidência e a prevalência, tem padrões heterogêneos no País, com grandes extremos. Considerando-se o coeficiente de mortalidade por tuberculose por Estado, tem-se o seguinte gráfico:

¹²⁷ Lima, 2012.

¹²⁸ Nomeadamente, Fábio Moherdaui, Dráurio Barreira, José Carlos Veloso (oriundo de ONG Aids) e a atual coordenadora, Denise Arakaki-Sanchez.

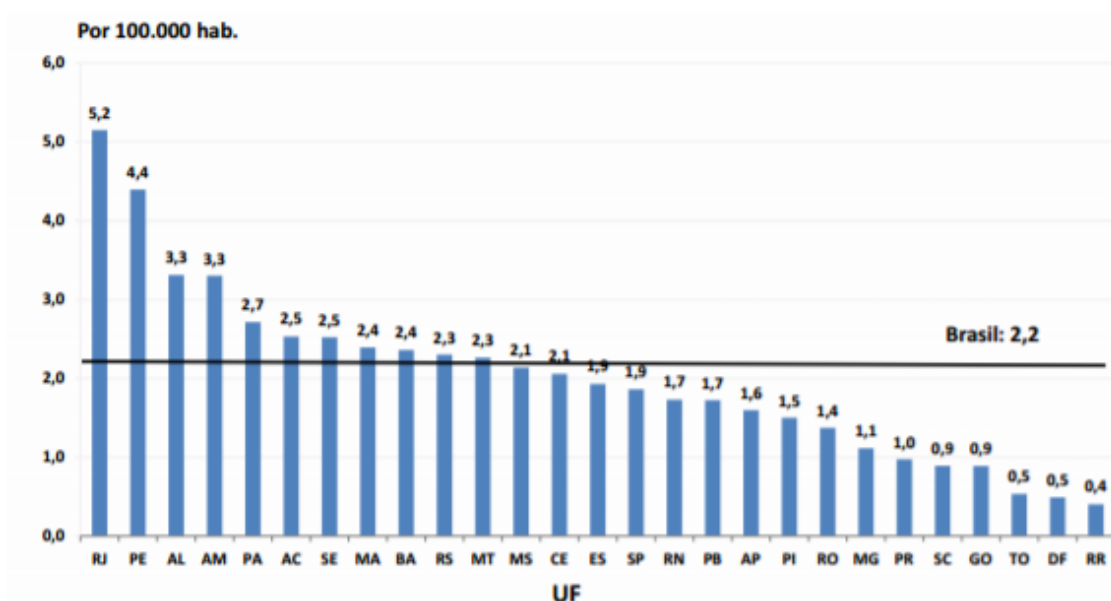


Gráfico 17. Coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil, por Estado, em 2014. Fonte: PNCT, 2016.

Mesmo com os índices de mortalidade altos, há melhorias no quadro geral da resposta do Brasil à tuberculose. A articulação do Programa de Tuberculose com o Fundo Global, com os Conselhos de Saúde Nacionais nos três níveis da administração pública e a descentralização para Saúde da Família e Atenção Básica são pontos positivos que trazem uma dinâmica importante na resposta ao agravo.

Cura e Abandono

O Brasil apresentou, em 2014, uma taxa de cura de tuberculose de 71,9%. Isto significa que 28,1% dos casos tiveram abandono ou foram “Perdidos de Vista”, consubstanciados nos itens “branco/ignorado” do gráfico abaixo. Também os casos de falência terapêutica são considerados significativos.

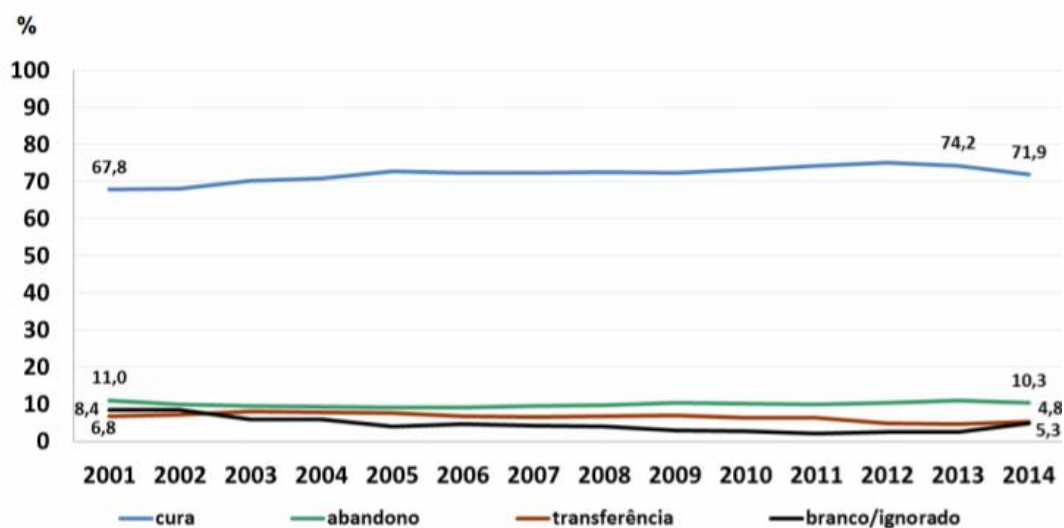


Gráfico 18. Cura, abandono e “Perdidos de Vista” nos casos novos de tuberculose no Brasil, de 2001 a 2014. Fonte: PNCT, 2016.

A proporção de cura de *casos novos* de tuberculose pulmonar bacilífera em torno de 85,0%, aliada a uma proporção de abandono de tratamento abaixo de 5,0% e à taxa de detecção acima de 70%, são fatores que possibilitam redução da incidência em torno de 5,0% a 10,0% ao ano, auxiliando no controle de bacilos resistentes e da tuberculose no país. Também é um dos indicadores prioritários para o controle da tuberculose e consta no Plano Plurianual do Governo Federal (2012-2015). Por outro lado, observa-se que a proporção de abandono de tratamento dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera ainda se encontra acima de 5,0% em diversos estados, principalmente no Amazonas (15,9%), no Rio Grande do Sul (15,1%) e em Rondônia (14,0%) (Tabela 4 e Gráfico 19).

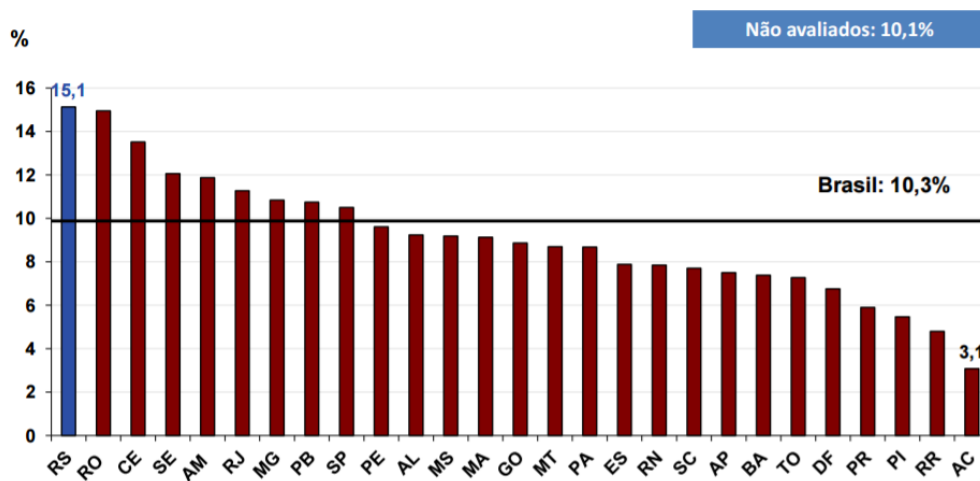


Gráfico 19. Percentual de abandono de casos novos de tuberculose por unidade federada no Brasil, 2014. Fonte: MS, 2016.

A questão da raça/cor é considerada muito importante para se pensar a dinâmica da epidemia de tuberculose no Brasil. Em 2014, 57,5% dos casos de tuberculose ocorreram na população negra, sendo 12,3% em pretos e 45,2% em pardos. Os indígenas representaram 1,1%, amarelos 0,7% e brancos 32,8%. A realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento foi maior na população branca (36,4%), e em seguida na preta (28,3%). Na população branca, 68,7% dos casos de tuberculose foram testados para o HIV, entretanto, apenas 54,1% dos indígenas realizaram o teste.

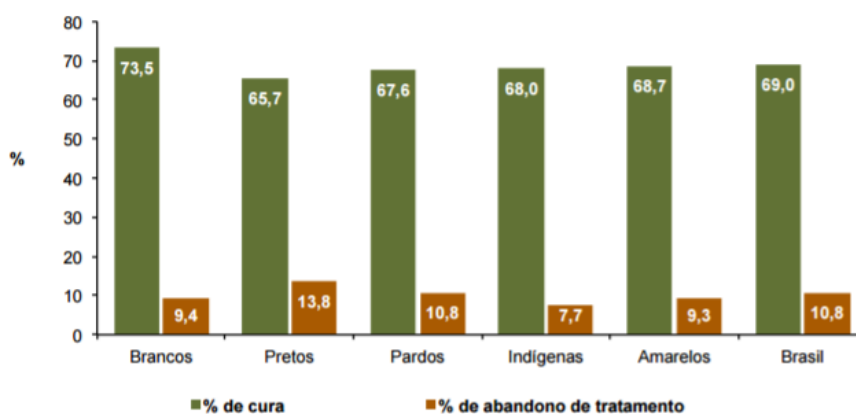


Gráfico 20. Percentual de cura e abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera, segundo o quesito raça/cor. Fonte: MS, 2016.

Coinfecção Tuberculose e HIV (TB/HIV)

As populações mais vulneráveis, em condições de exclusão, pobreza ou cerceamento de liberdade, tem risco relativo aumentado. A população privada de liberdade tem 28 vezes mais risco de contrair tuberculose; a população em situação de rua, 32 vezes. As Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHA), 28 vezes¹²⁹.

Uma vez que a tuberculose é a principal causa de óbito definida em PVHA, recomenda-se que seja pesquisada em todas as consultas, inclusive durante o pré-natal. Deve-se questionar a gestante sobre a presença de tosse, febre, emagrecimento e/ou sudorese noturna. A presença de qualquer um desses sintomas pode indicar TB ativa e deve ser investigada.

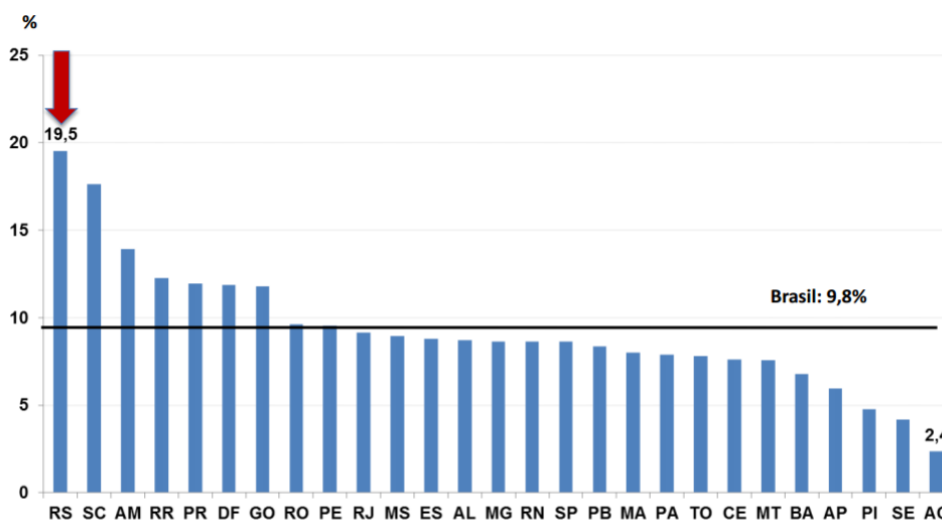


Gráfico 21. Proporção de coinfecção TB-HIV por unidade federada no Brasil, 2015. Fonte: MS, 2016.

Novamente a proporção de coinfecções tem patamares acima da média brasileira em Estados de diferentes regiões: Rio Grande do Sul, Santa Catarina (Região Sul), Amazonas, Roraima (Região Norte), Paraná (Região Sudeste), Distrito Federal e Goiás (Região Centro-Oeste) estão acima dos 9,8% da média nacional de coinfectados.

A tuberculose é a mais importante causa de morbimortalidade em mulheres infectadas pelo HIV em regiões com recursos limitados. A maior taxa de coinfecção TB-HIV em mulheres ocorre na idade reprodutiva, entre 15 e 49 anos de idade.

As gestantes infectadas pelo HIV e que desenvolvem TB apresentam risco 2,5 vezes maior de transmissão do HIV para o RN que as gestantes infectadas pelo HIV e sem TB.

No Brasil, em 2014, 62,7% dos casos novos de tuberculose foram submetidos à testagem para HIV (Tabela). Para esse mesmo ano, a meta preconizada na Agenda Estratégica do Ministério da Saúde era de 70,0%.

¹²⁹ PNCT, 2016.

Capitais brasileiras	Coefficiente de incidência (/100 mil hab.)	Coefficiente de mortalidade (/100 mil hab.)*	Realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento (%)	Realização de testagem para HIV nos casos novos (%)	Coinfecção TB-HIV (%)	Cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera* (%)	Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilifera* (%)
Porto Velho	54,9	1,6	9,2	65,7	11,8	63,3	19,4
Rio Branco	57,2	4,8	19,2	78,8	2,4	88,2	3,5
Manaus	93,8	3,7	16,1	55,5	20,0	72,1	18,0
Boa Vista	24,8	1,3	100,0	74,4	10,3	81,0	9,5
Belém	83,2	6,0	16,1	58,9	9,8	73,7	10,9
Macapá	21,9	1,4	21,4	68,4	8,2	68,4	14,3
Palmas	7,9	1,6	33,3	71,4	4,8	87,5	0,0
São Luís	46,5	4,3	35,1	77,8	12,7	66,4	15,3
Teresina	21,5	2,2	10,0	56,9	7,7	83,3	6,3
Fortaleza	58,2	3,5	11,2	46,6	9,4	69,2	15,2
Natal	42,9	2,1	5,6	52,7	14,6	54,4	9,3
João Pessoa	35,7	2,7	13,3	77,8	8,2	58,6	18,6
Recife	98,0	6,5	3,6	41,2	13,5	64,6	17,4
Maceió	49,1	5,4	11,5	44,7	9,9	68,8	15,8
Aracaju	25,2	2,1	23,2	66,9	4,5	77,9	11,6
Salvador	62,7	3,6	17,3	44,7	8,5	61,0	11,0
Belo Horizonte	24,5	1,0	12,5	58,9	14,1	62,3	12,7
Vitória	32,1	3,4	62,5	85,8	11,5	77,6	10,2
Rio de Janeiro	82,0	6,5	12,8	67,9	11,1	65,5	12,9
São Paulo	49,4	3,1	53,6	72,0	10,8	79,0	12,4
Curitiba	19,5	1,2	52,2	85,7	22,0	81,0	11,7
Florianópolis	49,0	0,9	39,5	71,7	20,4	63,2	15,1
Porto Alegre	99,3	3,0	31,2	82,6	28,0	51,8	24,9
Campo Grande	32,1	2,0	61,5	64,2	14,8	52,0	12,5
Cuiabá	98,7	3,0	16,0	34,0	2,8	67,8	9,3
Goiânia	12,7	1,9	57,9	68,3	15,6	67,6	18,2
Brasília	11,7	0,7	15,4	74,3	14,4	71,9	7,2

Tabela 5. Indicadores operacionais e epidemiológicos do controle da tuberculose nas capitais brasileiras, 2014. Fonte: MS, 2016.

Destacam-se os estados do **Paraná** (82,0%), Santa Catarina (80,5%) e Acre (80,3%) (Tabela 4) e as capitais Vitória/ES (85,8%), **Curitiba-PR** (85,7%) e Porto Alegre/RS (82,6%) com os maiores percentuais de realização de testagem para HIV entre as pessoas com tuberculose (Tabela 5).

A testagem para HIV é uma recomendação do Ministério da Saúde voltada para todos os pacientes com tuberculose, priorizando o teste rápido. Isso se deve ao fato de as pessoas com HIV serem mais propensas a desenvolver a tuberculose ativa em comparação à população geral; frequentemente, o diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre durante o curso da tuberculose.

Os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose apontaram para a existência de 10,4% de pessoas com a coinfecção TB-HIV no Brasil, em 2014.

A região Sul apresentou maior percentual de coinfetados (12,8%) (Tabela 4). Nessa região, estão as capitais que se destacaram com maiores percentuais da coinfeção TB-HIV: Porto Alegre-RS (28,0%), Curitiba-PR (22,0%) e Florianópolis-SC (20,4%) (Tabela 5).

Nos campos de Brasília, Recife e Curitiba, foram mencionados os casos de tuberculose entre as PVHA, com incentivo à testagem rápida e busca ativa de casos pelas ONG parceiras.

Estima-se que 60% dos pacientes com aids no Brasil estejam com coinfeção com tuberculose¹³⁰. Cerca de 17% de pessoas são diagnosticadas como HIV+ dentre os novos casos de tuberculose no país.

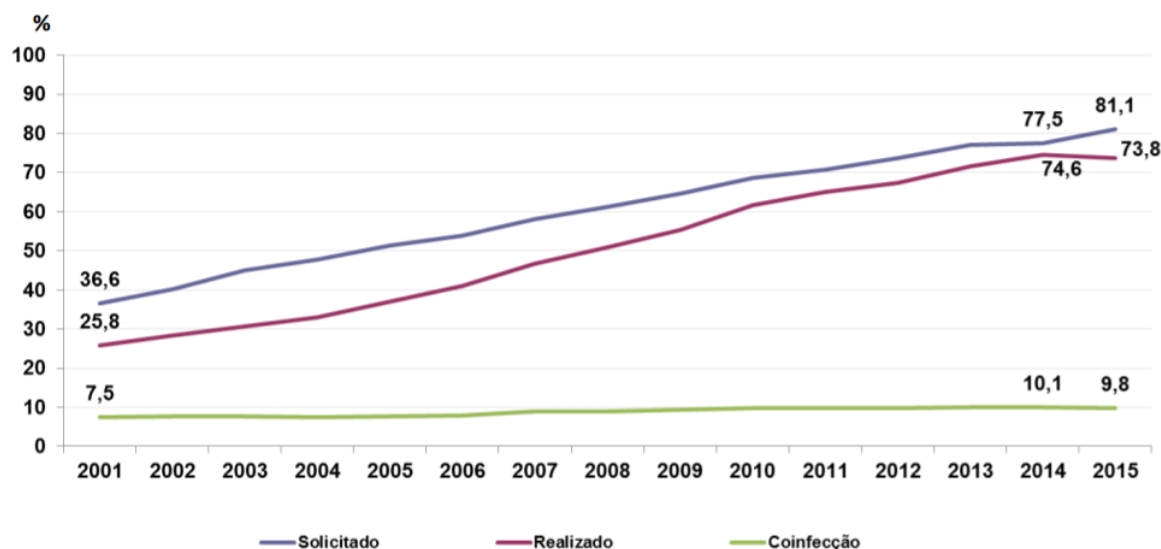


Gráfico 22. Percentual de casos novos de tuberculose segundo coinfeção, solicitação e realização do exame anti-HIV no Brasil, entre 2001 e 2015. Fonte: MS, 2016.

A testagem para HIV entre pacientes com tuberculose em 2014 foi de 56.981 pessoas¹³¹, e 16.000 pessoas foram diagnosticadas com tuberculose entre pessoas vivendo com HIV. Pessoas vivendo com HIV que foram testadas para tuberculose totalizaram 37.540 casos em 2014, segundo o UNAIDS.

Gestantes infectadas pelo HIV com diagnóstico de TB ativa devem iniciar TARV assim que possível, independentemente da apresentação clínica do agravo, pois quando o tratamento é iniciado após esse período, está associado a maior letalidade e maior risco de transmissão vertical do HIV.

Para as gestantes infectadas pelo HIV e com tosse prolongada, independentemente da contagem de CD4, a indicação é para solicitação de escarro para realização do teste rápido da tuberculose e pesquisa direta do bacilo de Koch (BK). A ocorrência de tuberculose ativa em gestantes infectadas pelo HIV aumenta a complexidade do manejo da coinfeção, pois pode provocar aumento da carga viral e redução do CD4, o que dificulta a interpretação de resultados de exames laboratoriais para definição do esquema de tratamento antirretroviral.

¹³⁰ UNAIDS, 2016.

¹³¹ UNAIDS, 2016.

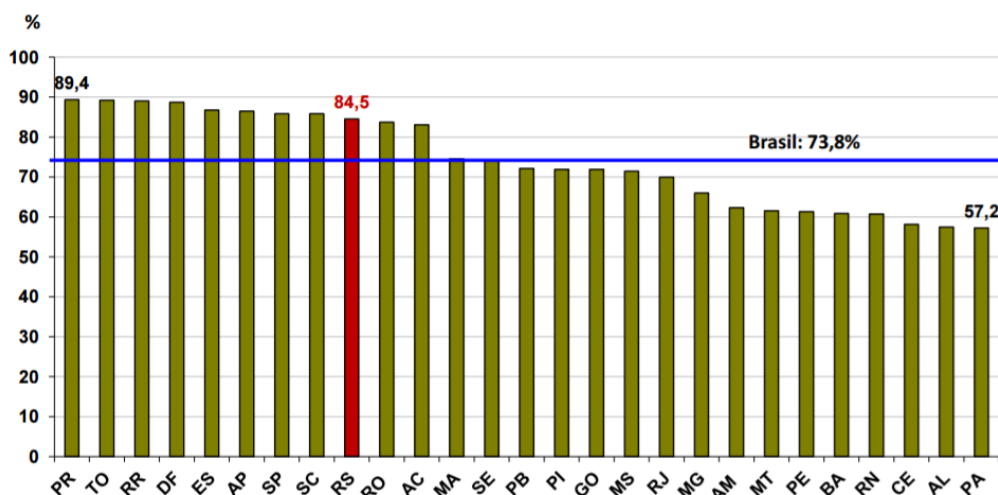


Gráfico 23. Percentual de realização de exame anti-HIV por unidade federada do Brasil em 2015. Fonte: MS, 2016.

Não há um indicador específico que represente o cruzamento dos dados epidemiológicos e forneça uma estatística definida sobre quantas gestantes HIV+ estão com tuberculose ou quantas mulheres grávidas e com tuberculose fizeram teste para HIV.

De qualquer modo, a profilaxia com isoniazida (INH) é indicada para gestantes vulneráveis que vivem confinadas ou em situação precária de moradia, imigrantes ou não; gestantes que vivam com tossidores crônicos; gestantes em uso prolongado de corticoides e drogas imunossupressoras. O manejo clínico para tratamento com antirretroviral para gestantes que apresentam falha terapêutica e utilizam esquemas de resgate deve ser estruturado por médicos experientes em TARV.

A proporção de pacientes com tuberculose novos e registrados com conhecimento do estado sorológico para HIV foi de 69,91%; a proporção dentre os pacientes com tuberculose que são HIV+ é de 16,81%. Foram 9.578 pacientes com tuberculose testados positivos para HIV em 2014. Em 2014, foram 2.400 mortes por tuberculose entre pessoas HIV+ no Brasil, dentre 73.970 casos de tuberculose notificados.

Adesão ao tratamento de tuberculose

A tuberculose, embora seja uma doença com diagnóstico, tratamento e cura conhecidos e disponíveis para toda a população pelo Sistema Único de Saúde, ainda tem alta prevalência no Brasil. Como toda doença estigmatizada, a tuberculose tem altos índices de não-adesão ao tratamento, abandono e isso se reflete tanto no número de óbitos como no número de casos de tuberculose multirresistente ou extrarresistente.

Os fatores para má-adesão são conhecidos¹³²: estigma, não-revelação diagnóstica e manutenção do segredo a respeito dele em família, trabalho e/ou amigos, falta de alimento, efeitos colaterais dos remédios, grande número de comprimidos e rotina fixa para ingestão.

¹³² LIMA, 2012.

Também interferem negativamente no tratamento uma relação médico-paciente ruim, ausência de rede social de apoio, baixa escolaridade, desemprego, comorbidades mentais, abuso de psicoativos (em especial álcool), solidão, tédio, ignorância quanto aos possíveis efeitos de interações medicamentosas ou com drogas ilícitas. Os pacientes suspendem o uso temporariamente, seja num final de semana, seja numa quinzena ou mês, quando precisam estar próximos de pessoas que não conhecem seu diagnóstico, quando precisam viajar, ou simplesmente quando não tem alimento.

Incentivos sociais para ampliar a adesão

A nova estratégia de controle da tuberculose pós-2015 da OMS, em seu segundo pilar, recomenda estratégias de proteção social específicas para os casos da doença, tais como auxílio alimentação e transporte gratuito.

Dos 181 municípios considerados prioritários para o controle da tuberculose no Brasil, 81 (44,8%) informaram disponibilizar de um ou mais tipos de benefício social ou incentivo de adesão ao tratamento da tuberculose.

Em relação ao tipo de benefício/ incentivo, 73 municípios disponibilizam algum tipo de auxílio-alimentação, em sua maioria cestas básicas; 33 municípios oferecem auxílio transporte; e 20 municípios possuem lanche para incentivar a realização do tratamento diretamente observado. Nem todos os benefícios/incentivos são ofertados para todos os casos de tuberculose dos municípios e foram registradas descontinuidades na oferta deles. Em São Paulo, em estudo feito em 2009¹³³ os gestores questionavam o fornecimento de cestas básicas aos pacientes com tuberculose, afirmando que *havia má adesão para manutenção do benefício*.

Todo apoio possível é essencial para que o paciente tenha boa adesão e consiga concluir seu tratamento com a cura. A busca ativa de casos requer suporte e infraestrutura: veículo, motorista, equipe capacitada e treinada, e em alguns estados isso é feito por ONG. Critérios específicos e explícitos para o acesso aos pacientes são imprescindíveis. A má adesão e o abandono são os responsáveis pela tuberculose multirresistente.

Tuberculose multirresistente (TBMR)

No Brasil, considera-se abandono do tratamento para tuberculose *o doente que deixou de ir à unidade de saúde por mais de trinta dias consecutivos, após a data acertada para seu retorno*¹³⁴. Define-se como tratamento anterior (*retratamento*) a prescrição de um esquema de drogas para o doente já tratado por mais de 30 dias e a menos que cinco anos, que venha a necessitar de nova terapia por recidiva após cura (RC) ou retorno após abandono (RA).

Considera-se *recidiva* o doente de tuberculose que já se tratou anteriormente e recebeu alta por cura, desde que o intervalo entre a data da cura e a data do diagnóstico da recidiva não ultrapassem cinco anos.

¹³³ LIMA, 2012.

¹³⁴ PNCT, 2016.

Entende-se por *falência* a persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também classificados como caso de falência os doentes que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++ ou +++) e mantêm essa situação até o 4º mês, ou aqueles com positividade inicial seguida de negativação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento. O tratamento, se preciso, será prolongado por mais três meses, período em que o caso deve ser redefinido ou concluído.

A implantação do Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB), principal ferramenta responsável pela vigilância dos casos resistentes de tuberculose no Brasil, foi finalizada em julho de 2013. Atualmente, 229 unidades de referência secundárias e terciárias utilizam o sistema que permite notificar, acompanhar e encerrar os casos com tratamentos especiais, além de controlar a distribuição dos medicamentos utilizados para esse tipo de tratamento.

O SITE-TB permite a classificação dos casos de tuberculose em tuberculose monorresistente, multirresistente, polirresistente ou extensivamente resistente, o que não era possível antes de 2013 com o antigo sistema. Antes notificavam-se apenas os casos com diagnóstico confirmado ou provável de multirresistência.

Em 2014, no SITE-TB, foram notificados e acompanhados no sistema 260 casos novos de monorresistência (resistência a um fármaco antituberculose), 81 de polirresistência (resistência a dois ou mais fármacos antituberculose, exceto à associação de rifampicina-R e isoniazida-H), 374 de multirresistência (resistência a pelo menos R e H) e 56 casos de resistência extensiva (resistência a R e H, uma fluoroquinolona e um medicamento injetável de segunda linha). Ressalta-se que o número de casos multirresistentes diminuiu nesse último ano, em detrimento do aumento do número de casos que foram notificados como tuberculose monorresistente.

Os casos de tuberculose multirresistente em 2015 foram 351, como apresentado na figura abaixo:

Ano	TBMR
2001	307
2002	299
2003	277
2004	285
2005	313
2006	283
2007	289
2008	291
2009	338
2010	527
2011	584
2012	602
2013	491
2014	414
2015	351

Figura 24. Casos novos de tuberculose Multirresistente no Brasil de 2001 a 2015. Fonte: MS, 2016.

Avaliando-se os resultados de tratamento para os casos novos de tuberculose multirresistente diagnosticados em 2012, observa-se que 58,0% curaram ou completaram o tratamento, 6,3% apresentaram falência ao tratamento, 17,7% abandonaram, 10,6% foram a óbito, 6,1% ainda estão em tratamento e 1,2% tiveram outros encerramentos.

O elevado número de óbitos e de abandonos evidencia que é complexo o manejo clínico desses casos e que ainda são grandes os desafios para o controle da tuberculose resistente no país¹³⁵.

Resposta Nacional – coinfeção TB/HIV

Como medida de priorização para o controle da coinfeção TB-HIV por parte dos estados, o Ministério da Saúde realizou em abril de 2014 uma oficina sobre coinfeção TB-HIV com representantes dos programas de tuberculose e HIV de todas as Unidades da Federação, sendo elaborado um documento intitulado “A Carta de Brasília”. Nela, recomenda-se às Coordenações Estaduais de Tuberculose e de DST/Aids a criação de Grupos de Trabalho Estaduais de TB-HIV, com o objetivo de estabelecer ações integradas para a implementação de atividades colaborativas TBHIV.

As prioridades que deverão ser abordadas pelos grupos de trabalho são: testagem para HIV para todas as pessoas com tuberculose; rastreamento de tuberculose em todas as pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA); tratamento antirretroviral oportuno para todos os coinfectados TB-HIV; promoção da adesão ao tratamento de ambas as doenças; e diagnóstico e tratamento da infecção latente da tuberculose

Em 2012, o Congresso Nacional estabeleceu a Frente Parlamentar de Luta contra a Tuberculose. A inserção do tema na agenda dos parlamentares foi uma importante estratégia para o controle da tuberculose no país, contribuindo para visibilidade da discussão sobre a doença e suas implicações sociais. Essa Frente Parlamentar tem buscado aperfeiçoamento da legislação relacionada à saúde e assistência social e dialoga constantemente com as organizações da sociedade civil que militam no tema.

Em 2014, houve a primeira Reunião Global de Parlamentares para o Enfrentamento da Tuberculose, na Espanha. Nessa reunião, parlamentares de sete países do mundo elaboraram a Declaração de Barcelona, posteriormente assinada por representantes dos Parlamentos do Brasil, Bélgica, Canadá, França, Croácia, Quênia, Índia, África do Sul, Argentina, Espanha, Suíça, Austrália, Tanzânia, Reino Unido, Zimbábue e Estados Unidos.

Em 2014, algumas estratégias foram desenvolvidas visando aumentar a sensibilidade do sistema de vigilância da tuberculose e diagnosticar precocemente os casos. Destacam-se o desenvolvimento do projeto piloto “Driblando a Tuberculose” no município de São Paulo, o fortalecimento da rede diagnóstico da tuberculose, com ênfase para implantação da rede de teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB), e ainda, a necessidade de intensificação do rastreamento de casos de tuberculose nos presídios brasileiros, sendo aqui apresentado um trabalho que prioriza a rotina de busca ativa entre os ingressos e encarcerados no sistema penitenciário.

¹³⁵ PNCT, 2016.

O projeto “Driblando a Tuberculose” é uma iniciativa da Parceria Brasileira contra a Tuberculose, do Ministério da Saúde (PNCT e Programa de Saúde na Escola) e das Secretarias de Saúde e da Educação do estado e do município de São Paulo. Adaptado da campanha Kick TB, realizada na África do Sul em 2010, o projeto tem como objetivo informar aos escolares da faixa etária de 7 a 14 anos sobre a doença a partir da grande paixão nacional: o futebol. Associa o futebol, que teve sede no Brasil em 2014, às atividades de mobilização com atores de diferentes campos sociais e amplia a divulgação sobre a doença, envolvendo as crianças das escolas selecionadas na disseminação dessas informações em suas respectivas comunidades.

Alunos, professores e profissionais de saúde participaram de palestras sobre diversos aspectos: sintomas, formas de prevenção, diagnóstico e tratamento. As questões sociais como o combate ao estigma e preconceito, a importância da adesão ao tratamento e do acolhimento ao doente também foram abordadas

Visando um diagnóstico mais oportuno da tuberculose, além da identificação precoce da resistência à rifampicina, o Ministério da Saúde incorporou um método diagnóstico que apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 99%, o de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB). O Ministério da Saúde adquiriu 160 equipamentos, destinados a 150 laboratórios, distribuídos entre os 94 municípios que compõem a Rede de Teste Rápido para Tuberculose (RTR-TB). Todas as Unidades da Federação estão inseridas nessa rede.

Para [Pernambuco](#), por exemplo, foram destinados seis equipamentos de Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB). Houve a capacitação de 250 profissionais de laboratório sobre o uso dos equipamentos e de 35 monitores estaduais. Na visita de campo essa aquisição não foi mencionada pelos gestores ou profissionais de saúde: ao contrário, [um dos hospitais de referência visitados não dispunha sequer de aparelho de Raio X](#). Uma aplicação imediata e importantíssima dessa tecnologia é o rastreamento nos presídios.

No Brasil, a População Privada de Liberdade (PPL) apresentou, em 2013, coeficiente de incidência de 985,3/100 mil hab. Em 2014 esse coeficiente passou a 932,7/ 100.000 habitantes.

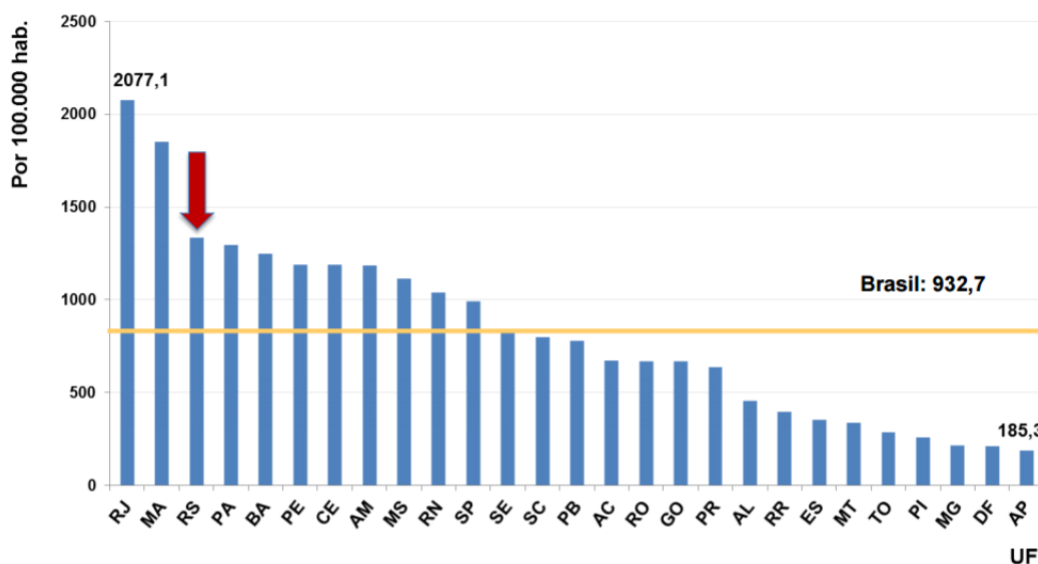


Gráfico 24. Taxa de incidência de tuberculose na População Privada de Liberdade (PPL) no Brasil em 2015. Fonte: MS, 2016.

Em 2014, com o objetivo de fortalecer as ações de controle da tuberculose no sistema prisional, foi iniciada a implementação de atividades para o rastreamento de casos de tuberculose em alguns presídios no Brasil, utilizando o TRM-TB.

Segundo critérios epidemiológicos e operacionais definidos em conjunto com os estados, sete municípios receberam o equipamento para ser utilizado no diagnóstico de tuberculose na população privada de liberdade (PPL).

Além disso, em 2013 o Brasil teve um projeto aprovado com objetivo de aumentar a detecção de casos de tuberculose no país entre a PPL, pelo *TB Reach*, que é uma estrutura do *Stop TB Partnership*.

Esse projeto foi previsto para ser implementado em três municípios – Porto Alegre/RS, Charqueadas/RS e Rio de Janeiro-RJ.

Com o apoio desse projeto, o Presídio Central de Porto Alegre/RS investiga a presença dos principais sintomas da doença em sua porta de entrada e oferece o exame de raio X de tórax para todos, inclusive para os já encarcerados.

Para aqueles que apresentam resultado de raio X de tórax suspeito ou tosse, são realizados o TRM-TB e a cultura no laboratório do presídio. Com essa rotina, é possível identificar a tuberculose precocemente e evitar que o bacilo seja transmitido para a comunidade interna e externa do presídio.

De outubro a dezembro de 2014, a equipe de saúde do presídio realizou 1.845 exames de raio X de tórax e foram coletadas amostras de escarro para exames de 237 presos. A presença de um laboratório dentro do presídio, além do estabelecimento de rotina e de fluxos, fortalece as atividades de controle da tuberculose nesse espaço.

Também são desenvolvidas ações de educação em saúde no Presídio Central de Porto Alegre, o que pode contribuir na melhoria da captação de casos de tuberculose e reduzir a propagação da doença dentro e fora do presídio.

Em relação às mulheres privadas de liberdade, em Curitiba há algumas ações pontuais de testagem e aconselhamento, porém não sistemáticas, realizadas pelo Programa Municipal de DST e aids; em Recife, a ONG Gestos e a Secretaria Estadual de Saúde tem ações planejadas, encontrando dificuldades para sustentabilidade das ações.

Seria interessante, nos boletins epidemiológicos, dar algum destaque às ações e aos resultados das intervenções realizadas com as gestantes com HIV e tuberculose, usuárias ou não de drogas, avaliando quais ações podem realmente melhorar a adesão e eliminar a transmissão vertical do HIV.

b) IST

A presença de IST na gestação pode afetar a criança, muitas vezes causando aborto, parto pré-termo, doenças congênitas ou morte do Recém-Nascido. Essas infecções também podem ter efeito debilitante nas gestantes.

Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas sobre IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. A triagem de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz (oferta de testes diagnósticos e tratamento), mas cuja efetividade depende de vários fatores (ex.: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, cobertura adequada, entre outros).

Todas as gestantes com HIV devem ser testadas para:

› Sífilis: o teste para diagnosticar a sífilis deve ser feito na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28ª semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento.

› Hepatite B: a testagem deve ser oferecida para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão vertical. Deve-se solicitar a triagem na primeira consulta do pré-natal – pois, se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia, recomenda-se a vacinação. Ressalta-se ainda que a vacina de hepatite B deve ser realizada em todos os RN, conforme as recomendações do MS.

Gestantes de 15 a 24 anos devem ser testadas, quando possível, para clamídia e gonorreia. Segundo o Ministério da Saúde, é importante considerar nas gestantes que: (1) Não há necessidade de triagem para tricomoníase; (2). Está recomendada a triagem e o tratamento de vaginose bacteriana na gestação de alto risco para parto pré-termo, visando à redução dos efeitos adversos perinatais; (3). Não está recomendada a realização de testes imunológicos para HSV-2 em gestantes não previamente diagnosticadas.

Alguns Estados e Municípios trabalham com a Abordagem Sindrômica das IST, em articulação com a Estratégia Saúde da Família. Essa possibilidade aumenta de fato a capilaridade das ações em saúde, ampliando o acesso da população ao sistema, com realização de diagnósticos e tratamentos de modo ágil e breve.

O diagnóstico das IST é uma porta de entrada muito importante para se vincular a população aos serviços de saúde e às técnicas de autocuidado, prevenção não apenas das doenças mas também o trabalho de saúde sexual e reprodutiva.

Em Recife, o álbum seriado de DST produzido pelo Ministério da Saúde nos anos 1980 estava disponível na sala de atendimento, sendo referido como muito utilizado nos aconselhamentos e orientações. Foi mencionada a existência de um novo álbum, produzido e lançado em 2016.

c) Hepatites Virais

O Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais realizou grandes conquistas na resposta nacional a um agravo “invisível”: as Hepatites. Ampliação do Diagnóstico, acesso ao tratamento gratuito e manutenção dos tratamentos foram conquistas da máxima importância.

Os insumos necessários para a construção e efetivação da resposta nacional às hepatites virais estão incorporados, integrados e disponibilizados no SUS.

Coinfecção HIV/Hepatites Virais

De modo geral, todas as mulheres vivendo com HIV/aids devem ser triadas para Hepatite B (HBV) e Hepatite C (HCV) quando do momento do início dos cuidados (na matrícula no serviço de saúde).

As gestantes com triagem negativa para hepatite B devem receber vacina para HBV, de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Mulheres com HBV crônica e HCV crônica e que são negativas para hepatite A (comprovação laboratorial) devem receber esquema vacinal para hepatite A.

A transmissão vertical da hepatite B para crianças filhas de gestantes HBeAg-reagentes¹³⁶ ocorre em 70 a 90% dos casos. Estima-se que o risco de desenvolvimento do carcinoma hepatocelular nas crianças infectadas por transmissão vertical pelo vírus da Hepatite B seja cerca de 200 vezes maior que o da população geral, ressaltando a importância do diagnóstico durante o pré-natal.

A transmissão vertical do vírus da hepatite C ocorre em cerca de 5% a 6% das crianças nascidas de gestantes portadoras de HCV, essencialmente aquelas com alta carga viral de HCV no momento do parto, sendo mais frequente em gestantes com coinfecção com o HIV.

Atualmente, devido à indisponibilidade de medidas profiláticas e terapêuticas que evitam a transmissão vertical do HCV durante a gestação, a prevenção deve ser realizada através do tratamento prévio de mulheres em idade fértil, portadoras do HCV, associado ao planejamento reprodutivo.

Coinfecção HIV/HBV

Gestantes com coinfecção HBV/HIV devem receber combinação de ARV e dois medicamentos ativos contra o vírus de hepatite B e o HIV. O esquema preferencial inclui Tenofovir (TDF) e Eпивir (3TC). Essas recomendações já estão contempladas no *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos 2013*¹³⁷.

Para as gestantes com contraindicação ao uso de Tenofovir (TDF), esse medicamento deverá ser substituído pela zidovudina (AZT) ou abacavir (ABC).

¹³⁶ Marcador viral para Hepatite B.

¹³⁷ Disponível em <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

O manejo dos pacientes com HBV está estabelecido no atual *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções*, que descreve o tratamento, monitoramento e manejo da resistência aos antivirais.

É importante que as gestantes coinfectadas HIV/HBV em uso de TARV sejam aconselhadas sobre sinais e sintomas de toxicidade hepática. Transaminases hepáticas devem ser monitoradas um mês após início de TARV e pelo menos a cada três meses durante a gestação.

Dentro de 12 horas de nascimento, recém-nascidos de mulheres com HBV devem receber imunoglobulina e primeira dose da série de vacina para HBV. As demais doses serão feitas aos 2, 4 e 6 meses. A avaliação da soroconversão deve ser feita mediante os marcadores anti-HBs e HBsAg entre nove e 18 meses de idade.

Coinfecção HIV/HCV

A incidência de transmissão perinatal de HCV aumenta na gestante com HIV, entre 10%-20%, de acordo com a população estudada. Não se recomenda a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal, devido ao baixo índice de detecção do agravo em gestantes.

Assim sendo, a pesquisa do HCV deve ser realizada apenas em gestantes com fator de risco, como infecção pelo HIV, ausência de infecção pelo HIV mas uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, mulheres submetidas a hemodiálise, aquelas com elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente, e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.

O manejo clínico da coinfeção HIV/HCV é complexo. Caso se opte pelo tratamento da coinfeção, a gestante deverá ser referenciada para consulta com especialista (ou ambulatório de gestação de alto risco).

É importante que as gestantes coinfectadas HIV/HCV em uso de TARV sejam aconselhadas sobre sinais e sintomas de toxicidade hepática. Transaminases hepáticas devem ser monitoradas um mês após o início da TARV e pelo menos a cada três meses durante a gestação.

Recém-nascidos de mães com coinfeção HIV/HCV devem ser avaliados com relação à infecção pelo HCV com anticorpo anti-HCV após os 18 meses; aqueles com resultados positivos devem ser submetidos a teste confirmatório com PCR¹³⁸ para HCV.

Existe pouca evidência na literatura sobre o manejo adequado de gestantes com coinfeção HIV/HCV. Os antivirais atualmente disponíveis para tratamento de HCV não são recomendados durante a gestação: o interferon, pelo potencial abortivo em doses elevadas, e a ribavirina, pelo risco de teratogenicidade. Há poucos dados disponíveis em gestantes sobre o uso de novos medicamentos para o tratamento de HCV, como telaprevir, boceprevir, simeprevir e sofosbuvir.

¹³⁸ Polymerase Chain Reaction – Reação em cadeia da polimerase.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV)

Seguindo as diretrizes preconizadas internacionalmente, de termos 90% das pessoas vivendo com HIV recebendo tratamento até 2020, o Brasil incrementou a testagem e garante o acesso universal e livre à terapia antirretroviral para pessoas vivendo com HIV e aids desde 1996.

O país está próximo a alcançar as metas 90-90-90 do UNAIDS para 2020, ou seja, 90% das pessoas saberem sua sorologia; destas, 90% em tratamento; e das pessoas em tratamento, 90% com carga viral indetectável:

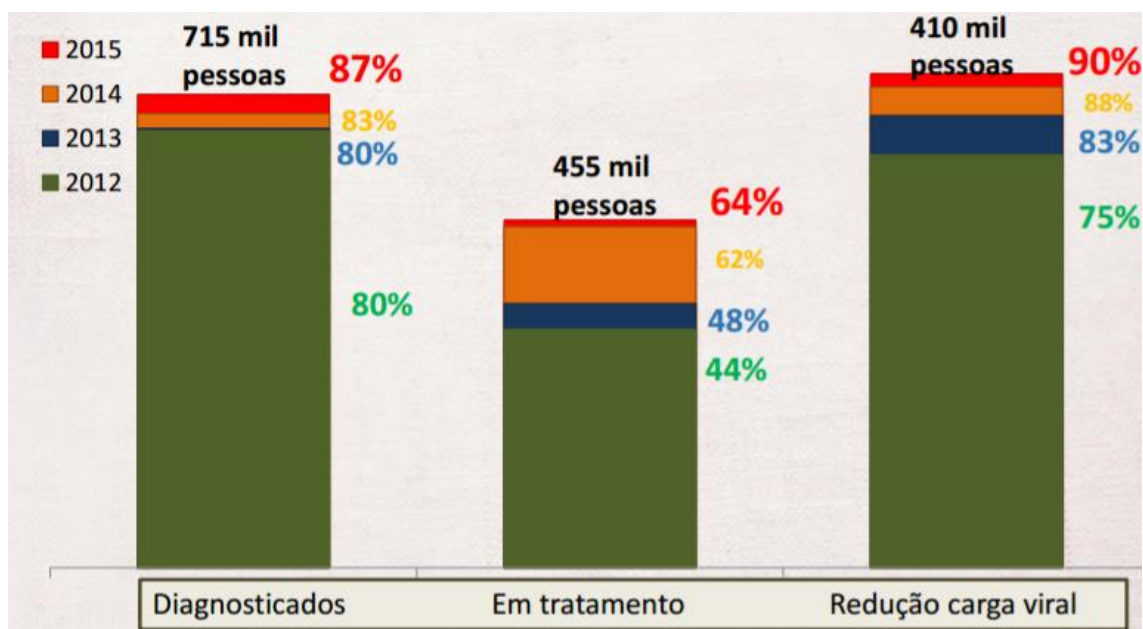


Figura 25. Cascata de Cuidados no Brasil entre 2012 e 2015: porcentagens de pessoas que realizaram diagnóstico, que estão em tratamento e reduziram a carga viral. Fonte: DIAHV, 2016.

Em 2016, o país continua adotando estratégias inovadoras na área de diagnóstico, prevenção e cuidados frente aos desafios impostos pela epidemia. O Brasil foi o terceiro país no mundo a adotar a estratégia de Tratamento como Prevenção em suas recomendações nacionais.

O tratamento antirretroviral no Brasil está preconizado para toda pessoa com sorologia positiva para o HIV, independentemente de outros indicadores clínicos e laboratoriais. Essa estratégia é conhecida como “Testar e Tratar”, sendo o tratamento também utilizado como uma forma de prevenção.

Até dezembro de 2014, mais de 400.000 pessoas estavam recebendo tratamento antirretroviral no Brasil pelo Sistema Único de Saúde. Não há dados específicos sobre o número de pessoas em tratamento em sistema de saúde suplementar, e estima-se que mesmo os pacientes atendidos na rede particular peguem os medicamentos diretamente no SUS.

O aumento das pessoas em TARV é reflexo das ações conjuntas de ampliação do diagnóstico, acesso universal aos medicamentos e adesão do Brasil à estratégia *Testar e Tratar*.

Apenas em 2014, aproximadamente 75 mil novas pessoas vivendo com HIV e aids começaram a receber o tratamento antirretroviral pelo SUS, um aumento de 31% quando comparado com o mesmo período no ano anterior, 2013. A série histórica de 1999 a 2016, no gráfico abaixo, mostra o aumento progressivo do acesso à TARV no Brasil:

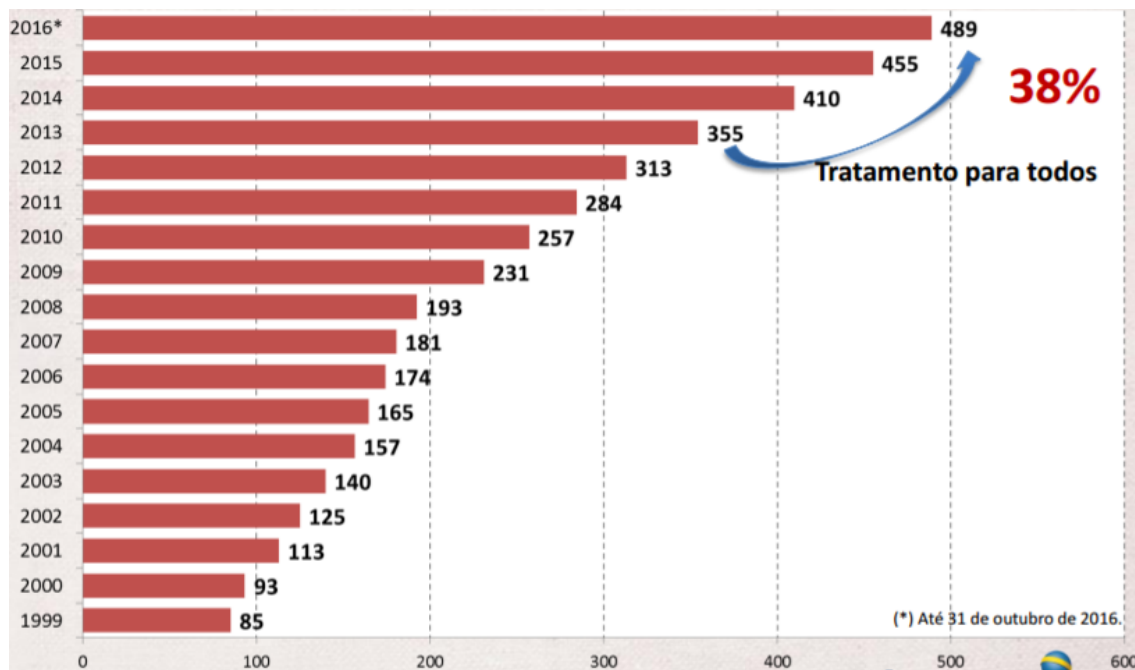


Gráfico 25. Evolução do tratamento antirretroviral no Brasil de 1999 a 2016. Fonte: DIAHV, 2016.

Desde dezembro de 2013, quando o Consenso – Protocolo Clínico-Terapêutico para Manejo da infecção de HIV em adultos foi publicado, a recomendação para iniciar o tratamento dependia da quantificação do CD₄⁺. Agora, a recomendação é que *seja oferecido para todas as pessoas diagnosticadas com HIV*.

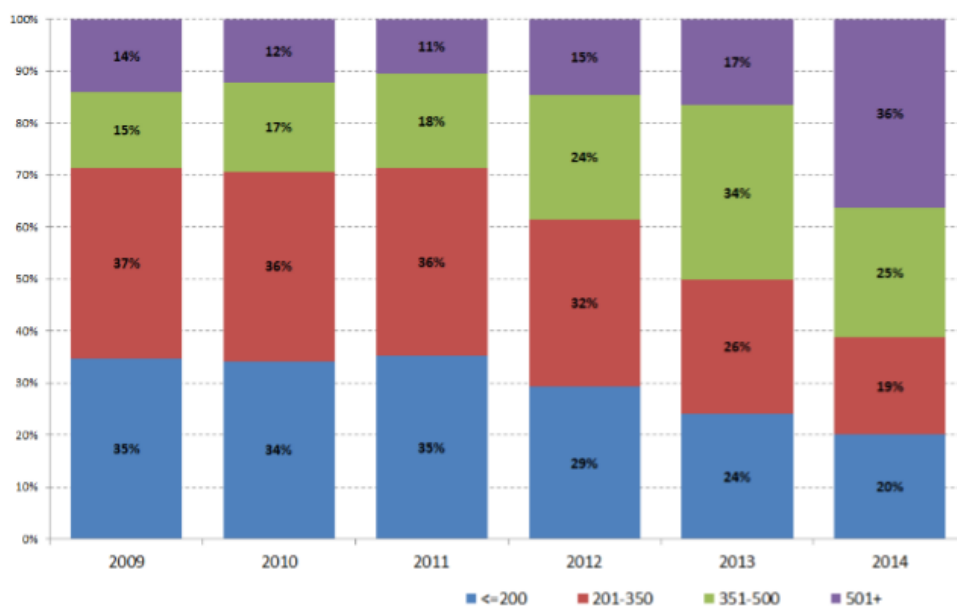


Gráfico 26. Oferta e inclusão de novos pacientes em tratamento antirretroviral no Brasil, de 2009 a 2014. Fonte: GARPR, 2014.

As novas diretrizes promoveram um aumento significativo no número de pessoas recebendo tratamento. A expectativa do início do tratamento é reduzir a carga viral e trazer benefícios aos pacientes, com redução da morbidade e mortalidade, e também para a comunidade – prevenindo a transmissão do HIV.

O SUS distribui atualmente 22 drogas antirretrovirais, num investimento de aproximadamente 300 milhões de dólares por ano.

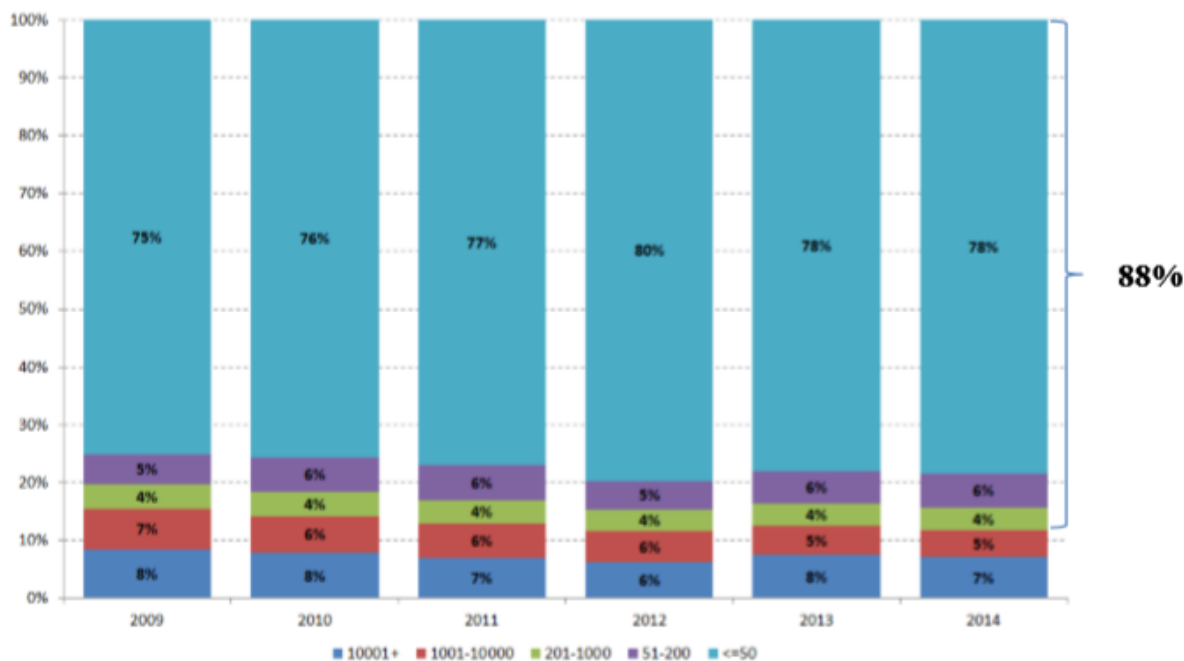


Gráfico 27. Porcentagem de pessoas vivendo com HIV recebendo tratamento, por carga viral, seis meses depois do início do tratamento antirretroviral no Brasil, de 2009 a 2014. Fonte: GARPR 2014.

Em 2015 o Ministério da Saúde lançou aplicativos do *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes*.



Figura 26. Aplicativo PCDT Criança e Adolescente para Android – Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Fonte: DIAHV, 2016.



Figura 27. Aplicativo PCDT Criança e Adolescente para iOS – Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Fonte: DIAHV, 2016.

Os aplicativos foram disponibilizados para smartphones e tablets, com download gratuito nas plataformas iOS e Android.

Alguns autores consideram a Opção B+, implementada para as gestantes em 2013, um ensaio clínico amplo para avaliação de prós e contras do tratamento “bata cedo e bata forte”, reeditado com cores mais suaves em função da evolução farmacológica, redução dos efeitos colaterais, menor número de comprimidos e maior palatabilidade dos remédios para as crianças.

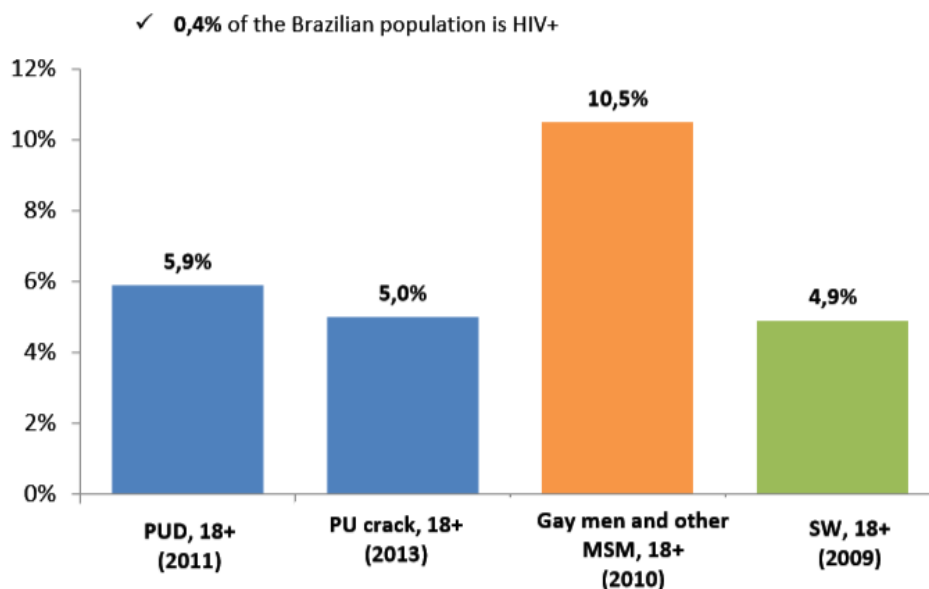
4.5. Populações Vulneráveis

As populações vulneráveis, nomeadamente profissionais do sexo femininas, usuários de drogas e populações prisionais, tem alguns dados epidemiológicos conhecidos e atualizados¹³⁹, como por exemplo:

- Profissionais do sexo: 90,1% relatam uso de preservativo. A prevalência de HIV é de 4,9%, e a testagem em 2013 foi de 17,5% dessa população, estimada em 546.848 pessoas.
- Homens que fazem sexo com homens: estima-se que 59,7% usem preservativos, embora a prevalência estimada nessa população seja de 10,5% e a porcentagem de testes, 20,3%. A população é estimada em 2.037.741 pessoas.
- Embora haja uma estimada “substituição” de usuários de drogas injetáveis por usuários de crack, ainda há sim uma população, estimada em 227.253 pessoas, que injetam drogas – seja cocaína, seja anabolizantes. E nessa população, apenas 54,3% praticam injeção segura, 15% realizam testes e a prevalência de HIV está em 5,9%.

¹³⁹ UNAIDS, 2016.

As taxas de prevalência de aids nas populações vulneráveis, de 2009 a 2013, foram as seguintes:



1. PUD – Pessoa usuária de drogas em geral com 18 anos ou mais de idade
2. PU crack – Pessoa usuária de crack, com 18 anos ou mais de idade
3. Homens que fazem sexo com homens e gays masculinos, com 18 anos ou mais de idade
4. SW – Profissionais do sexo femininas, com 18 anos ou mais de idade.

Gráfico 28. Prevalência de aids em populações-chave no Brasil, de 2009 a 2013. Fonte: GARPR, 2014:19.

- Populações Privadas de Liberdade: alguns dados relativos à prevalência de tuberculose foram apresentados no item correspondente deste relatório.

Há projetos pontuais de ampliação diagnóstica para tuberculose e HIV nos presídios, em vários momentos foram constituídos Grupos de Trabalho no Ministério da Saúde reunindo especialistas em saúde pública, saúde mental, HIV, drogas, violência, para pensar e definir estratégias. Porém, como a própria questão carcerária no Brasil é indefinida, com base no encarceramento com pouquíssimas possibilidades de reabilitação e reinserção social, as estratégias para diagnóstico de IST, aids, hepatites virais, tuberculose, abuso de drogas, ficam à mercê de poucas ações individuais, poucas ONG e instituições religiosas que desenvolvem trabalhos nos presídios, porém nada com alcance nacional, nada com capilaridade.

Como a Segurança é responsabilidade Estadual, e a política no Brasil tem como característica muito frequentemente *não* compartilhar ou sustentar Boas Práticas em trocas de governo, sendo uma política claramente partidária, as Secretarias Estaduais promovem ações pontuais, porém sem avaliação sistemática, sem publicações relativas a estratégias eficazes.

No campo Curitiba, as novas estratégias preconizadas nacional e internacionalmente, como TASP – Tratamento como Prevenção, PEP – Profilaxia pós-Exposição, PRéP – Profilaxia Pré-Exposição estão sendo implementadas tanto para as populações vulneráveis como para a população em geral.

A figura do *Vinculador* ou *Linkador* tem tido grande papel para melhoria da adesão e da retenção dos pacientes. São pessoas HIV+ (ou não) que auxiliam os pacientes a receber o diagnóstico, comparecer às duas primeiras consultas e realizar todos os exames solicitados nos dias e horários marcados nos serviços. Diante do impacto da revelação diagnóstica do HIV +, o apoio personalizado do Vinculador pode ser decisivo para se garantir adesão ao tratamento e reduzir a porcentagem dos “Perdidos de Vista”. Curitiba tem o serviço do vinculador articulado ao Centro de Orientação e Aconselhamento, sendo esses vinculadores treinados e supervisionados dentro da própria estrutura do COA.

Em Curitiba, alguns profissionais de saúde do Programa Mãe Curitibana procuraram formação paralela em Terapia Sistêmica, dentre outras formas de suporte e conhecimento em Psicologia e Psicoterapias. Esse é um diferencial importante a favor destes profissionais, que conseguem estabelecer e manter a empatia com os pacientes desde a revelação diagnóstica até o nascimento do neto...

O objetivo do tratamento é reduzir a carga viral até que ela fique indetectável. Se há uma boa adesão, as chances do tratamento ser bem sucedido são muito altas.

4.6. Bancos de sangue

O Brasil tem, atualmente, excelência no controle dos Bancos de Sangue. Porém, não foi sempre assim: no final dos anos 1970 e início dos anos 1980 a situação era considerada caótica e muitas pessoas foram infectadas com vírus da aids pela via sanguínea.

No presente item será apresentada uma linha do tempo sobre a questão do sangue no Brasil, desde os anos 30-40 até os dias de hoje.

Nos anos 1980, com a criação da Política Nacional do Sangue, o fim da doação remunerada e campanha de doação altruísta de sangue pela Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH, fundada em 1950), a ampliação da testagem de todo sangue doado, renovação de equipamentos, automação e informatização, promoveram um aumento significativo na fidedignidade dos bancos nacionais¹⁴⁰.

A prática transfusional no Brasil continua evoluindo. Considera-se que o Rio de Janeiro e São Paulo tenham sido o estado protagonistas na evolução da chamada Hemoterapia Brasileira. Pernambuco, que participou do estudo de campo do presente Diagnóstico Situacional da Opção B+ nos países da CPLP, teve o primeiro Hemocentro do Brasil, HEMOPE.

Até a década de 40, já existiam no Brasil vários serviços de transfusão de sangue, com destaque para o Serviço de Transfusão de Sangue (STS) do Rio de Janeiro, fundado em 1933.

Os pioneiros da Hemoterapia no Brasil tiveram uma importante preocupação: pensar o papel do sangue em seus aspectos científico, religioso, cultural, político, moral e jurídico. O cuidado da seleção de doadores, da qualidade das transfusões, a necessidade de pesquisas constantes para atualização foram aspectos contemplados.

¹⁴⁰ Junqueira, P.C. et al – *História da Hemoterapia no Brasil*. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2005;27(3):201-2017.

Nesse início, os doadores “altamente selecionados” eram remunerados a 500 réis por milímetro cúbico de sangue doado – e no caso de doadores imunizados, a 750 réis por mm³. Nessa época, não eram aceitos doadores espontâneos, nem em emergências.

Em 07 de dezembro de 1942, foi inaugurado o primeiro Banco de Sangue no Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, visando obter sangue para este hospital e atender ao esforço da guerra, mandando plasma humano para as frentes de batalha. Um industrial, chamado Francis Hime¹⁴¹, filantropicamente custeou a instalação e manutenção deste serviço.

Também neste ano de 1942 foi fundado o Banco de Sangue da Santa Casa, em Porto Alegre; em 1943 foi fundado o Banco de Sangue do Hospital das Clínicas em São Paulo, ligado à Universidade de São Paulo, com técnicas e rotinas assistenciais que serviram de modelo para vários outros postos no país. Além deste, foi criado o Banco de Sangue da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Em 1944, o prefeito do então Distrito Federal (Rio de Janeiro) criou o Banco de Sangue do Distrito Federal. Em 1945 foi criado um Banco de Sangue privado, em Botafogo/RJ, que fornecia sangue aos médicos que faziam transfusões.

Em 1949 foi fundado o Banco de Sangue de São Paulo. Nos anos 50, como já foi mencionado, foi fundada a Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia (SBHH), em Petrópolis, Rio de Janeiro. Neste ano foi promulgada a Lei nº 1075, de 27 de março de 1950, que dispunha sobre a Doação Voluntária de Sangue. Também neste ano foi fundada a Associação de Doadores Voluntários do Brasil.

Nesta época foi criada a Seção de Investigação Científica do Banco de Sangue da Prefeitura do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que realizou estudos sobre os grupos sanguíneos de populações índias e então denominadas neobrasileiras, com excursões pelo Brasil e publicação de artigos científicos no país e no exterior.

Em 1956 o Banco de Sangue da Prefeitura foi transformado no Instituto de Hematologia.

Nos anos 1960 o Ministério da Saúde do Brasil criou um grupo de trabalho para estudo e regulação da Hemoterapia no Brasil, base para a Comissão Nacional de Hemoterapia, criada em 1965. Essa Comissão, através de formulação de políticas, decretos, portarias e resoluções, estabeleceu o primado da doação voluntária de sangue, além da necessidade de medidas universais de proteção a doadores e receptores.

Normatizou o fornecimento de matéria-prima para a indústria de fracionamento plasmático e importação-exportação de sangue e hemoderivados. Foi implantado o registro oficial dos bancos de sangue públicos e privados, publicação de normas básicas para prestação de serviço transfusional.

Em 1978 a Comissão Nacional de Hemoterapia passou a ser uma das Câmaras Técnicas – e em seguida, a Câmara foi desativada com a criação do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue) em 1979.

¹⁴¹ Homônimo de um famoso compositor de Música Popular Brasileira, parceiro de Chico Buarque.

Dos anos 1960 até 1979, havia legislação e normatização para as questões do sangue no Brasil – porém, sem fiscalização e sem uma política de sangue consistente. O sistema era desorganizado, com serviços públicos heterogêneos quanto à qualidade dos serviços técnicos, e com incentivo às doações remuneradas por parte das indústrias de hemoderivados.

Nesse período do final dos anos 1970, foi retomada com intensidade uma importante Cooperação entre Brasil e França.

O Hemocentro de Pernambuco (HEMOPE) foi inaugurado em 1977, concebido de acordo com o modelo dos centros franceses de hemoterapia e que serviu como base para a criação do Pró-Sangue. O diretor, Luiz Gonzaga dos Santos, pernambucano, foi o primeiro bolsista contemplado para ir à França fazer especialização em Hematologia e Transfusões.

O Programa Nacional de Sangue estabeleceu a criação de hemocentros nas principais cidades do país, tendo como diretrizes a doação voluntária não-remunerada de sangue e medidas de segurança para doadores e receptores. Esse Programa Nacional transformou-se na Coordenação de Sangue e Hemoderivados, e passou do Ministério da Saúde para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – atualmente integra a estrutura da Secretaria Nacional de Programas Especiais da Saúde, e a partir daí, constitui-se como Divisão Nacional de Sangue e Hemoderivados, DINASHE, com definição de recursos orçamentários para consolidação dos hemocentros coordenadores e expansão da rede de hemocentros no país.

Junho de 1980 é considerado o marco da extinção da doação remunerada de sangue no Brasil. Eram verificadas doações por presidiários em troca de cigarros, população de rua em busca de dinheiro, dentre outras condições indignas para doação. As doações remuneradas representavam **80%** do estoque dos bancos de sangue do país.

A extinção da doação remunerada teve apoio da Associação Médica Brasileira, Associação Paulista de Medicina, Associação Paulista de Propaganda, Associação Brasileira de Relações Públicas e da imprensa em geral. Foram elaboradas peças publicitárias para televisão, revistas e jornais.

Nessa época, a principal estratégia para obtenção do doador voluntário (altruísta) era conseguir o chamado “doador de reposição”, familiares e amigos dos pacientes; a campanha foi um sucesso, ficando o país apenas com doadores voluntários, sem desabastecimento de qualquer banco de sangue.

Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em Brasília, o tema do sangue e derivados foram considerados importantes indicadores de saúde e foi proposta a Política Nacional de Sangue e Hemoderivados – PLANASHE, com os seguintes objetivos:

- Fortalecer e ampliar a rede de hemocentros
- Conscientizar a população para a doação voluntária de sangue
- Formar recursos humanos
- Desenvolver novas tecnologias
- Promover o controle da qualidade e vigilância sanitária.

Constituição de 1988

O artigo 199 da Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu que a *assistência à saúde é livre à iniciativa privada*; e em seu parágrafo 4 diz que *a lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção dos órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus componentes, vedado todo tipo de comercialização*.

Com a garantia do direito à saúde, com a criação do SUS, a Constituição fortalece as ações já em curso na área de hemoterapia. Apenas em 2001, porém, o artigo 199 foi regulamentado pela Lei nº 10.205, estabelecendo a proibição sumária de qualquer forma de comercialização do sangue e derivados. Também admitia a remuneração dos serviços por meio da cobertura de custos de processamento, o que provocou discussões no Congresso Nacional.

A aids

Com o advento da aids no início dos anos 1980 e o estabelecimento que as transfusões de sangue, componentes e derivados poderiam ser considerados fontes de transmissão, houve uma grande movimentação para uma resposta adequada. No Brasil, cerca de 2% dos casos de aids eram transmitidos por transfusão – e mais de 50% dos hemofílicos estavam infectados pelo HIV. O escritor Henfil e seu irmão Betinho lideraram o movimento contra a condição de grande dano da hemoterapia no país.

Novos procedimentos foram implementados, como a substituição da doação anônima pela personalizada, incremento de todos os métodos de autotransfusão, e uma avaliação acurada dos riscos-benefícios-custo.

Consolidação do sistema

Apenas em 1991 foi consolidado o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados (SINASHE), considerada a manifestação política mais vigorosa do Estado em defesa das condições sanitárias da sociedade civil. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do SUS, sendo que o Ministério da Saúde, na década de 1990, promoveu diversas mudanças de reordenação político-normativa-estrutural na área do sangue e hemoderivados.

A partir daí, em 1991 a DINASHE transforma-se em Coordenação de Sangue e Hemoderivados (COSAH). A Coordenação institui, em 1995, para o período de 1996 – 1998, o Programa de Interiorização da Hemorrede Pública.

Em 1998, passa a ser gerência de Projetos de Sangue e Hemoderivados. Nesse ano, é lançado o programa vitorioso, conhecido como Metas Mobilizadoras Nacionais do Setor Saúde, “Sangue com Garantia de Qualidade em todo o seu Processo até 2003”, marco da hemoterapia, que estabeleceu 12 metas e assegurou um grande impulso na qualidade dos serviços de sangue do País.

No ano de 1999, a gerência é transferida para o âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), passando a chamar-se Gerência-Geral de Sangue e Hemoderivados (GGSH).

Já no âmbito da Anvisa, em 2000, passou a Gerência-Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos (GGSTO).

Retorna ao âmbito do Ministério da Saúde, em 2004, para a Secretaria de Atenção à Saúde, do Departamento de Atenção Especializada, chamando-se Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados (CGSH), permanecendo na Anvisa o Programa de Vigilância Sanitária do Sangue (PVSS).

A partir de 2010 está sob responsabilidade da CGSH do Ministério da Saúde, estando alinhados com o eixo prioritário de gestão “Gestão da Qualidade em Serviços de Hemoterapia”, em alinhamento com a Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa de 16 de dezembro de 2010.

O Ministério da Saúde do Brasil tem intensificado esforços, pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para normatizar e assegurar a continuidade das práticas em Hemoterapia, na inter-relação com outros setores das áreas de saúde, educação, meio ambiente e sustentabilidade de ações.

A exclusividade de doação voluntária enfrenta momentos de desabastecimento em épocas específicas, porém com incentivo da mídia e do próprio governo, são pontuais e rapidamente revertidos.

4.7. Adesão e protocolo para atenção às Gestantes infectadas pelo HIV: parto, amamentação e tratamento

O protocolo para gestantes refere-se ao diagnóstico inicial, tratamento medicamentoso durante o período pré-natal, parto e puerpério, realização de cesariana e supressão química da amamentação, com fornecimento de fórmula láctea.

Apesar das evidências de que o desejo da mulher de proteger a saúde de seu filho e de se manter saudável leva à melhor adesão ao tratamento antirretroviral durante a gravidez, diferentes estudos demonstram que apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento e sem exposição prévia aos ARVs atingem supressão viral próxima ao parto.

A principal causa para a não supressão viral nesse grupo é a adesão insuficiente, que costuma se agravar após o parto. Essa questão está relacionada ao estigma, pressões familiares e à própria cultura em relação à maternidade. A questão familiar é muito importante: se o diagnóstico é ou não revelado para a família, quais os obstáculos principais para o tratamento e para acesso aos exames e cuidados específicos da gestação, e como a própria gestante lida com as questões de estigma e discriminação.

Uma revisão de estudos realizados na África e Ásia mostrou que uma proporção extremamente variável (17%-80%) das mulheres revela seu diagnóstico ao parceiro, sendo as proporções mais baixas de revelação observadas entre mulheres diagnosticadas como parte do acompanhamento pré-natal e as maiores taxas de encontradas entre aquelas que procuraram voluntariamente o aconselhamento e testagem.

Para o sucesso das políticas atuais de tratamento e acompanhamento de gestantes infectadas pelo HIV durante o pré-natal e após o parto, a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar a adesão.

Uma revisão sistemática da literatura sobre adesão à TARV em mulheres grávidas e no pós-parto, publicada em 2014 e que incluiu estudos quantitativos e qualitativos, mostrou que a adesão ao tratamento se associou a fatores como maior idade e escolaridade da mulher, à revelação do diagnóstico aos familiares e parceiro sexual e à capacidade de administrar o tratamento em meio às atividades diárias.

O uso de álcool e outras substâncias psicoativas, o temor da revelação do diagnóstico na comunidade em que se vive e a dificuldade de acesso ao sistema de saúde têm impacto negativo na adesão. A implementação de estratégias que visem a inserção dos filhos e do parceiro no sistema de saúde, ampliando a assistência a toda a família, é crucial para a melhoria da adesão.

É imprescindível que essas mulheres recebam informações sobre os benefícios da TARV e que lhes seja garantido espaço para a discussão de eventuais temores sobre possíveis impactos negativos das medicações nos fetos e recém-nascidos.

Nesse sentido, a atitude e o acolhimento por parte dos profissionais de saúde têm grande importância e podem também influenciar positivamente a adesão de gestantes e puérperas. O período pós-parto pode ser acompanhado de alterações do humor que muitas vezes não são diagnosticadas e também interferem na adesão.

A carga viral (CV) é um dos fatores associados ao risco de transmissão vertical do HIV e auxilia na definição da via de parto. A taxa de transmissão é inferior a 1% em gestantes em uso de antirretrovirais que mantêm níveis de carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a carga viral estiver indetectável. Além disso, a carga viral é utilizada para monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta ao tratamento antirretroviral.

Durante o seguimento da gestante infectada pelo HIV, devem ser realizados pelo menos três exames de carga viral durante a gestação: (1) Na primeira consulta do pré-natal, para estabelecer a magnitude da viremia; (2) Entre quatro e oito semanas após a introdução do esquema antirretroviral, para avaliar a resposta ao tratamento; (3) A partir da 34ª semana, para indicação da via de parto.

Quando o esquema antirretroviral for modificado por qualquer motivo, o seguimento virológico (acompanhamento com carga viral) deve ser realizado entre quatro e oito semanas após a mudança de esquema e a partir da 34ª semana, para definir a via de parto.

O Ministério da Saúde sistematizou os itens essenciais para o manejo clínico da gestante infectada pelo HIV no *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*, 2015, em que podem ser encontradas as referências para anamnese, opções de esquemas terapêuticos e principais reações adversas possíveis, além das diretrizes para parto e amamentação.

Necessidades e informações para o manejo	Aspectos a serem abordados no atendimento inicial
Reação emocional ao diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o nível de conhecimento sobre HIV/aids, explicar dúvidas de forma clara • Avaliar o apoio familiar e social, assegurando confidencialidade e sigilo
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Documentação do teste • Tempo provável de soropositividade • Situações de risco para a infecção • Presença ou história de infecções oportunistas relacionadas ao HIV • Contagem de LT-CD4+ e carga viral, genotipagem e TARV • História de uso anterior de ARV: tempo de uso, adesão, eventos adversos prévios, etc. • Cartão de Imunizações • Compreensão sobre a doença: explicação sobre transmissão vertical e horizontal, história natural, significado da contagem LT-CD4+, carga viral, TARV e genotipagem • Utilização de preservativos • História de sífilis e outras IST
Abordagem do risco	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tabaco, álcool e outras drogas • Interesse em reduzir os danos à saúde
Hábitos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Rotinas diárias • Hábitos nutricionais • Atividade física
História clínica atual e passada	<ul style="list-style-type: none"> • História de doença mental • História de tuberculose: PPD⁽¹⁾, doença e tratamento, companheiro com diagnóstico atual de tuberculose • Dislipidemias, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, doenças autoimunes, distúrbios da tireoide • Câncer de mama e câncer de colo uterino • Hospitalizações prévias • Uso de práticas integrativas

Figura 28. Aspectos a serem abordados no atendimento à gestante que vive com HIV no Brasil preconizados pelo Ministério da Saúde. Fonte: DIAHV, 2015¹⁴².

A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico-obstétrico de gestantes infectadas pelo HIV tem como objetivo avaliar a condição geral de saúde da mulher e identificar o status da infecção pelo HIV (situação imunológica e virológica inicial), a presença de comorbidades e de fatores que possam interferir na evolução da gravidez.

¹⁴² Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, 2015.

A questão do parto: indicação da via de parto em gestantes vivendo com HIV e aids

Em mulheres com carga viral desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva na 38ª semana de gestação diminui o risco de transmissão vertical. Para gestantes em uso de antirretrovirais e com supressão da carga viral sustentada, caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada.

Biossegurança no parto

As precauções básicas e universais são medidas de prevenção que devem ser adotadas em qualquer paciente, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doenças infecciosas, quando da manipulação de sangue, secreções, excreções, mucosas ou pele não íntegra.

As medidas de biossegurança incluem a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), luvas, máscara, óculos de proteção, capotes e aventais, com a finalidade de reduzir a exposição da pele e das mucosas do profissional de saúde ao sangue ou fluidos corpóreos de qualquer paciente.

Em caso de exposição a materiais biológicos, o profissional exposto deve ser avaliado com rapidez para que possa, caso seja indicado, realizar a profilaxia devida. A profilaxia ao HIV não confere segurança absoluta e, portanto, não substitui a boa prática de saúde no que confere minimizar risco mediante o uso correto dos EPI e técnica de excelência.

Cuidados específicos no puerpério

A puérpera deverá ser orientada quanto à importância de seu acompanhamento clínico e ginecológico, assim como sobre o seguimento da criança até a definição de situação imunológica. É muito comum, após o parto, haver diminuição da adesão da mulher ao tratamento, principalmente o não comparecimento a consultas agendadas em serviço de referência para HIV, quando o diagnóstico é feito na maternidade. O comparecimento às consultas deve ser estimulado e monitorado, lançando-se mão de busca ativa, se necessário.

O seguimento obstétrico da mulher com HIV no puerpério, salvo em situações especiais de complicações ocorridas durante o parto e o puerpério imediato, é igual ao de qualquer outra mulher, devendo-se prever o retorno entre o 5º e o 8º dia e no 42º dia pós-parto.

A caderneta da gestante tem informações importantes para o acompanhamento da criança e para futuras gestações. Por esse motivo, deverá ser devolvida à puérpera com todas as anotações referentes ao período da internação para o parto. A puérpera deve ter alta da maternidade com consulta agendada no serviço de saúde especializado para seu acompanhamento e o da criança. É necessário considerar que mulheres que não amamentam tendem a ter um período menor de amenorreia, podendo voltar a ovular a partir de quatro semanas após o parto. Assim, considerando os direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres, estas devem ser acompanhadas nas ações de planejamento familiar, para que façam escolhas reprodutivas de forma consciente e segura.

Manejo antirretroviral da mãe

A TARV após o parto não deve ser suspensa, independentemente da contagem de LT-CD4+ e dos sinais e sintomas clínicos. As pacientes coinfectadas com o vírus da hepatite B e/ou vírus da hepatite C devem ser encaminhadas a especialista da área, para adequação de esquema terapêutico.

Imunizações recomendadas

Além dos aspectos que dizem respeito à gestação, é preciso considerar as condições imunológicas da gestante vivendo com HIV/aids. Na infecção pelo HIV, à medida que aumenta a imunossupressão, reduz-se a possibilidade de resposta imunológica consistente.

Profilaxia da transmissão vertical do HIV no parto e puerpério

O AZT injetável é indicado para a prevenção de transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto até o clameamento do cordão umbilical.

Os ARV devem ser mantidos nos horários habituais, via oral com um pouco de água, durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada.

Recomenda-se a manutenção do uso do AZT injetável como profilaxia para todas as gestantes durante o parto, exceto aquelas que apresentem carga viral indetectável após 34 semanas de gestação.

Amamentação na gestante vivendo com HIV/aids

O risco da transmissão vertical continua por meio da amamentação. Dois grandes estudos mostram que o risco pelo aleitamento materno entre as primeiras semanas de vida foi de 8,9 infecções/100 crianças ano. Em outro estudo, o risco cumulativo de transmissão por meio do aleitamento materno foi de 14% para mães com infecção crônica e entre 25%-30% entre mães com infecção tardia durante a gestação ou lactação. Mesmo quando mantido o tratamento materno durante período da amamentação, a taxa de transmissão encontra-se entre 1%-5%, independentemente da carga viral materna. Dessa forma, o fato de a mãe utilizar ARV não controla a eliminação do HIV-1 pelo leite, não garantindo proteção da transmissão vertical.

Recomenda-se que toda puérpera vivendo com HIV/aids seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil.

A criança exposta, infectada ou não, terá direito a receber a fórmula láctea infantil, pelo menos, até completar seis meses de idade. Em alguns estados, a fórmula é fornecida até os 12 meses de idade ou mais.

Uso de inibidores de lactação

A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, utilizando-se cabergolina 1,0 mg via oral, em dose única (dois comprimidos de 0,5 mg por via oral).

Essa indicação ocorre pelas vantagens que a cabergolina apresenta em relação a outros medicamentos, tais como efetividade, comodidade posológica e raros efeitos colaterais (gástricos), devendo ser ministrada antes da alta hospitalar. Além disso, trata-se de medicamento cujo custo é ressarcido ao serviço de saúde, mediante a informação do código do procedimento no preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do parto.

Diante da ocorrência de lactação rebote, fenômeno pouco comum, pode-se realizar uma nova dose do inibidor.

A prática já demonstrou que uma das intervenções mais efetivas para evitar a amamentação natural é começar a orientação para o aleitamento artificial já durante o pré-natal. A decisão e a comunicação à puérpera da necessidade de suprimir a lactação apenas após o parto é considerada tardia, com resultados insatisfatórios.

O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurizado domiciliar são contraindicados.

Enfaixamento das mamas

Consiste em realizar compressão das mamas com atadura, imediatamente após o parto, com o cuidado de não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. O enfaixamento é recomendado por um período de dez dias, evitando-se a manipulação e estimulação das mamas. Esse procedimento pode ser considerado como medida de exceção, apenas para os casos em que a cabergolina não estiver disponível.

Nutrição

A questão social da falta de recursos para alimentação adequada ainda é um desafio a ser enfrentado no Brasil. Se em algum momento houve uma maior dispersão da renda e maior acesso das camadas da população que em geral são excluídas, neste 2016 o país enfrenta alta inflação e um recorde de desemprego. Muitas pessoas simplesmente não têm o que comer.

A alimentação das gestantes difere daquela dos adultos basicamente em razão da necessidade aumentada de nutrientes para possibilitar o adequado desenvolvimento do feto. As necessidades nutricionais e energéticas podem variar segundo a avaliação do estado nutricional pré-gestacional, o estágio da infecção pelo HIV, as comorbidades (como diabetes, hipertensão ou obesidade), o estilo de vida e a atividade física habitual.

No caso de gestantes vivendo com HIV/aids, deve-se avaliar se é um caso estável, assintomático ou se há alguma complicação ou sintoma de aids. Para gestantes assintomáticas, as recomendações não diferem dos cuidados com qualquer outra gestante de baixo risco. Deve-se seguir uma alimentação saudável, observando as necessidades nutricionais naturalmente aumentadas nessa condição fisiológica.

O Ministério da Saúde elaborou o *Gestação de Alto Risco - Manual Técnico*¹⁴³, em que estão disponíveis também orientações para gestantes que apresentam comorbidades, como anemias, diabetes, entre outras, que tornam o pré-natal de alto risco. Todas essas condições devem ser consideradas no cálculo das necessidades nutricionais.

A questão da adesão envolve também a questão dos efeitos colaterais dos medicamentos, além do número de comprimidos e o que pode se considerar o mais importante, a aceitação da doença e a possibilidade de tratar-se, seja em nome de não infectar o filho, seja em nome de seu cuidar mesmo.

Efeitos adversos do tratamento antirretroviral em gestantes

Os efeitos adversos mais comuns nas primeiras semanas de tratamento antirretroviral em gestantes são semelhantes àqueles que ocorrem nos adultos em geral. A ocorrência de hiperêmese gravídica pode levar à necessidade de postergar o início do tratamento. A lamivudina habitualmente é bem tolerada, sendo rara a ocorrência de efeitos adversos como pancreatite ou neuropatia periférica; com o uso do efavirenz, podem ocorrer sintomas associados ao sistema nervoso central, tais como: tonturas, “sensação de embriaguez”, sonolência ou insônia, dificuldade de concentração e sonhos vívidos (sensação forte de realidade). Geralmente, esses sintomas se restringem às primeiras semanas de uso, e uma boa opção é recomendar o uso do medicamento antes de dormir. O desenvolvimento de exantema grave, geralmente com lesões maculopapulares do tipo eritema multiforme, associado ao uso da nevirapina, parece ser de 5,5 a 7,3 vezes mais frequente entre mulheres do que entre homens. Habitualmente, o exantema precede a ocorrência de hepatotoxicidade. Portanto, o surgimento de exantema deve determinar a suspensão do medicamento.

Os principais efeitos adversos relatados com o lopinavir/r após o início do tratamento são diarreia, náuseas, astenia, dor abdominal, cefaleia, vômitos e hiperlipidemia com hipertrigliceridemia. A diarreia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos. Outros efeitos adversos menos frequentes incluem: hiperglicemia, aumento de enzimas hepáticas e hiperamilasemia; o atazanavir pode causar o aumento da bilirrubina total, à custa da fração indireta, com presença de icterícia em alguns casos. A elevação das transaminases pode ocorrer em cerca de 2% a 7% dos casos.

Nos campos de Brasília, Recife e Curitiba foram unânimes os relatos dos profissionais de saúde em relação à frequência e número de reclamações sobre os efeitos colaterais dos medicamentos por parte das gestantes HIV+.

Os grupos de apoio da ONG Gestos, de Recife, trabalham a questão da nutrição e as possibilidades de redução de danos dos efeitos colaterais, não apenas enquanto a mulher está grávida – em que o tratamento medicamentoso tem como objetivo principal não transmitir o HIV para o filho – como também o incentivo pós-parto, *para que ela veja o filho crescer*¹⁴⁴.

¹⁴³ Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.

¹⁴⁴ Trecho de entrevista com ativista da ONG Gestos, Recife, Maio de 2016.

Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SRI) na gestante vivendo com HIV/aids

A reconstituição imune é uma das metas da TARV. Em algumas situações, observa-se um quadro clínico de caráter inflamatório exacerbado, chamado de Síndrome Inflamatória associada à Reconstituição Imune (SRI), associado ao início da TARV.

Essa síndrome se manifesta como piora “paradoxal” de doenças infecciosas preexistentes, geralmente autolimitadas, mas que podem assumir formas graves. São descritas reações inflamatórias relacionadas a infecções fúngicas, virais e bacterianas, neoplasias e fenômenos autoimunes.

A SRI pode se apresentar como agravamento de uma doença já diagnosticada, como no caso da tuberculose, tradicionalmente apresentando aumento de linfonodos, bem como o aparecimento de uma doença não diagnosticada previamente, exacerbando uma infecção subclínica preexistente.

O início da TARV em pacientes com baixas contagens de LT-CD4+ é um fator preditor para ocorrência de SRI, especialmente havendo história pregressa ou atual de coinfeções ou de infecções oportunistas. A prevenção das complicações associadas à SRI envolve identificação e manejo precoce.

A não-adesão queima esquemas terapêuticos

O abandono temporário ou definitivo de um tratamento promove adaptações do organismo e do HIV às alterações metabólicas. Um esquema terapêutico é pensado para uma determinada combinação de fármacos, considerando-se as comorbidades do paciente, além de sua condição de saúde geral.

A má adesão, as falhas nas tomadas dos remédios, a não-realização de exames, a manutenção de comportamentos de risco, tudo isso prejudica não apenas aquele paciente, mas tem impacto profundo na História Natural da Doença.

Um esquema terapêutico “queimado”, prejudicado e que precisa ser substituído, requer novas avaliações, novas considerações sobre as possibilidades clínicas, metabólicas e possíveis efeitos colaterais mais ou menos danosos que os provocados pelo esquema anterior.

Garantir a boa adesão implica em conhecimento, diálogo, acesso, confiança e uma relação horizontal com o paciente, em que o que ele pensa, sente e não-entende é respeitado e esclarecido¹⁴⁵.

No **Campo Recife** foram apresentadas estratégias importantes para adesão:

- No IMIP – realização de grupos de adesão para adolescentes que foram infectados por Transmissão Vertical e grupos de adesão para gestantes.

¹⁴⁵ Trecho de entrevista com profissional de saúde em Curitiba, julho de 2016.

- Na ONG Gestos – grupos de adesão, ativismo e saúde em geral, com pessoas soropositivas, porém tratando de temas diversos, desde nutrição e saúde bucal até adesão ao tratamento de aids propriamente dito; grupos de mulheres com materiais de sex shop; grupos de agentes comunitárias de saúde com brindes da MAC cosméticos, como espaço inicial de diálogo e acesso às diferentes populações.

Recife tem um acompanhamento acurado de toda a série histórica para transmissão vertical do HIV, além de boletins epidemiológicos municipais com extrema acurácia, dentro das possibilidades de notificação dos casos.

No Campo Curitiba foram elencadas estratégias específicas para Revelação Diagnóstica, importante componente da adesão, tanto a chamada Primeira Revelação (médico ou profissional de saúde para o paciente) como as Revelações subsequentes, para família, amigos, escola, etc.

As estratégias compreendem diálogo com longa abrangência de tempo, disponibilização de canais de comunicação específicos, como whats app, mensagens no celular, e-mails, assim como o preparo do profissional para compreender em que momento da vida o paciente está, e adequar sua abordagem a esse contexto.

Ao atender três gerações de pessoas com HIV, os profissionais sentem que as reações são imprevisíveis, oscilando da mais completa negação, com pensamento mágico orientando uma suposta cura, até a adesão quase imediata, fruto da convivência com outras pessoas soropositivas desde sempre.

“Perdidas de Vista mesmo sendo vistas”

Um desafio ao se atender as mulheres grávidas HIV+ é dar visibilidade às suas complexas redes de inserção social. Em Curitiba, os diferentes setores da saúde dialogam em encontros e uma rotina de Reuniões Mensais em que são compartilhados dados epidemiológicos, Boas Práticas, dificuldades, parcerias e ideias. Essas reuniões são realizadas em local fixo, contando com registro em ata e posterior divulgação por e-mail para todos os participantes.

Nos Comitês Distritais são estruturadas ações para redução da Mortalidade Infantil, como a Busca Ativa de crianças faltosas em vacina. Mesmo com limitação de Recursos Humanos, a educação continuada e a captação precoce são mantidas e incentivadas.

As complexidades relativas à atualização do Programa Mãe Curitibana são debatidas exaustivamente nessas reuniões, bem como são apresentadas soluções, propostas e as boas ideias são amplamente divulgadas e incentivadas. É uma boa prática e que contribui para que a invisibilidade das mulheres seja desconstruída.

Adesão Pediátrica

Em Curitiba, há atenção especial à adesão pediátrica. Os profissionais de saúde que trabalham desde o início da epidemia relatam estar acompanhando a terceira geração de crianças expostas.

Para a adesão pediátrica, há que se considerar que a criança depende integralmente dos cuidadores, que precisam ter entendimento, conhecimento da doença. Também é da máxima relevância o vínculo entre mãe e bebê.

Uma questão importante quando se trabalha a adesão pediátrica é a da *culpa*, muito forte nas mães cujos filhos tem HIV por transmissão vertical.

O trabalho do profissional de saúde precisa ter como foco a *desculpabilização* dessa mãe, ou ainda, permitir todas as formas de ressignificação dessa culpa – *construir-se um passado com os olhos do presente, com vistas ao futuro*¹⁴⁶ - e aumento da adesão ao tratamento.

A palatabilidade da medicação também tem grande influência na adesão pediátrica. Medicamentos com gosto ruim em geral são logo abandonados.

Os esquemas terapêuticos precisam ser pensados em função do desenvolvimento infantil, comorbidades, sendo negociados e discutidos com os pais ou responsáveis para que os medicamentos e a rotina de exames estejam adaptados da melhor forma possível às condições daquela família.

A questão da *revelação diagnóstica* é muito importante. Precisa ser individualizada, e é preciso conhecer o momento do paciente para que a revelação seja o menos avassaladora possível. Sempre provoca alguma mudança, quando não uma reviravolta na vida da pessoa que recebe o diagnóstico. São muitas decisões a se tomar: revelar ou não esse diagnóstico para a família, para a escola, para o grupo social de apoio? Em caso afirmativo, quando e como?

Ainda prevalece o pensamento mágico em boa parte da população com menor grau de escolaridade. Curas mágicas, instantâneas e definitivas ganham espaço nas seitas e o antídoto é a informação. Porém, é um antídoto necessário, mas nem sempre suficiente para promover adesão ao tratamento. A adesão também não é mágica.

Fatores da relação médico-paciente como tempo de consulta, fornecimento do número de um contato mais próximo, como o telefone celular da médica para o paciente, a acolhida, a confiança, são essenciais para a boa adesão. São trabalhosos, mas o resultado é visível.

A criança muitas vezes pergunta: “O que eu tenho?”. Essa explicação é decisiva para a compreensão do diagnóstico. É o trabalho educativo essencial para o autocuidado permanente.

A equipe do serviço de saúde muitas vezes auxilia a mãe HIV+ a elaborar as explicações para a não-amamentação e conseguir enfrentar a família: esquemas artesanais para a pergunta *Por que não vai amamentar?* Por exemplo, “estou tomando remédio muito forte, que se amamentar ao mesmo tempo, dá risco de hemorragia”, ou “um remédio que tomei no parto fez secar o leite”, e assim por diante. Ainda no século XXI, e numa cidade importante como Curitiba, ainda há pressão das famílias para que as mães amamentem, ainda há preconceito com o HIV, e ainda muitas mulheres escondem sua sorologia mesmo dos parentes mais próximos, por medo do estigma.

¹⁴⁶ Piera Aulagnier, Psicanalista. Livro *Uma Intérprete em Busca de Sentido*. São Paulo: Ed. Escuta, 2001.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

A notificação compulsória da gestante com sífilis em todo o território nacional foi instituída em 2005¹⁴⁷. No Brasil, na última década, observou-se um aumento da notificação de casos de sífilis em gestantes, o que pode ser considerado como produto do aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica e à ampliação da distribuição de testes rápidos.

A Rede Cegonha, instituída em 2011, contribuiu para a ampliação do acesso ao diagnóstico de sífilis para as gestantes do país.

Em 2015 foram disponibilizados 6.169.145 testes rápidos para sífilis no Brasil.

A notificação compulsória da sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída em 1986¹⁴⁸; a de sífilis adquirida, em 2010¹⁴⁹.

A sífilis congênita, apesar de ser um agravo evitável, desde que a gestante seja identificada e as medidas recomendadas sejam aplicadas, ainda permanece como um problema de saúde pública e sua ocorrência evidencia falhas, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias são medidas simples e efetivas na sua prevenção.

A sífilis é um agravo com diagnóstico, tratamento e cura conhecidos¹⁵⁰ e todos os insumos necessários estão disponíveis no SUS¹⁵¹.

O Brasil é signatário junto à OPAS/OMS para a eliminação da sífilis congênita nas Américas, cuja meta era atingir 0,5 caso/1000 nascidos vivos até 2015; sendo assim, em 2007, o país lançou o *Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis*.

Em 2011, o Brasil incorporou o *Plano Global para Eliminar Novas Infecções por HIV em Crianças até 2015 e Manter suas Mães Vivas*. Em 2016, houve uma força-tarefa nacional para diagnóstico e tratamento da sífilis em geral, sífilis congênita em particular. Porém, com quase 230 mil casos de sífilis adquirida no país, pode-se dizer que ainda há muito o que se trabalhar nesse tema.

Dados Epidemiológicos de Sífilis no Brasil

No período de 2010 a junho de 2016, foram notificados no SINAN um total de 227.663 casos de sífilis adquirida, dos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste, 20,5% no Sul, 9,3% no Nordeste, 4,7% no Centro-Oeste e 3,4% no Norte.

Em 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 65.878, dos quais 37.056 (56,2%) eram residentes na região Sudeste, 17.042 (25,9%) na região Sul, 6.332 (9,6%) na região Nordeste, 3.350 (5,1%) na região Centro-Oeste e 2.098 (3,2%) na região Norte.

¹⁴⁷ Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005.

¹⁴⁸ Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986.

¹⁴⁹ Portaria nº 2.472, publicada em 31 de agosto de 2010.

¹⁵⁰ Exceção à sífilis terciária, muitas vezes apenas tratável.

¹⁵¹ Os pontos fundamentais dos protocolos para diagnóstico e tratamento da sífilis adquirida e da sífilis congênita preconizados pelo Ministério da Saúde estão disponíveis no site www.aids.gov.br.

No mesmo período, a taxa de detecção no Brasil foi de 42,7 casos de sífilis adquirida/100 mil habitantes.

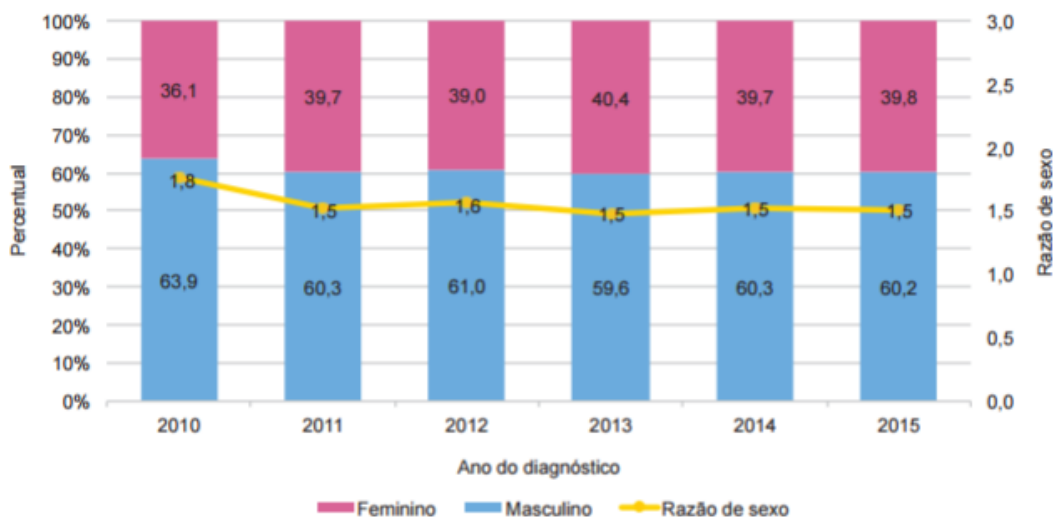


Gráfico 29. Casos de sífilis adquirida segundo sexo e razão de sexo, por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015.

Fonte: MS, BEpS, 2016¹⁵².

Na série histórica de casos de sífilis adquirida notificados, observa-se que 136.835 (60,1%) são homens.

Em 2010, a razão de sexos era de 1,8 caso em homens para cada caso em mulheres; em 2015, foi de 1,5 caso em homens para cada caso em mulheres.

Em 2015, observou-se que 55,6% dos casos de sífilis adquirida, no Brasil, eram da faixa etária de 20 a 39 anos, 16,3% cursaram ensino médio completo, 40,1% declararam ser da raça/cor branca e 31,0% parda. Ressalta-se que em 36,8% dos casos a informação de escolaridade constava como ignorada. Isso demonstra que a notificação para sífilis ainda precisa ser melhorada, pois a escolaridade é um fator importante em termos epidemiológicos, para que se possa pensar estratégias de prevenção e adesão ao tratamento que sejam adequadas ao grau de compreensão e alfabetização do paciente.

Sífilis em gestantes

No período de 2005 a junho de 2016, foram notificados no SINAN um total de **169.546 casos de sífilis em gestantes**, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste.

Em 2015, o número total de casos notificados no Brasil foi de 33.365, dos quais 14.959 (44,8%) eram residentes na região Sudeste, 6.240 (18,7%) na região Nordeste, 6.005 (18,0%) na região Sul, 3.518 (10,5%) na região Norte e 2.643 (7,9%) na região Centro-Oeste.

¹⁵² Boletim Epidemiológico de Sífilis – Brasil, 2016.

Em 2013, foram registrados no SINAN 21.383 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 7,4/1.000 nascidos vivos. Também foram notificados 161 óbitos por sífilis congênita em menores de um ano no Brasil – um coeficiente de 5,5/1.000 nascidos vivos.

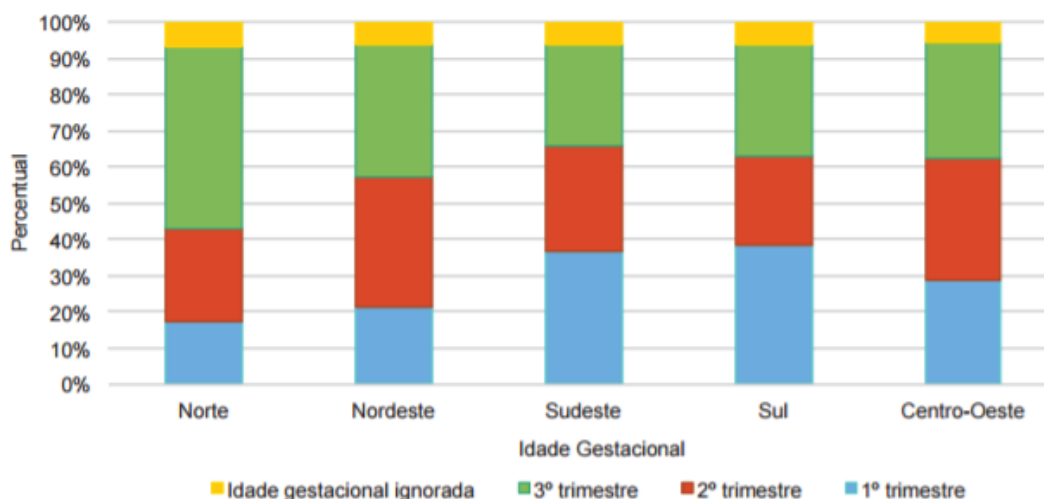


Gráfico 30. Idade gestacional no momento do diagnóstico de sífilis, segundo região de residência e ano de diagnóstico, Brasil, 2015. Fonte: MS, BEpS, 2016.

No Brasil, em 2015, observou-se que 32,8% das gestantes com sífilis foram diagnosticadas no 3º trimestre de gestação, percentual maior na região Norte (49,7%).

Nas regiões Sudeste e Sul, a maior parte das gestantes foi diagnosticada com sífilis no 1º trimestre da gestação – respectivamente 36,8% e 38,7%.

Na série histórica de 2005 a 2016, observou-se que 51,6% das gestantes com sífilis eram da faixa etária de 20 a 29 anos e 46,7% declararam ser da raça/cor parda, enquanto que, na série de 2007 a 2016, 20,9% declararam ter escolaridade de 5ª à 8ª série incompleta. Ressalta-se que em 29,9% dos casos a informação de escolaridade constava como ignorada.

O Brasil realizou um Estudo Sentinela Parturiente, em 2010, elaborado pela Assessoria de Monitoramento e Avaliação do DIAHV, em que observou-se uma taxa de prevalência de sífilis em gestantes de 0,85%, constatando uma redução de 47% em relação ao estudo de 2004 em que a taxa era de 1,6%.

Com relação ao esquema de tratamento prescrito à gestante, em 2015, para 86,2% foi prescrita penicilina benzatina (pelo menos 1 dose), 2,8% outro esquema, em 5,9% não foi realizada a prescrição, e em 5,1% não há informação (ignorado).

De 2012 a 2015, o percentual de gestantes que não tiveram registro de prescrição de tratamento apresentou uma tendência de queda (em 2012, -7,4% e em 2015, -5,9%). Todas as regiões apresentaram queda no percentual de gestantes que não tiveram registro de prescrição de tratamento em relação ao ano anterior (2014-2015). A região Sul apresentou o maior percentual de gestantes que não tiveram esse registro (8,5%), em 2015, seguido dos Estados de Rondônia (15,1%), Amapá (12,2%), Roraima (11,7%), Minas Gerais (10,0%) e Santa Catarina (8,9%).

No Campo Recife, a sistematização dos dados de sífilis em gestantes é apresentada no Boletim Epidemiológico de Sífilis do Estado:

Faixa Etária	Ano de Notificação																				Total
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
10 a 14 anos	1	0,38	9	1,75	5	1,36	3	0,83	7	2,01	3	0,83	8	1,58	6	1,09	10	1,48	8	1,04	60
15 a 19 anos	40	15,04	88	17,12	66	17,93	64	17,73	73	20,92	78	21,61	112	22,18	142	25,82	190	28,06	213	27,77	1066
20 a 29 anos	146	54,89	271	52,72	190	51,63	199	55,12	192	55,01	187	51,80	270	53,47	281	51,09	342	50,52	401	52,28	2479
30 a 39 anos	70	26,32	123	23,93	93	25,27	86	23,82	65	18,62	87	24,10	101	20,00	110	20,00	127	18,76	132	17,21	994
40 a 49 anos	7	2,63	16	3,11	14	3,80	9	2,49	12	3,44	6	1,66	13	2,57	11	2,00	8	1,18	13	1,69	109
50 a 59 anos	2	0,75	3	0,58	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	6
60 a 69 anos	0	0,00	1	0,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
70 a 79 anos	0	0,00	1	0,19	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1
Ignorada	0	0,00	2	0,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2
Total	266	100,00	514	100,00	368	100,00	361	100,00	349	100,00	361	100,00	505	100,00	550	100,00	677	100,00	767	100,00	4718

Tabela 6. Casos de sífilis em gestante segundo faixa etária, por ano de notificação em Pernambuco, 2005-2014.

Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis/PE, 2016.

Também é apresentada a série histórica dos casos de sífilis em gestante segundo ano de notificação em Pernambuco:

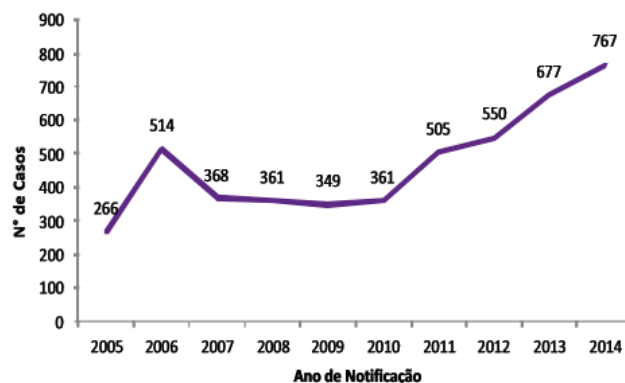


Gráfico 31. Série histórica dos casos de sífilis em gestante segundo ano de notificação em Pernambuco, 2005-2014. Fonte: SES/PE, 2016.

Em relação à faixa etária, a mais vulnerável, dentre as gestantes, à sífilis é a de 20 a 29 anos:

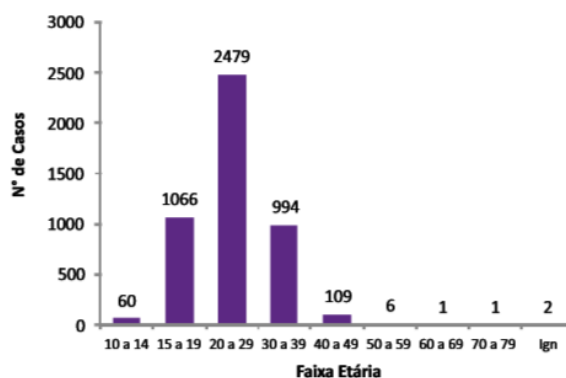


Gráfico 32. Casos de sífilis em gestantes segundo faixa etária em Pernambuco, 2005-2014. Fonte: SES/PE, 2016.

Sífilis congênita

O diagnóstico precoce da sífilis e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais são fundamentais para prevenção da sífilis congênita.

De 1998 a junho de 2016, foram notificados no SINAN **142.961 casos de sífilis congênita** em menores de 1 ano de idade, dos quais 64.398 (45,0%) eram residentes na região Sudeste, 44.054 (30,8%) no Nordeste, 14.300 (10,0%) no Sul, 11.846 (8,3%) no Norte e 8.363 (5,8%) no Centro-Oeste.

Em 2015, foram notificados 19.228 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, a maioria dos quais (42,6%) residiam na região Sudeste, seguida pelo Nordeste (30,0%), o Sul (14,3%), o Norte (7,4%) e o Centro-Oeste (5,8%).

No Brasil, em geral, nos últimos 10 anos, em especial a partir de 2010, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2006, a taxa era de 2,0 casos/mil nascidos vivos; e em 2015, subiu para 6,5 casos/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser decorrente do incremento e ampliação do diagnóstico. Em 2011, a taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano no Brasil foi de 3,3 casos/1000 nascidos vivos, sendo que as regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, respectivamente 3,8 e 3,6.

Em 2015, observou-se uma **taxa de incidência de 6,5 casos/mil nascidos vivos** no Brasil, sendo que as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentaram as maiores taxas (6,9 casos/mil nascidos vivos), seguidas das regiões Centro-Oeste (4,5 casos/mil nascidos vivos) e Norte (4,4 casos/mil nascidos vivos). Os maiores percentuais de casos de sífilis congênita, em 2015, ocorreram em crianças cujas mães tinham entre 20 e 29 anos de idade (51,8%), seguindo-se as faixas etárias de 15 a 19 anos (23,7%) e de 20 a 30 anos (18,8%).

Quanto à escolaridade materna, observou-se que a maioria apresentava de 5ª à 8ª série incompleta (24,5%), e que em 29,5% dos casos essa informação foi classificada como ignorada. Em relação à raça/cor das mães das crianças com sífilis congênita, a maioria se declarou como parda (54,5%), vindo em seguida as brancas (24,4%) e pretas (9,9%).

Em relação ao acesso ao pré-natal, em 2015, 78,4% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 15,0% não fizeram, e 6,7% apresentaram informação ignorada.

Entre aquelas que fizeram o pré-natal, 51,4% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 34,6% no momento do parto/curetagem, 8,3% após o parto e 0,6% não tiveram diagnóstico, além de 5,1% constarem como ignorados.

Com relação ao esquema de tratamento da gestante, 56,5% receberam tratamento inadequado¹⁵³, 27,3% não receberam tratamento, e apenas 4,1% receberam tratamento adequado¹⁵⁴.

¹⁵³ Não utilizando penicilina.

¹⁵⁴ Com penicilina.

Quanto ao tratamento dos parceiros, entre as gestantes que realizaram pré-natal, em 62,3% dos casos o parceiro não foi tratado, 13,9% fizeram tratamento e para 23,8% dos casos essa informação é ignorada/em branco.

A transmissão vertical da sífilis varia de 70% a 100% em mulheres não tratadas em fase recente da doença, e a sífilis congênita apresenta elevada mortalidade, podendo atingir 40% das crianças infectadas¹⁵⁵.

Ainda assim, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Ministério da Saúde revelou que entre 2013 e 2014 apenas 54,89% das equipes de Saúde da Família referiram ter administrado penicilina na atenção básica.

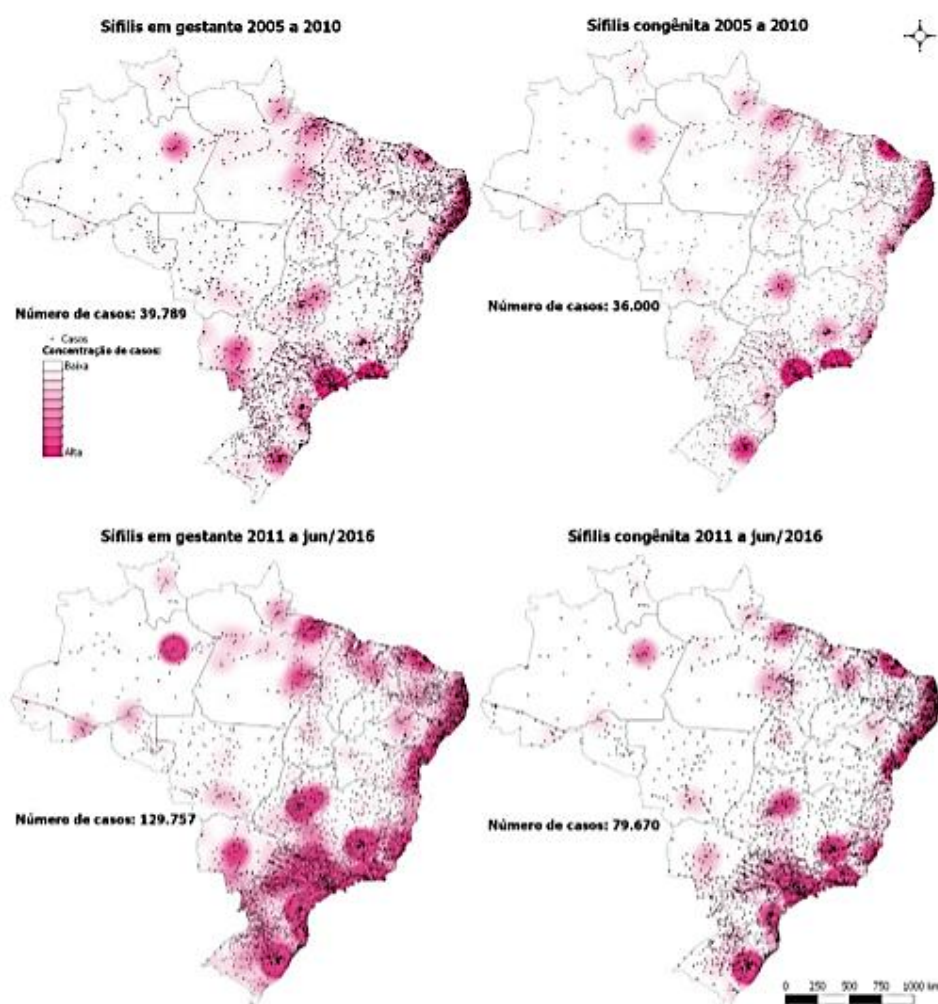


Figura 29. Distribuição e concentração dos casos de sífilis em gestante e sífilis congênita no Brasil, segundo residência, no período entre 2005-2010 e 2011-2016. Fonte: MS: Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2016.

¹⁵⁵ As manifestações clínicas da sífilis congênita estão disponíveis no site www.aids.gov.br.

De 2014 para 2015, os estados que apresentaram maior aumento da taxa de incidência foram Santa Catarina (67,2%) e Rio Grande do Norte (53,0%). Os Estados que apresentaram taxas de incidência de sífilis congênita superiores à taxa nacional (6,5 casos/1.000 nascidos vivos) foram:

Estado	Taxa de incidência de sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos
1. Rio de Janeiro	12,4
2. Rio Grande do Sul ¹⁵⁶	11,5
3. Sergipe	9,1
4. Espírito Santo	9,1
5. Tocantins	9,1
6. Rio Grande do Norte	9,0
7. Ceará	8,7
8. Pernambuco	8,5
9. Piauí	7,8
10. Alagoas	7,4
11. Mato Grosso do Sul	7,2

Tabela 7. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita no Brasil em 2015, / 1.000 nascidos vivos, nas Unidades da Federação que tiveram índices acima da média nacional de 6,5 casos/1.000 nascidos vivos.

Fonte: MS, BEpS_ 2016.

Abaixo da média nacional - Capitais

Entre as capitais do País, somente oito estão abaixo da média nacional (6,5 casos/mil nascidos vivos):

CAPITAL	TAXA DE INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA/ 1.000 NASCIDOS VIVOS
1. Curitiba – PR	6,3
2. Manaus – AM	6,3
3. São Paulo - SP	5,9
4. Rio Branco - AC	5,8
5. Brasília - DF	4,4
6. Goiânia – GO	3,6
7. Macapá – AP	3,2
8. Boa Vista - RR	1,2

Tabela 8. Taxa de Incidência de Sífilis Congênita no Brasil em 2015, / 1.000 nascidos vivos, nas Capitais que tiveram índices abaixo da média nacional de 6,5 casos/1.000 nascidos vivos. Fonte: MS, BEpS_ 2016.

¹⁵⁶ A taxa de incidência de Porto Alegre - RS (30,2 casos/mil nascidos vivos) está 4,7 vezes mais alta que a taxa do Brasil.

Em 2015, foram diagnosticados 18.938 casos de sífilis congênita (98,1%) em neonatos, sendo 96,4% na primeira semana de vida. Quanto ao diagnóstico final dos casos, observou-se que 92,8% foram classificados como sífilis congênita recente, sendo 3,6% como caso de aborto por sífilis, 3,4% como natimorto e 0,2% como sífilis congênita tardia.

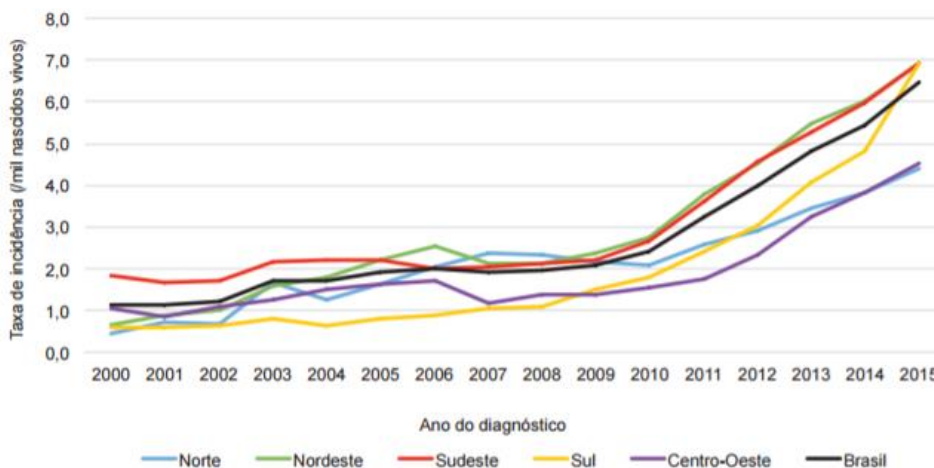


Gráfico 33. Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano de idade/1000 nascidos vivos, por região de residência e ano de diagnóstico no Brasil, 2000-2015. Fonte: MS/ BEpS, 2016.

Diante dos dados epidemiológicos apresentados e das evidências científicas, constatou-se que o benefício da utilização da penicilina benzatina supera os riscos de reações adversas. O risco de anafilaxia em estudo de metanálise foi de 0,002%, ou seja, 0 a 3 casos/ 100.000 pacientes tratados segundo o Relatório sobre a Recomendação da Incorporação da Penicilina para a Prevenção da Sífilis Congênita, elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). No Campo Recife, a sistematização dos dados no Boletim Epidemiológico de Sífilis é uma Boa Prática, e traz os dados atualizados sobre a situação da sífilis congênita no estado de Pernambuco:

Diagnóstico Final	Ano de Diagnóstico															Total	
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		2014
Sífilis Congênita Recente	455	407	471	403	608	575	661	614	526	354	374	423	600	668	820	1129	9088
Sífilis Congênita Tardia	3	7	11	14	26	3	1	1	2	1	6	3	1	4	0	1	84
Aborto	0	0	1	0	1	5	12	10	7	21	27	30	49	34	48	59	304
Natimorto	15	22	33	23	31	12	30	27	43	31	24	30	28	48	82	69	548
Total	473	436	516	440	666	595	704	652	578	407	431	486	678	754	950	1258	10024

Tabela 9. Casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final e ano de diagnóstico em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: SES/PE. 2016.

Em síntese,

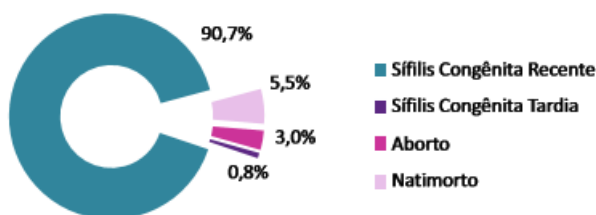


Figura 30. Percentual de casos de sífilis congênita segundo diagnóstico final em Pernambuco, 1999-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis/PE, 2016.

A série histórica está sistematizada a partir de 1999:

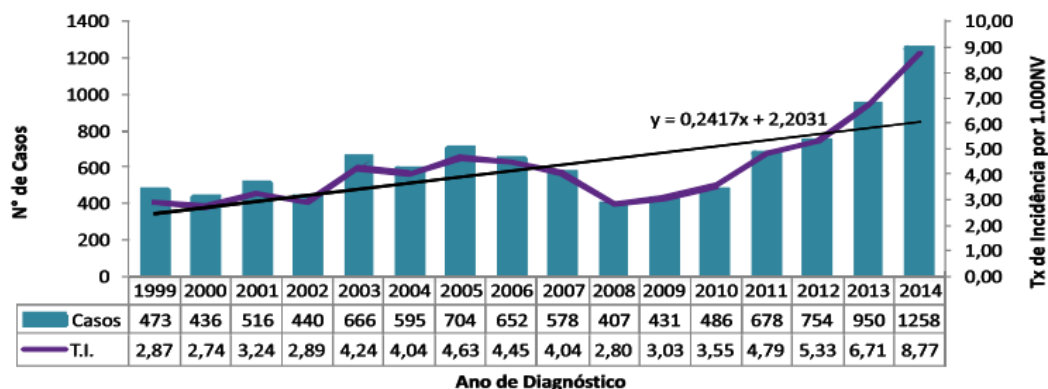


Gráfico 34. Série Histórica – Sífilis Congênita em Recife/ Pernambuco, Brasil, de 1999 a 2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis, Recife, 2016.

Em 2013, oito municípios do estado de Pernambuco foram responsáveis por cerca de 70% dos casos de sífilis congênita no referido estado: Cabo de Santo Angostinho, Camaragibe, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Recife, Ipojuca e Goiana. Foram considerados prioritários para a implementação das ações de enfrentamento de sífilis no Estado.

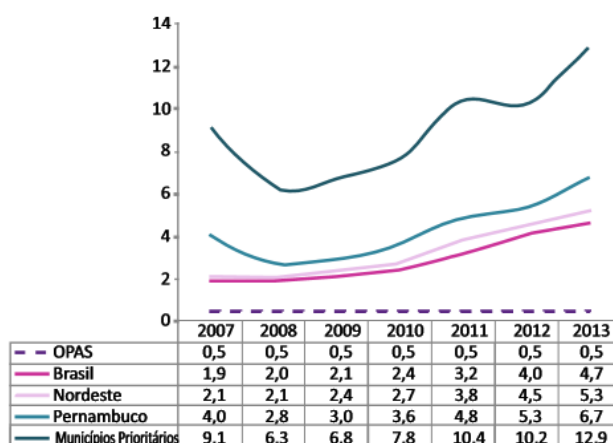


Gráfico 35. Coeficiente de incidência de sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo a meta da OMS/OPAS no Brasil, na região Nordeste, no Estado de Pernambuco e nos Municípios prioritários do Estado, por ano de diagnóstico, entre 2007-2013. Fonte: SES/PE, 2016.

Mortalidade infantil por sífilis congênita

Quanto à mortalidade infantil (em menores de 1 ano de idade) por sífilis congênita, no período de 1998 a 2015, o número de óbitos declarados no SIM foi de 1.903. Destes, 826 (43,4%) ocorreram na região Sudeste, 605 (31,8%) no Nordeste, 215 (11,3%) no Norte, 186 (9,8%) no Sul e 71 (3,7%) no Centro-Oeste.

Em 2015, foi declarado no SIM um total de 221 óbitos por sífilis em crianças menores de 1 ano, o que corresponde a um coeficiente de mortalidade de 7,4 por 100 mil nascidos vivos.

Em relação à região de residência, verificou-se um coeficiente de 9,3 para a região Norte; 8,6 para Sudeste; 6,6 para o Sul; 6,5 para a região Nordeste e 3,7 para o Centro-Oeste. Nos últimos 11 anos, no Brasil, a taxa de mortalidade infantil por sífilis passou de 2,4/100 mil nascidos vivos em 2005 para 7,4 /100 mil nascidos vivos em 2015.

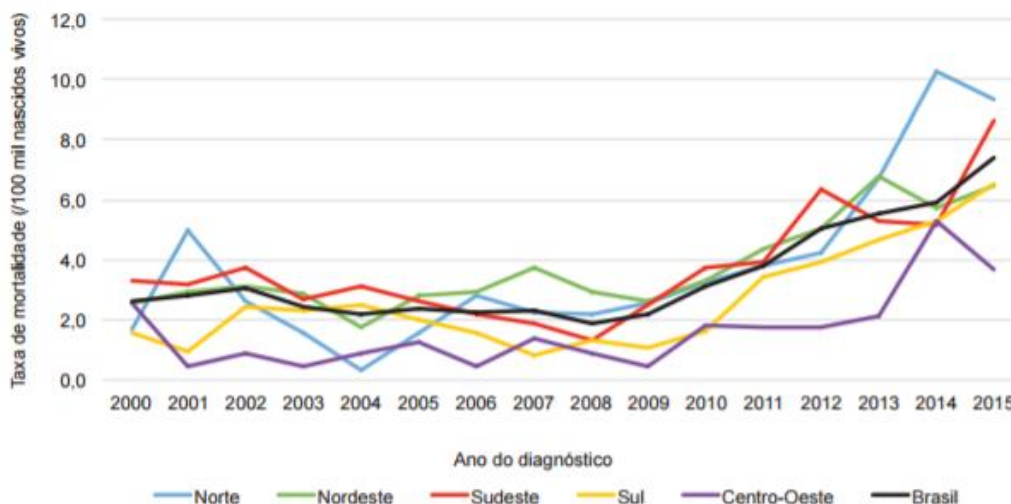


Gráfico 36. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita/ 100.000 nascidos vivos, segundo região de residência, Brasil 2000-2015. Fonte: MS/ BEpS, 2016.

No Campo Recife, a taxa de mortalidade por sífilis congênita está apresentada com indicadores do Estado de Pernambuco. O primeiro óbito por sífilis congênita no estado ocorreu no ano 2000, quando 08 óbitos foram notificados por essa mesma causa nesse mesmo ano.

Em 2014, 70 crianças morreram por sífilis em Pernambuco, com total acumulado de 477 crianças desde o ano 2000.

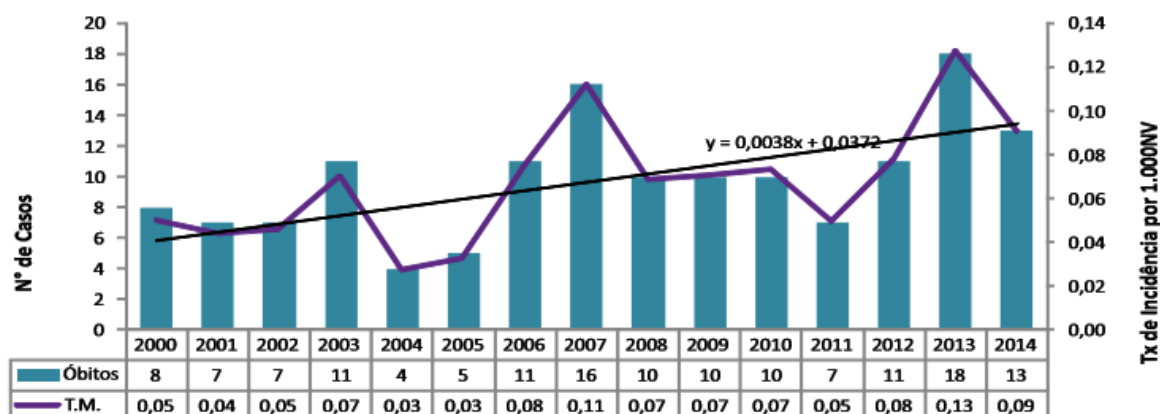


Gráfico 37. Taxa de mortalidade infantil por sífilis congênita/ 1.000 nascidos vivos segundo ano de óbito em Pernambuco, 2000-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis/PE, 2016.

A resposta nacional em relação à sífilis

O DIAHV, frente aos dados epidemiológicos, estruturou uma série de ações para enfrentamento da sífilis no Brasil, em especial a partir de 2013. Especialmente em 2015 teve início uma força-tarefa, incluindo:

1. Campanha nacional para incentivar as gestantes a exigirem a realização de testes de HIV, sífilis e hepatites virais B e C, para evitar a transmissão vertical desses agravos a seus filhos;
2. Ampliação dos Comitês de Investigação de Transmissão Vertical de HIV/Sífilis, para identificar possíveis falhas e subsidiar medidas de intervenção;
3. Publicação do Caderno de Boas Práticas, com relatos de experiências bem sucedidas quanto ao uso de penicilina na Atenção Básica para prevenção da Sífilis congênita desenvolvidas em Vitória da conquista, na Bahia, Aparecida de Goiânia em Goiás, Londrina no Paraná e São Paulo, capital do Estado de São Paulo;
4. Articulação com CONITEC para elaboração de revisão de literatura e relatório de recomendação sobre a penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez, o que permitiu uma análise fundamentada em evidências científicas;
5. Articulação com Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia (ASBAI) para elaboração de parecer com recomendações, que também dispõe sobre a eficácia e segurança da penicilina na Atenção Básica e estabelece que a adrenalina é a droga de escolha para o tratamento da anafilaxia;
6. Articulação com diversas instâncias ministeriais e OPAS para fortalecimento da necessidade do tratamento da sífilis;
7. Elaboração da Nota Técnica Conjunta SVS/SAS/MS para esclarecer e dar suporte técnico ao Conselho Federal de Enfermagem sobre o uso da penicilina na Atenção Básica;
8. Elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis;
9. Elaboração de álbum seriado e de mesa, folders, cartazes, adesivos, cartilhas, filme de animação e outras estratégias de comunicação em IST para usuários e profissionais de saúde;
10. Elaboração de manual técnico de Testes Diagnósticos para Sífilis.

Campo Curitiba

Em Curitiba, a vigilância da Sífilis é considerada um grande desafio. Para uma população de 1.751.907 pessoas, a estrutura de saúde conta com:

<p>109 UBS, sendo que em 52% há programas de Estratégia de Saúde da Família 10 distritos sanitários 5 centros de especialidades 1 Centro de Testagem e Aconselhamento/ Centro de Orientação e Aconselhamento, referência em HIV, aids e Hepatites Virais 9 UPAs 24h 2 Hospitais Municipais 1 Laboratório Municipal 12 CAPS 4 Equipes de Consultório de Rua</p>
--

O monitoramento da sífilis em gestantes e da sífilis congênita teve início em 2016. Na primeira consulta são feitos os testes para HIV e sífilis, dentre outros, no Programa Mãe Curitibana. Com o diagnóstico, é iniciado o tratamento com penicilina.

Uma das estratégias para atuação em saúde pública em Curitiba é o **Investimento em Tecnologias Leves**: cuidados com a ambiência, incentivo à atuação das Doulas Comunitárias, cartazes com imagens agradáveis, espaços amplos bem cuidados, tem resultados positivos evidentes.

Para toda ficha, uma ação

Em Curitiba, todas as fichas solicitadas aos profissionais de saúde são compreendidas como instrumentos para intervenções e ações. Por isso, não há relatos de “má vontade” para preenchimento de dados. Os profissionais são capacitados, atualizados e compreendem as razões pelas quais os dados são imprescindíveis para a atenção à saúde de todos, dos pacientes com HIV, aids e sífilis em particular. São garantidos os tratamentos da mulher, da criança e do parceiro – e considera-se relevante indagar quantos parceiros essa gestante tem ou teve, pergunta da máxima importância para se construir uma resposta significativa à grande quantidade de casos notificados de sífilis.

As equipes consideram essencial compartilhar Boas Práticas. Em relação à sífilis, se o parceiro não é tratado, reinfecta – porém, culturalmente, *a parceira fica como inadequada!*¹⁵⁷

População Privada de Liberdade

Em Curitiba há intervenções nos presídios, tanto para diagnóstico como para tratamento. Os tratamentos para sífilis e aids estão, segundo os gestores, ainda aquém do que é efetivamente possível e desejável, mas os esforços somados para essa população se traduzem em ações da maior importância, como por exemplo, o empenho para que todos os presos sejam testados e tratados para HIV e sífilis.

No presídio feminino, o tratamento é feito e a criança recém-nascida que foi exposta ao HIV e/ou sífilis fica durante 10 dias no hospital, por conta dos riscos de infecções. Existem ações e diretrizes para atendimento a essa população preconizados na política municipal, o que é muito importante e diferente da rotina de muitas outras capitais do país.

Campo Recife - Pernambuco

Pernambuco tem 185 municípios, contando com a capital Recife e com o arquipélago de Fernando de Noronha. Segundo os gestores entrevistados, poucas Unidades Básicas de Saúde querem trabalhar com aids, há uma grande resistência no Estado como um todo.

A prevalência de sífilis em Recife é de 18.8/1000 habitantes¹⁵⁸, enquanto a recomendação da OMS é de 0,5. A sífilis em gestante é menos notificada. Há um déficit de VDRL, e portanto um subdiagnóstico. Em 2014 foram reportados 767 casos de sífilis. Foram 1.209 casos de sífilis em gestantes no Recife em 2014, e 9.088 casos de sífilis congênita recente.

Pernambuco tem uma importante sistematização dos casos de sífilis adquirida, com destaque para o período de 2011 a 2014:

¹⁵⁷ Trecho de entrevista com Profissional de Saúde e Gestores, Curitiba, 2016.

¹⁵⁸ Daí o epíteto, *Resífilis, a Venérea Brasileira* – uma paródia à referência *Recife, a Veneza Brasileira*.

Faixa Etária	Ano de Notificação					
	2011	2012	2013	2014	Total	
Masculino	Menor 1 ano	3	1	3	2	9
	1 a 4 anos	1	0	0	0	1
	5 a 9 anos	0	2	3	0	5
	10 a 14 anos	2	2	2	2	8
	15 a 19 anos	10	16	14	24	64
	20 a 29 anos	44	63	49	77	233
	30 a 39 anos	41	52	46	57	196
	40 a 49 anos	34	36	43	43	156
	50 a 59 anos	20	25	21	26	92
	60 a 69 anos	9	8	9	7	33
	70 a 79 anos	3	1	1	4	9
	80 anos e mais	1	2	1	2	6
	Subtotal	168	208	192	244	812
Feminino	Menor 1 ano	2	0	4	6	12
	1 a 4 anos	0	0	0	1	1
	5 a 9 anos	0	0	0	0	0
	10 a 14 anos	2	2	5	7	16
	15 a 19 anos	12	10	21	41	84
	20 a 29 anos	57	41	55	81	234
	30 a 39 anos	76	63	43	50	232
	40 a 49 anos	65	59	34	34	192
	50 a 59 anos	10	28	19	20	77
	60 a 69 anos	5	7	7	6	25
	70 a 79 anos	2	1	5	4	12
	80 anos e mais	0	1	1	1	3
	Subtotal	231	212	194	251	888
Total	399	420	386	495	1700	

Tabela 10. Casos de sífilis adquirida segundo sexo por faixa etária em Pernambuco, 2011-2014. Fonte: Boletim Epidemiológico de Sífilis PE, 2016.

São referidas muitas as Perdas de Oportunidade de Intervenção. Estima-se uma perda entre 35 e 60% de pessoas entre a testagem e a primeira consulta médica.

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

6.1. Epidemiologia de HIV e Aids entre gestantes

Com base na prevalência estimada de HIV entre parturientes, o número esperado de mulheres grávidas com no Brasil é de aproximadamente 12.000 casos por ano.

A taxa de detecção entre crianças abaixo de cinco anos tem sido usada como um indicador para acessar o número de transmissões verticais. No Brasil, houve uma diminuição significativa de 35,7% nos últimos dez anos.

a) HIV entre gestantes

No Brasil, entre o ano 2000 até junho de 2016 foram notificadas 99.804 gestantes infectadas com HIV. A taxa de detecção entre mulheres grávidas teve um aumento, de 2,0 casos/1.000 nascidos vivos para **2,5** em 2013. Quase 40% das gestantes residiam na Região Sudeste (39,8%), seguida pelas regiões Sul (30,8%), Nordeste (16,2%), Norte (7,4%) e Centro-Oeste (5,7%)¹⁵⁹.

¹⁵⁹ BEpHIV_2016:8.

Desde o ano 2000, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta maior número de casos de gestantes HIV+ (28,6%), notificadas no SINAN. Em relação à escolaridade, a maioria das gestantes HIV+ possui o Ensino Fundamental incompleto (30,1%) dos casos notificados; cerca de 45,9% tem cor autodeclarada parda e 38,1%, brancas. Segundo a estimativa de prevalência de HIV em parturientes, o número esperado de gestantes com HIV no Brasil é de aproximadamente 12 mil casos por ano.

Campo Curitiba

Em Curitiba foram notificadas 85 gestantes HIV+ em 2015 e 23 até julho de 2016. Se há uma segunda gravidez, há nova notificação.

Em 2014 foram dois casos de crianças HIV+, sendo uma de Angola e outra do Haiti; em 2015, uma criança filha de moradora de rua e uma mulher que amamentou o bebê. Importante considerar que as nutrizes têm replicação viral elevada.

Campo Recife

Em relação ao teste rápido para HIV na Atenção Primária, 96 municípios realizam, porém 89 não, como na figura abaixo.

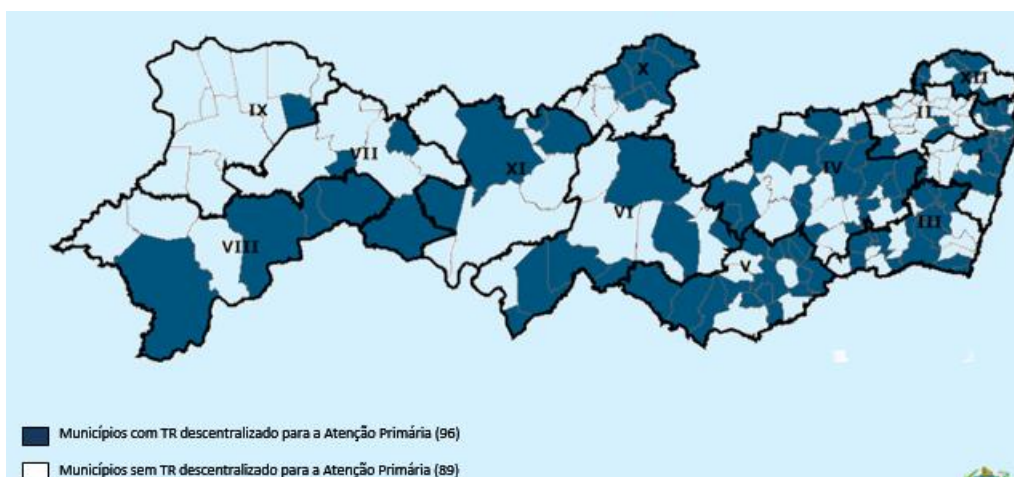


Figura 31. Municípios que realizam teste rápido de HIV e Sífilis na Atenção Primária em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016

Portanto, o mapeamento da Testagem em Pernambuco está consolidado nos seguintes indicadores:

CONSOLIDADO ESTADO DE PERNAMBUCO	Total
Total de Municípios no estado de Pernambuco	185
Total de Municípios que realizam teste rápido (em algum local)	157
Total de Municípios que não realizam teste rápido	28
Municípios com PPTVH implantado na maternidade	81
Total de maternidades ativas com o PPTVH	97
Municípios com referência para TB que realizam teste rápido (em algum local)	50
Municípios com CTA	32
Municípios com PSF de referência para população Indígena (13 PSF)	11
Serviços de Assistência Especializado	37
Unidades Prisionais com testes rápidos	10
Município com teste rápido descentralizado para a Atenção primária	96
NÚMERO DE UPAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO	17

Figura 32. Contexto da testagem para HIV, Hepatites Virais, tuberculose e transmissão vertical em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

No total, 319 serviços no Estado fazem o teste rápido.

Pernambuco tinha uma planilha específica para controle dos testes, antes do *Sisgolab*. Atualmente, trabalham com as duas planilhas, a desenvolvida no Estado e a solicitada pelo Governo Federal.

Figura 33. Planilhas para controle dos testes em Pernambuco/PE. À esquerda, a planilha do Estado, e à direita a planilha do DIAHV, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

O Fluxo de preenchimento das planilhas e organização da logística dos insumos em Pernambuco está esquematizada abaixo:

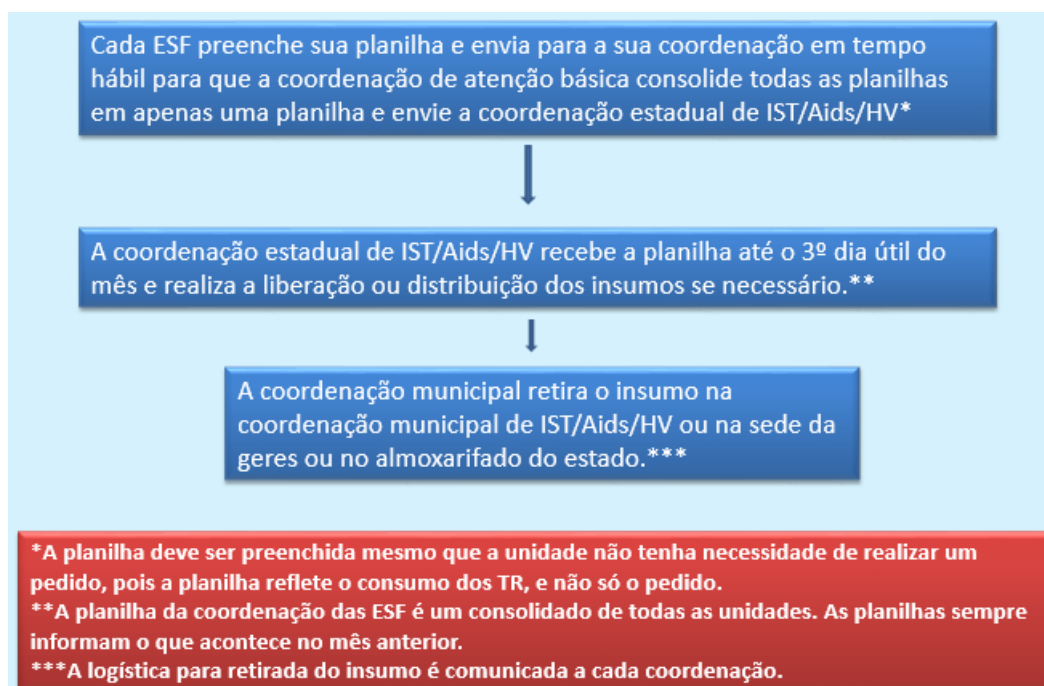


Figura 34. Fluxograma da distribuição dos testes rápidos em Pernambuco, 2016. Fonte: SES/PE, 2016.

Em todo o Estado, são mais de 200 grupos de Estratégia de Saúde da Família, sendo 40 no Recife. Há gerências regionais de saúde, que coordenam as ações e estratégias em cada setor específico. A região de Petrolina tem 4 Programas de Saúde da Família, e faz testes rápidos há 14 anos, com 28 unidades básicas dando suporte.

Recife tem uma limitação com a logística para medicamentos. São recebidos na capital e levados ao interior uma vez por mês. Se houver alguma falha ou atraso, o fornecimento é interrompido. Todo mês falta ARV, segundo gestores e profissionais entrevistados. Um problema considerado *gravíssimo* é a falta de AZT injetável.

Não há qualquer estoque-reserva, *pelo menos 3 ampolas de AZT injetável 'dormindo na maternidade'*¹⁶⁰, pois quando aparece uma gestante sem saber sorologia, já "coroando", é preciso ter as doses.

Um dos maiores problemas enfrentados em Recife em relação a Opção B+ é que o Pré-Natal começa tardio. *As unidades básicas que não tem teste rápido têm literalmente uma Cascata de Oportunidades Perdidas. A maternidade oferece o teste para HIV na chegada da gestante; caso seja o resultado seja positivo e a gestante não sabia de sua sorologia, é administrada uma dose de ataque e é realizado novo teste*¹⁶¹.

Em 2013 foram 83.314 parturientes, sendo 336 HIV+, ou seja, 9% de taxa.

A maternidade fornece 4 latas de leite, e depois o SAE fornece leite durante seis meses. A Universidade Federal de Pernambuco não tem aids pediátrica, nem gestante HIV+.

¹⁶⁰ Trecho de entrevista com gestores e profissionais de saúde, Recife, Maio de 2016.

¹⁶¹ Trecho de entrevista com gestores e profissionais de saúde, Recife, Maio de 2016.

6.2. Transmissão Vertical

As linhas de cuidado da transmissão vertical do HIV e da sífilis deverão fazer parte do processo de definição das Redes de Atenção à Saúde - RAS¹⁶² nos estados e municípios¹⁶³.

A Transmissão do HIV de mãe para filho, chamada Transmissão Vertical, acontece pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, parto ou amamentação. Sem qualquer ação profilática, o risco dessa transmissão é em torno de 30%.

Não há estudos sobre o grau de conhecimento das gestantes, das parcerias e dos profissionais de saúde sobre essas possibilidades de transmissão.

Essa modalidade de transmissão caiu 36% nos últimos seis anos no Brasil, como consequência direta da ampliação da testagem no pré-natal, reforço da oferta de medicação para as gestantes – implementação da Opção B+.

O Brasil se alinhou às metas mundiais de eliminar a transmissão vertical do HIV (menos de 1% de transmissão) e sífilis (menos de 0,5 casos/1000 nascidos vivos) até 2015 descritas no *Plano Global para Eliminação de Novas Infecções entre as Crianças até 2015 e Manutenção da Sobrevida Materna*¹⁶⁴ e *Iniciativa Regional para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis na América Latina e Caribe*¹⁶⁵.

A *Iniciativa Regional* tem como objetivo superar o conceito anterior de abordagens separadas para prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis, com enfoque mais dirigido à doença do que à pessoa.

Como ambas as condições podem ocorrer na mesma mulher o as intervenções terão impacto em toda a família, formulou-se um documento, desenvolvida para a região das Américas, com identificação das principais estratégias e ações, com enfoque integrado para o enfrentamento da transmissão vertical como problema de saúde pública. O enfoque integrado deve permitir aproveitar todas as oportunidades de diagnóstico da infecção por HIV e sífilis na gestante e implementar uma adequada prevenção, entendendo a mulher em sua dimensão humana e como parte de uma família¹⁶⁶

Iniciativas como o *Projeto Nascer-Maternidades* e a implementação da *Rede Cegonha*, com disponibilização de todos os insumos para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no SUS, ainda há muito a se trabalhar no país.

¹⁶² Portaria nº 4.279/ GM/MS, de 30 de dezembro de 2010.

¹⁶³ Brasil chegando ao Zero, 2013.

¹⁶⁴ Lançado pelo UNAIDS.

¹⁶⁵ Da OPAS.

¹⁶⁶ OPS, CLAP y UNICEF. *Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la SÍFILIS CONGÉNITA en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual*. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS, Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva – CLAP/SMR. Montevideo: clap/smr2009. ISBN 978-92-75-32990-0. 33p.

A Rede Cegonha é a estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011, que tem mobilizado gestores, profissionais de saúde e colaboradores do Ministério da Saúde para assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Uma das ações da Rede Cegonha é a implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis, no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades dos três níveis de gestão do SUS.

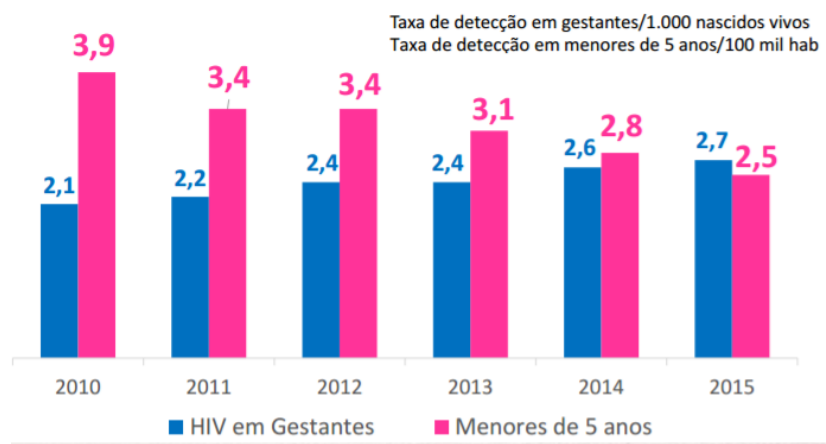


Gráfico 38. Evolução da taxa de detecção de HIV em gestantes/1.000 nascidos vivos e menores de 5 anos/100.000 habitantes no Brasil entre 2010 e 2015. Fonte: DIAHV, 2016.

O Ministério da Saúde está instituindo, com os estados, um selo de Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV e/ou Sífilis no Brasil. Com base em uma adaptação de critérios já estabelecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a certificação será concedida a municípios:

- Cujas taxas de detecção de aids em menores de 5 anos sejam iguais ou inferiores a 0,3 para cada mil crianças nascidas vivas e
- Proporção menor ou igual a 2% de crianças de até 18 meses expostas ao HIV, que foram identificadas como infectadas pelo HIV e estão em acompanhamento no SUS, entre os anos de 2012 e 2014.

Serão certificados, prioritariamente, os 85 municípios com mais de 100 mil habitantes que atendem aos critérios supracitados. Os passos para a certificação são os seguintes:

1. Triagem dos municípios aptos a pleitear a certificação a partir dos registros constantes das bases de dados nacionais (SINAN, SISCEL e SICLOM)
2. Pactuação na CIT
3. Elaboração pela Comissão local de relatório comprovando o alcance das metas de impacto e de processo.

4. Estado encaminha a solicitação dos municípios
5. Comitê Nacional, em parceria com estados, faz a verificação local dos parâmetros para a certificação
6. Municípios receberão certificação no próximo Dia Mundial de Luta contra Aids

A certificação será emitida por um Comitê Nacional, em parceria com estados, que fará a verificação local dos parâmetros.

Os municípios receberão certificação no Dia Mundial de Luta contra Aids de 2017. A estratégia conta com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef); do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) e da OPAS. Destaca-se que o Brasil é signatário junto à OPAS/OMS para a eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis nas Américas.

Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e sífilis, que certificará os países que alcançarem:

1. Taxa de transmissão vertical do HIV $\leq 2\%$ E incidência de HIV pediátrico $\leq 0,3$ caso/1.000 nascidos vivos;
2. Taxa de incidência de sífilis congênita $\leq 0,5$ casos/1.000 nascidos vivos;
3. Cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
4. Cobertura de testagem para HIV e sífilis em gestantes $\geq 95\%$;
5. Cobertura de tratamento com ARV em gestantes HIV+ $\geq 95\%$; e
6. Cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

Em face de todas as medidas disponíveis para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis e da continuada incidência de casos, o Ministério da Saúde recomenda a instituição de comitês de investigação de transmissão vertical nos municípios, visando analisar oportunidades perdidas de prevenção da transmissão vertical, identificar as possíveis falhas e apontar medidas de intervenção. Para viabilizar a atuação dos comitês, foi elaborado um instrumento de referência, como o “Protocolo de Investigação de Casos de Transmissão Vertical”.

Considerando-se a população menor de 13 anos, 93,0% dessa população teve como via de infecção transmissão vertical¹⁶⁷. A transmissão vertical do HIV será considerada eliminada quando atingir uma taxa de 2 crianças HIV+ para cada 100 mães soropositivas. Diante disso, o Ministério da Saúde, no âmbito das ações da Rede Cegonha, promove a ampliação da detecção precoce e tratamento do HIV e da sífilis em gestantes, para que essas metas sejam atingidas.

Portanto, a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, na Atenção Básica, se apoia na oferta e na execução dos testes rápidos de HIV e da sífilis, promovendo um diagnóstico precoce dos agravos nas gestantes e um início oportuno das ações de prevenção, com vistas na redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como redução de óbitos materno e infantis evitáveis.

¹⁶⁷ BEpHIV_2016:8.

Todavia, apesar das medidas de intervenção para evitar a transmissão vertical do HIV e da Sífilis estarem disponíveis em todos os serviços de atenção à saúde da gestante, da puérpera e da criança, uma série de fatores sociais, políticos, econômicos e individuais podem dificultar o acesso desta população a estas medidas, contribuindo para a ocorrência de casos por esta via de transmissão em populações com maior vulnerabilidade.

Campo Curitiba

Uma estratégia que supera muitas das dificuldades em acessar a gestante HIV+ é o Programa Mãe Curitibana, que inspirou a Rede Cegonha. Iniciado em 1999, tem como objetivo vincular a mãe ao serviço de saúde desde a primeira consulta, realizando testagem para HIV, sífilis, hepatites e exames de diabetes, hipertensão, avaliação nutricional, dentre outras ações.

Em 2003 Curitiba registrou Transmissão Vertical zero e tornou-se referência nacional e internacional no tema. A Lei do Acompanhante também é considerada um grande facilitador da implementação da estratégia.

A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba tem, historicamente, uma posição de vanguarda no SUS. Foi a primeira a adotar a declaração de nascidos vivos; a primeira a adotar um prontuário eletrônico e um cartão de identificação das pessoas usuárias e foi a primeira a adotar tecnologias de gestão da clínica¹⁶⁸.

A construção do Programa Mãe Curitibana fez-se ao longo do tempo, com intervenções e estratégias das quais pode-se elencar:

- Instalação da primeira Unidade 24 horas em 1991;
- Implementação do processo de territorialização e instituição dos distritos sanitários e autoridades sanitárias locais, em 1992;
- Início da implantação das equipes de saúde da família em 1993;
- Implantação da central de marcação de consultas em 1994;
- Curso de gestão de unidades básicas de saúde, 1995;
- Consolidação do bônus por desempenho, em 1995;
- Introdução dos agentes comunitários de saúde, em 1999;
- Implantação do Programa Mãe Curitibana em 1999;
- Elaboração do protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério e Implantação do Protocolo de planejamento familiar em risco reprodutivo em 2000;
- Implantação do Programa Mulher de Verdade de atenção às mulheres vítimas de violência e Implantação da Rede de Proteção à Criança e ao adolescente em situação de risco para a violência em 2002;

¹⁶⁸ Mendes, 2009.

- Implantação do contrato de gestão com os profissionais da atenção primária à saúde, e Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 2004;
- Implantação da Unidade Sanitária Mãe Curitibana em 2006;
- Implantação do Pai Presente e elaboração do protocolo de urgências e emergências em obstetrícia em 2009.

A Resolução que criou o programa deu as instruções normativas para a operacionalização do Mãe Curitibana relativas às Unidades de Atenção Primária à saúde, à Unidade de Saúde da Mulher, à Central de Marcação de Consultas Especializadas, às maternidades e aos serviços de referência para gestação de risco.

Ao longo do tempo, o programa enfrentou e superou dificuldades, como relatos de quase 30% das gestantes peregrinando por diversas maternidades na hora do parto, desorganização dos fluxos, barreiras de acesso ao parto, prática ilegal de cobrança às usuárias do SUS como condição de atendimento, ausência de diagnóstico de riscos e vinculação das gestantes às maternidades por riscos, e as maternidades com maior capacidade tecnológica estavam com leitos ocupados por gestantes de baixo risco, além dos leitos de UTI neonatal estarem ocupados por crianças com prematuridade evitável¹⁶⁹.

As gestantes são atendidas ao longo da gestação com toda infraestrutura necessária em termos de exames clínicos e laboratoriais: urina nos três trimestres, glicemia, pressão, humanização do atendimento e indicação de enfermeiras obstétricas para parto normal. É relatada significativa redução de episiotomias, e a presença das Doulas é permitida para acompanhar a gestante.

Em função do relato de cerca de 60% das mulheres grávidas não terem planejado sua gestação, há reforço no aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva. O Governo subsidia a implantação de DIU de cobre no pós-parto imediato, até 48 horas depois do bebê ter nascido e outras modalidades de implante anticoncepcional.

No Programa Mãe Curitibana as mães são atendidas de modo quase artesanal. Na primeira consulta a mulher já sabe em que maternidade terá seu filho. Após 30 semanas de gestação, são organizados grupos com mães e acompanhantes para conhecerem a maternidade, tirarem dúvidas e assim as fantasias e medos são reduzidos – principalmente se for na primeira gestação.

As grávidas HIV+ são atendidas diretamente para o Hospital das Clínicas e não entram no fluxo comum de todas as gestantes. Entende-se que a captação precoce auxilie na condição clínica mais favorável, carga viral baixa. De qualquer modo, a amamentação é suprimida e é fornecido o leite para a criança.

Curitiba tem como populações vulneráveis os moradores de rua e usuários de drogas, em especial crack.

¹⁶⁹ Mendes, 2010:5.

A estratégia do Consultório de Rua, ou Consultório na Rua, promovida pela Saúde Mental é grande aliada para o acesso às pessoas em situação de vulnerabilidade em geral, vivendo com HIV e aids em particular.

A Casa da Mulher Brasileira tem trabalhos importantes na resposta aos problemas de violência em geral, violência sexual em particular.

A política de saúde do SUS, aplicada em Curitiba, tem base na descentralização, na orientação para as pessoas usuárias e na padronização dos procedimentos, articulados com uma gestão orientada para o desempenho. Há uma forte cultura de desempenho na Secretaria Municipal de Saúde, caracterizada por uma visão compartilhada de instituição que valoriza o trabalho em equipe, a obtenção de resultados para a população e a disponibilidade para solucionar problemas.

Essa cultura vem de dois fatores importantes: um conjunto de políticas nacionais desenvolvidas pelo SUS e os sanitaristas que constituem uma rede de profissionais que provê expertise com práticas consistentes com as normativas do SUS.

A Secretaria Municipal de Saúde foi capaz de desenvolver e gerenciar sistemas complexos e usar a tecnologia de informação para coordená-los. O processo gerencial é marcado pela abertura à inovação constante, onde as mudanças são desejadas e sustentadas.

O Programa Mãe Curitibana tem uma variável fundamental, que é a sua organização como uma rede de atenção à saúde, superando a (des)organização dos sistemas fragmentados. O grau de integração da rede Mãe Curitibana é exemplo e tem resultados visíveis na redução da mortalidade materna, redução da mortalidade infantil, redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. A ampliação do programa Mãe Curitibana para todo o estado do Paraná é a Rede Mãe Paranaense:

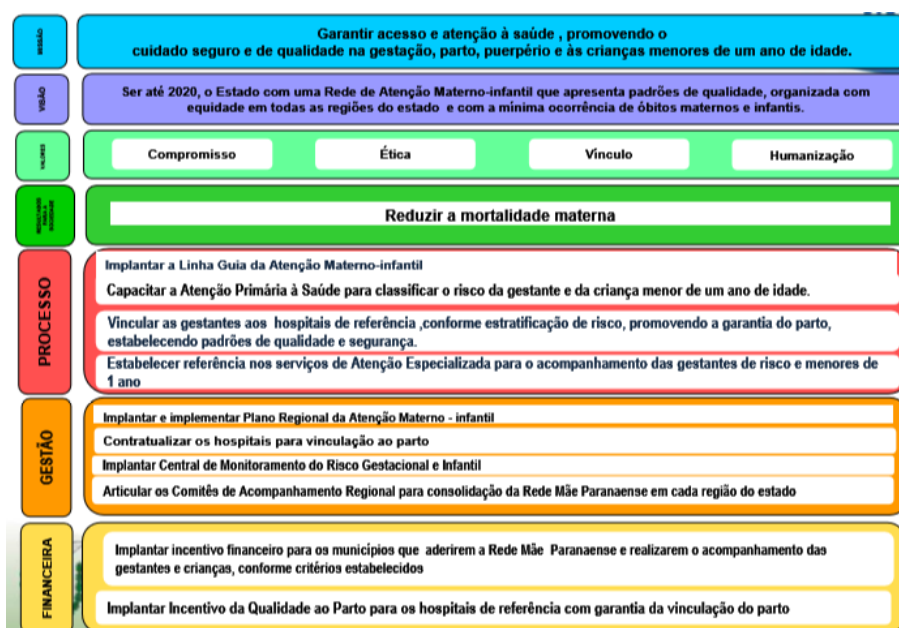


Figura 35. Mapa estratégico Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil. Fonte: SMS/PR, 2016.

Há uma estratificação do Risco da Gestante:

- a) Risco Habitual: gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, doença ou agravo, que deverão ser vinculadas aos Hospitais de Risco Habitual.
- b) Risco Intermediário: gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais, sociodemográficas e de história reprodutiva anterior, a saber: gestantes negras ou indígenas, gestantes com menos de 15 anos e mais de 40 anos, gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo, gestantes na faixa etária de 15 a 20 anos e com um filho morto anteriormente e/ou com mais de três filhos. Estas serão vinculadas aos Hospitais de Risco Intermediário.
- c) Alto Risco: gestantes que apresentam condição clínica pré-existente como hipertensão arterial, dependência de drogas, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças autoimunes, ginecopatias, e demais agravos determinados pela Secretaria Estadual de Saúde.

Campo Recife

Em Recife, a Secretaria Estadual de Saúde, pela Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde mantém um sistema de vigilância epidemiológica da Transmissão Vertical do HIV em Pernambuco desde 1987. A série histórica dos casos de aids em menores de 13 anos segundo ano de diagnóstico está na figura abaixo:

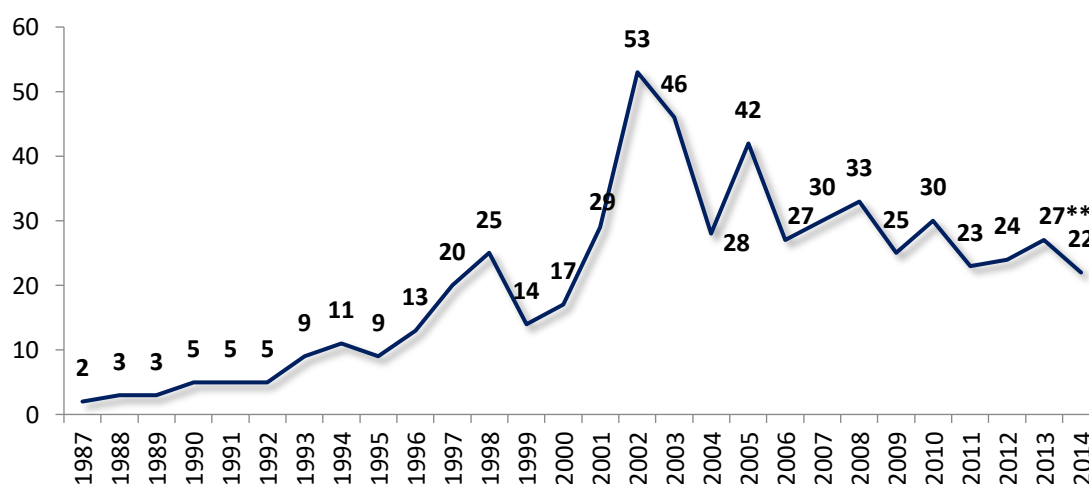


Gráfico 39. Série Histórica dos casos de aids em menores de 13 anos segundo o ano diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016.

Outro indicador importante, o número de menores de cinco anos com aids no Estado:

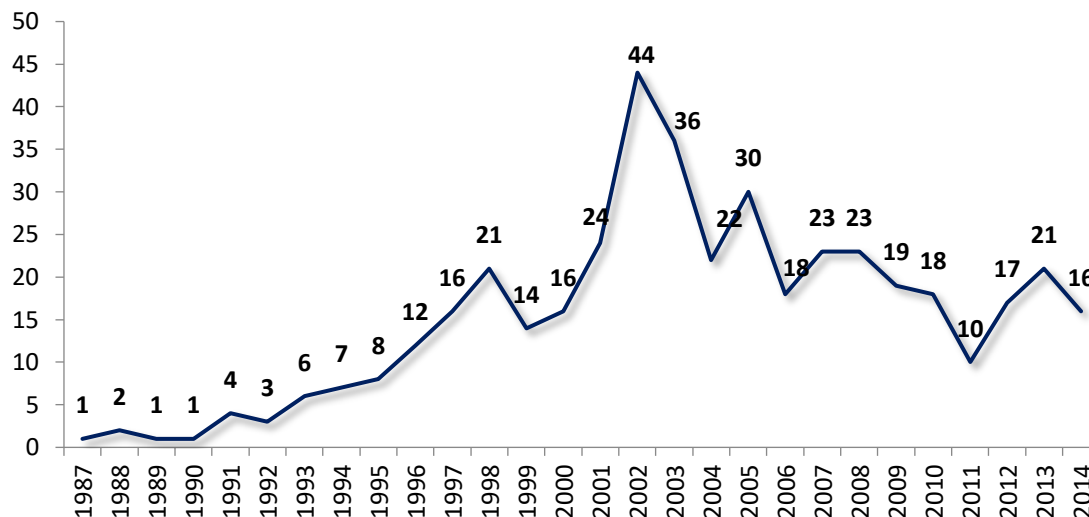


Gráfico 40. Série histórica dos casos de aids em menores de cinco anos segundo ano de diagnóstico em Pernambuco, Brasil, de 1987 a 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016.

Em Recife existem 8 maternidades, sendo 3 municipais e 5 estaduais. Existem muitos casos considerados “sem encerramento”, pois apenas 42% das pessoas atendidas são mesmo de Recife. Foram relatados 10 casos de transmissão vertical em Recife no ano de 2015, e em 2016, nenhum, no IMIP. A tuberculose e a neurotoxoplasmose são comorbidades importantes entre as pessoas vivendo com HIV e aids. Há relatos de falta de medicamentos para infecções oportunistas.

Pernambuco também realiza, com particular acurácia desde 2010, o mapeamento dos municípios com casos de aids em menores de cinco anos, por transmissão vertical. Os dados mais atualizados estão no mapa abaixo, destacando os municípios de Recife, Ipojuca, Olinda, Petrolina, Bezerros, Paulista, Rio Formoso, Moreno e Ibirajuba.:



Figura 36. Municípios com casos de aids em menores de cinco anos por transmissão vertical em Pernambuco, Brasil, em 2014. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, 2016.

O IMIP desenvolveu um projeto chamado Projeto Nascer, em 2003, em que todo o percurso da gestante, do pré-natal, parto, medicação, pós-parto e acompanhamento era cuidado e realizado pela equipe coordenada pelo setor de Obstetrícia. Porém, o projeto não teve sustentabilidade.

Considera-se que *os médicos tenham uma perda de oportunidade fenomenal nos tantos momentos de contato com as pacientes grávidas HIV+¹⁷⁰*; com a epidemia de Zika vírus, aumentou a atenção para as grávidas; há casos de rubéola e citomegalovírus vinculados à ocorrência de microcefalia, além da sífilis e da zika. São quatro médicos para 2.000 pacientes.

Em Recife o problema da ausência do marido é muito comum, assim como a não-participação do homem na própria manutenção da saúde. Muitas iniciativas, como o Pré-Natal do Homem, são pouco impactantes e pouco eficazes.

População carcerária não é população-chave no Brasil

São feitas visitas às penitenciárias às quartas-feiras e domingos, porém não há uma atuação sistematizada para a prevenção ou assistência a essa população que os acesse e inclua os parceiros.

Busca inativa

Em Recife, no IMIP, não se faz busca ativa com gestante e adulto. Apenas com as crianças, após 3 meses de falta o Serviço Social é acionado. Segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados, não há controle desta variável pelo SICLOM – porém, no Guia Rápido para utilização do sistema, há campo previsto para as maternidades.

6.3. Opção B+

A Opção B+, também chamada **Estratégia B+**, está implementada em todo o Brasil. A terapia antirretroviral está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, independentemente de critérios clínicos e imunológicos, e não deverá ser suspensa após o parto, independentemente do nível de LT-CD4+ no momento do início do tratamento. A Opção B+ tem como objetivos

- ✚ Suprimir a replicação viral de forma sustentada, prevenindo a transmissão vertical e sexual do HIV;
- ✚ Reduzir o risco de progressão da doença, diminuindo a morbidade e a mortalidade associadas ao HIV;
- ✚ Melhorar a qualidade de vida;
- ✚ Preservar e, quando possível, restaurar o sistema imunológico;
- ✚ Evitar uso intermitente de ARV em diferentes gestações;
- ✚ Promover proteção precoce, em relação à transmissão vertical, em futuras gestações.

A utilização da TARV reduz significativamente a possibilidade de transmissão sexual do HIV. Mesmo em uso de TARV, há fatores que podem aumentar a transmissão, como a presença de infecções sexualmente transmissíveis – por isso, o uso de preservativos deve ser sempre estimulado, mesmo em pacientes que apresentem supressão viral.

¹⁷⁰ Trecho de entrevista com profissional de saúde.

A TARV poderá ser iniciada na gestante antes mesmo de se ter os resultados dos exames de LT-CD4+ e carga viral, principalmente nos casos de gestantes que iniciam tardiamente acompanhamento pré-natal, com o objetivo de alcançar a supressão viral o mais rapidamente possível. A genotipagem pré-tratamento está indicada para todas as gestantes infectadas pelo HIV, de forma a orientar o esquema terapêutico inicial.

A realização de genotipagens para gestante deve ser considerada uma prioridade dentro da rede de assistência, uma vez que a escolha de um esquema antirretroviral eficaz tem impacto direto na transmissão do HIV. Contudo, ressalta-se que o início do tratamento não deve ser retardado pela não obtenção do resultado desse exame.

Pode-se afirmar que a implementação da Opção B+ foi realizada no Brasil e está ativa em todas as regiões, tendo como grande estratégia auxiliar a Rede Cegonha, que é uma estratégia que visa assegurar a todas as brasileiras um atendimento adequado, seguro e humanizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto e pós-parto, até a atenção infantil¹⁷¹.

A usuária deve ser esclarecida sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical.

Em Curitiba, capital do Paraná e “berço” da Rede Cegonha, a visita de campo foi realizada em maternidades de referência para *alto risco*, como é considerada a gestante HIV+. Toda gestante ao fazer o pré-natal já sabe em qual maternidade será realizado seu parto. A família é convidada a conhecer o hospital para familiarizar-se com o ambiente em que a gestante será acolhida, os profissionais de saúde responsáveis, o que dá maior tranquilidade e segurança tanto para a gestante como para a família.

Já no Nordeste, em relação à efetiva implementação da Opção B+, são reportadas algumas dificuldades em relação à logística de medicamentos na região Nordeste, por conta da periodicidade (por vezes mensal) de envio de insumos das capitais para as regiões do interior.

Campo Recife

O Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros, o CISAM de Recife, atende entre 8 e 14 gestantes por dia, e também faz o acompanhamento do pai. São quase 5.000 pacientes por ano. Iniciaram a Opção B+ em julho de 2015.

Ao atender mulheres grávidas HIV+, transformaram-se em Serviço de Alto Risco. Realizam pré-natal para adolescentes de 15 e 16 anos. Prestam assistência a mulheres privadas de liberdade do Presídio Feminino do Bom Pastor. Já atenderam 120 pacientes nos últimos 3 anos. Realizam sorologia para as IST.

O CISAM não tem aparelho de raio x e encaminha os casos suspeitos de tuberculose para outros locais.

¹⁷¹ Conforme a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

Campo Curitiba

Em Curitiba, todas as gestantes HIV+ são encaminhadas para as maternidades de referência, que atendem gestação de alto risco. Nesses hospitais, as equipes são treinadas e experientes no manejo clínico da gestante e no seguimento das crianças.

6.4. Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos

Em 1987 foi notificado o primeiro caso pediátrico em Recife. As gestantes são acompanhadas no SAE materno-infantil, que tem dois pediatras e um infectologista; o serviço oferece acompanhamento para os maridos e parceiros das gestantes que também queiram.

A questão central é que as mães aceitem a doença para manterem a terapia e tratem dos filhos expostos. O serviço visitado, IMIP – Medicina Integral Professor Fernando Figueira, é considerado um SAE completo, tem dois pediatras, quatro infectologistas, um ginecologista, duas enfermeiras, uma assistente social, dois dentistas um psicólogo. Não realizam reunião de equipe. Consideram a baixa escolaridade o principal fator para não-adesão e abandono do seguimento dos recém-nascidos.

Campo Curitiba – Pediatria e Neonatologia

Em Curitiba, o monitoramento é constante, sistematizado mensalmente em gráficos com os coeficientes/ 1.000 nascidos vivos. Entre 2015 e 2016 a taxa de mortalidade infantil foi de 8,6/1.000 nascidos vivos. Foram 12.056 nascidos vivos e 104 óbitos.

Óbitos/ Ano	2015	2016
Infantis	112	104
Neonatais	81	69
Pós-neonatais	31	35

Figura 37. Número de óbitos infantis em Curitiba, 2015-2016. Fonte: SMSC, 2016.

O coeficiente perinatal é de 11,9/1.000 nascidos vivos, e o Coeficiente de Natimortalidade é de 7,0/1.000 nascidos vivos, segundo a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Protocolo com Validação de Sociedades

Curitiba inovou ao implementar seus protocolos de atenção à saúde materno-infantil com o aval da comunidade científica: Sociedade Paranaense de Pediatria, junto com a Sociedade de Ginecologia, realizaram avaliações por escrito, documentadas, relativas à parte pediátrica do tratamento, adesão e prevenção.

Essa é uma estratégia muito importante para implementação de Boas Práticas, pois além da base científica para as decisões, ainda tem-se uma das características mais importantes na Saúde Pública, em particular no SUS, o *controle social*.

6.5. ONG Parceiras

O Brasil tem tradicionalmente Organizações Não-Governamentais atuantes e parceiras na luta contra o HIV e aids. Desde as primeiras associações, já mencionadas na Linha do Tempo da Resposta Nacional à Epidemia de HIV e aids neste documento, até as atuais, que resistiram às mudanças políticas que desencadearam em perda de financiamento e subsídio, a atuação das assim chamadas ONG/Aids no Brasil é referência internacional.

Vários gestores dos diferentes níveis, do municipal ao federal, tiveram sua origem profissional em trabalhos nas ONG. Nos anos 1990 e 2000, todo o sucesso da resposta nacional para redução dos índices de HIV, aids e hepatites virais entre os Usuários de Drogas Injetáveis foi possível porque foram trabalhos realizados em parceria com as ONG.

Elencar todas as ONG parceiras no momento atual da resposta nacional à Epidemia não seria possível dentro deste trabalho. Por isso, a escolha metodológica foi pela descrição da ONG GESTOS, de Recife/ Pernambuco, que compôs o trabalho de campo e é uma das organizações “sobreviventes”, atuantes, com iniciativas originais e importantes que acompanham a dinâmica nacional da epidemia, dando visibilidade e voz aos excluídos, criando estratégias para enfrentar as novas propostas de prevenção e lutando por todos os meios contra o estigma, a discriminação e as desvalias que as pessoas portadoras de HIV ainda enfrentam no país de modo geral, em Pernambuco em particular.



Figura 38. Home page da ONG GESTOS, de Pernambuco. Fonte: www.gestos.org, 2016.

A ONG foi criada em 1993 e trabalha desde então com as questões relativas aos direitos das Pessoas Vivendo com HIV e aids: Assessoria Jurídica, Atendimento Psicológico, Prevenção em comunidades, empresas.

Lida com as dificuldades de financiamento – projetos aprovados em 2014, por exemplo, *até maio de 2016 não havia chegado o dinheiro* (trecho de entrevista). Mesmo assim, relataram ter participado de um edital do Governo Federal, no início de 2016, para desenvolvimento de projetos de prevenção com jovens. São incansáveis.

Há muita procura pelos serviços de apoio jurídico.

São realizadas oficinas de arte, teatro, com mulheres com HIV, o que chamam de *estratégias de porta-a-porta*, levando informações e insumos de prevenção para diversos locais não acessados por aparelhos do governo.

Como estratégia preventiva com as mulheres, por exemplo, a *Tarde das Mulheres*, em que são trabalhados temas de prevenção e adesão com brindes obtidos em sex shops parceiros. As mulheres podem trabalhar, experimentar e conhecer melhor as possibilidades de prevenção não apenas às IST e aids, mas em relação à violência e desigualdade de gênero.

Outra parceria interessante, com o Instituto MAC (de cosméticos), em que as Agentes Comunitárias de Saúde ganham batons como brindes e a partir dos vínculos estabelecidos com as mulheres e jovens, incluindo filhas de pessoas vivendo com HIV e aids, e trabalham questões da prevenção.

O atendimento psicológico, jurídico e social é realizado de modo ininterrupto desde o ano 2000. Também existe parceria com uma ONG alemã para atendimento social.

A ONG realiza visitas hospitalares, domiciliares, e a atuação mais forte em 2016 era a formação do chamado *GT Ativismo*, Grupo de Trabalho composto por 12 pessoas vivendo com HIV e aids, com objetivo de formação em ativismo político. São realizadas reuniões periódicas com temas da política, tendo como base as lutas necessárias quanto a patentes, financiamento, na perspectiva “saúde não é comércio”.

A aids é considerada *um detalhe em tudo isso*¹⁷². Há muitos casos de tuberculose, tuberculose multidrogarresistente também. O trabalho da ONG neste momento abrange, além do GT Ativismo, trabalhos com população trans em geral, adesão, grupo de mulheres, grupo de homens, questões de remanejamento, medicação, participação em todos os espaços políticos: conselhos, conferências nacionais e internacionais.

Outros grupos importantes são o GT de jovens ativistas soropositivos, o Movimento Nacional de Cidadãs Positivas, a questão da Saúde da Mulher.

As “Burcas Invisíveis”

Em relação às grávidas soropositivas, uma ação recente da ONG foi uma intervenção junto ao Ministério Público para garantia do fornecimento de leite nas maternidades. Houve uma falta de leite, as mulheres HIV+ que tinham bebê e saíram estavam sem leite e sem amamentar, pelo protocolo. A ONG, além de assegurar maior número de doações (e imediatas, frente à urgência da situação), conseguiu agilizar a concretização de alguns contratos com os fornecedores.

Em alguns serviços de saúde, o intervalo entre a realização de um exame clínico e a consulta acaba sendo de seis meses. A ONG auxilia para que esse intervalo seja reduzido e não ocorra nem a falha terapêutica nem a positividade em meio ao pré-natal. Um caso relatado, de uma gestante em que foi pedido o teste no primeiro trimestre, e no segundo trimestre o resultado ainda não havia chegado; foi solicitado outro teste, cujo resultado também não veio – e ao final, a criança nasceu soropositiva. Esse caso foi considerado uma exceção, e a gestante só procurou a ONG por orientação de uma amiga, que abriu processo contra o laboratório do Estado de Pernambuco, e essa mulher resolveu também processar, com suporte da ONG.

¹⁷² Trecho de entrevista com gestora da ONG, Recife, Maio de 2016.

Há consenso sobre a invisibilidade das mulheres com aids, em especial das mulheres trans e das gestantes.

Perdidas de vista mesmo sendo vistas, afirma a gestora. Ainda prevalece o machismo na rotina de revelação diagnóstica, assistência e prevenção, em que muitas mulheres se recusam a falar de seus diagnósticos para os cônjuges ou pais de seus filhos, por temor de perder sustento, status, condição de casadas...

A adesão é trabalhada também num grupo chamado *Hora, Bolas!*, em que o trocadilho do nome refere-se à necessidade de se tomar medicação em horário correto. O grupo ocorre uma vez por mês, na última terça-feira, e trata de diversos temas: saúde dental, saúde em geral, nutrição, não é específico ou restrito a se trabalhar questões do HIV e da aids.

A Gestos promove e incentiva o uso da camisinha feminina, ação com eficácia comprovada (a mesma da camisinha masculina) não apenas para prevenir o HIV, mas muitos outros patógenos. A camisinha feminina foi lançada no Brasil em 1997 e é uma importante opção de prevenção, pois facilita a negociação da prática do sexo seguro, pois pode ser colocada pela mulher antes mesmo da relação sexual começar. O preservativo feminino é distribuído no país, embora em volume muito menor do que o masculino. Alguns ativistas afirmam que o preservativo feminino “devolve à mulher a responsabilidade pelo cuidado”, porém a Gestos investe na popularização do uso desse importante meio preventivo.

Monitoramento das ações e políticas

Desde 2003 a Gestos vem mobilizando a sociedade civil nacional para o monitoramento das metas acordadas pelo Brasil na Declaração de Compromisso da Sessão Especial da Assembleia Geral Extraordinária das Nações Unidas (UNGASS) de 2001. Em 2007 a Gestos replicou o processo e metodologia da experiência nacional para dezesseis países, numa primeira fase, e doze países na segunda fase de consolidação de um plano de advocacy e estabelecimento de uma rede internacional de ativistas da região sul.

Não por acaso a Gestos é referência nacional¹⁷³ e internacional.

¹⁷³ A GESTOS foi indicada como ONG parceira – e portanto foco da visita de campo - pelo Coordenador do setor de Articulação com Organizações da Sociedade Civil do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais; também foi indicada pelo Coordenador de DST, Aids e Hepatites Virais do Estado de Pernambuco e pelo Coordenador de IST, Aids e Hepatites Virais do Recife.

7. Tabela-síntese

Fontes:

1. BR_BEPIV_2016 = Boletim Epidemiológico de HIV e Aids, 2016.
2. BR_BEPIsif_2016 = Boletim Epidemiológico de Sífilis, 2016.
3. BR_IA_2016 = Indicadores e dados básicos da aids nos municípios brasileiros. Disponível em www.indicadores.aids.gov.br.
4. CFF_2016 = Conselho Federal de Farmácia. www.cff.org.br.
5. CFO_2010 = Conselho Federal de Odontologia. www.cfo.org.br.
6. CFP_2016 = Conselho Federal de Psicologia. *A Psicologia Brasileira apresentada em números*. <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>.
7. CIA_2016 = www.cia.gov/worldfactbook
8. CRT_SP/2016 = www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gestor - Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Março 2016.
9. DATASUS_2016 = tabnet.datasus.gov.br
10. IBGE_2016 = *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*
11. PSAU_2016 = <http://portalsaude.saude.gov.br>
12. UNAIDS_2016 = <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>

1	GERAL	Números	Fontes
1.1	População residente	204,9 milhões de habitantes	IBGE_2016
		51,03% Mulheres	
		48,97% Homens	
		205.823.665	CIA_2016
	Taxa de crescimento anual	1,0%	IBGE_2016
1.2	População urbana	85,7%	CIA_2016
	Taxa de urbanização	1,17%/ ano	IBGE_2016 e CIA_2016
1.3	Expectativa de vida ao nascer (em anos)	75,4	IBGE_2016
	Homens	71,9	
	Mulheres	79,1	
	Expectativa de vida ao nascer (em anos)	73,8	CIA_2016
	Homens	70,2	
	Mulheres	77,5	
1.4	Taxa de fecundidade total	1,72 filho/mulher	IBGE_2016
	Taxa de fecundidade mulheres 15-19 anos	59,4 filhos/1000 mulheres	IBGE_2016
	Idade média gestacional	20-29 anos	DATASUS_2016
1.5	Taxa de crescimento da população	0,75%	CIA_2016
1.6	Número de nascidos vivos	2.979.259 (2014)	DATASUS_2016
	Taxa de nascimentos	14,3 nascimentos/1.000 pessoas	CIA_2016
	Taxa de natalidade	14,16/1.000 habitantes	IBGE_2016
1.7	Prevalência de contracepção	80,3%	CIA_2016
1.8	Partos com especialistas (%)	97,85 % (2009)	DATASUS_2016
	Total de partos – tipo cesariana	1.697.954 (2014)	DATASUS_2016
	Total de partos – tipo vaginal	1.277.175 (2014)	DATASUS_2016
	Total de partos – tipo ignorado	4.130 (2014)	DATASUS_2016
	Taxa de cesarianas – rede pública	40% - 53,7%	PSAU_2016
	Taxa de cesarianas – rede particular	84,6% - 88%	PSAU_2016
1.9	Crianças menores de 5 anos abaixo do peso	2,2%	CIA_2016
	Mortalidade < 5 anos de idade	60,1%	IBGE_2016
1.10	Taxa Bruta de Mortalidade/ 1.000 pessoas	20,9 mortes/1.000 pessoas que atingiram os 15 anos	IBGE_2016

	Taxa de Mortalidade infantil	13,82/ 1.000 nascidos vivos	IBGE_2016
		18/1.000 nascidos vivos	CIA_2016
1.11	Mortalidade materna/ 100.000 nascidos vivos	44/100.000 nascidos vivos	CIA_2016
2	GESTANTES - PTV		
2.1	Cobertura de Pré-Natal, ao menos uma consulta	97%	GARPR_2014
2.2	% de gestantes testadas para HIV	80%	UNAIDS_2016
2.3	Estimativa de % de gestantes HIV+ TARV	70,2%	GARPR_2014
2.4	Taxa de transmissão vertical HIV	4,5%	CRT/SP_2016
3	HIV/AIDS e SÍFILIS		
3.1	Sítios sentinela Pacote Estatístico	849 (SICLOM)	DIAHV_2016
		SICLOM + SINAN + SISCEL + PREVINI + SISGENO + SIM	DIAHV_2016
	Tipo de epidemia	Concentrada	DIAHV_2016
3.2	Conhecimento sorologia	715.000	DIAHV_2016
	Centros de Aconselhamento e Testagem (CAT)	517	DATASUS_2016
	Testagem para HIV (cobertura)	87%	DIAHV_2016
	Testes em crianças até 2 meses do nascimento (%)	48%	UNAIDS_2016
	Infecções evitadas pelo Programa de Prevenção à Transmissão Vertical	1.668 (2015)	UNAIDS_2016
3.3	Incidência do HIV e Aids	0,0387	UNAIDS_2016
	Novos casos de infecção pelo HIV	44.175	UNAIDS_2016
	Incidência de casos de infecção pelo HIV por Transmissão Vertical	0,1	GARPR_2014
	Prevalência do HIV - Geral	0,58%	CIA_2016
		0,5791 (2015)	UNAIDS_2016
	Número de pessoas com HIV	826.698	UNAIDS_2016
	Número de casos de aids	842.710 (1980-2016)	BR_IA_2016
		826.000	CIA_2016
	Homens	548.850	BR_IA_2016
	Mulheres	293.685	BR_IA_2016
	Gestantes HIV+	99.804	BR_BEpHIV_2016
3.4	Transmissão sexual	92%	BR_IA_2016
	Transmissão vertical	2,5 casos/100.000 habitantes	BR_BEpHIV_2016
3.5	Número de pessoas vivendo com HIV	15.885 (2016)	BR_IA_2016
	Adultos entre 15 e 24 anos	2.009	BR_IA_2016
	Menores de 5 anos	152	BR_IA_2016
	Grávidas soropositivas para HIV	3.763	BR_IA_2016
3.6	Órfãos por causa da doença	101.202	UNAIDS_2016
3.7	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	234.725 (1980-2015)	BR_IA_2016
		15.281 (2015)	UNAIDS_2016
	Coeficiente de mortalidade bruta por aids/ 100.000 habitantes	6.0	BR_IA_2016
		5,6/100.000	DIAHV_2016
3.8	Casos de sífilis notificados em gestantes	15.247	BR_BEpSif_2016
	Número total de casos de sífilis congênita notificados	9.201	BR_BEpSif_2016
	% sífilis congênita em crianças cujas mães fizeram pré-natal	79,5% mães em pré natal	BR_BEpSif_2016

	Cobertura de tratamento com penicilina nas gestantes com sífilis	86,3%	CRT/SP_2016
	Óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano/100.000 nascidos vivos	221	BR_BEpsif_2016
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	55,39%	UNAIDS_2016
		64%	DIAHV_2016
	Cobertura ARV para gestantes HIV+	123.648 (2015)	UNAIDS_2016
	% de grávidas recebendo ARV para prevenir a Transmissão Vertical	10.541	UNAIDS_2016
	% de gestantes precisando de ARV para prevenir a transmissão vertical	8.525	UNAIDS_2016
	% de crianças nascidas de mulheres HIV+ recebendo teste para HIV nos 2 meses após o nascimento	48%	UNAIDS_2016
4.2	População em TARV	497.980	UNAIDS_2016
		489.000	DIAHV_2016
	Retenção – 12 meses em ARV	77%	UNAIDS_2016
	Serviços de Assistência Especializada (SAE)	712	DATASUS_2016
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	2,3/ 1.000	CIA_2016
		2,26/1.000 (2010)	IBGE_2016
	Leitos hospitalares – SUS	337.243	DATASUS_2016
	Leitos hospitalares – Não-SUS	155.906	DATASUS_2016
	Leitos hospitalares – Total	439.472	DATASUS_2016
	Número de Hospitais	6.706	DATASUS_2016
	Número de Centros de Saúde	297.014	DATASUS_2016
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	462.019	DATASUS_2016
	Número de médicos/ 1.000 habitantes	1,89	CIA_2016
	Psiquiatras	36.843	DATASUS_2016
	Número de enfermeiros	1,6 milhões	IBGE_2016
	Número de enfermeiros/ 100.000 habitantes	232.558	DATASUS_2016
	Dentistas	219.575	CFO_2010
	Farmacêuticos	195.022	CFF_2016
	Técnicos de laboratório		
	Psicólogos	284.349	CFP_2016
	Outro pessoal técnico superior	116.733	DATASUS_2016
6.0	ONG Parceiras	ABIA, GAPA, Pella Vidda	DIAHV_2016
	Pernambuco	Gestos	Visita de campo
	Paraná	Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e aids, Grupo Rede Solidariedade	Visita de campo deste projeto

8. Conclusões e Recomendações

Como consultora deste projeto de Diagnóstico da Implementação da Opção B+ nos Países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, conhecendo Boas Práticas e Vulnerabilidades de outros países além do Brasil, posso afirmar que temos uma Resposta Nacional à epidemia de HIV e aids com nível de excelência e que segue dois princípios essenciais: está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e segue as diretrizes de Direitos Humanos.

Tenho muito orgulho em participar dessa Resposta Nacional desde seu início, como estagiária no então Hospital Emílio Ribas II, na rua Antonio Carlos em São Paulo, embrião do que viria a ser o CRT/DST/aids de São Paulo. Ali fiz os primeiros cursos sobre aids, nos anos 1980, com Dr. Jacyr Pasternak e Dr. Caio Rosenthal. Participei depois como consultora, pesquisadora, parceira, assessora técnica, e pautei minha vida acadêmica na área –fiz o Mestrado em Psicologia Social, defendido no ano 2000, sobre *Campanhas de Prevenção às DST/Aids do Governo Federal, de 1980 a 1999*¹⁷⁴; depois, defendi o Doutorado em Saúde Pública em 2006, com o tema *Adesão ao tratamento por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas em São Paulo/SP*¹⁷⁵ - e construindo uma rede de amizades que já dura décadas.

Portanto, não é com qualquer isenção que apresento essas conclusões e recomendações. Ao realizar um diagnóstico num país do tamanho do Brasil, com três sítios de pesquisa de campo, junto aos outros oito países participantes do projeto, foi inevitável revisitar essa trajetória pessoal. Ao estudar a Opção B+, um universo de temas subjacentes precisaram ser trabalhados, desde a questão logística dos insumos propriamente ditos (infraestrutura, testes e medicamentos), passando pelas questões de saúde sexual e reprodutiva (antropologia, epidemiologia, culturas, rituais, tabus, limites e possibilidades), chegando até a implementação propriamente dita, junto às gestantes – que muitas vezes só vão ao serviço para saber se estão grávidas, não se tem alguma doença – e todas as nuances de adesão. Foi um exercício intelectual e científico como poucos. Cada país em que “molhei o pé no campo” tem aspectos absolutamente idiossincráticos, mas também semelhanças impressionantes com a nossa realidade. Ser estrangeira foi um modo excepcional de eu reconhecer meu País....

É com o senso de gratidão pelo tudo que construí e me constituí como pessoa nas relações com tantos colegas e amigos que conheci na trajetória (e ainda conheço), com admiração profunda pelas imensas batalhas travadas por ativistas dos diversos níveis de governo e condição pessoal, com alegria por ter participado de diferentes formas e com diferentes impactos na construção dessa resposta no Brasil e no exterior, com muitas horas de estudo e dedicação à leitura dos documentos oficiais, normas técnicas, portarias, manuais, todo o material coletado nas entrevistas, que apresento essas conclusões e recomendações.

Reitero o agradecimento especial ao Prof. Dr. Christian Ingo Lenz Dunker, titular do Instituto de Psicologia da USP, que desde novembro de 2015 auxiliou na elaboração e sistematização destes documentos, de modo voluntário e generoso como poucas vezes vi em mais de trinta anos de vida acadêmica. Vamos às recomendações!

¹⁷⁴ Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC/SP.

¹⁷⁵ Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP, Depto. de Epidemiologia.

8.1. Aspectos a serem valorizados - Pontos Positivos

Um aspecto muito positivo e importante é que o Brasil tem uma construção da Resposta Nacional à Epidemia de HIV e aids com base em evidências científicas, com participação dos gestores e serviços nos aspectos políticos, técnico-científicos e socioculturais da sociedade brasileira para que o enfrentamento à epidemia respeite os Direitos Humanos e atenda às diretrizes do Sistema Único de Saúde, permitindo a melhor atenção possível à população.

O país também está, desde as origens da epidemia, alinhado com as diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde, quando não, pautando e apresentando para o mundo estratégias inovadoras e bem-sucedidas no Brasil, além de compartilhar dificuldades e pensar conjuntamente em soluções nos diferentes fóruns internacionais.

O Brasil tem um modelo de epidemia de HIV e aids do tipo concentrada, ou seja, baixa prevalência na população em geral e alta prevalência em populações específicas; somando-se a isso as desigualdades regionais na distribuição de renda e no perfil populacional, a institucionalização das ações 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.

O modelo dessa construção serve como base e exemplo para outras Respostas Nacionais a agravos, como em relação à Tuberculose e às Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hepatites Virais e Sífilis em particular.

A lógica de extremo cuidado com a notificação, sistematização e avaliação dos dados epidemiológicos e sua acurácia, o diálogo entre os diferentes sistemas de notificação de agravos do país, a comunicação, a participação de especialistas e sociedade civil na organização de materiais normativos, o diálogo interministerial e a logística transparente dos recursos e insumos para prevenção e tratamento são aspectos *sui generis* que merecem todo o reconhecimento nacional e internacional.

A estrutura de uma autoridade nacional única em nível federal, com autonomia para manejo de recursos e capacidade de decisão, o Departamento Nacional de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, os pares nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que permitem a capilaridade das ações, a parceria com a Sociedade Civil Organizada, tudo isso permite um fluxo de planos operacionais que pode ser considerado uma Boa Prática.

A elaboração de Planos é um padrão nas respostas nacionais em todos os países pesquisados. Os planos são compromissos firmados entre gestores, população e Governo, trazendo as principais estratégias de consolidação e pactuação de ações a serem implementadas ou as ações já em andamento, mas que se mostram dispersas e irregulares. Essas ações, com os planos, ampliam-se em escala nacional, garantindo sua consolidação e manutenção.

Na elaboração desses planos, o diálogo entre a autoridade nacional e as instâncias locais é a garantia do sucesso, da sustentabilidade e da consolidação do SUS como um sistema de saúde imprescindível ao país.

No Brasil, essa pactuação dos diferentes níveis é constantemente incentivada; em outros países, os planos são desenvolvidos pela esfera federal do governo e simplesmente repassada para os níveis estadual e municipal.

Um ponto muito positivo da Resposta Brasileira é a integração a um Sistema Único de Saúde, o SUS que, mesmo com limitações, produz resultados de qualidade e tem como pilares a universalidade, integralidade e equidade. Os princípios de controle social, descentralização político-administrativa e regionalização servem de modelo para muitos sistemas de saúde do mundo.

O acesso à informação prestado pelo SUS é da mais alta qualidade, com disponibilização de dados por internet, transparência e acurácia. Os sites apresentam informações em nível nacional, regional, com dados sócio demográficos detalhados, e sempre apresentam canais adicionais para obtenção de mais informações ou informações mais complexas, por e-mail ou telefone.

Controle Social

O Brasil leva muito a sério a função de controle social sobre as políticas públicas na elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das estratégias de enfrentamento da epidemia. Os Conselhos, Comissões e Comitês de consulta e decisão na saúde, nos três níveis de governo - e nos quais a Sociedade Civil tem lugar cativo - simbolizam essa importante disposição.

É um aspecto positivo e diferencial no país. A forma como o Ministério da Saúde sempre incentivou essa participação pode ser estendida ao próprio nível federal, nos Ministérios de Educação, Justiça, Defesa...é uma boa prática.

Uma boa prática é a implementação de ações pautadas e apoiadas por Sociedades e Conselhos de Especialistas, como por exemplo Sociedade de Pediatria, Conselho de Psicologia, em que as ações são pensadas e avaliadas com critérios científicos e consideração às nuances culturais.

Ainda em relação à questão político-ideológica, a dupla ancoragem Direitos Humanos-SUS que subsidia as ações brasileiras no enfrentamento da epidemia se traduz em preocupação constante e crescente com a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e aids.

Inovações

O Brasil participa e adere às inovações em Prevenção, Tratamento e Assistência que são consideradas Boas Práticas em certas regiões do país e as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde.

As estratégias de Prevenção Combinada, Tratamento como Prevenção, Profilaxia Pré-Exposição e Profilaxia Pós-Exposição, estão sendo adotadas e adaptadas à realidade do Brasil, incluindo as necessárias normatizações para garantir a efetiva implementação dessas estratégias no Sistema Único de Saúde e garantir sua sustentabilidade.

A criação de aplicativos para os Protocolos, para a Adesão e a disponibilidade gratuita dos mesmos para as duas plataformas de internet é um dos pontos mais positivos dentre as inovações que o Brasil fez recentemente, podendo ser compartilhada com outros países e divulgada nacional e internacionalmente. A inclusão digital é tendência irreversível.

A ênfase ao cuidado com as pessoas portadoras do HIV tem como reflexos a incessante gama de ações voltadas à redução do estigma e da discriminação. Ações educativas, políticas, jurídicas, direcionadas ao fortalecimento da garantia de direitos e benefícios sociais, anonimato no diagnóstico e no tratamento, acesso a insumos e possibilidades de tratamento de infecções oportunistas.

Os serviços especializados em DST e aids contam, há muito, com equipes multiprofissionais e trabalho interdisciplinar para pensar e implementar ações com excelência técnica, respeito aos direitos humanos e segundo as diretrizes do SUS.

A expansão do atendimento dos pacientes com HIV e aids para a Atenção Básica tem seguido essa lógica, de priorizar o trabalho em equipe e estabelecimento do protocolos discutidos e normatizados pelo nível federal – cujo trabalho é invariavelmente desenvolvido em equipe, com gestores, especialistas e sociedade civil. Todos os gestores e profissionais de saúde consideram a estratégia de realização de supervisões institucionais periódicas essenciais para compartilhamento de estratégias bem-sucedidas e problemas enfrentados.

Uma inovação que segue as diretrizes de Boas Práticas internacionais é a introdução do *vinculador/linkador* e do *navegador*, pessoas responsáveis pela melhoria da adesão das pessoas soropositivas ao tratamento e aumento da retenção dos usuários aos serviços vem nessa direção de assimilar a meta 90-90-90, incorporar a Cascata de Cuidados e reduzir o número de pessoas “Perdidas de Vista” no sistema de saúde.

A implementação das chamadas Tecnologias Leves, com cuidados de aprimoramento nas relações interpessoais, nas adequações de vocabulário e trabalho na ambiência dos serviços, em que os recursos já existentes são remanejados, ações combinadas para otimização de recursos – que já são rotina em Curitiba – precisam ser divulgados e incentivados para todo o país.

Para toda ficha tem uma ação... é uma frase que sintetiza e simboliza um zelo com o profissional de saúde, pois traz a eles o sentido do que estão fazendo, a importância do correto registro para o planejamento das ações, construção de boletins epidemiológicos, que por sua vez pautam políticas e assim por diante.

A parceria com os Consultórios de Rua e Na Rua apresentada em Curitiba mostra-se importante ferramenta para acesso a populações vulneráveis. O papel da ONG Gestos em Recife demonstra como é possível seguir em parceria com as ações já implementadas e inovar.

Inclusão

Dizer que a resposta brasileira à aids é marcada pela compreensão da epidemia no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos implica em dar visibilidade e voz ativa aos diferentes grupos e populações, com ênfase ao respeito à diferença e a valorização da diversidade.

Desde o início da epidemia, o país acolhe e milita pela inclusão de populações marcadamente excluídas, como usuários de drogas, população trans, e mesmo homossexuais masculinos, marcadamente estigmatizados.

Esse é um dos aspectos mais importantes da política brasileira: as ações de visibilidade dos excluídos tem impactos em toda a sociedade, em outros setores, e pode-se dizer que, mesmo apenas com pouco mais de 30 anos de epidemia, a resposta brasileira rompeu tabus e trouxe à tona questões complexas e sérias, desde a eutanásia até as parcerias homoafetivas, sustentando as questões dos direitos civis, sexuais e reprodutivos para todos.

Neste momento, será importante dedicar ainda mais atenção às Boas Práticas envolvendo jovens que foram infectados por Transmissão Vertical. Ainda não temos estudos a respeito, porém em campo verifica-se a preocupação dos profissionais de saúde e parceiros de ONG que, de modo geral, consideram este um grupo com dificuldades severas para adesão ao tratamento e grande prevalência de comorbidades como abuso de psicoativos e problemas psicológicos específicos como depressão.

Saúde do Homem

É consensual a dificuldade de acesso aos homens para cuidados em saúde em geral. A criação no Brasil do Programa de Saúde do Homem é uma iniciativa importante, que merece ser melhor divulgada para a população em geral.

Sífilis e sífilis congênita

Outro aspecto positivo que merece ser valorizado é a resposta brasileira à epidemia de sífilis e sífilis congênita, que tem se configurado como exemplar nestes últimos anos. Todos os esforços empreendidos para melhoria na cobertura da testagem de gestantes, crianças expostas, parceiros e população em geral estão sendo empregados e com resultados visíveis.

O Brasil é o país que, de longe, tem maior publicação nacional sobre o agravo e as inter-relações com outras doenças. É o único país a ter um Boletim Epidemiológico exclusivo para sífilis, com todos os dados epidemiológicos atualizados em escala nacional e com detalhamento das informações por estado. Esse é um dos aspectos positivos que merece ser compartilhado com outros países. As ações protagonizadas pelo Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais relativas o diagnóstico, notificação e tratamento da Sífilis (detalhadas no item 5 deste relatório) permitiram que os Estados e Municípios aprimorassem suas ações e intervenções, levando à possibilidade de sistematização de dados notificados e melhoria da atenção a esse agravo.

O Brasil é signatário do compromisso de eliminação da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV frente a OPAS e UNICEF e os esforços em direção ao cumprimento dos requisitos seguem.

Esse processo de certificação será estruturado para a realidade brasileira, considerando a formação do grupo de trabalho no Ministério da Saúde para adequar a proposta de validação e os instrumentos de certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis, com os critérios e os indicadores específicos.

Assim, o Ministério da Saúde, em conjunto com as UFs e os municípios, espera que todas as medidas implantadas contribuam para a redução da transmissão vertical da sífilis no país.

O Campo Recife merece destaque pela primorosa sistematização dos dados relativos à sífilis no município, bem como no Estado de Pernambuco. O Boletim Epidemiológico lançado em 2016 traz informações relevantes não apenas da situação atual da epidemia, mas também das séries históricas.

Comunicação

O Ministério da Saúde do Brasil e o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais reiteram e reafirmam o compromisso com a divulgação sistematizada de informações para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação das ações de saúde, na temática que é uma das mais destacadas prioridades do referido Departamento.

É um ponto extremamente positivo a qualidade das produções técnicas nos diversos setores do Departamento, estando todo o material disponibilizado para download gratuito no site, sendo de fácil acesso e qualidade técnica de excelência. Todo o material é produzido com consulta a especialistas, representantes das pessoas soropositivas, demais membros da sociedade civil e realmente traz toda a informação necessária para compreensão da dinâmica da epidemia de HIV e aids no Brasil, tanto na atualidade como na série histórica, seguindo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Considerando-se a importância da notificação dos dados relativos aos agravos, um ponto positivo é a qualidade dos sistemas de notificação e a implementação de possibilidades de “diálogo” entre os diferentes sistemas, em que o cruzamento de determinados dados já funciona como verificação de fidedignidade.

Como o Brasil tem, definido por Lei, a gratuidade na emissão das primeiras vias das certidões de nascimento e óbito, considera-se um ponto facilitador para que os cálculos populacionais – e conseqüentemente epidemiológicos – sejam ainda mais fidedignos. Todos os cálculos em Epidemiologia têm como base o número total de nascimentos e o número de óbitos num determinado tempo e local. Os prazos para registro de nascimento vão de 15 dias até 45 dias (quando apenas a mãe está disponível para realizar o registro).

Bancos de Sangue

Em relação aos Bancos de Sangue, o Brasil tem um controle apurado e capilarizado, com critérios de biossegurança para coleta, armazenamento e distribuição do sangue doado. A doação voluntária e a extinção da doação remunerada são avanços políticos importantes e que têm reflexos diretos na qualidade de sangue em todo o país, junto à testagem de todo sangue recebido.

Adesão

Neste Diagnóstico Situacional ficou evidente que existem Boas Práticas e que não é necessário se “reinventar a roda”, mas investir e garantir sustentabilidade a ações que têm alcance e eficácia comprovados, como os Grupos de Adesão nos serviços. Grupos para gestantes HIV+, Grupos para Jovens que foram infectados em Transmissão Vertical, Grupos para pessoas que Convivem com pessoas com HIV, Grupos de Ativismo, Grupos de Mulheres Trans.

As Boas Práticas em adesão para gestantes pós-parto também se referem a formação de grupos, com abordagem de diferentes temas como nutrição, autocuidado pós-parto, dificuldades na adesão e na motivação para seguir com medicamentos mesmo com a carga viral já indetectável.

Se a motivação principal para a adesão ao tratamento durante a gravidez é o filho nascer soronegativo para HIV, após o parto a motivação nem sempre é tão clara, embora seja prevalente o desejo “em ver o filho crescer”. Precisam ser práticas sustentáveis, pois já existem em auxiliam na adesão, na retenção e na melhoria da qualidade de vida dessas mães e seus filhos. O impacto das Boas Práticas com as parcerias (importante esse termo: as parcerias, não apenas ‘os parceiros’) dessas mulheres ainda é uma incógnita a ser pesquisada.

Recursos Humanos

Uma Boa Prática que o Brasil tem é a formação de Recursos Humanos para a área de Saúde Pública não apenas no Brasil, mas também em nível mundial. Não foram poucos os técnicos que, após ampla experiência na gestão do programa Federal de DST e Aids foram chamados para grandes organismos internacionais, sendo alguns exemplos Dr. Pedro Chequer para UNAIDS, Dr. Paulo Roberto Teixeira, Dra. Mariangela Simões, Dr. Marco Vitória, Dr. Carlos Passarelli, Dr. Dráurio Barreira para WHO/ Genebra, Dr. Fábio Moherdau para OPAS e Dr. Fábio Mesquita para a WHO/ Ásia – Indonésia.

Em todos os países visitados houve referência a parceria com o Brasil para incremento tecnológico, educacional e vários (Portugal, Angola, Moçambique e Cabo Verde) mencionaram fornecimento de medicamentos do Brasil como imprescindível.

Muitos especialistas brasileiros em aids trabalham como consultores fixos e/ou permanentes na área de IST/ Aids em Angola, Moçambique, Guiné Bissau, tanto em parcerias pelo Governo Brasileiro como apoiados por organismos internacionais como UNICEF, CDC, dentre outros.

Finalmente, em relação à Opção B+ para as gestantes infectadas pelo HIV, o Brasil tem a estratégia implementada e não há relatos de outros esquemas terapêuticos que não este; o protocolo para prevenção da transmissão vertical na amamentação e parto é seguido. Ainda não foram realizados estudos de coorte com gestantes HIV+ para se verificar as comorbidades mais prevalentes, ou as limitações para adesão a longo prazo.

Em relação à sífilis, a força-tarefa empreendida neste ano de 2016, na gestão da Dra. Adele Benzaken pode ser compartilhada como modelo para todos os outros países participantes deste estudo. Foi unânime o relato de dificuldades em notificação, diagnóstico e tratamento da sífilis em todos os outros países.

O Brasil, embora com relatos de falta de teste rápido para sífilis nas maternidades, limitações no acesso ao tratamento em geral, seguimento dos recém-nascidos expostos em particular, o fato de ter sido amplamente divulgado em todas as mídias que estava enfrentando a doença já foi um avanço inestimável.

A estratégia das pactuações e articulações prévias, em todos os níveis de intervenção, foi imprescindível e pode ser replicada, pois não são estratégias de alto custo financeiro e podem ser incluídas nas chamadas Tecnologias Leves.

Uma boa prática relacionada a um dos pontos mais nevrálgicos da saúde pública brasileira foi a aquisição, pelo Programa de Tuberculose, de aparelhos para diagnóstico em presídios, com acurácia biomolecular.

Com a alta prevalência do agravo na População Privada de Liberdade, pode ser uma boa possibilidade de acesso a essas pessoas para outros diagnósticos e tratamentos, com objetivo de reduzir danos e trazer alguma qualidade de vida.

Outra boa prática, advinda do campo da Tuberculose, foi a implementação do projeto *Driblando a Tuberculose*, abrindo espaço para se falar do tema que é ainda tabu e carrega outro aspecto grave: a representação coletiva de que essa doença não existe mais.

A importância da circulação do discurso é crucial quando se pensa em políticas públicas e formulação de estratégias: os segredos, os não-ditos, os “meio-ditos”, as omissões parciais ou totais sobre informações básicas custam vidas.

A informação é condição necessária, mas não suficiente, para que as respostas nacionais às epidemias e agravos sejam consistentes e sustentáveis. Ainda hoje falta informação completa sobre *como se pega e como não se pega* aids, por exemplo.

A testagem rápida com fluído oral traz o questionamento sobre a possibilidade de infecção pelo HIV através da saliva. Ou seja, nesse novo momento da epidemia, com novos aparatos tecnológicos, será importante retomar primeiros passos educativos, com esclarecimentos sobre informações básicas e aprimorar a comunicação com as pessoas analfabetas, assim como desenvolver instrumentos para adesão entre populações com comorbidades psiquiátricas e deficiências intelectuais diagnosticadas.

Os Programas Mãe Curitibana, Mãe Paranaense e Rede Cegonha, mantendo suas características de capilaridade, parceria e tecnologia, são propostas essenciais para o enfrentamento da epidemia de HIV e aids, bem como resposta à epidemia de sífilis no país.

8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

Uma vulnerabilidade importante e visível é a “geração nem-nem”: os jovens que nem estudam, nem trabalham, são justamente os que estão apresentando as maiores taxas de incidência da aids no Brasil nestes últimos anos.

As estratégias de Prevenção Combinada ainda não estão implementadas e divulgadas de modo maciço para a população; o calendário fixo de campanhas de carnaval e Dia Mundial pode ser ampliado e reavaliado, para que haja alinhamento com as novas diretrizes de prevenção – o desdobramento da campanha do carnaval já é um ponto favorável. O *Tratamento como Prevenção* promove discussões sobre o que é tratamento, o que é cura e por que o antirretroviral pode ser utilizado para se prevenir o agravamento e alastramento da doença.

Um tema relevante é a pouca ou nenhuma ênfase à camisinha feminina quando se fala em prevenção. É um insumo disponível e muito pouco divulgado e incentivado.

Na contramão dessa negatividade, a ONG Gestos, de Recife, realiza incessante trabalho de apresentação, incentivo e disponibilização da camisinha feminina. Além das oficinas com mulheres soropositivas, foi desenvolvido material impresso de alta qualidade técnica e fácil compreensão, sendo um insumo que pode ajudar muito não apenas na redução das taxas de infecção por HIV, mas também no alto índice de gestações relatadas como indesejáveis, pois apresenta a mesma taxa de eficácia que o preservativo masculino.

Um ponto de extrema vulnerabilidade na Resposta Brasileira à Epidemia de HIV e aids é a questão da População Privada de Liberdade, seja masculina ou feminina. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento para essa população ainda estão incipientes frente à demanda e à complexidade das possíveis intervenções. Em Recife, a síntese verbalizada: *População carcerária não é população-chave no Brasil*.

Outro ponto de vulnerabilidade que pode ser enfrentado é a porcentagem de **Perdidos de Vista** que ainda se verifica: pessoas que realizam o teste, mas não pegam o resultado; pessoas que pegam o resultado, mas não iniciam tratamento; pessoas que iniciam o tratamento e abandonam. O fato de não haver estudos epidemiológicos com relevância estatística para a compreensão exata desse número - que é estimado entre 35% e 60% de acordo com a região do país – já é um aspecto a ser resolvido.

A busca ativa dessas pessoas é fundamental para garantir que a estratégia de Tratamento como Prevenção seja bem-sucedida em sentido amplo e não tenhamos uma nova cascata, a *cascata de descuidados*, fruto das *buscas inativas*, caso essas porcentagens aumentem. Há pouca divulgação das boas práticas de Busca Ativa, como por exemplo a busca por crianças que faltam à vacinação, e se otimizar os recursos incluindo busca ativa de má adesão ou abandono.

A despeito dos esforços para enfrentamento da sífilis congênita, o mais recente boletim apresenta o dado: 32% das mulheres grávidas tiveram diagnóstico de sífilis no terceiro trimestre de gravidez. Ou seja, ainda há muito o que se fazer nesse campo, e pode ser uma excelente ação incorporar-se a estratégia das Américas em se incorporar o enfrentamento da sífilis ao enfrentamento do HIV.

Ainda no que se refere à sífilis, é um dado que simboliza extrema vulnerabilidade ter-se 62,3% dos parceiros de mulheres diagnosticadas com sífilis não terem sido tratados para a doença. A notificação para sífilis precisa ser incentivada; no boletim de sífilis há uma grande porcentagem de *escolaridade ignorada*. Sendo um dado sociodemográfico relevante, o mesmo movimento feito em relação ao HIV e aids para dar sentido aos dados coletados precisará ser feito em relação à sífilis para que os dados sejam ainda mais fidedignos e relevantes.

Um ponto de vulnerabilidade é a **falta de dados epidemiológicos de coinfeção entre gestantes**, em especial coinfeção HIV/TB, HIV/sífilis e HIV/Hepatites. Há que se considerar que, se os dados já estão disponíveis, não estão facilmente acessíveis nos boletins.

Um aspecto que pode ser melhorado para os pacientes coinfectados TB/HIV é a clareza no **fluxo da medicação**: tanto nas orientações para ingestão como para a própria obtenção, em alguns sítios o fornecimento pode ser otimizado. É importante aumentar o rastreamento (testagem) de HIV entre pacientes com tuberculose, além de incentivar a busca ativa de todos os pacientes coinfectados que apresentam má adesão ou abandono ao tratamento.

Para se obter o número total de profissionais de saúde no Brasil por categoria, foi necessário recorrer aos Conselhos Federais das categorias. Poderia estar sumarizado no banco de dados do SUS, que é bastante ágil e didático.

Em relação ao site do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, embora haja um acervo significativo, atual e relevante, falta agilidade ao sistema. Incontáveis buscas resultaram em “file not found”, palavras-chave que não trazem resultado algum, pouca ou nenhuma praticidade na obtenção de informações. O site é poluído visualmente, com visual “antigo”, é lento, e é um ponto bastante vulnerável de um programa que é referência internacional.

Muitas preciosidades do acervo de artigos, manuais, eventos, trabalhos científicos, estão dispersos e quase inacessíveis ao público em geral. O mecanismo de busca é muito pouco eficiente. Informações simples de caráter geral, como por exemplo o número total de CTA do país, são complexas e nem sempre obtidas sem que se amplie muito a pesquisa, retornando para o próprio Google – por exemplo, para se buscar o número total de CTAs do país, vários caminhos dentro do site foram trilhados. E o dado foi obtido em uma reportagem arquivada no próprio site do Departamento.

Os indicadores epidemiológicos podem ser melhor divulgados e apresentados tanto nos boletins como no site, de modo mais didático e acessível. O investimento que é feito em tempo, dinheiro, expertises, um esforço hercúleo, merece um retorno à altura. Os Boletins são acurados e bem-realizados, porém há uma ênfase explícita ao indicador *taxa de detecção*, em detrimento de indicadores igualmente ou mais importantes como *incidência*, *prevalência*, *mortalidade*, que estão apresentados, porém precisam ser analisados nas imensas tabelas, sem possibilidades de construção e gráficos e mesmo sem uma diagramação acessível e didática da visão geral de cada indicador¹⁷⁶. O Brasil é um dos países com melhor notificação em aids, porém iniciou há pouco a notificação para HIV e sífilis.

¹⁷⁶ Um detalhe, no Boletim de Sífilis Congênita de 2016 está “somente sete estão abaixo da média nacional”, mas são oito

Vulnerabilidades do país

O Brasil tem dimensões continentais e os deslocamentos para as diferentes regiões são heterogêneos. O acesso da população aos serviços e o acesso dos próprios profissionais de saúde às regiões mais longínquas é complexo e é um fator que precisa sempre ser considerado ao se pensar estratégias para melhoria da adesão, em especial entre as gestantes. Por conta do estigma e da discriminação, muitas vezes a paciente prefere ser atendida num centro distante de sua residência, mesmo com incremento de custos e esforço pessoal.

Em Brasília, um dos principais hospitais visitados recebe pessoas de diversas regiões, que levam até dois dias para se deslocar até lá. Por ironia, o próprio hospital de referência não tem seu sistema informatizado, tendo todos os seus prontuários em papel, cuidadosamente arquivados em sala única.

Essa é uma vulnerabilidade específica e bastante significativa, pois simboliza o que chamamos de *País de Contradições*. Quem diria que em plena Capital Federal da República um serviço de saúde reconhecido como referência, sendo acessado por milhares de pessoas em situação de complexidade clínica, estaria em pleno 2016 integralmente na era analógica?

O diálogo entre Saúde Pública e Saúde Suplementar ainda precisa ser estruturado e transparente na conjugação dos dados epidemiológicos, número de profissionais de saúde e ações realizadas.

Embora o Brasil já enfrente a epidemia de aids há mais de três décadas, ainda há profissionais de saúde que se recusam a atender populações mais vulneráveis ou estigmatizadas.

Em relação aos sítios pesquisados, são dignos de destaque como pontos de vulnerabilidade:

- A não-informatização do Hospital-Dia de Brasília e a concentração dos prontuários em papel e em uma única sala;
- As dificuldades em Recife com a logística dos medicamentos e a falta de um único aparelho de Raio X no CISAM, bem como o manejo das coinfeções; as questões de recusa dos profissionais de enfermagem em relação à aplicação da penicilina, mesmo com o parecer favorável do Conselho Federal de Enfermagem;
- As dificuldades com o momento atual e a sustentabilidade das ações do projeto Mãe Curitibana e integração com equipes de Saúde da Família, CAPS e ONG parceiras no cotidiano das gestantes infectadas pelo HIV, em especial àquelas em situação de rua e situação prisional.

Em todos os sítios pesquisados no Brasil as populações de rua e carcerária são as menos beneficiadas pelas estratégias e ações em prevenção e assistência, mesmo as mais capilarizadas relacionadas a trabalhos das ONG ou das equipes de Saúde da Família.

Essa é uma vulnerabilidade importante a ser enfrentada, e sem dúvida é necessário estar em parceria. Assim como existe um mínimo de ações sustentáveis em alguns presídios através do Programa de Tuberculose, um mínimo de ações já estruturadas com população em situação de rua pelos Consultórios de Rua, há que se somar forças e inserir de fato essas populações as práticas rotineiras de prevenção e assistência em saúde pública e coletiva.

Sobre o desenvolvimento do Diagnóstico Situacional da Opção B+

O Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ foi um projeto extenso e com abrangência internacional, realizado por uma única consultora. O projeto teve muitos interlocutores: da ACI do DIAHV, da AISA do Ministério da Saúde, da ABC – que ajudou em tudo o que pôde, sempre – da OPAS e a própria CPLP, além dos interlocutores dos diferentes países, chamados *pontos focais*. As interlocuções com os pontos focais foram em geral bem-sucedidas, mas não unânimes.

Os responsáveis em Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe deram retorno sobre os relatórios parciais, relativos aos respectivos países. Timor-Leste não teve visita de campo, e para o ponto focal no Brasil foi enviado apenas o relatório já pronto. Em projetos similares, recomenda-se a escolha de pelo menos duas pessoas do país como pontos focais e ampliar a possibilidade de diálogo e interlocução a médio prazo.

As funções de organização de agenda ficaram sob responsabilidade da ACI e AISA, em tese seguindo a agenda mínima solicitada pela consultora. Porém, a organização inicial do projeto teve um problema de base: a formulação da nota técnica não foi pensada em função das visitas de campo. As agendas de campo e os relatórios demandados nos referidos prazos *não coincidiram*. Isso promoveu a entrega de relatórios produtos heterogêneos: alguns exclusivamente com dados secundários, outros com entrega preliminar e posterior complemento. A alta rotatividade dos gestores e os profundos impactos que as mudanças políticas no país trouxeram dificultaram boa parte dos agendamentos. O fato dos interlocutores não serem técnicos com conhecimento específico da área de Assistência e Tratamento foi um ponto de vulnerabilidade do projeto⁷.

Recomenda-se a formalização dos papéis e responsabilidades dos interlocutores frente às consultorias, para que os produtos correspondam às solicitações e façam jus ao esforço coletivo empreendido nas tarefas. Que em projetos similares os papéis sejam definidos e claros por parte dos interlocutores, formalizados, para que a substituição de pessoas, o entendimento técnico e em pesquisa não tenham impacto negativo no desenvolvimento dos trabalhos de campo e subsequente produção de relatórios e divulgação de resultados, mas sim um diálogo permanente e objetivo.

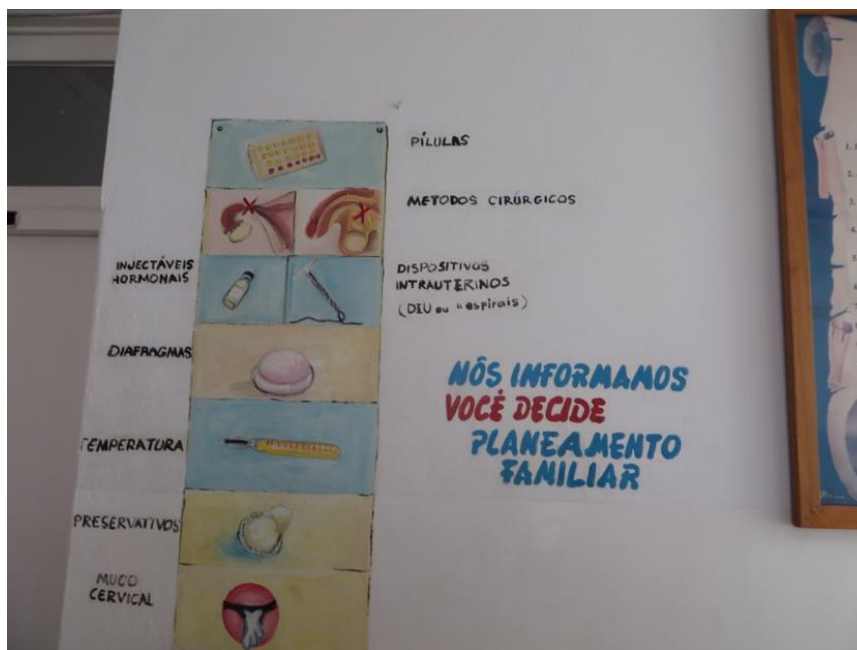
Outra vulnerabilidade foi o fato do projeto não prever, nem ter sido permitida pelos interlocutores mesmo com solicitação da consultoria, a inclusão de *entrevistas com grávidas infectadas pelo HIV*. A alegação foi simplificada: “questões éticas”. Porém, quais? Junto a que setores? Esse ponto não foi esclarecido e, como recomendação, que outros estudos tenham como prioridade a participação dos principais interessados no tema: neste caso, as grávidas infectadas por HIV e suas parcerias.

Em todos os serviços visitados foi solicitada autorização para fotos e registros, exceto na Guiné Equatorial. Em outros lugares, as mulheres sinalizavam com “sim” ou “não” para fotos. Há um extenso acervo iconográfico sobre o projeto, com registros de todos os países, que ainda está sem lugar para sistematização e divulgação.

Trabalhar a questão complexa que é a interlocução de diagnósticos de HIV, sífilis e outros, gravidez, protocolos para não-amamentação e esquemas de parto, estigmas, famílias, questões culturais, sem ouvir as próprias pessoas que sofrem essa situação, mas apenas ouvir aqueles que dela cuidam, pode ser considerada uma vulnerabilidade a ser superada nos novos projetos.

Sabe-se que uma publicação não esgota os dados coletados. O banco de dados contendo todo o material disponibilizado para realização deste Diagnóstico está compilado em CD rom e que possa ser útil a muitas outras publicações. Os dados da tabela-síntese foram pouco explorados neste primeiro momento – e estão atualizados e com as devidas referências.

3. CABO VERDE



SIGLAS - CABO VERDE

3TC – Lamivudina
 ABC - Agência Brasileira de Cooperação
 ADV – Aconselhamento e despistagem voluntária
 AES - Acidentes de Exposição ao Sangue
 AIDI - Atenção Integral às Doenças da Infância
 ANAC -Agência Nacional de Comunicações
 APE - Acordos de Parceria Económica
 ARVs – Anti-Retrovirais
 AZT - Zidovudina
 BAD - Banco Africano de Desenvolvimento
 BK - Bacilo de Koch
 CCS - Centro de Controle de Sida
 CCS-SIDA – Comité de Coordenação do Combate contra a SIDA
 CD₄ - *Cluster Differentiation* - células de defesa do organismo
 CMLS - Comitês Municipais de Luta contra Sida
 CNE - Comissão Nacional de Eleições
 CNPS - Centro Nacional de Pensões
 CPLP – Comunidade dos Países da Língua Portuguesa
 ddi - Didanosina
 d4T - Estavudina
 DECRP- Documento de Estratégia de Crescimento e de Redução da Pobreza
 DNS - Direcção Nacional da Saúde
 DOTS - *Directly Observed Therapy Short-Course* – Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado
 DSSA - Direcção dos Serviços de Segurança Alimentar
 ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
 ECV - Escudos de Cabo Verde
 EFZ - Efavirenz
 FICASE - Fundação Cabo-verdiana de Acção Social Escolar
 FNUAP - Fundo de Populações das Nações Unidas
 GAAS – Grupo de Acção Anti-Sida
 GEP - Gabinete de Estudos e Planeamento
 HSH - Homens que fazem sexo com homens
 ICCA - Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente
 ICIEG - Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade de Equidade de Género
 IDRF - Inquérito às Despesas e Receitas Familiares
 IDSR - Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva
 IEC - Informação, Educação e Comunicação
 IFPRI - International Food Policy Research Institute
 INPS - Instituto Nacional de Providência Social
 INE - Instituto Nacional de Estatísticas
 IP - Inibidor de protease
 IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
 LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/ Transexuais
 LP/RTV - Laponavir/ Ritonavir
 MED - Ministério da Educação e Desporto
 MESCI - Ministério do Ensino Superior, Ciência e Inovação
 MJ - Ministério da Justiça
 MJEDRH - Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos
 MS - Ministério da Saúde
 NITR - Nucleosídeos Inibidores da Transcriptase Reversa
 NFV - Nelfinavir
 NNITR - Não-Nucleosídeo inibidor da Transcriptase reversa
 NVP - Nevirapina
 OBC – Organizações de Base Comunitária

OCV – Órfãos e de outras Crianças Vulneráveis
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OEV - Órfãos e Outros Vulneráveis
OMC - Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
ONUSIDA – Organizações das Nações Unidas de combate a SIDA
PANA - Plano de Acção Nacional para o Ambiente
PLS - Programa de Luta contra Sida
PMA - Países Menos Avançados
PMLS – Plano Municipal de Luta contra a SIDA
PNDS - Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLS – Programa Nacional de Luta conta SIDA
PNS - Política Nacional de Saúde
PNSR - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PNST - Programa Nacional de Segurança Transfusional
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
PVVIH-SIDA – Portadores do Vírus HIV-SIDA
QUIBB - Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-estar
RNI - Registo, Notariado e Identificação
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SITAN- Análise da Situação da Criança e do Adolescente em Cabo Verde
SE/CCS-SIDA – Secretariado Executivo do CCS-SIDA
SR – Saúde Reprodutiva
SVEI - Serviço de Vigilância Epidemiológica e Investigação
TACV - Transportes Aéreos de Cabo Verde
TARV – Terapia Antirretroviral
TAV - Testagem Anónima Voluntária
TB - Tuberculose
TB/HIV - Coinfecção Tuberculose/Vírus da Imunodeficiência Humana
TB/MDR - Tuberculose MultiDrogaResistente
TB/EXR – Tuberculose Extra Resistente
UD - Usuários de Drogas
UDI - Usuários de Drogas Injetáveis
UNICEF – Fundo das ações Unidas para a Infância
VBG - Violência Baseada no Género
VDRL - *Veneral Disease Research Laboratory* - teste para diagnóstico de sífilis
VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ZDV - Zidovudina

FIGURAS

Capa – Cartazes (1) Hospital e (2) Centro de Saúde Reprodutiva, Cabo Verde. Fotos da Autora, com autorização.

Figura 1. Localização de Cabo Verde na costa Africana e Detalhe da disposição das ilhas. Fonte: CIA, 2016.

Figura 2. Infraestruturas de Saúde segundo as principais estruturas sanitárias por concelho em Cabo Verde, 2009- 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Figura 3. Organograma Institucional - Luta contra a aids em Cabo Verde. Fonte: Plano Estrat. Nacional II (PEN II), 2010.

Figura 4. População estrangeira residente em Cabo Verde, por Concelho, 2010 – 2014.

Fonte: Anuário Estatístico_CV_ 2015.

Figura 5. Mortes relacionadas a aids, 2003 – 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR, 2015.

Figura 6. Testagem para HIV realizadas nas estruturas de Saúde em Cabo Verde de 2003 a 2014. Fonte: GARPR, 2015.

Figura 7. Regimes de Tratamento para HIV-2 disponíveis em Cabo Verde. Fonte: CCS, 2015.

Figura 8. Taxa de cobertura de consulta pré-natal e pós-parto em Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Figura 9. Número de Nascimentos, partos assistidos e Proporção de partos assistidos por profissionais qualificados de saúde – médicos e enfermeiros, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

TABELAS

Tabela 1. Taxa de Desemprego por Concelho em Cabo Verde, 2010 – 2014. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 2. Distribuição da população de Cabo Verde segundo a faixa etária. Fonte: cia.gov, 2016.

Tabela 3. População Cabo-Verdiana segundo o sexo por faixa etária, 2011 – 2015. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 4. População residente em Cabo Verde por Concelho, 2011- 2015. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 5. Densidade Populacional – habitantes/ km² por ilha em Cabo Verde, 2011 – 2015. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 6. Taxa de Mortalidade infantil e suas componentes, Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 7. Taxa de Mortalidade Materna e Taxa Bruta de Mortalidade em Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 8. Infecção por HIV – casos notificados/ grupo etário e sexo em Cabo Verde, 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 9. Infecção por HIV e aids, número de óbitos/ Cabo Verde, 2002 – 2011. Fonte: Relat. Estatístico de Saúde, 2012.

Tabela 10. Taxas: detecção do HIV e mortalidade por aids, 2002-2011, Cabo Verde. Fonte: Rel. Estatístico de Saúde, 2012.

Tabela 11. Taxa de detecção e mortalidade - HIV. Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 12. Taxas de detecção e mortalidade em Cabo Verde, 2001 a 2010. Fonte: Min. da Saúde de Cabo Verde, 2015.

Tabela 13. Incidência (por 100.000 habitantes), Óbitos e Taxa de Mortalidade (por 100.000) associados à tuberculose em Cabo Verde, 2008- 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 14. Taxas de incidência e prevalência de tuberculose por 100.000 habitantes por concelho (Município), Cabo Verde, 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 15. Número de partos assistidos por profissionais qualificados (médicos e enfermeiras) nas estruturas de saúde (2009 – 2013) em Cabo Verde. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirâmide populacional de Cabo Verde segundo Faixa Etária, 2015. Fonte: CIA, 2016.

Gráfico 2. Densidade Populacional (habitantes/ Km²) em Cabo Verde/ ilha, 2015. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Gráfico 3. Evolução dos casos de HIV, 1987 – 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR, 2015.

Gráfico 4 . Casos de HIV/Aids em Cabo Verde, por gênero, entre 1987-2009. Ministério da Saúde de Cabo Verde, 2010.

Gráfico 5. Evolução da Incidência, Prevalência e Mortalidade por tuberculose em Cabo Verde, de 1995 a 2014. Fonte: Relatório ODM 2015.

Gráfico 6. Evolução do número de crianças e adultos em TARV em Cabo Verde, 2004 – 2014. Fonte: GARPR, 2015.

Gráfico 7. Evolução do nº de mulheres grávidas HIV+ em TARV em Cabo Verde, de 2005 a 2014. Fonte: GARPR, 2015.

Gráfico 8. Número de mulheres grávidas testadas para HIV em Cabo Verde, 2005-2014. Fonte: GARPR, 2015.

QUADROS

Quadro 1. Taxa de Mortalidade Infantil em Cabo Verde. Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio_Cabo Verde, 2015.

Quadro 2. Evolução da taxa de mortalidade materna (1/100.000 nascidos vivos) 1994-2014. Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio_Cabo Verde, 2015.

Quadro 3. Óbitos e Taxa de Mortalidade segundo o sexo, por grupos etários, em Cabo Verde, 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Quadro 4. Distribuição de preservativos entre 2010-2014. Fonte: Comitê de Combate a Sida, 2015.

Quadro 5. Número de médicos, Razão Médico/ 10.000 habitantes, Número de Enfermeiros e Razão Enfermeiros/ 10.000 habitantes em Cabo Verde, 2009 – 2013.

Quadro 6. Novos casos de HIV diagnosticados em 2014 no serviço de saúde. Fonte: CCS-SIDA,2015.

Quadro 7. Dados epidemiológicos da Tuberculose em Cabo Verde. Fonte: RODM_CV, 2015.

Quadro 8. Casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticados e tratados em 2014. Fonte: CCS, 2015.

1. Contexto

1.1. Localização

Cabo Verde é um país constituído por dez ilhas e treze ilhéus, situado a cerca de 450 km do Senegal, descoberto em 1460 pelos portugueses. Independente em 1975, o país vem construindo desde 1991 uma democracia multipartidária, com eleições regulares a nível legislativo, presidencial e autárquico.



Figura 1. Localização de Cabo Verde na costa Africana e Detalhe da disposição das ilhas. Fonte: CIA, 2016.

1.2. Questão Histórica

As ilhas de Cabo Verde foram descobertas e colonizadas pelos Portugueses no século XV, tornando-se um ponto de ancoragem e abastecimento dos navios durante o período do tráfico de escravos para a América. Nos anos 1970, proclamaram sua independência, e numa tentativa de unificação com a Guiné Bissau foi estabelecido um sistema de eleições multipartidárias até 1990.

1.3. Contexto Sócio-Político e Econômico

O contexto político reflete importante estabilidade política, boa governabilidade, modernização do Parlamento, direitos humanos, liberdade de imprensa, sendo a participação, a justiça e a dimensão do gênero alguns fatores determinantes da dinâmica de desenvolvimento do país.

Cabo Verde segue com um dos mais estáveis governos democráticos da África, embora com muitas dificuldades durante a segunda metade do século XX causou significativa emigração – hoje, o país tem uma população externa ao país maior do que a doméstica – Diáspora¹⁷⁷. Em matéria de índice de desenvolvimento humano, Cabo Verde, com 0,636,¹⁷⁸ registra uma queda de duas posições relativamente ao ano anterior, no grupo dos países de desenvolvimento humano médio, segundo o relatório de 2014 que insere estimativa para 2013.

¹⁷⁷ UNAIDS, 2015.

¹⁷⁸ Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Cabo Verde, 2015 (RODM_CV, 205).

De acordo com as informações disponíveis, a população que vive abaixo do limiar da pobreza diminuiu, passando de 49% em 1990 para 26,6% em 2007, o que ilustra uma evolução positiva da situação. A meta fixada é reduzir para metade a percentagem da população vivendo abaixo do limiar da pobreza¹⁷⁹.

A pobreza concentra-se no meio rural e a sua diminuição foi mais acentuada no meio urbano: passou de 25% para 13,2% no meio urbano, entre 2001 e 2007, e de 51% para 44,3% no mesmo período no meio rural. Em 2007, as pessoas pobres eram predominantemente do sexo feminino - dos 111.219 pobres 66.015 eram mulheres (56,3%) e 51.204 eram homens (43,7%).

Os dados da Tabela 1 mostram que o desemprego diminuiu 0,6% entre 2013 e 2014 (16,4% - 15,8%); a taxa de desemprego é maior no meio urbano do que no meio rural (17,0% - 12,4%).

Tabela 1. Taxa de Desemprego por Concelho em Cabo Verde, 2010 – 2014

	2010	2012	2013	2014
Cabo Verde	10,7	16,8	16,4	15,8
Ribeira Grande	7,3	21,0	10,1	27,4
Paul	10,0	24,8	16,5	25,7
Porto Novo	9,9	19,5	20,6	18,4
S. Vicente	14,8	28,9	22,1	13,0
Ribeira Brava	4,7	18,8	23,7	10,8
Tarrafal S. Nicolau	9,4	15,8	17,7	8,4
Sal	10,8	17,7	10,9	14,4
Boa Vista	5,7	14,3	11,9	17,9
Maio	8,3	8,7	8,2	15,5
Tarrafal	10,1	7,8	11,6	12,6
Santa Catarina	9,9	13,4	8,8	15,1
Santa Cruz	10,9	10,2	12,3	14,6
Praia	11,3	17,2	22,8	20,0
S. Domingos	8,8	16,6	17,0	6,5
S. Miguel	10,6	3,0	4,9	9,9
S. Salvador do Mundo	4,6	3,0	5,4	5,6
S. Lourenço dos Órgãos	9,4	9,4	9,6	9,9
Ribeira Grande de Santiago	8,0	14,3	17,2	8,2
Mosteiros	6,7	1,5	3,0	8,9
S. Filipe	8,7	8,2	7,9	8,0
Santa Catarina do Fogo	6,4	13,0	3,4	5,0
Brava	9,6	14,0	5,5	17,3

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

1.4. População

A População segundo os grandes grupos etários e sexo, verifica-se que em 2015 o número de jovens (0 a 14 anos de idade) foi de 154.232, ou seja, 29,4% da população residente. Entre 15 e 24 anos, 104.771 jovens compreendem 20,0% do total da população, e dos 25 aos 64 anos o valor estimado foi de 237.235 (45,2%).

¹⁷⁹ RODM CV, 2015:20.

As pessoas com 65 anos ou mais de idade compreendem 5,4% do total, com 28.597 idosos. A população de 545.993 habitantes segue a seguinte distribuição etária:

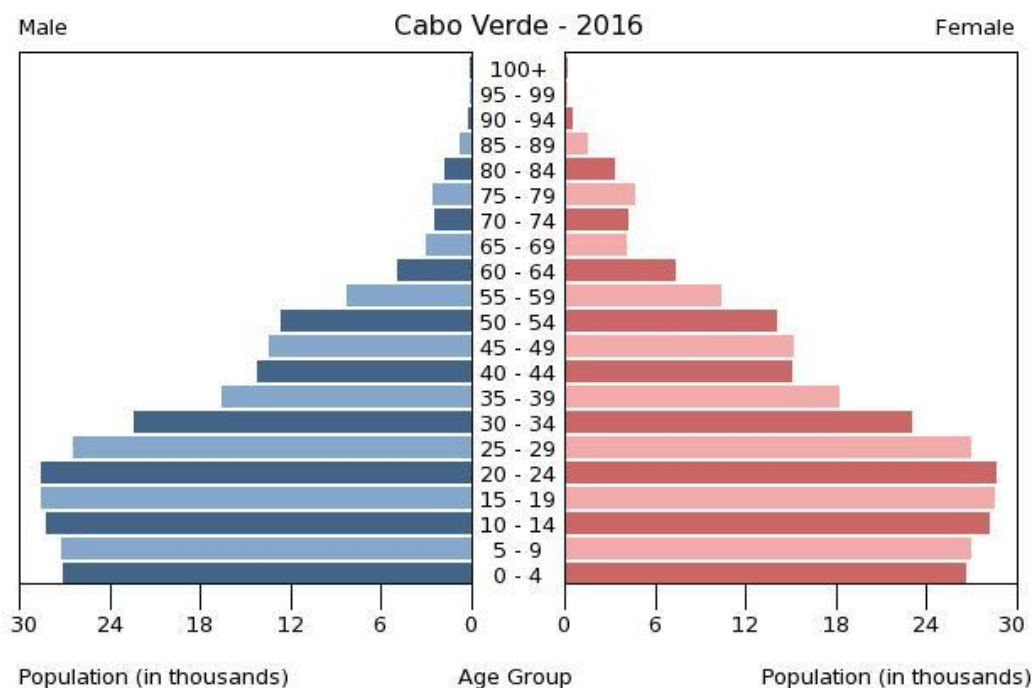


Gráfico 1. Pirâmide populacional de Cabo Verde segundo Faixa Etária, 2015. Fonte: CIA, 2016.

A pirâmide populacional e a tabela 2 ilustram a idade e distribuição por sexo na população nacional e permite reflexões sobre a estabilidade social e política, assim como o desenvolvimento econômico.

O formato da pirâmide modifica-se gradualmente ao longo do tempo, por ter como base indicadores de fertilidade, mortalidade e migração internacional.

Tabela 2. Distribuição da população de Cabo Verde segundo a faixa etária.

Faixa Etária (anos)	%	Homens	Mulheres
0 – 14	30,1	82.623	81.731
15 – 24	20,99	57.307	57.303
25 - 54	38,53	102.186	108.177
55 - 64	5,29	12.194	16.709
65 ou mais	5,08	10.466	17.297
Total		264.776	281.217
Total Geral		545.993	

Fonte: cia.gov, 2016.

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. Em 2015 esses números foram reavaliados: 69,58 anos para os homens e 74,19 anos para as mulheres. É uma população jovem, com expectativa de vida em torno dos 70 anos.

A população urbana constitui 65,5% da população, sendo 1,99% o aumento ao ano. A capital Praia estava com 145 mil habitantes em 2014.

A população feminina é superior à população masculina, exceto em 2015 em que os homens representaram a metade da população residente, como mostra a tabela 3 abaixo:

Tabela 3. População Cabo-Verdiana segundo o sexo por faixa etária, 2011 – 2015.

	2011		2012		2013		2014		2015	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Total	247.813	252.112	251.384	254.600	255.031	257.139	258.744	259.723	262.501	262.334
0-4 anos	25.605	25.499	25.441	25.073	25.450	24.816	25.885	24.984	26.298	25.129
5-9 anos	25.983	26.094	26.009	26.136	26.071	26.205	25.881	26.016	25.632	25.764
10-14 anos	27.077	26.562	26.731	26.309	26.278	26.041	25.866	25.782	25.660	25.749
15-19 anos	28.737	28.442	27.983	27.673	27.204	26.838	26.532	25.866	25.600	24.763
20-24 anos	27.942	26.547	28.179	26.813	28.304	26.937	27.957	26.866	27.690	26.718
25-29 anos	24.148	21.910	25.135	22.870	26.032	23.690	26.924	24.544	27.719	25.175
30-34 anos	19.763	17.160	20.789	17.785	21.781	18.639	22.813	19.589	23.857	20.743
35-39 anos	15.240	13.888	15.957	14.437	16.804	14.920	17.990	15.672	18.915	16.274
40-44 anos	13.353	13.382	13.522	13.169	13.740	13.122	13.875	13.023	14.372	13.123
45-49 anos	11.900	12.738	12.289	13.094	12.572	13.192	12.655	13.138	12.733	13.025
50-54 anos	8.598	10.068	9.280	10.631	9.981	11.158	10.679	11.688	10.985	11.903
55-59 anos	5.066	7.626	5.506	7.990	6.108	8.594	6.686	9.032	7.602	9.606
60-64 anos	2.796	3.890	3.152	4.549	3.517	5.224	4.023	6.088	4.419	6.784
65-69 anos	2.383	3.593	2.431	3.627	2.385	3.557	2.242	3.221	2.288	3.259
70-74 anos	2.982	4.778	2.617	4.190	2.287	3.621	2.195	3.474	2.081	3.251
75-79 anos	2.726	4.351	2.730	4.404	2.751	4.421	2.682	4.346	2.644	4.382
80-84 anos	2.098	3.084	2.125	3.191	2.173	3.350	2.152	3.414	2.104	3.359
85-89 anos	924	1.422	1.043	1.610	1.137	1.757	1.221	1.853	1.349	2.102
90-94 anos	351	659	325	617	315	612	344	678	406	735
95+ anos	141	419	140	432	141	445	142	449	147	490

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

A distribuição desigual da população tem reflexos diretos em todas as ações governamentais, não apenas em saúde. A distribuição dos aparelhos de saúde, educação e assistência em geral, energia elétrica, saneamento, toda a logística de urbanização tem como base o cálculo da densidade da população. Estima-se que haja um correto registro dos nascimentos e óbitos no país, sem lacunas, porém a questão da imigração é muito importante.

Com base nos dados da população, observa-se que a densidade populacional tem aumentado gradativamente, com crescimento de cerca de 5% entre 2011 e 2015 atingindo, neste último ano, o valor de 130,13 habitantes/km² no país.

Densidade Populacional

A população de Cabo Verde tem crescido de forma contínua nos últimos cinco anos.

Em 2015, foi estimado um número de 524.833 pessoas residentes, um acréscimo de 6.336 indivíduos em relação ao ano de 2014, correspondendo a uma taxa de crescimento de 1,23%¹⁸⁰.

Praia e São Vicente apresentam a maior concentração da população, representando em 2015, respectivamente 28,9% e 15,4% do total. As menores concentrações foram registradas em Tarrafal de São Nicolau (1%) e Santa Catarina do Fogo (1,1%), como mostra a tabela 4.

¹⁸⁰ Anuário Estatístico 2015:31.

Tabela 4. População residente em Cabo Verde por Concelho, 2011- 2015.

Concelho	2011	2012	2013	2014	2015
Cabo Verde	499.929	505.983	512.173	518.467	524.833
Ribeira Grande	18.532	18.129	17.748	17.375	17.017
Paul	6.809	6.616	6.433	6.261	6.099
Porto Novo	17.931	17.807	17.681	17.556	17.431
S. Vicente	77.389	78.325	79.241	80.140	81.014
Ribeira Brava	7.515	7.431	7.347	7.262	7.182
Tarrafal de S. Nicolau	5.257	5.256	5.254	5.249	5.242
Sal	27.534	29.096	30.655	32.208	33.747
Boavista	10.226	11.262	12.313	13.376	14.451
Maio	6.952	6.934	6.932	6.947	6.980
Tarrafal	18.559	18.488	18.424	18.367	18.314
Santa Catarina	43.741	44.052	44.387	44.745	45.123
Santa Cruz	26.654	26.579	26.509	26.436	26.360
Praia	136.237	139.993	143.787	147.607	151.436
S. Domingos	13.902	13.936	13.970	14.004	14.037
Calheta de S. Miguel	15.481	15.271	15.067	14.867	14.671
S. Salvador do Mundo	8.689	8.680	8.670	8.661	8.652
S. Lourenço dos Órgãos	7.344	7.288	7.233	7.179	7.127
Ribeira Grande de Santiago	8.363	8.372	8.385	8.399	8.415
Mosteiros	9.512	9.468	9.428	9.394	9.364
S. Filipe	22.035	21.806	21.587	21.384	21.194
Santa Catarina do Fogo	5.316	5.307	5.299	5.290	5.279
Brava	5.951	5.887	5.823	5.760	5.698

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Destaca-se a diversidade de valores para cada ilha: São Vicente com a maior densidade populacional do país, 356,9 hab/ km², seguida da ilha de Santiago com 296,8 hab/ km² e Sal (152,2 hab/ km²). Essas ilhas apresentam as maiores pressões das populações sobre os recursos disponíveis.

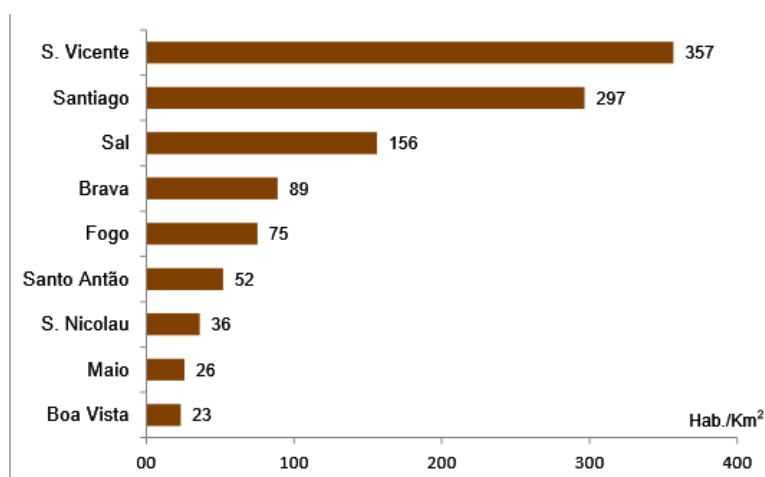


Gráfico 2. Densidade Populacional (habitantes/ Km²) em Cabo Verde/ ilha, 2015. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

As ilhas menos povoadas são Boa Vista, com 23,3 hab/ km², Maio, com 25,9 hab/ km² e São Nicolau, 36,2 hab/ km², como mostra a tabela 5.

A ilha da Boa Vista tem apresentado um rápido crescimento populacional e significativo aumento da densidade, com aumento de 41,4% entre 2011 e 2015, saltando de 16,49 hab/ km² para os atuais 23,3 hab/ km².

Santo Antão, São Nicolau, Fogo e Brava apresentam redução da densidade populacional, decorrente do processo migratório que se registra nessas ilhas e tem importante impacto socioeconômico, na saúde em geral e na epidemia de HIV e aids em particular.

Tabela 5. Densidade Populacional – habitantes/ km² por ilha em Cabo Verde, 2011 – 2015.

	Superfície Km ²	Densidade Populacional				
		2011	2012	2013	2014	2015
Cabo Verde	4.033	123,96	125,46	127,00	128,56	130,13
Santo Antão	779	55,55	54,62	53,74	52,88	52,05
S. Vicente	227	340,92	345,04	349,08	353,04	356,89
S. Nicolau	343	37,24	36,99	36,74	36,48	36,22
Sal	216	127,47	134,70	141,92	149,11	156,24
Boa Vista	620	16,49	18,16	19,86	21,57	23,31
Maio	269	25,85	25,78	25,77	25,82	25,95
Santiago	991	281,50	285,23	289,03	292,90	296,81
Fogo	476	77,44	76,85	76,29	75,77	75,29
Brava	64	92,99	91,98	90,99	90,00	89,03

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Crescimento Populacional

O crescimento populacional está em torno de 1,36%, com taxa de nascimentos de 20,33/ 1000 habitantes.

A taxa específica de fecundidade entre as adolescentes (15-19) desceu de 104‰ em 1998, para 92‰ em 2005, e para 62‰ em 2010, tendo a meta de 60 por mil sido provavelmente atingida¹⁸¹. A larga maioria dos partos é realizada em estruturas hospitalares (95,6% em 2014). A taxa de natalidade nas adolescentes dos 15-19 foi atingida: passa de 104‰ em 1998 para 62‰ em 2010.

A taxa de mortalidade é de 6,11 mortes a cada 1000 habitantes, mais alta nos homens que nas mulheres – e acima dos 55 anos, acentuadamente masculina (0,76-0,61 homens:1 mulher).

A mortalidade infantil permanece entre 23,45 e 24 mortes a cada 1000 nascidos vivos, sendo 26,89 meninos/1000 nascidos vivos e 19,91 meninas/1000 nascidas vivas. Houve redução da mortalidade entre as crianças menores de cinco anos de 56 para 23,6 por mil nascidos vivos, no período 1990-2013.

Quadro 1. Taxa de Mortalidade Infantil em Cabo Verde.

Taxa de Mortalidade	1990	2000	2010	2012
Menor de 5/1000 nascidos	61,5	37,7	23,7	22,2
Neonatal/ 1000 nascidos	21,4	15,2	10,6	10

Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio_Cabo Verde, 2015.

¹⁸¹ RODM_CV, 2015:11.

Em 2014, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade diminuiu em 59,8% entre 1990 e 2014, passando de 56 para 22,5 por mil nascidos vivos. Nesse mesmo ano registou-se, em termos de óbitos infantis (menores de 1 ano de idade), o menor valor absoluto de sempre na série histórica registada de 1990 a 2014, quando a mortalidade em menores de 1 ano de idade diminuiu 51,6% entre 1990 e 2014, passando de 42 para 20,3 por mil nascidos vivos.

As afecções perinatais foram as principais causas da mortalidade infantil em 2013, como apresentado na Tabela 6, quando também foi registado o menor número de óbito infantil de todas as séries estatísticas existentes¹⁸². Os óbitos infantis aconteceram principalmente na fase neonatal precoce (62,4%), neonatal tardio (12,4%) e pós-neonatal com 25,2%. Esse indicador apresenta grandes disparidades em termos regionais.

Tabela 6. Taxa de Mortalidade infantil e suas componentes, Cabo Verde, 2009 – 2013.

	Taxa Mortalidade				
	Infantil (*)	Neonatal Precoce (0 a 6 dias)*	Neonatal Tardia (7 a 27 dias)*	Pós-Neonatal (28 a 364 dias) *	< de 5 Anos *
2009	20,1	11,2	2,5	6,4	23,7
2010	22,9	11,2	3,1	8,5	26,3
2011	23	14,1	2,3	6,6	26,2
2012	22,3	11,7	3,7	7	26,3
2013	21,4	13,4	2,7	5,4	23,6

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

A taxa de óbitos maternos por cada 100 000 nados vivos diminuiu de **79** para **9,4** entre 1990 e 2014, situando o país numa posição de destaque, quando comparado com outros países da África Subsaariana. Houve grande variação nos valores também no período de 2004 a 2013¹⁸³, com um valor máximo em 2009, 53,7/ 100.000 nascidos vivos e um valor mínimo de 9,6/100.000 nascidos vivos, em 2012, após as medidas de intervenção tomadas pelo Governo Federal e parceria com Organizações Não-Governamentais. Em 2013, a taxa tornou a subir foi de 37,9/ 100.000 nascidos vivos, como mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Taxa de Mortalidade Materna e Taxa Bruta de Mortalidade em Cabo Verde, 2009 – 2013.

	Taxa Mortalidade	
	Materna (por 100.000 nascidos vivos)	Taxa Bruta de Mortalidade (Mortalidade Geral)
2009	53,7	5,2
2010	49,1	4,8
2011	48,4	5,1
2012	9,6	5,2
2013	37,9	4,9

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

A taxa de mortalidade materna evoluiu de modo que pode ser considerado satisfatório no período 1994-2014, com as oscilações já mencionadas. No geral, houve uma redução de 86,5%.

¹⁸² RODM CV, 2015:11.

¹⁸³ Anuário Estatístico_2015:86.

O número absoluto de óbito materno vem oscilando entre 1-2 por ano até um máximo de 4-5, o que condiciona o comportamento deste indicador nos últimos anos.

Quadro 2. Evolução da taxa de mortalidade materna (1/100.000 nascidos vivos) 1994-2014.

Ano	1994	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Taxa/100.000 nascidos vivos	70	71,1	86,3	17,3	49,1	28,4	9,6	37,9	9,4	17,3

Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio_Cabo Verde, 2015.

Na população em geral, no ano de 2013 foram registrados 2.531 óbitos, como apresentado no Quadro 3. Isso equivale a uma taxa de mortalidade de 4,9%. Os homens respondem por 57% dos óbitos, com maior taxa de mortalidade (5,7%) quando comparados com as mulheres (4,2%).

Quadro 3. Óbitos e Taxa de Mortalidade segundo o sexo, por grupos etários, em Cabo Verde, 2013.

Grupos etários	Masculino		Feminino		Total	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
0-4 anos	145	5,7	104	4,2	249	5,0
5-9 anos	5	0,2	3	0,1	8	0,2
10-14 anos	5	0,2	4	0,2	9	0,2
15-49 anos	377	2,6	124	0,9	501	1,8
50-64 anos	249	12,7	118	4,7	367	8,2
65 anos +	662	59,2	735	41,4	1 397	48,3
Total	1 443	5,7	1 088	4,2	2 531	4,9

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Há uma alta taxa de mortalidade masculina e um dos fatores importantes é exatamente a dificuldade em serem acessados e/ou procurarem os serviços de saúde: adoecem de modo mais grave, com dificuldades para tratamento e adesão, e morrem jovens.

Os homens apresentem, segundo o Anuário Estatístico de 2015, 21 vezes mais probabilidade de morrer devido às doenças mentais e de comportamento, além de causas externas, traumatismos e envenenamento.

1.5. Idioma e Religião

O Português é o idioma oficial, e a língua nacional o Crioulo Cabo-Verdiano.

Em termos de Religião, o País tem a maioria 77,3% da população católica, seguida de 7,9% de Protestantes e de outros cristãos, 1,8% de Muçulmanos e 11,5% ateus ou não especificados.

2. O Campo em Cabo Verde

A pesquisa de Campo em Cabo Verde foi realizada entre os dias 27 e 31 de agosto de 2015, na cidade de Praia, na Ilha de Santiago.

Foram entrevistadas dezessete pessoas e visitados quatro serviços de saúde, sendo um Hospital Geral, um Centro de Saúde Reprodutiva, um Centro de Saúde em Geral e uma ONG parceira, a Verde Fam, conforme a relação apresentada no item 10 do presente documento.

Ao final da visita, a consultora e o representante do Ministério da Saúde do Brasil foram apanhados por um furacão na ilha – o furacão *Fred* – fato que adiou nossa saída da ilha e atrapalhou a reunião final com a Embaixada Brasileira em Praia.

Durante a visita não foram disponibilizados documentos oficiais, embora com o compromisso de comunicação via e-mail. Essa comunicação não se efetivou, sendo toda a pesquisa realizada com documentos obtidos junto a Organização Mundial da Saúde.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em particular

A Política Nacional de Saúde (PNS) é o documento que dá os parâmetros para a organização do setor até 2020, em articulação com O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016.

Os valores essenciais da Política Nacional de Saúde (PNS) estão inscritos na Constituição da República, na Lei de Bases da Saúde e decorrem também da articulação com diversos convênios e estratégias adotadas pela Organização Mundial da Saúde.

Os princípios são a solidariedade, equidade, ética, identidade cultural e igualdade entre os sexos, com universalidade da cobertura, integralidade na prestação e racionalização técnica e rentabilização de recursos. A organização do Sistema Nacional de Saúde prevê a descentralização político-administrativa e técnica em direção ao nível municipal como porta de entrada do sistema e ao nível regional, como unidade funcional da gestão e prestação dos cuidados integrados. Além disso, a hierarquização da rede, capacidade resolutive em todos os níveis de atendimento, e a **utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos para o estabelecimento de prioridades**, alocação de recursos e orientação programática.

O setor da saúde é tem sido o setor mais importante na luta contra o HIV/Aids em Cabo Verde, devido à sua capacidade para detectar, diagnosticar e disponibilizar recursos humanos em qualidade e em quantidade. O esforço de descentralização do atendimento conta com apoio dos **Técnicos Sociais**.

Desde abril de 2010 Cabo Verde dispõe de financiamento de mais de 12 milhões de dólares para a componente aids do quadro do Fundo Global para tuberculose e malária, mais a contribuição do Escritório das Nações Unidas, do Ministério das Relações Exteriores da Cooperação Luxemburguesa, Brasil e Governo.

A estrutura governamental é reconhecida como integrada, ágil na resposta, sensível às questões culturais dos cabo-verdianos e imigrantes e às possibilidades de seu quadro de recursos humanos, bem como adaptada às questões peculiares da alta mobilidade entre as ilhas tanto da população como dos profissionais de saúde.

As questões insulares – considerando-se que Cabo Verde está a 600km da costa Africana – são prementes, em particular para a logística dos testes e medicamentos. A chegada, distribuição e armazenamento ainda são desafios importantes: a distância entre as ilhas pode ser de 1 hora de avião ou 3 horas de barco.

3.1. Ministério da Saúde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) compreende os serviços e organismos que assistem ao Ministro na formulação da política de saúde, na regulação do sistema e na avaliação do seu desempenho.

O Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos são órgãos consultivos; além destes, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS), as Escolas de enfermagem e os Hospitais Centrais são os órgãos sob tutela ou superintendência do Ministério da Saúde.

A descentralização do SNS ocorre através das Delegacias de Saúde, cuja circunscrição coincide com o Concelho ou Município, que é a base da divisão administrativa do país.

O SNS compreende as seguintes estruturas prestadoras de cuidados: em 2013, o país contava com 2 hospitais centrais em Praia e São Vicente, 4 hospitais regionais distribuídos pelos concelhos de Ribeira Grande de Santo Antão, Sal, Santa Catarina e S. Filipe e 28 centros de saúde¹⁸⁴.

	Estruturas Sanitárias		
	Hospitais Centrais	Hospitais Regionais	Centros de Saúde
2009	2	3	17
2010	2	3	17
2011	2	3	17
2012	2	3	17
2013			
Cabo Verde	2	4	28
Ribeira Grande	0	1	0
Paul	0	0	1
Porto Novo	0	0	1
S. Vicente	1	0	5
Ribeira Brava	0	0	1
Tarrafal S. Nicolau	0	0	1
Sal	0	1	0
Boa Vista	0	0	1
Maio	0	0	1
Tarrafal	0	0	1
Santa Catarina	0	1	1
Santa Cruz	0	0	1
Praia	1	0	6
S. Domingos	0	0	1
S. Miguel	0	0	1
S. Salvador do Mundo	0	0	1
S. Lourenço dos Órgãos	0	0	1
Ribeira Grande Santiago	0	0	1
Mosteiros	0	0	1
S. Filipe	0	1	0
Santa Catarina do Fogo	0	0	1
Brava	0	0	1

Figura 2. Infraestruturas de Saúde segundo as principais estruturas sanitárias por concelho em Cabo Verde, no período de 2009 a 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

¹⁸⁴ Anuário Estatístico_ 2015:73.

Em 2015, os números são os seguintes, considerando as dez ilhas:

- ✚ 19 Delegacias de saúde
- ✚ 2 Hospitais centrais
- ✚ 4 Hospitais regionais
- ✚ 30 Centros de saúde
- ✚ 5 Centros de saúde reprodutiva
- ✚ 1 Centro de saúde mental
- ✚ 1 Centro de terapia ocupacional
- ✚ 35 postos sanitários
- ✚ 115 Unidades básicas de saúde.

O Programa tem dois polos de seguimento, dois núcleos de seguimento e acompanhamento. São 22 conselhos e 19 delegacias de saúde, todos ligados a projetos, ao protocolo de tratamento.

Nos dois polos há psicólogos, farmacêuticos e o Técnico Social, que auxiliam no atendimento ambulatorial. Os sistemas de atenção aos diversos agravos à saúde pública são integrados e as ONG trabalham para que as especificidades das questões relativas à sida sejam contempladas na atenção, prevenção e tratamento.

São realizados treinamentos e capacitações em parceria com diversos países, como o Brasil, com temas variando desde monitoramento e avaliação até direitos sexuais e reprodutivos.

Os recursos de tele e videoconferência são utilizados para tratamento, pois todos os centros tem equipamento necessário para isso. São diálogos e treinamentos em Português e Crioulo.

3.2. Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

Após a realização do levantamento bibliográfico, visita de campo e entrevistas, observou-se que a resposta nacional à epidemia de HIV vem crescendo em qualidade e acesso, sendo integrada aos outros cuidados da saúde. O país tem como princípio a elaboração de políticas com base em evidências científicas, seguindo as normatizações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde e os protocolos internacionais mais atualizados.

O Programa Nacional de SIDA foi criado em 1986, depois da identificação do primeiro caso de aids. Desde 2002 o Primeiro Ministro preside o CCS-SIDA, comitê multisetorial que é responsável pela coordenação da resposta a epidemia de HIV e aids. Há uma Instância de Coordenação Nacional de Combate ao HIV e aids que congrega instituições públicas, privadas e representantes da sociedade civil que elabora e coordena a implementação do Plano Estratégico de Combate ao HIV e aids e intervém nas ações de prevenção, combate e inclusão de pessoas afetadas.

No âmbito dos compromissos assumidos para a concretização do Objetivos de Desenvolvimento do Milênio VI, o combate ao HIV e à aids está consagrado na Política Nacional da Saúde 2020 e no Plano Nacional de Desenvolvimento Social 2012-2016 e tem por referência a Declaração Política de 2011 sobre o HIV e aids da Assembleia Geral das Nações Unidas¹⁸⁵.

¹⁸⁵ RODM_CV, 2015:58.

As estruturas de coordenação do programa de HIV/Aids são as seguintes:

- O Comitê de Coordenação de Luta Contra a Sida (CCS-SIDA), composto por 23 membros do governo, entidades públicas e particulares e sociedade civil, sob a presidência do Primeiro Ministro e Vice-presidência do Ministro da Juventude, Trabalho e Direitos Humanos

- O CCS-SIDA criou o Secretariado Executivo de CCS-SIDA, composto por três unidades de serviços: uma unidade de vigilância e avaliação, uma unidade de finanças e uma unidade administrativa. O Secretariado Executivo (SE) é a estrutura funcional de apoio ao CCS-SIDA para a implementação das atividades e responsável pelas relações entre o CCS-SIDA e as entidades públicas (governamentais e municipais, incluindo a saúde), as entidades privadas e a sociedade civil organizada. É também responsável pela gestão dos recursos financeiros mobilizados.

O Centro de Controle de Sida – CCS – coordena as ações de resposta à epidemia de sida em Cabo Verde. O CCS-SIDA é o órgão de coordenação da resposta multisetorial face ao HIV e aids. É o encarregado de coordenar a implementação da política global do Governo em matéria de luta contra a aids e de seguir todos os programas e projetos executados no país neste domínio.

Organigrama Institucional da luta contra a SIDA em Cabo Verde

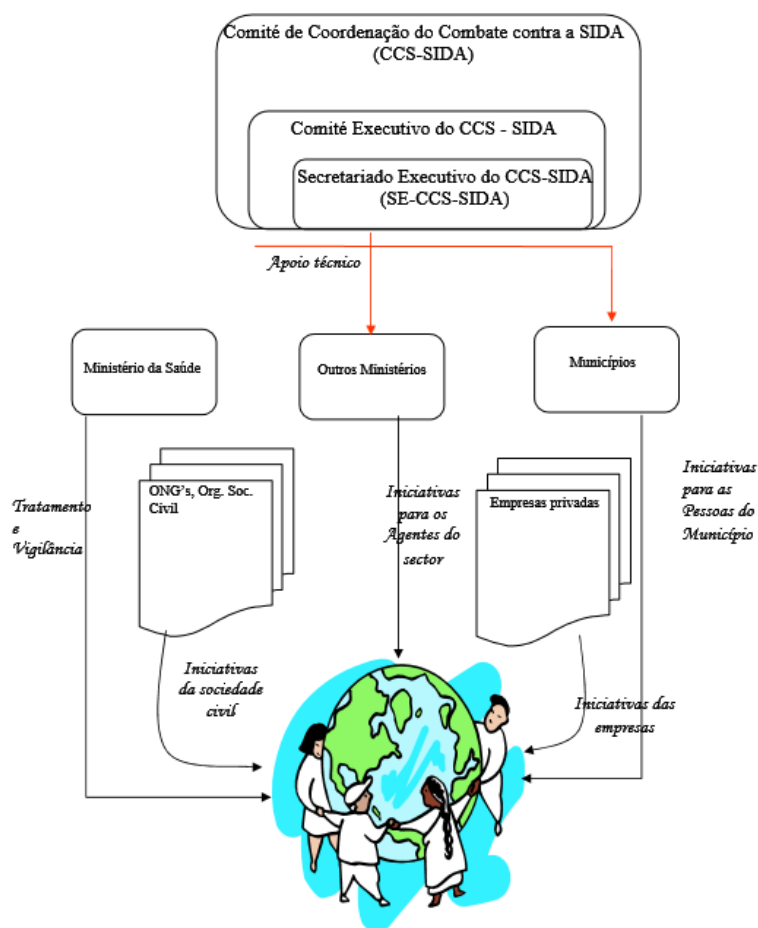


Figura 3. Organigrama Institucional - Luta contra a aids em Cabo Verde.

Fonte: Plano Estratégico Nacional II (PEN II), 2010.

A nível operacional, o Programa de Luta contra a SIDA do Ministério da Saúde (PLS), está sob a tutela do Ministério da Saúde e sob a dependência direta da Direção-geral da Saúde. O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) está encarregado de organizar e coordenar as intervenções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) nos diferentes setores.

As estruturas descentralizadas do Ministério da Saúde - Delegacias de Saúde asseguram a formação, o seguimento, a coordenação inter e intra setorial das atividades Informação, Educação e Comunicação em matéria de prevenção do HIV e aids, a nível municipal e local. Os recursos de tele e videoconferência são utilizados para treinamento, em Português e Crioulo, pois todos os centros tem equipamento necessário para isso.

Há estruturas centrais e descentralizadas dos outros Ministérios e do sector privado, que são os Comitês Municipais de Luta Contra a aids (CMLS), responsáveis pela coordenação e gestão das atividades executadas pelos diferentes intervenientes a nível dos Municípios incluindo as Organizações Não Governamentais (ONG) e as Organizações de Base Comunitária (OBC).

Desde muito cedo o Governo de Cabo Verde considerou o combate ao HIV e aids como uma das grandes prioridades do país, tendo apoio dos principais parceiros internacionais como a Cooperação Francesa, a União Europeia, o Banco Mundial, o Sistema das Nações Unidas e, mais recentemente, do Governo Brasileiro e da Fundação Clinton, entre outros.

Cabo Verde desenvolveu o Plano Estratégico Nacional (PEN) inicialmente para o período de 2002-2006¹⁸⁶, que foi seguido pelo PEN de 2006-2010¹⁸⁷. Os Planos funcionam de modo multisetorial e descentralizado, incluem diferentes setores do governo e sociedade civil em nível nacional e municipal. De 2002 a 2009, no âmbito do Programa desenvolveram-se importantes ações em parceria com organismos internacionais como o Sistema das Nações Unidas, através do UNICEF, OMS, Fundo de Populações das Nações Unidas (FNUAP), Agência brasileira de cooperação (ABC), Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), Millenium Challenge Account (MCA). No âmbito local, destacam-se as parcerias com a Cabo Verde Telecom e a Shell Cabo Verde. Considera-se que, sem este apoio, a permanência de Cabo Verde no grupo de países com fraca prevalência para o HIV/Aids (< 1 %) não teria sido possível.

A decisão de introduzir o tratamento antirretroviral no país, subvencionado pelo governo, não teria sido possível sem a solidariedade internacional. O Brasil é um dos países que envia medicamentos antirretrovirais, testes e tecnologia para Cabo Verde. O apoio do Brasil para o protocolo de seguimento do HIV, após acordo com as federações da Organização Mundial da Saúde em julho de 2013 também foi considerado essencial.

O desenvolvimento da luta contra o HIV e aids permitiu que fosse legalizada a primeira Associação de Apoio a Soropositivos. Com isso, tiveram início as primeiras reivindicações de Pessoas Vivendo com HIV e aids (PVHIV/PVHA) na comunicação social, como resultado de um processo de apropriação e de exercício da cidadania, com benefícios para a consolidação da luta contra a aids no país.

¹⁸⁶ Orçamento de U\$ 22 milhões (CPLP, 2010).

¹⁸⁷ Orçamento de 24 milhões (CPLP, 2010).

Essas organizações têm auxiliado muito nos trabalhos de prevenção, assistência e tratamento em todo o país, com destaque para a VerdeFam, ONG que realiza uma média de atendimento de 100 grávidas por ano.

De acordo com os documentos analisados, o *Parlamento cabo-verdiano aprovou, por unanimidade, a lei sobre a proteção dos direitos das PVHIV. 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 Centro de Controle da Sida (CCS). 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 proteção e apoio aos testes e aconselhamento, serviços de saúde e assistência, confidencialidade, discriminação e aspectos penais*¹⁸⁸.

Segundo os documentos analisados, para a sequência das intervenções na resposta nacional, Cabo Verde dispôs de financiamento negociado com o Fundo Global de luta contra a aids, Malária e Tuberculose, renovado em função do cumprimento das metas e da governabilidade assegurada pelo caráter político estável do país.

O objetivo foi o de assegurar os recursos necessários para o desenvolvimento de medidas de prevenção, acesso aos antirretrovirais, preservativos e disponibilidade de reagentes para realizar testes de HIV.

O engajamento e apoio político do governo na luta contra a aids se refletem também na alocação de recursos nacionais, ao nível dos diferentes orçamentos setoriais. Este engajamento foi reforçado por diversos setores da sociedade civil, particularmente as ONG, associações comunitárias e alguns agentes do setor privado, que tem dado a sua contribuição com intervenções de apoio às PVHIV/Aids.

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-chave.

Uma das ações mais impactantes é a distribuição de preservativos, que é gratuita nos hospitais, centros de saúde e sedes das ONGs. Há diversas referências à necessidade de mais campanhas e maior divulgação de informações, porém ainda há falta de verbas específicas para essa finalidade. Em 2014 foram distribuídos para as estruturas de saúde e parceiros da sociedade civil 1.813.767 preservativos.

Cabo verde tem como média anual a distribuição de 2 milhões de preservativos.

Quadro 4. Distribuição de preservativos entre 2010-2014.

Ano	Número de preservativos distribuídos
2010	2.873.506
2011	2.602.035
2012	2.869.574
2013	2.048.368
2014	1.813.767

Fonte: Comitê de Combate a Sida, 2015.

¹⁸⁸ CCS-SIDA, 2015.

O Plano Estratégico Nacional de Luta contra sida (PENLS) inclui as áreas de vigilância epidemiológica, tratamento antirretroviral, vigilância de doenças oportunistas e prevenção, aconselhamento e testagem do HIV. Três planos estratégicos nacionais de HIV foram elaborados (2002-2005, 2006-2010, 2011-2015). O plano atual (2016 – 2020) tem como princípios:

- ✚ O reforço do compromisso político de tomada de decisões e sua aplicação efetiva;
- ✚ A luta contra o HIV/Aids é uma questão multidimensional que exige uma abordagem multisetorial;
- ✚ A descentralização a todos os níveis, municipal, local e comunitário;
- ✚ A implicação do setor econômico é importante para se trabalhar a prevenção e o combate ao estigma-discriminação; foco nos grupos prioritários; considerar a capacidade de mobilização e educação dos líderes religiosos, comunitários, sindicais e outros.

Os eixos prioritários são: a gestão de informação estratégica, vigilância e avaliação, a prevenção da infecção e acesso ao diagnóstico precoce, o tratamento, a promoção de um ambiente ético e jurídico favorável, a implicação e articulação multisetorial e a capacitação e mobilização de recursos.

Assim como na área de Política Pública em Saúde Geral, a política pública para HIV em Cabo Verde é caracterizada pela fundamentação em evidências científicas e a sintonia com as determinações da Organização Mundial da Saúde. Por exemplo, incorporou as diretrizes mais atuais: prioridade para populações-chave, a Meta 90-90-90 da Cascata de cuidados e o Zero Discriminação assim que foram estabelecidas.

O Plano 2016 – 2020 tem como base o Zero Discriminação, Zero Transmissão, Zero Mortes por HIV, o que caracteriza uma política pública inclusiva e não-segregacionista. O programa, ao longo da sua duração, promoveu as atividades 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 considerados mais vulneráveis.

Há uma tendência crescente na execução de todas as estratégias, incluindo a prevenção, tratamento e apoio psicossocial visando reduzir a transmissão do HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.

No Plano Estratégico, as diretrizes são de ênfase às ações de Informação, Educação e Comunicação (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 Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV; integração efetiva de conteúdos IST-HIV nos currículos escolares; promoção de pesquisas em HIV; reforço de seguimento psicossocial de pacientes; monitorização de carga viral em PVHIV; 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. Considera-se fundamental que a estratégia de prevenção primária de IST-HIV seja reforçada e consolidada.

A filosofia multisetorial introduzida, numa plataforma ampla de participação, permitiu que toda a população e todos os setores da sociedade se envolvessem e se apropriassem da luta contra a aids.

As iniciativas com a participação de autoridades do Estado, como o Presidente da República, o Presidente da Assembleia Nacional, o Primeiro Ministro, diversos Ministros e Secretários de Estado revelam a importância que foi atribuída às atividades de luta contra a aids no país – junto à participação ativa das organizações da sociedade civil, através das ONG e entidades privadas, a nível central e local projetaram o tema da aids para níveis nunca antes atingidos, quer pela quantidade de eventos realizados quer pela qualidade que emprestaram na execução dos mesmos.

A multissetorialidade, a execução descentralizada e a base em evidências científicas são as principais estratégias para um alto nível de participação dos diversos segmentos sociais na construção da resposta nacional à epidemia em Cabo Verde.

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 HIV/Aids, está sendo divulgada, mas ainda alguns aspectos precisam ser regulamentados. Um artigo do Código Penal prevê sanções para a transmissão intencional de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

Educação

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 (2015-2016) a revisão curricular com objetivo fundamental de integrar transversalmente o tema HIV/Aids, incluindo as atividades IEC/sensibilização em todos os níveis de ensino. Para a implementação deste projeto foram realizadas experiências piloto no meio escolar.

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, com uma abordagem centrada nas competências de vida.

A alta taxa de alfabetização em Cabo Verde é considerada um fator importante e da maior relevância para as ações de prevenção e assistência, bem como a manutenção de uma taxa de prevalência do HIV considerada baixa (0,8%). O índice de alfabetização entre homens adultos maiores de 15 anos em 2013 foi de 90%¹⁸⁹, e entre as mulheres, 93.5%.

A taxa de alfabetização dos jovens de 15-24 anos foi de 97,8% em 2010, que corresponde a um aumento de 8,7 pontos percentuais em relação a 1990. Os bons resultados na diminuição do analfabetismo entre a população jovem, especialmente do grupo etário 15-24 anos, são reflexo dos esforços bem conseguidos em matéria de universalização do ensino básico. Cabo Verde atingiu a meta proposta desde 2010, contando atualmente com uma taxa de alfabetização nesse grupo etário de 96,9%.

¹⁸⁹ CABO VERDE. Relatório ODM Cabo Verde 2015 (Dados referentes ao ano de 2014). Praia, 18 de julho de 2015. Direcção Nacional do Planeamento. Ministério das Finanças e Planeamento, 2015.

O Ensino Básico Universal foi assegurado desde o ano 2000: mais de 90 em cada 100 crianças, de idade compreendida entre os 6 e os 11 anos, frequentam o ensino básico, e 94 em cada 100 crianças, em idade escolar, concluem o último ano deste nível de ensino (6º ano). tendo a taxa líquida de escolarização no ensino básico de aumentado de 71,5% em 1990 para 92.8% em 2014, registando aumento de 21.3%.

A alfabetização é condição importantíssima para a possibilidade da promoção de saúde e adesão a práticas preventivas.

3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

A questão de recursos humanos em saúde em Cabo Verde é avaliada como um dos pontos a se enfrentar e melhorar. Há uma reconhecida e admitida insuficiência de recursos humanos para a gestão do Programa de Luta contra a aids no Ministério da Saúde.

Nem todo médico está ou considera-se preparado para trabalhar com HIV e aids. Na visita que realizamos, em campo, a principal médica era formada em Cuba, importante parceiro na capacitação desses profissionais. Há também intercâmbios com o Brasil, para realização de cursos, atualizações na área de aids, porém é reportada e documentada a falta de profissionais qualificados para atuarem no país todo.

A maioria dos médicos que atuam em Cabo Verde são formados no exterior, principalmente Portugal e Brasil; com a implantação de um voo direto de Cabo Verde para Fortaleza, muitos médicos estudaram no Brasil. Os médicos que se destacam no serviço público em geral são chamados para compor os quadros das diferentes gestões. Considera-se que, por conta do quadro reduzido de profissionais habilitados haja sobrecarga de pontos focais nos diversos ministérios, mas também ao nível dos municípios e ONGs para a implementação dos planos setoriais.

Como apresentado no Quadro 5, em 2013 havia 308 médicos e 594 enfermeiros em Cabo Verde, sendo a razão Médico/ 100.000 habitantes fosse 6,01 e 11,6 enfermeiros / 100.000 habitantes, porém com notáveis diferenças regionais. Os concelhos de São Salvador do Mundo, Ribeira Grande de Santiago e São Domingos apresentam limitada cobertura de médicos e enfermeiros.

Quadro 5. Número de médicos, Razão Médico/ 10.000 habitantes, Número de Enfermeiros e Razão Enfermeiros/ 10.000 habitantes em Cabo Verde, 2009 – 2013.

Ano	População	Médicos Nº	Razão Médico/ Hab.	Enfermeiros Nº	Razão Enferm/ Hab.
2009	508.633	251	4,93	496	9,75
2010	491.683	292	5,94	543	11,04
2011	499.929	292	5,84	543	10,86
2012	505.983	260	5,14	551	10,89
2013	512.173	308	6.01	594	11.60

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

São 0,31 médicos para cada 1000 habitantes, com alta rotatividade dos profissionais tanto entre as ilhas como de uma ilha para outro país.

Em 2007 a razão médico/habitantes era de 1/2.245 em 2006. Dez anos antes era de 1/2.675. A razão enfermeiro/habitantes era de 1/1.034 em 2006 e dez anos antes era de 1/1.807¹⁹⁰. Para um total de 487.121 habitantes em 2006, havia 217 médicos e 471 enfermeiros.

O salário médio de um médico no Serviço Público em Cabo Verde é de U\$ 600,00 por mês, cerca de 60 mil escudos cabo-verdianos¹⁹¹. Considerando-se que o aluguel de uma casa com três cômodos custa 35 mil escudos, os salários não são atraentes para um grande afluxo profissional, considerando-se o alto investimento na formação médica. Segundo dados apurados, os enfermeiros têm uma média de salário de U\$ 500,00 por mês, cerca de 50 mil escudos cabo-verdianos. Os outros profissionais têm salários muito menores, como psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, por não serem considerados prioritários.

Em campo, isso foi constatado pelo fato de verificarmos os mesmos profissionais atuarem nos serviços públicos, ONG e ainda serem responsáveis por pesquisa e vigilância epidemiológica.

É unânime a constatação da insuficiência de recursos humanos qualificados também no domínio do seguimento e avaliação dos programas a todos os níveis.

Cada distrito tem uma equipe com Técnicos Sociais, que agem como profissionais de saúde da família, auxiliando no encaminhamento e acompanhamento dos casos. Em 2012 foram formadas 400 pessoas, líderes comunitárias, para sensibilizar as pessoas.

Essas pessoas foram treinadas para sensibilizar os homens para apoiar a companheira soropositiva na questão da sexualidade, e também incentivar a testagem. Os Técnicos também fazem trabalho intensivo e estratégico no apoio em relação aos preservativos masculinos e vacinas, em especial para hepatite B.

O Técnico Social faz a ligação entre Centro de Referência, Centro de Saúde, Hospital Regional, Pediatria, para fazer o seguimento da grávida e da criança. Consegue dar seguimento e com isso, há consenso entre os profissionais de saúde entrevistados que houve redução dos abandonos.

Mesmo com a atuação dos Técnicos Sociais, a busca por ausentes e pessoas que abandonam o tratamento fica prejudicada. A rede hospitalar é considerada pequena, sendo 2,1 leitos para cada 1000 habitantes.

A maioria das consultas é realizada por enfermeiros, e há uma luta por parte dos profissionais de saúde para garantir que haja acompanhamento do médico em determinados momentos da gravidez, até porque é ele o único profissional que pode pedir os exames.

O sistema de notificação e realização de boletins epidemiológicos sobre HIV e aids é organizado e integrado ao sistema de saúde como um todo. Há livros de registros manuais e programas informatizados.

¹⁹⁰ Política Nacional de Saúde, 2007.

¹⁹¹ Valores aproximados, em Agosto de 2015 quando foi realizada a visita de campo a Cabo Verde.

3.4. Saúde Privada

O setor privado constitui um elemento importante do Serviço Nacional de Saúde e tem papel complementar na oferta de cuidados à saúde. Com suporte legal a partir de 1989, com a Lei de Bases da Saúde nº 62/III/89, desenvolveu-se com a criação de consultórios médicos, laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia e farmácias particulares – essencialmente na Praia e no Mindelo.

Na saúde privada, são 70 consultórios médicos, 48 consultórios odontológicos, 17 laboratórios, 7 centros de fisioterapia e 5 postos de enfermagem. O sistema de saúde alcança parte substancial do território composto pelas dez ilhas. Quase todos os profissionais que trabalham no setor privado de saúde acumulam trabalho com vínculos nos serviços públicos.

Os gestores avaliam, o que é corroborado pela documentação analisada, que o Estado não criou condições para incentivar o desenvolvimento desse setor, nem para exercer o seu papel regulador e de fiscalização.

Também não estabeleceu os convênios necessários para melhorar a utilização dos recursos disponíveis, para concretizar a complementariedade entre os setores público e privado. A articulação entre os dois setores é considerada escassa, no sentido de intercâmbio de informações, em especial no envio de dados estatísticos e notificação dos casos de doença de declaração obrigatória¹⁹².

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

A epidemia de HIV e aids em Cabo Verde é do tipo concentrada, com prevalência inferior a 1% entre as mulheres grávidas e população em geral, com ligeira diferença entre homens e mulheres.

O esforço multisetorial para dirimir a taxa de transmissão vertical tem resultados concretos. A descentralização, a presença dos Técnicos Sociais e a forte articulação entre o setor de Saúde Reprodutiva e o programa de aids trouxeram resultados claros: redução da taxa de transmissão vertical e clareza no fluxo de uma gestante HIV+ no país, desde sua abordagem inicial até o puerpério, em que os cuidados são orientados por paradigmas científicos e atualizados.

O primeiro caso de aids foi diagnosticado em Cabo Verde em 1986. Há prevalência dos dois tipos de vírus, HIV-1 e HIV-2, o que é atribuído ao fluxo migratório entre países africanos em que o HIV-2 ainda é prevalente.

O HIV-2, segundo os profissionais entrevistados, traz mais problemas em Cabo Verde, pela falta de medicamentos de segunda linha. Se o paciente tiver resistência, os médicos ficam sem alternativa e o paciente tem como opção a medicação paga.

Cabo Verde é um dos poucos países a separar, na notificação, casos de infecção pelo HIV e casos de aids.

¹⁹² Política Nacional de Saúde, 2007: 13.

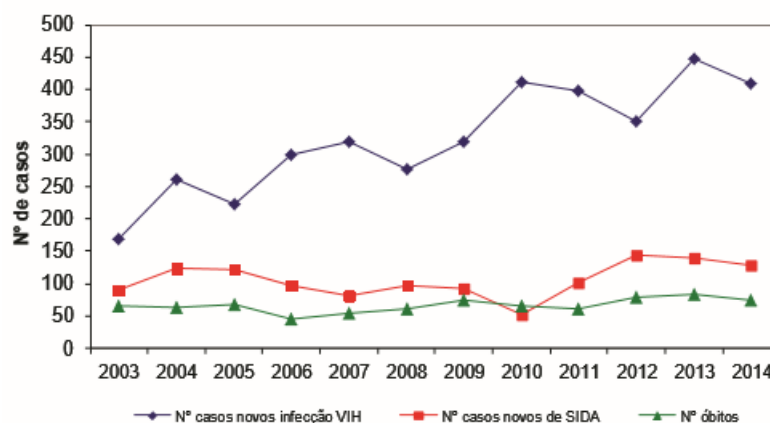


Gráfico 3. Evolução dos novos casos de infecção pelo HIV/aids e número de óbitos em Cabo Verde, 2003-2014. Fonte: Relatório ODM, 2015.

4.1. Dados Epidemiológicos

O número total de casos notificados de HIV em 2015 é de 4.946 pessoas¹⁹³. Segundo o Relatório Anual, o total cumulativo de casos de infecção por HIV de 1987 a 2014 foi de 4.942 casos, sendo 2.164 do sexo masculino e 2.707 do sexo feminino; destes, 1.766 desenvolveram aids e 1.066 morreram.

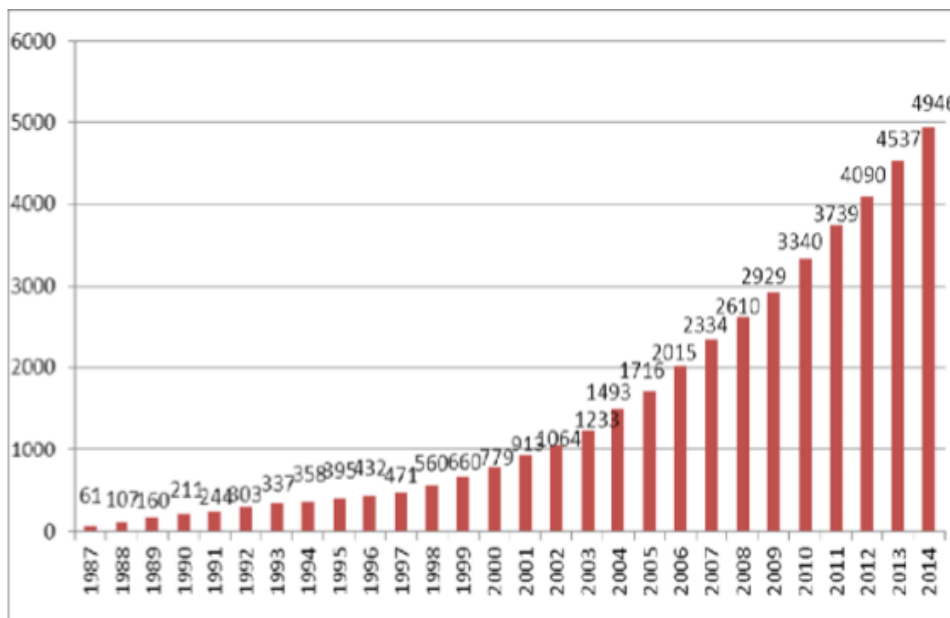


Gráfico 3. Evolução dos casos de HIV, 1987 – 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR, 2015.

No ano de 2013, a notificação de casos de infecção pelo HIV trouxe a proporção apresentada na Tabela 8:

¹⁹³ GARPR_2015. *Rapport de Progrès de la riposte VIH/SIDA Cabo Verde – 2015*. República de Cabo Verde. CCS-SIDA, 2015.

Tabela 8. Infecção por HIV – casos notificados por grupo etário e sexo em Cabo Verde, 2013.

Grupo etário	Sexo		Não Especificado.	Total	
	Masculino	Feminino		N.º	%
0 - 14 (anos)	7	5	0	12	2,7
15 - 24 (anos)	7	52	0	59	13,2
25 - 34 (anos)	28	94	0	122	27,3
35- 44 (anos)	46	51	0	97	21,7
45 - 54 (anos)	47	43	0	90	20,1
55 - 64 (anos)	25	20	0	45	10,1
65 e + (anos)	11	11	0	22	4,9
Total	171	276	0	447	100

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Incidência

Apesar dos avanços e da construção sólida de uma resposta nacional, a incidência dos casos de infecção por HIV tem aumentado, considerando a tendência de feminização, com uma ligeira diminuição comparativamente ao ano de 2013; essa dinâmica tem diversas possibilidades de entendimento, sendo a mais aceita pelos gestores a da relação com o fato de serem as mulheres as que se submetem com mais frequência a testes de diagnóstico, especialmente no contexto dos serviços de atendimento pré-natal.

Cabo Verde distingue as infecções por HIV e os casos novos de aids, um critério importante e que auxilia muito na compreensão da dinâmica da epidemia. A Tabela 9 apresenta os valores notificados no período entre 2002 e 2011, em que ficam evidentes a tendência à feminização e a maior mortalidade entre os homens, duas características da epidemia de HIV e aids no país.

Tabela 9. Evolução da infecção por HIV e aids, número de óbitos em Cabo Verde, 2002 – 2011.

Ano	N.º casos novos infecção VIH				N.º casos novos de SIDA				N.º óbitos		
	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	Total
2002	79	72	0	151	62	36	0	98	40	14	54
2003	84	83	2	169	47	43	0	90	30	35	65
2004	109	151	0	260	66	57	0	123	37	27	64
2005	105	112	6	223	69	53	0	122	36	31	67
2006	104	194	1	299	36	61	0	97	25	21	46
2007	123	195	1	319	35	43	2	80	31	22	53
2008	116	159	1	276	48	47	1	96	39	22	61
2009	138	178	3	319	47	46	0	93	44	30	74
2010	176	223	12	411	24	28	0	52	38	27	65
2011	163	236	0	399	51	50	0	101	40	20	60

Fonte: SVEI/DNS/MS

Fonte: Relatório Estatístico de Saúde, 2012.

De acordo com os relatórios do Serviço de Vigilância Epidemiológica, em 2014 foram notificados 409 novos casos de HIV, dentre os quais 57,3% do sexo feminino e 42,7% do sexo masculino, acumulando um total de 4.946 casos; 351 são por HIV-1, 46 por HIV-2 e 10 são por HIV 1 e 2, e 2 são indeterminados.

No quadro 6, abaixo, a distribuição por região em Cabo Verde.

Quadro 6. Novos casos de HIV diagnosticados em 2014 no serviço de saúde.

Região	Total por sexo/ HIV		Total
	M	F	
Boa Vista	6	4	10
Brava	1	1	2
Maio	1	2	5
Mosteiros	0	1	1
Paul	0	0	0
Porto Novo	2	6	8
Praia	77	147	224
Ribeira Brava São Nicolau	3	3	6
Ribeira Grande Santiago	1	1	2
Sal	13	9	22
Santa Catarina Fogo	1	1	2
Santa Catarina Santiago	24	11	35
Santa Cruz	8	9	17
Santo Antão Ribeira Grande	2	0	2
São Domingos	1	1	2
São Filipe	3	10	13
São Lourenço dos Órgãos	0	0	0
São Miguel	2	1	3
São Vicente	19	13	32
Tarrafal	10	12	22
Tarrafal São Nicolau	1	0	1
Total	175	234	409

Fonte: CCS-SIDA,2015.

A questão do diagnóstico tardio dos homens tem implicação direta com os fatores culturais, além de aspectos básicos da estrutura de atendimento no país: horários dos serviços coincidem com horário de trabalho, não há uma rotina de assistência ao homem para abordagem tanto para testagem como para adesão ao tratamento. Tanto na visita de campo com em vários documentos analisados para este diagnóstico, há um compromisso do governo em estruturar um Programa de Saúde do Homem, para adequar ao máximo a estrutura de atendimento em saúde pública já existente com a realidade cotidiana e as nuances culturais dessa população.

Prevalência

A análise dos dados epidemiológicos do país indica que a epidemia de HIV em Cabo Verde tem perfil concentrado, maior prevalência do tipo HIV-1, com uma prevalência de 0,8% na população em geral¹⁹⁴, sendo 1,1% para os homens e 0,4%, para as mulheres¹⁹⁵. Já nas populações-chave as prevalências estimadas são de 7,9% entre as trabalhadoras do sexo, 3,9% entre usuários de drogas e 15% entre os homens que fazem sexo com homens¹⁹⁶.

Existem casos de HIV em todas as ilhas do país, contudo existem diferenças regionais. A ilha de Santiago, especialmente a cidade de Praia, é a mais afetada pela epidemia - as taxas de soroprevalência do HIV situam-se em 1,2% e 1,7% respectivamente.

¹⁹⁴ Resultado obtido através de uma amostra representativa da população do país, de 15 a 49 anos entre as mulheres e de 15 a 59 anos entre os homens no IDSR II- *Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva II*.

¹⁹⁵ CCS-SIDA, 2015:11.

¹⁹⁶ Etude sócio-comportamental et de séroprevalence VIH en travailleurs de sexe, CCS-SIDA,2013 5 Etude sócio-comportamental et de séroprevalence VIH en Usagers de drogues, CCS-SIDA,2013.

6 Etude sócio-comportamental et de séroprevalence VIH en hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, CCSSIDA,2013.

Igualmente verifica-se diferenças em relação ao meio de residência, no meio urbano (0,9%) a taxa de soroprevalência é superior à do meio rural (0,6%)¹⁹⁷. Por regiões, a região de Sotavento, que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava, é a mais afetada 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%.

Apesar da baixa taxa de prevalência o país apresenta um risco de alastramento da doença muito elevado, por causa da taxa elevada de comportamentos de risco da população igualmente por causa do nível socioeconômico da população em geral. Em 2015, os gestores afirmam ter uma média de 2.200 pessoas com sorologia para HIV conhecida e, destes, 1211 em tratamento.

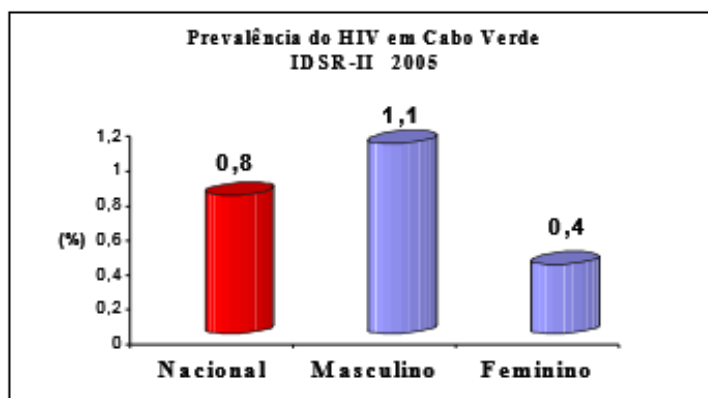


Gráfico 4. Prevalência de HIV em Cabo Verde. Fonte: ISDR – II, 2005.

O principal modo de transmissão é a via sexual, que representa mais de 80% dos casos notificados.

A previsão é de 22 novos casos por mês, com CD₄ abaixo de 350. Nas estimativas dos gestores para o Fundo Global, o aumento da carga viral como indicador para tratamento, os pacientes em Tratamento Antirretroviral (TARV) passariam a 42 pessoas por mês, quase duplicando o número de pessoas.

Os gestores entrevistados avaliam que esse passo estaria além das possibilidades do país e teriam que não assumir de imediato o protocolo de tratamento a todos os soropositivos identificados.

Estima-se que os homens sejam 3 vezes mais afetados que as mulheres, embora nos registros e notificações tenham mais ou menos a mesma proporção. Fica evidente a dificuldade que os homens têm para a procura ativa de aconselhamento, testagem e tratamento.

O diagnóstico tardio é causa essencial para aumento da letalidade. *O acesso ao diagnóstico por parte dos homens está retardado e deveria estar em primeiro lugar, segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados.*

¹⁹⁷ RODM_CV, 2015:60.

A alta taxa de migração também contribui para o aumento da vulnerabilidade da população cabo-verdiana à epidemia de aids e, como mostra a Figura 4, estão distribuídos em diversos municípios. Segundo os entrevistados, são pessoas que vem da Guiné Bissau, Senegal, Nigéria e outros países vizinhos a Cabo Verde, em busca de condições de trabalho.

	2000	2010	2013	2014
Cabo Verde	11.240	11.225	17.806	16.491
Ribeira Grande	276	-	112	-
Paul	-	-	-	-
Porto novo	146	-	209	171
S. Vicente	1.965	1.347	2.742	2.180
Ribeira Brava	-	-	-	-
Tarrafal de S. Nicolau	199	-	158	130
Sal	635	1.572	2.003	1.538
Boa Vista	133	1.010	1.942	2.239
Maio	-	-	147	116
Tarrafal	408	-	422	464
Santa Catarina	896	898	1.494	2.038
Santa Cruz	542	-	249	170
Praia	4.878	4.715	7.262	6.391
S. Domingos	160	-	149	171
S. Miguel	179	-	162	148
S. Salvador do Mundo	-	-	-	-
S. Lourenço dos Órgãos	-	-	-	-
Ribeira Grande de Santiago	-	-	-	-
Mosteiros	147	-	-	-
S. Filipe	302	-	263	169
Santa Catarina do Fogo	0	-	-	-
Brava	286	-	-	-
Outros	89	1.684	510	566

Figura 4. População estrangeira residente em Cabo Verde, por Concelho, 2010 – 2014.

Fonte: Anuário Estatístico_CV_2015.

Dos 2.888 casos acumulados notificados até 2009, **7,5% deviam-se à transmissão vertical**. Isso gerou uma intensificação na resposta do Governo Cabo-verdiano que, em parceria com a sociedade civil, possibilitou a ampliação da cobertura do Pré-Natal para mais de 95% das gestantes – e destas, 100% testadas para HIV e sífilis.

Os dados do Ministério da Saúde mostram, entre 2011 e 2014, uma tendência para o aumento do número de casos entre as grávidas: 0,7% em 2011, 0,8% em 2012 e 1% em 2013, com uma ligeira diminuição em 2014 para 0,9%, especialmente entre as jovens (15-24 anos)¹⁹⁸. Esse aumento pode também ser interpretado como reflexo direto da ampliação da rede de testagem no país.

A intensificação na Prevenção da Transmissão Vertical em Cabo Verde tem como pilares a articulação com a atenção Pré-Natal, com intensificação da oferta de testagem voluntária e tratamento gratuito para todas as gestantes HIV+ e seus filhos.

¹⁹⁸ RODM_CV, 2015:59.

Taxa de detecção e Taxa de mortalidade

Cabo Verde tem um sistema de notificação fidedigno, e os registros em diversos documentos oficiais coincidem em termos de números e análise. Esse é um dado muito importante, pois a qualidade dos dados sendo elevada traz segurança na formulação e análise das políticas implementadas.

Os dados de detecção, óbitos e mortalidade relacionados ao HIV estão apresentados na sequência de tabelas abaixo: na tabela 10, o registro do período entre 2002 e 2011.

Tabela 10. Taxas de detecção do HIV e mortalidade por aids, 2002-2011, Cabo Verde.

Ano	População	Casos Novos	Taxa de detecção (por 100.000)	Óbitos	Taxa de mortalidade (por 100.000)
2002	445.634	151	33,9	54	8,4
2003	451.146	169	37,5	66	12,1
2004	456.725	260	56,9	64	14,4
2005	462.374	223	48,2	67	14,0
2006	468.093	299	63,9	46	14,5
2007	473.882	319	67,3	53	9,8
2008	479.743	276	57,5	61	11,2
2009	485.677	319	65,7	74	12,7
2010	491.683	411	83,6	65	15,2
2011	499.929	399	79,8	60	12,0

Fonte: SVE/DNS/MS

Fonte: Rel. Estatístico de Saúde, 2012.

A Tabela 11 traz os dados da taxa de detecção e a taxa de mortalidade por aids, entre 2009 e 2013.

Tabela 11. Taxa de detecção e mortalidade - HIV. Cabo Verde, 2009 – 2013.

Ano	População	Casos Novos	Taxa de detecção (por 100.000)	Óbitos	Taxa de mortalidade (por 100.000)
2009	485.677	319	65,7	74	12,7
2010	491.683	411	83,6	65	15,2
2011	499.929	399	79,8	60	12
2012	505.983	351	69,4	79	15,6
2013	512.173	447	87,3	84	16,4

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Segundo o relatório do Ministério da Saúde, a taxa de detecção de casos aumentou de 37,5% em 2001 para 69,4/100 000 habitantes em 2012, como reflexo direto da ampliação dos serviços de testagem anônima e voluntária.

A Tabela 12 traz os mesmos dados, porém num período distinto: entre 2001 e 2010.

Tabela 12. Taxas de detecção do HIV e mortalidade em Cabo Verde, 2001 a 2010.

Ano	População	Casos Novos	Taxa de detecção (por 100.000)	Óbitos	Taxa de mortalidade (por 100.000)
2001	440.190	134	30,4	37	7,8
2002	445.634	151	33,9	54	8,4
2003	451.146	169	37,5	66	12,1
2004	456.725	260	56,9	64	14,4
2005	462.374	223	48,2	67	14,0
2006	468.093	299	63,9	46	14,5
2007	473.882	319	67,3	53	9,8
2008	479.743	276	57,5	61	11,2
2009	485.677	319	65,7	74	12,7
2010 *	491.683	411*	83,6	65	15,2

Fonte: Min. da Saúde de Cabo Verde, 2015.

Epidemiologia do HIV em Cabo Verde – breve histórico

Desde o primeiro diagnóstico de aids em 1986, foram registrados em Cabo Verde progressos significativos no combate, prevenção e tratamento. O primeiro passo foi a estruturação de um Programa específico, com governabilidade em nível ministerial, com base na articulação entre fundamentos técnicos, orçamento e formulação de políticas com base em evidências científicas, além do princípio da multissetorialidade.

De 1987-2009, o total de casos acumulados de infecção pelo HIV e aids foi de 2.888 pessoas infectadas com o HIV (Gráfico 4), 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 aids (44,6%): 688 homens, 595 mulheres e 5 não informaram.

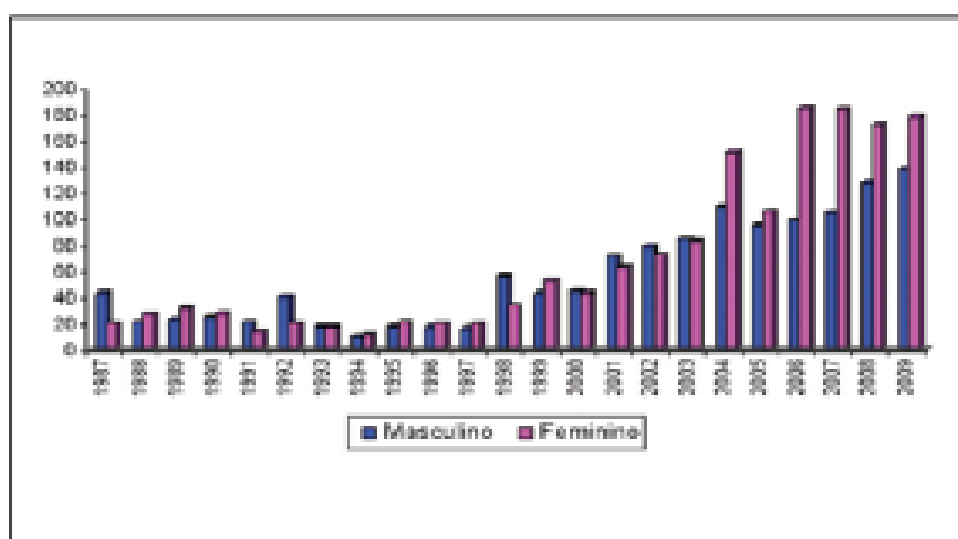


Gráfico 4. Casos de HIV/Aids em Cabo Verde, por gênero, 1987-2009. Min.da Saúde de Cabo Verde, 2010.

O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) realizado em outubro de 2005 em 5.601 pessoas com idade de 15 a 49 para as mulheres e de 15 a 59 anos para os homens, indicou uma prevalência em torno de 0,8%.

De acordo com os dados do inquérito, a taxa de prevalência por sexo foi de 0,4% para as mulheres e de 1,1% para os homens¹⁹⁹. Dos 319 casos notificados em 2009, 213 eram HIV-1, 75 HIV-2, 16 HIV1-HIV2 e 15 não especificado o tipo de vírus. Desde logo, foi instaurado um sistema de vigilância do HIV direcionado às mulheres grávidas e permitiu obter taxas de prevalência de 0,48% em 1989 para 1,13% em 2002. Em 2003 e 2004, com a introdução de novos postos de testagem, obtiveram-se prevalências de 0,89% e 0,44% respectivamente.

Em 2005 a infecção com o HIV afetava particularmente as pessoas da faixa etária mais ativa e economicamente rentável, 20 a 34 anos, representando 62,8% dos soropositivos e 51% dos casos de aids. Na população sexualmente ativa, a taxa de prevalência em 2005 era de cerca de 1%. O meio urbano apresentava uma taxa de prevalência de 0,9%, e o meio rural de 0,6%. O IDSR II também aponta a faixa etária de 20 a 34 anos como particularmente afetada, a par com a faixa etária dos 45-49 anos. Além disso, os dados de Postos sentinela de 2003 e 2004 mostram que as jovens mulheres são expostas muito cedo ao vírus, 30% das mulheres grávidas têm entre 15 e 19 anos.

As estatísticas disponíveis na época não indicaram uma diferença significativa da prevalência do HIV nas mulheres em função do estado civil (casada, solteira ou coabitante). As prevalências nestes três subgrupos de populações em 2004 eram de 0,34% nas solteiras; 0,5% nas casadas e 0,56% naquelas que vivem em coabitação. De 1986 a 2004, o número acumulado de casos de HIV/Aids notificados continuou crescente. Em finais de dezembro de 2005, cerca de 1710 casos de infecção com o HIV/Aids foram notificados. Mais da metade dos casos (52%) estava já na fase aids, o que indica um diagnóstico tardio da infecção. Em 2010, foram detectados um total de 411 novos casos, sendo a sua maioria, 54,3% em mulheres (223 casos) contra os 42,8% nos homens.

Em relação à mortalidade, o Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2012 mostrou que, desde a introdução da terapia antirretroviral em dezembro de 2004, a taxa por 100.000 habitantes variou entre o mínimo de 9,8% em 2007, até o máximo de 15,6 em 2012. Se, por um lado, houve introdução de medicamentos antirretrovirais para toda a população elegível, por outro lado as questões de ampliação de testagem, diagnóstico tardio e má adesão interferiram nesses índices.

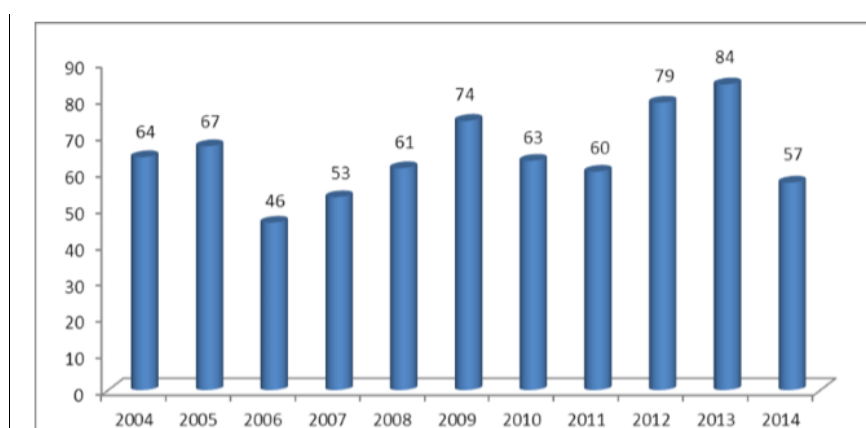


Figura 5. Mortes relacionadas a aids, 2003 – 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR, 2015.

¹⁹⁹ A epidemia do HIV em Cabo Verde nessa população, com os dados até agora conhecidos, mantém-se como sendo de baixa prevalência, em torno de 1,09% (2015). São 3.400 pessoas vivendo com HIV/ aids no país. Destas, em 2014, 100 pessoas morreram.

4.2. Testagem

O país apresenta ampla adesão a estratégias de testagem voluntária, em que não apenas o Governo, mas as ONG parceiras também auxiliam no acesso à população para realização do teste.

Em 2014, em Testagem Voluntária, foram testadas 13.951 pessoas, sendo 11.365 nos serviços de saúde e 2.586 em postos móveis da ONG Verdefam. Segundo os dados disponíveis, 37,7% da população que fez o teste para HIV receberam os resultados ao longo dos últimos 12 meses (27,9% homens e 47,3% mulheres). Atualmente, o país dispõe de 30 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 HIV e um conhecimento mais aprofundado sobre a soroprevalência na população em geral.



Figura 6. Evolução da testagem para HIV realizadas nas estruturas de Saúde em Cabo Verde de 2003 a 2014.

Fonte: GARPR, 2015.

Em todas as 22 Delegacias de Saúde do país são prestados serviços de testagem anônima e voluntária do HIV às pessoas que queiram livremente conhecer o seu status sorológico mediante aconselhamento pré e pós-teste, através de realização de testes rápidos. Os contactantes dos soropositivos também são aconselhados a fazer o teste.

O teste e o acesso aos exames são gratuitos. Apesar de uma mencionada ruptura no fornecimento de testes no passado, em função de atividades massivas em festivais, o fornecimento é avaliado como constante. Fica claro que a prioridade é sempre das gestantes, não só em relação aos testes rápidos como em relação ao exame CD₄.

É preconizada a testagem de CD₄ três vezes ao ano e carga viral duas vezes ao ano. No relato dos profissionais de saúde entrevistados, nem sempre é possível cumprir essa meta, principalmente pelo alto custo do exame de carga viral.

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

Segundo os gestores entrevistados, são realizados em média 20 000 a 27 000 testes para HIV por ano, 2/3 só em mulheres. Estima-se a realização de 15 000 testes por mês só em mulheres.

Histórico - Testagem

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

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 HIV foram avaliados e registrados nos polos de tratamento aumentando a taxa de cobertura para 73,5%.

A oferta do teste de HIV segue sendo feita para todas as mulheres grávidas. Estima-se que 20 a 25% tiveram alguma dificuldade para fazer o teste ao longo do período 2005 a 2010.

Como consequência da ampliação da oferta de testes, depois de 2005 foi possível observar uma evolução bastante positiva da taxa de cobertura do teste em mulheres grávidas, a saber: 2005 – 13%/ 2006 – 51%/ 2007 – 65%/ 2008 – 61%/ 2009 – 85%, sendo o aumento progressivo culminou no quadro atual, em que se estima que entre 95% e 99% das gestantes tenham sido testadas em 2015. O acesso à testagem está inserido e articulado com o serviço de aconselhamento, orientação e cuidados pré-natais. Essa articulação é essencial para a ampliação da oferta, do conhecimento do estatuto sorológico e das possibilidades concretas de início do tratamento o mais rápido possível.

A testagem entre as grávidas ainda não tem como impacto direto o acesso a seus parceiros, sejam eles maridos, “pais de filho”, ou outras formas de relacionamento. Estima-se que para cada 100 gestantes acessada, apenas em 2 casos o parceiro também o seja.

4.3. Coinfecções: a) Tuberculose

A epidemiologia da tuberculose está sintetizada no gráfico abaixo, com os mais atualizados indicadores de incidência, prevalência e mortalidade:

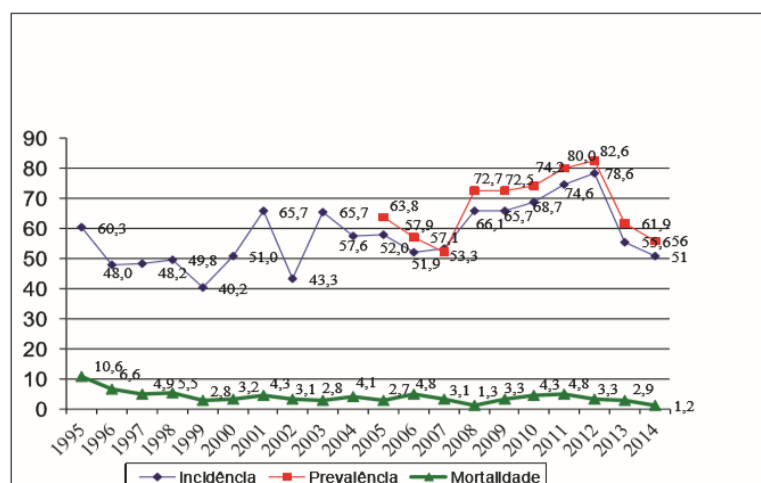


Gráfico 5. Evolução da Incidência, Prevalência e Mortalidade por tuberculose em Cabo Verde, de 1995 a 2014.

Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2015.

Das doenças definidoras de aids diagnosticadas em Cabo Verde, a tuberculose é a quarta doença mais comum, registando-se 14 casos (9,9%) de coinfeção em 2005 e 8 casos em 2006.

Embora a tuberculose não seja referida como altamente prevalente em Cabo Verde, é um agravo importante como coinfeção com HIV pelas dificuldades que traz ao paciente para se tratar²⁰⁰, pelo aumento de procedimentos e introdução de medicamentos necessários, em muitos dificultando a adesão ao tratamento simultâneo.

Em termos de rotina, quando é feito o diagnóstico de tuberculose, a partir do resultado positivo é feito o tratamento em Observação Direta pelos agentes de saúde nos centros. São referidas dificuldades maiores com a tuberculose multidrogarresistente, além da dificuldade no acesso a testes específicos tuberculínicos.

Em termos de coinfeção tuberculose/ HIV (TB/HIV), em 2014 foram identificados 27 casos em Cabo Verde, sendo 9 mulheres e 18 homens. Não se regista um impacto evidente do HIV/Aids na incidência da tuberculose tendo em conta a evolução do número de casos novos e da mortalidade entre 2005 e 2015.

A taxa de mortalidade por tuberculose em 2013 foi de 2,9/100.000 (tabela 13) e foi reduzida para 1,2/100.000 em 2014. Essa queda é atribuída aos bons resultados do tratamento, 90,5%, acima dos 85% recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

Tabela 13. Incidência (por 100.000 habitantes), Óbitos e Taxa de Mortalidade (por 100.000) associados à tuberculose em Cabo Verde, 2008- 2013.

Ano	População	Casos novos TB	Casos em registo	Incidência (por 100.000)	Prevalência (por 100.000)	Óbitos	Taxa mortalidade (por 100.000)
2008	485.677	319	352	65,7	72,5	16	3,3
2009	491.683	338	365	68,7	74,2	21	4,3
2010	499.929	373	400	74,6	80	25	5
2011	505.983	402	421	79,4	83,2	25	4,9
2013	512.173	244	315	55,6	61,9	15	2,9

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Quando se observa a distribuição por Concelho, fica evidente a heterogeneidade, porém presença constante, do agravo no país, como demonstrado na Tabela 14:

²⁰⁰ LIMA, 2010.

Tabela 14. Taxas de incidência e prevalência de tuberculose por 100.000 habitantes por concelho (Município), Cabo Verde, 2013.

	Taxa Incidência (por 100.000)	Taxa Prevalência (por 100.000)
Cabo Verde	56	62
Ribeira Grande	56	79
Paul	171	187
Porto Novo	0	17
S. Vicente	68	103
S. Nicolau	63	79
Sal	16	26
Boa Vista	8	73
Maio	101	130
Tarrafal	5	22
Santa Catarina	9	26
Santa Cruz	9	12
Praia	40	81
S. Domingos	14	36
S. Miguel	40	46
Mosteiros	0	0
S. Filipe	30	41
Brava	34	34

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Entretanto, considera-se a taxa de incidência de 51/100.000 (2014) alta, mesmo aquém do teoricamente previsível pela OMS (150/100.000). Por isso, a tuberculose é apontada como um problema de saúde, além da constatação que, entre 2007 e 2012, houve aumento da prevalência - 57,1/100.000 para 82,6/100.000- e da incidência -53,3 para 78,6/100.000.

Indicadores	2014
Taxa de incidência de TB/100.000 habitantes	51
Taxa de prevalência de TB/100.000 habitantes	56
Taxa de mortalidade de TB/100.000 habitantes	1.2
Proporção de casos de TB tratados pelo DOTS	90,5

Quadro 7. Dados epidemiológicos da Tuberculose em Cabo Verde. Fonte: RODM_CV, 2015.

No âmbito do programa de prestação de cuidados de saúde, procedeu-se ao reforço das estratégias específicas de prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica, com vista a um controle eficaz.

Em finais de 2012 foi implementada, no Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Central da Praia, a nova técnica de diagnóstico da TB - *Xpert*, aprovada e recomendada pela OMS em 2010 para sua utilização no contexto de planos nacionais para a gestão adequada da TB, Tuberculose multidrogarresistente (MDR-TB) e TB associada ao VIH.

A Introdução da técnica teve como efeito imediato a diminuição significativa do número de casos novos de tuberculose em 2013, com menos 24 % do que em 2012, e à diminuição de casos anteriormente classificados como tuberculose pulmonar Bacilo de Koch (BK) negativo, que passaram de 146 casos em 2012 para 54 em 2013 e mantendo-se essa diminuição em 2014.

Este ganho reflete a importância da introdução da técnica *Xpert*, essencial para a diferenciação diagnóstica, mas também das ações de formação e supervisão levadas a cabo a nível nacional. A testagem de HIV para pessoas com tuberculose é considerada pelos profissionais de saúde entrevistados um ponto a se aperfeiçoar na rotina dos atendimentos em saúde de Cabo Verde.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

O controle das IST é uma das estratégias mais importantes na luta contra a epidemia de HIV, e foi reforçada pelas ações de capacitação de prestadores de cuidados, de promoção da abordagem sindrômica em todos os níveis de prestação de serviços e testagem ativa das IST.

Grupo Etário	Corrimento inespecífico		Úlcera genital		Vegetação Venérea		Sífilis		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
0 – 11 meses	2	7	0	0	0	0	0	1	10
1 – 4 anos	16	65	1	0	0	0	0	0	82
5 – 14 anos	12	154	0	11	0	3	0	0	180
15-24 anos	144	2.776	7	34	15	40	7	15	3.038
> 25 anos	345	3.700	19	62	21	29	12	51	4.239
Idade desconhecida	8	114	2	1	0	0	0	3	128
Total Parcial	527	6.816	29	108	36	72	19	70	7.677
Total	7.343		137		108		89		7.677

Quadro 8. Casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticados e tratados em 2014 em Cabo Verde.

Fonte: CCS, 2015.

A abordagem sindrômica permite diagnóstico e tratamento rápidos, abrindo possibilidades de aconselhamento e testagem para HIV. Essa é uma estratégia considerada importantíssima para controle do HIV no país.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV):

a) Introdução no país

O Programa de Terapia Antirretroviral iniciou-se em Cabo Verde em dezembro de 2004, com financiamento do Fundo Global. O Programa é dirigido a todas as pessoas elegíveis para TARV, incluindo grupos vulneráveis.

Atualmente, segundo dados disponíveis, o país financia 50% das necessidades em saúde e necessita de 50% de financiamento externo.

A taxa de mortalidade em pacientes com tratamento antirretroviral (TARV) 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. Importante destacar que, embora sejam mencionadas algumas rupturas de estoque de internas, sem maiores impactos, tanto de medicamentos como de testes, foi enfatizado pelos gestores e profissionais de saúde entrevistados que não há ruptura significativa a nível nacional.

Os antirretrovirais existentes em Cabo Verde, isolados ou combinados são:

a) Do grupo Nucleosídeos Inibidores da Transcriptase Reversa (NITR): a Zidovudina (AZT ou ZDV), a Didanosina (ddl), a Estavudina (d4T), a Lamivudina (3TC).

b) Do grupo dos Não-Nucleosídeos inibidores da Transcriptase Reversa (NNITR): Nevirapina (NVP), a Efavirenz (EFZ),

c) Do grupo de Inibidores de Protease (IP): Nelfinavir (NFV) e a Laponivar /Ritonavir (LP/RTV). Dada a prevalência elevada do HIV-2 no país, o esquema de tratamento utilizado no país está representado na tabela 6.

Regimes de 1ª Linha	Regimes de 2ª Linha
VIH2	
2NITR +1 IP	2NITR +1 IP
ZDV+3TC+LP/RTV ou Zidovudina+Lamivudina+ Kaletra D4T+3TC+LPV/rtv Estavudina+Lamivudina+Kaletra	D4T+DDI+LPV/rtv Estavudina+Didanosina+Kaletra

Figura 7. Regimes de Tratamento para HIV-2 disponíveis em Cabo Verde. Fonte: CCS, 2015.

O doente é avaliado duas semanas após o início dos ARV, e mensalmente nos primeiros três meses e em seguida cada três meses. Isso permite averiguar a eficácia do tratamento, intervir antecipadamente quando necessário e reforçar a adesão. Todos os acontecimentos desde o início dos ARV são valorizados, desde infecções, hospitalizações, tratamentos associados, eventual gravidez.

O exame físico é considerado minucioso e utiliza-se, sempre que possível, os dados anteriores como termo de comparação. Também são feitos exames laboratoriais que permitem detectar os potenciais efeitos colaterais dos medicamentos, (como por exemplo, anemia ao AZT), diagnosticar infecções oportunistas, realizar mudanças de medicamentos dentro dos esquemas recomendados, avaliar a eficácia da terapêutica²⁰¹.

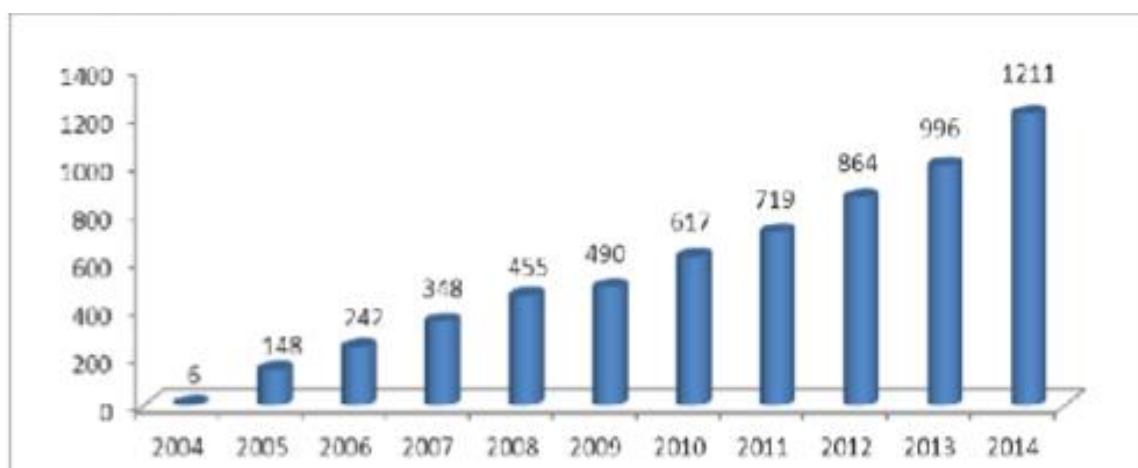


Gráfico 6. Evolução do número de crianças e adultos em TARV em Cabo Verde, 2004 – 2014. Fonte: GARPR, 2015.

De janeiro de 2004 a dezembro de 2014, segundo os dados disponíveis, as estruturas regionais de tratamento confirmaram o número de 2.153 pessoas vivendo com HIV, inscritas e notificadas, sendo 922 homens e 1.231 mulheres. Destas 2.153 pessoas vivendo com HIV, 1.211 estão em TARV, sendo 1.144 adultos e 67 crianças.

²⁰¹ http://www.who.int/profiles_information/index.php/cape_verde:hiv.

Dos 1.211 pacientes que estão em TARV, 542 são do sexo masculino e 669 são do sexo feminino. Segundo os dados disponíveis dos centros de tratamento, 96,6% dos pacientes em TARV seguiram o tratamento 12 meses após o início, o que pode ser considerado satisfatório, mas segundo os gestores e profissionais entrevistados pode ser melhorado, estendendo-se para 24 meses. Considerando-se a Opção B+, a adesão precisa ser 100% e vitalícia. A cobertura de mulheres grávidas com terapia antirretroviral para reduzir o risco de transmissão vertical é de 100% por todas as mulheres que foram à consulta pré-natal.

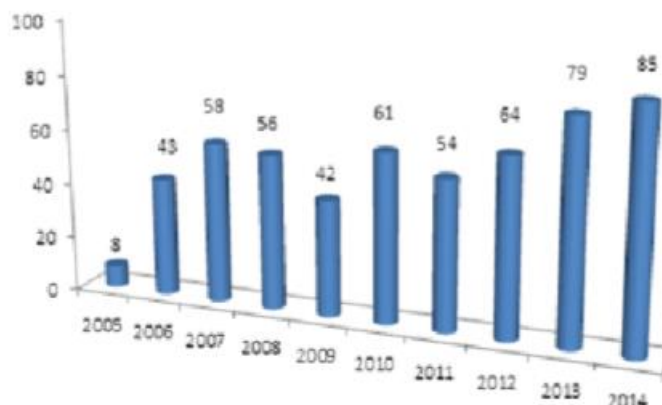


Gráfico 7. Evolução do nº de mulheres grávidas HIV+ em TARV em Cabo Verde, de 2005 a 2014. Fonte: GARPR, 2015.

b) Logística dos medicamentos

Segundo os gestores entrevistados e os documentos analisados, a aquisição dos medicamentos para aids em Cabo Verde pode ser feita por duas vias (1) Compra direta de uma quantificação específica ou (2) Compra pela Direção Geral da Farmácia, com orçamento do Estado.

No nível de CCS-SIDA são quantificados e comprados os produtos que tem financiamento da Cooperação Internacional. O Governo, através da Direção Geral de Farmácia, tem uma comissão nacional de quantificação de medicamentos, composta por seis ou sete instituições.

Existem acordos entre os gestores e as empresas de transporte aéreo e marítimo, porém ainda são mencionadas dificuldades no atendimento a parturientes que estão em risco quando necessitam de atenção especializada e transporte de uma ilha para outra.

Por exemplo, mencionam que a ilha de São Vicente fica perto de Santo Antão, São Nicolau, Sales. Se não podem tratar a nível local, mandam para lá.

Os gestores relatam que quando o medicamento chega em Praia, são avisados e o desalfandegamento é considerado rápido.

Depois de desalfandegar, os medicamentos são levados para o Depósito Central de Medicamentos. É uma estrutura que tem tudo. Em seguida, cada estrutura faz requisição, conforme sua necessidade, e cada estrutura vai seguir, por avião, barco, expresso... a Transportes Aéreos de Cabo Verde, TACV, tem um protocolo e transporta algumas coisas gratuitamente: medicamentos estão entre essas coisas, afirmam os gestores.

Há também um protocolo com barcos que levam medicamentos, porém o governo faz o pagamento de três em três meses para o abastecimento regular. Toda estrutura tem uma espécie de “mini-farmácia” que recebe todos os medicamentos.

4.5. Populações Vulneráveis

Um ponto bastante positivo na construção da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids em Cabo Verde é a realização sistemática de estudos e pesquisas. Por exemplo, em 2004 foi realizado amplo inquérito de vigilância dos comportamentos sexuais e os dados apontavam para alta prevalência de práticas sexuais de risco em grupos específicos. Outro exemplo, mais atual: em 2013 foram realizados três estudos sócio comportamentais e de soroprevalência entre populações-chave: trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH) e usuários de drogas (UD).

a) Usuários de Drogas

A prevalência de HIV entre usuários de drogas é estimada em 3,3%. Segundo os profissionais de saúde e gestores entrevistados essa taxa entre usuários de drogas oscila entre 3,7% e 5%. Atualmente, questiona-se o uso de cocaína injetável, que pode ter sido substituído por crack, porém ainda não há dados de pesquisas recentes.

O consumo de *cannabis* é reportado como majoritário (28%), seguido de cocaína e crack. O álcool é a droga de eleição de toda faixa etária, e são conhecidos os efeitos de aumento de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis e aids – além de violência e outros agravos sociais – decorrentes do abuso de álcool.

Entre os jovens e adolescentes, já se considera o uso problemático e a importância do desenvolvimento de ações específicas. Cabo Verde é considerada possível rota para lavagem de dinheiro e tráfico de drogas ilícitas, fato que vem sendo apurado pelas autoridades competentes.

Histórico

Em 2005 foi realizado um estudo sobre vulnerabilidade dos usuários de droga em geral e especificamente as injetáveis (Usuários de Drogas Injetáveis - UDI) face às IST/HIV/Aids²⁰², que permitiu estimar para os 4 Conselhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal, Sta. Catarina) 80 efetivos, 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.

O total identificado foi de 1.348 UD, sendo, portanto, os UDI representando cerca 6% do total de Usuários de Drogas. 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 injetáveis nestes dois domínios.

²⁰² CCCD, 2005.

Ainda nesse estudo, ficou evidenciado que o conhecimento sobre as IST/HIV/Aids é menor nos UD que nos UDI; em geral os UDI apresentam maior consciência do risco e informações, tanto quanto ao perigo da troca de seringas, quanto ao não uso do preservativo – entretanto, a prática preventiva não corresponde necessariamente aos conhecimentos e existem dificuldades de acesso às seringas.

Em relação a este mesmo grupo, o estudo sobre a situação do consumo de droga e a sua relação com o HIV 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 injetáveis (UDI).

b) Crianças em Situação de Rua

Em Cabo Verde, segundo os dados disponíveis, a iniciação sexual é precoce entre as crianças em situação de rua - em mais de 70% dos casos, até aos 14 anos. Segundo os entrevistados e os documentos analisados, o uso de psicoativos, 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.

Em 2005 foi realizado um grande estudo em Cabo Verde sobre as crianças em situação de rua e os órfãos da aids (IDSR II). A análise da vulnerabilidade das crianças em situação de rua face às IST/HIV/Aids²⁰³ permitiu identificar nos 6 Conselhos 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 atração turística (Sal), concentram 80% das crianças que podem ser consideradas como de rua.

No estudo obteve-se um dado muito importante: a naturalização do 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 à peculiaridade de destituição da condição de sujeito, em qualquer campo, incluindo o da sexualidade.

Verificou-se ainda que o contato das crianças com o turismo se apresenta como um foco de perigos, em que as crianças são exploradas, quer como objetos de relações, quer como mediadoras na prostituição, que envolve com frequência menores de idade, o que é característico de países turísticos insulares. 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 aids, por exemplo, terão poucas probabilidades de um processamento indutor do cuidado de si ou de outrem – o que reforça a ideia que a *informação é necessária, porém não é suficiente para promover mudança de comportamento*²⁰⁴

²⁰³ ICM, 2005.

²⁰⁴ LIMA, HMM – *A prevenção às DST/Aids entre jovens universitários de São Paulo/ Brasil*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, PUC/SP, 2000.

Esse mesmo 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- que receberam apoio das instituições públicas e da sociedade civil para a educação, atendimento psicológico e apoio a famílias de acolhimento.

O apoio concedido foi um tipo de pacote de apoio específico, englobando desde instalação de órfãos em famílias de acolhimento, passando por apoio na aquisição de materiais escolares e didáticos, apoio nos transportes, na formação profissional para algumas profissões, para além de apoio nutricional.

As atividades realizaram-se a nível nacional, promovidas pelas ONGs, Serviços de Promoção Social das Câmaras Municipais que desenvolveram projetos de apoio a órfãos de pais vítimas da aids, em particular, e a famílias vulneráveis em geral.

Foram, ainda, desenvolvidos projetos de apoio específicos a pessoas portadoras do HIV.

c) Pessoas em situação prisional

Em janeiro de 2008 foi apresentado um estudo sobre a situação da droga em Cabo Verde e sua relação com o HIV/Aids, e como parte das recomendações, foram realizadas várias atividades na área de prevenção para a população dos presídios.

Foram realizados seminários de sensibilização e prevenção em IST, HIV/Aids, tuberculose e drogas para guardas prisionais e prisioneiros das duas cadeias centrais do país.

Em relação às mulheres privadas de liberdade, a rotina é padronizada: *quando a grávida dá à luz na cadeia, o bebê fica lá dois anos, depois sai e a mãe fica. Tivemos casos de mulheres em tratamento, que saíram da cadeia, mas não grávidas* (trecho de entrevista com gestor).

d) Homens que fazem sexo com homens

A homossexualidade masculina em Cabo Verde é culturalmente paradoxal: enquanto em algumas ilhas é “invisível”, em outras há não apenas visibilidade, mas a ênfase ao turismo “especializado” nessa população. As Organizações Não-Governamentais têm a capacidade para acessar essa população, sendo ponto-chave na estratégia para resposta à epidemia nesse grupo.

De qualquer modo, a taxa de prevalência estimada entre os Homens que fazem sexo com Homens (HSH) é de 15% em Cabo Verde. Na ilha de São Vicente a população HSH é considerada mais visível, com associação Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis/ Transexuais (LGBT).

4.6. Bancos de sangue

Cabo Verde dispõe de um programa específico para controle dos bancos de sangue, o Programa Nacional de Segurança Transfusional (PNST).

Em 2012, o relatório do PNST indicou que 3.313 doações de sangue foram efetuadas nas cinco estruturas do país, sendo 85.5% doações voluntárias e 14,2% doações familiares²⁰⁵.

A segurança transfusional do ponto de vista do HIV é assegurada desde o início da epidemia através da testagem de todo o sangue recolhido. Portanto, considera-se que 100% do sangue coletado para transfusão é testado para HIV, hepatites B e C e sífilis.

Várias ações foram incluídas no Plano Estratégico Nacional de Luta contra SIDA foram desenvolvidas com o intuito de prevenir a transmissão pela via sanguínea do HIV e de outras infecções transmitidas por esta via, a saber:

- ✚ o reforço da segurança de transfusão sanguínea, assegurando a disponibilidade dos fatores de produção necessários à segurança de transfusão sanguínea;
- ✚ a redução das indicações de transfusão sanguínea em proveito dos substitutos do sangue;
- ✚ o reforço da biossegurança e a higiene hospitalar nas estruturas de saúde;
- ✚ o atendimento sistemático de todos os casos de Acidentes de Exposição ao Sangue (AES) e produtos sanguíneos;
- ✚ o reforço do programa de sensibilização em IST/HIV/Aids nos salões de beleza, salões de cabeleireiros e nas barbearias;
- ✚ o foco na atenção aos usuários de drogas injetáveis e usuários de drogas em geral: identificação e formação de pares educadores, ações de sensibilização e auto atendimento.

Foram relatados progressos consideráveis na organização de documentos estratégicos, de perspectivas de alargamento do sistema de inclusão, bem como ao nível da atualização profissional. Foram também reforçadas as medidas de prevenção universais ao nível tratamento de resíduos hospitalares, seguindo normas internacionais de biossegurança..

4.7. Adesão e dinâmica da epidemia de aids

A adesão ao tratamento de aids é atravessada por questões culturais relacionadas aos papéis sociais, estigma, discriminação, papel social da pessoa afetada, inserção na comunidade e aceitação da doença. Desde a testagem, passando pela revelação diagnóstica e chegando a adesão, retenção, há – ainda – muitas perdas não contabilizadas, os “perdidos de vista”.

Alguns fatores relevantes para se pensar a questão da adesão em Cabo Verde estão aqui elencados:

Em relação ao acesso aos homens, de acordo com os profissionais entrevistados e a documentação pesquisada, que os pacientes do sexo masculino, por peculiaridades culturais, mantêm relacionamentos múltiplos e são resistentes à testagem e ao tratamento em geral; quando chegam aos serviços já estão com quadros graves infecciosos, múltiplas infecções e resistência à atenção à sua saúde em geral, o que dificulta e por vezes impede a eficácia do tratamento, mesmo nos esquemas mais avançados. Vê-se nas tabelas anteriores, em que o número de óbitos é apresentado, que morrem mais homens que mulheres.

²⁰⁵ http://www.who.int/profiles_information/index.php/cape_verde:hiv.

Os homens, em sua maioria, se recusam a fazer o teste de HIV. Os profissionais de saúde relatam desânimo frente a essa realidade, com “imensa vontade de nem atender” àquele homem que não quer ser testado, nem tratado.

O trabalho de acesso aos homens tem sido feito precariamente, nas maternidades, em que as enfermeiras – mais raramente os médicos – convocam os pais das crianças cujas mães são soropositivas para conversar. Quando esse pai é considerado “mais difícil”, o psicólogo é chamado. Esse pai ou é chamado ou pergunta: - “Por que meu filho está internado aqui?”, no hospital de referência. Segundo os profissionais de saúde, *é aí que começa a conversa*.

Uma particularidade cultural é simbolizada pela expressão “pai de filho”, que se refere à paternidade, reconhecida ou não, sem vínculos familiares ou conjugais. Muitas mulheres compartilham o mesmo “pai de filho”, e este homem, longe de se sentir vulnerável, por questões culturais sente-se “poderoso”, quase invulnerável. Ser “pai de filho” pode implicar em algum tipo de sustento ou vínculo para a criança e a respectiva mãe, mas não é regra.

A expressão “Pai de Filho” é polissêmica, dinâmica: para muita gente, naquele momento o homem é o namorado, depois é pai de filho, sendo as relações fluidas.

Muitas gestantes solicitam aos profissionais de saúde total sigilo quanto ao seu status sorológico, com medo de “perderem” os cônjuges e o sustento que eles proporcionam. Muitas vezes esse “pai de filho” ou “marido” sua única e principal fonte de renda. Escondem o estatuto sorológico, escondem os remédios que tomam, e além das complicações para adesão, outro resultado é a dificuldade na busca ativa dos parceiros sexuais dessas gestantes soropositivas. Nos lugares em que há dependência financeira da mulher em relação ao homem, juntando-se baixa escolaridade, baixa noção de cidadania e direitos, e o conseqüente aumento da vulnerabilidade, a divulgação do estatuto sorológico é ainda considerada *impraticável*, segundo os entrevistados.

Segundo os entrevistados e documentos analisados, esse é, sem dúvida, um dos maiores desafios para a resposta à epidemia de HIV/Aids no momento em Cabo Verde, e a ideia é que se estruture um serviço de atenção à saúde do homem, exclusivamente.

Foram mencionados casos clínicos em que a mãe é diagnosticada HIV+, faz a medicação, segue negativa, e a criança nasce e após 1 ou 2 anos está positiva. Uma das hipóteses é de contaminação da criança via amamentação, e mesmo de aumento da carga viral desta mãe por abandonos temporários no tratamento.

Também são mencionadas situações em que as mulheres têm diferentes parceiros e diferentes filhos, um ou mais de cada parceiro. Casais sorodiscordantes estão mais frequentes, porém ainda são minoria.

Faz-se necessário o reforço ao aconselhamento, escolarização e fortalecimento das mulheres em todos os níveis de atenção à saúde em Cabo Verde.

Segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados, as gestantes soropositivas cabo-verdianas desenvolveram estratégias para driblar o sistema e “garantir” parto normal e possibilidade de amamentar seus filhos, a saber:

- ✚ Esperam até entrarem no período de expulsão do bebê para irem ao serviço de saúde, para suprimir a possibilidade de parto cesariana e forçarem ao parto normal; foram relatados vários casos por mês, em que *já estavam “coroando”*, pois não querem fazer o pré-natal, tomar medicação, nada.
- ✚ Eliminam os livros (prontuários) com a sequência dos tratamentos antes de ir à maternidade;
- ✚ Evitam demonstrar em público que não estão amamentando ou que fizeram cesariana, pois tornou-se culturalmente sinônimo de ter sida;
- ✚ Mudam de posto de atendimento, de uma região a outra, para dissimular o status sorológico e reduzir o preconceito²⁰⁶.

Muitas gestantes, segundo os profissionais entrevistados, fazem o seguimento até os 20 meses e depois desaparecem, sem ir a consulta alguma. Depois, em nova gravidez, retornam, sendo em geral outro o pai da criança.

O aborto é legalizado em Cabo Verde, podendo ser realizado nos serviços de saúde, com toda estrutura, até 12 semanas. Os profissionais entrevistados afirmam que há muitos procedimentos burocráticos para se fazer o aborto, para marcação e obtenção de vagas. Mesmo com a legalidade, há muitos casos de aborto clandestino por conta da demora nas vagas e nos resultados de exames. Neste caso, segundo os dados obtidos, o aborto clandestino tem o preço médio o equivalente a US\$ 60,00 (sessenta dólares) pelos serviços, um preço considerado elevado. Além do procedimento padrão de curetagem, muitas adolescentes provocam o aborto com remédio Citotec. A questão do aborto clandestino é um tema bastante importante quando se pensa na Saúde Sexual e Reprodutiva da mulher em Cabo Verde.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

5.1. Indicadores

Foi diagnosticado um único caso de sífilis em criança abaixo de um ano de idade em 2015, em Cabo Verde, segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados e segundo os informes epidemiológicos disponíveis.

Em 2014 foram identificados e tratados 89 casos de sífilis no país, sendo uma criança na faixa etária de 0 a 11 meses de idade e os demais acima de 15 anos (ver tabela IST).

5.2. Fluxo de diagnóstico e assistência em sífilis

Em relação à sífilis, no hospital é sempre feito o teste *Veneral Disease Research Laboratory*, ou simplesmente VDRL, e caso seja positivo, o casal é tratado com penicilina benzatínica. Os profissionais afirmam: *o parceiro muitas vezes tem outras parceiras e o tratamento fica incompleto. Algumas mães têm teste para sífilis realizado, com data no livro de registro, mas não fizeram o teste nos dois momentos distintos, no começo e no final da gestação.*

²⁰⁶ Essa é uma estratégia amplamente utilizada por pacientes com doenças estigmatizantes, em particular a aids: escolher atendimento em local distante de sua moradia e/ou trabalho, para não que não sejam reconhecidos como doentes (LIMA, 2010).

Os protocolos têm que ser seguidos, segundo os profissionais de saúde, no que denominam “Pacote básico para cada grávida”, com testes, ecografias, todos os exames, suplementação de ferro, tendo como prioridade colocar em prática o que foi decidido pelos gestores. Os agentes sanitários são considerados importantes para aumento da adesão.

Segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados, todas as grávidas fazem teste de sífilis durante os primeiros três meses, o teste é incorporado na rotina do pré-natal. Porém, os profissionais de saúde afirmam que não há teste rápido para sífilis em todas as unidades hospitalares, acham importante que sejam feitos dois testes VDRL, no início e no final da gravidez, porém há uma lista de espera. Foram relatados casos da gestante ter o bebê sem testar o segundo VDRL e o bebê nasceu doente.

O sistema de notificação para os casos de sífilis é o seguinte: há notificação dos casos de sífilis para crianças com menos de um ano, depois crianças com menos de quatro anos, porém restrita ao hospital. No hospital maternidade de referência que visitamos em campo, a informação foi que em 2014 não houve nenhum diagnóstico de sífilis na pediatria. Todas as crianças com VDRL são tratadas como se fosse sífilis congênita, independente das cruzes – ou seja, da intensidade da infecção.

Se o resultado do VDRL for positivo, faz-se o tratamento como sífilis de sistema nervoso central. As dificuldades de adesão ficam por conta das condições socioeconômicas, problemas de transporte.

Em 2015 foi feita uma campanha na rádio direcionada ao acompanhamento das crianças com HIV e sífilis congênita.

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

Dos 2.888 casos acumulados notificados até 2009, **7,5% deviam-se à transmissão vertical**. Isso gerou uma intensificação na resposta do Governo Cabo-verdiano que, em parceria com a sociedade civil, possibilitou a ampliação da cobertura do Pré-Natal para mais de 95% das gestantes – e destas, 100% testadas para HIV e sífilis.

6.2. Transmissão Vertical do HIV

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 HIV de mãe para filho e com a elaboração do protocolo de tratamento.

Desde 2005 houve investimento para ampliação da testagem das mulheres grávidas, e o número aumentou bastante até 2014, com uma cobertura de mais de 96% das mulheres grávidas que **fizeram teste de HIV e receberam os resultados**.

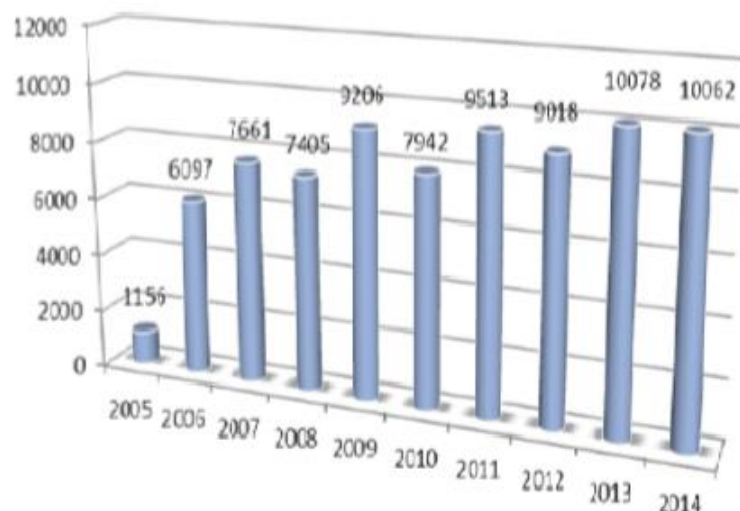


Gráfico 8. Número de mulheres grávidas testadas para HIV em Cabo Verde, 2005-2014. Fonte: GARPR, 2015.

O teste da infecção HIV é oferecido a todas as grávidas que demandam o atendimento pré-natal. Durante a consulta é elaborada a história clínica e feita a análise da infecção HIV para decidir entre o início do tratamento e a profilaxia da transmissão vertical.

A cobertura de mulheres grávidas com TARV para reduzir o risco de transmissão de mãe para filho é de 100%, para todas as mulheres que vão à consulta de pré-natal. Elas são acompanhadas até o parto, seguindo o protocolo, e o filho é acompanhado durante 18 meses até a definição de seu estatuto sorológico e se estabelecer o monitoramento. Os recém-nascidos recebem leite adequado, fórmula láctea ou leite do banco de leite humano.

Em 2014 cerca de 20.422 mulheres grávidas estavam inseridas nos serviços de pré-natal em Cabo Verde.

Em média são esperadas anualmente 12.000 grávidas aos serviços de saúde reprodutiva e destas cerca de 1% são soropositivas. Das esperadas, 95% chegam às estruturas de saúde e são aconselhadas e oferecidos testes anti-HIV.

Segundo entrevistados e documentos analisados, nos últimos quatro anos (2011-2015) a cobertura de pré-natal foi de 100%, sendo 98,7% o índice de parto hospitalar. *Se a grávida é soropositiva, a partir de 34 semanas já vai ao hospital para programar o parto, é a norma*, afirmam.

Com a introdução da Opção B+, a decisão será apenas em relação ao tipo de medicação utilizada, pois todas as soropositivas para HIV entrarão em tratamento.

As grávidas HIV+ são consideradas *gestantes de risco*. Para agilizar o atendimento no Hospital, *a consulta de gravidez de risco da Delegacia de Saúde antecipa o contato com o Hospital, através do envio periódico da indicação da paciente, indicando o tempo atual de gestação e data provável de envio da grávida à consulta na Maternidade quando tiver as 34 semanas de gravidez, de modo que esteja a ser esperada em determinada semana*. Desse modo, a mulher grávida já tem ideia do lugar em que fará o parto, podendo se organizar melhor. Essa é a mesma estratégia do Programa Mãe Curitibana, do Brasil: a gestante já conhece o lugar em que terá seu filho.

A referência será feita em nota normal de encaminhamento, fechada, dirigida nominalmente ao médico que fará a consulta no Hospital, contendo todas as informações necessárias.

No momento da alta hospitalar, a puérpera deve ser encaminhada para consulta de gravidez de risco (pós-parto e posterior encaminhamento para seguimento da infecção HIV) e para a consulta de seguimento de crianças na Delegacia de Saúde, pelo pediatra que faz parte do Pólo regional e posterior encaminhamento ao médico assistente.

	Consultas Pré-natal		Consultas Pós-Parto
	Taxa cobertura 1ª consultas	Média Consultas	Taxa cobertura 1ª consultas
2009	88,4	5	46,8
2010	87,4	4,7	51,9
2011	90,9	4,4	44,3
2012	77,1	4,3	36,4
2013			
Cabo Verde	94,7	4,4	48,8
Ribeira Grande	85,8	3,8	80,2
Paul	59,8	4,3	119,9
Porto Novo	89,5	5,2	92
S. Vicente	90,3	7,3	53,9
Ribeira Brava	99,1	4,3	66,1
Tarrafal de S. Nicolau	93,5	4,1	71
Sal	77,6	2,6	37,1
Boa Vista	143,7	5,4	32,1
Maio	100,9	4,5	48,2
Tarrafal	116,6	5,5	48
Santa Catarina	126,1	4,8	45,2
Santa Cruz	74,8	3,4	66,8
Praia	104,8	4	35,1
S. Domingos	37,1	2	29,5
S. Miguel	73,5	3,9	112,3
S. Salvador do Mundo	42	2,7	-
S. Lourenço dos Órgãos	80,6	3,8	96,9
Ribeira Grande Santiago	57,8	1,2	0
Mosteiros	86	4,5	39,2
S. Filipe	108,2	4	20,9
Santa Catarina do Fogo	63,6	4	46,1
Brava	93,9	5,3	14,2

Figura 8. Taxa de cobertura de consulta pré-natal e pós-parto em Cabo Verde, 2009 – 2013.

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Várias outras ações são desenvolvidas para a evitar a transmissão vertical do vírus HIV:

- ✚ Total assistência a todas de mulheres grávidas detectadas soropositivas que completaram o protocolo ARV com vista à prevenção da transmissão vertical;
- ✚ Garantia de acesso aos substitutos do leite materno às crianças nascidas de mães soropositivas elegíveis e que tenham escolhido um outro modo de aleitamento que não o leite materno;
- ✚ Oferta sistemática de serviços de Aconselhamento e Despistagem (Testagem) Voluntária (DV) nos Centros de Saúde Reprodutiva para as mulheres em Consulta Pré-Natal (reforço

as capacidades em ADV em cada centro de Saúde Reprodutiva, Sensibilização do pessoal, ter em conta as necessidades dos jovens);

- ✚ Atendimento global -médico, psicossocial e nutricional- das mulheres soropositivas, das mães soropositivas e das suas crianças com fornecimento do substituto do leite materno e medicação com as formas pediátricas de ARV.
- ✚ O investimento na cobertura das consultas pré-natal e consultas pós-parto tem sido uma das mais importantes estratégias para a saúde das gestantes em geral e das gestantes HIV+ em particular.

6.3. Opção B+, Protocolo e Fluxo típico de uma gestante no sistema de saúde

A opção B+ em Cabo Verde é iniciada a partir do momento em que se conhece o estado sorológico da grávida, e também o tratamento da criança por 18 meses (com AZT) e depois avaliação da carga viral.

Em cada polo há um médico responsável pelo PTV - um Ponto Focal, um profissional de saúde que é responsável por esse setor. A falta de técnicos especializados é uma queixa comum entre gestores e profissionais de saúde. As estruturas estão descentralizadas, porém alguns serviços voltam ao nível central por conta da falta de recursos humanos.

A meta desejada é a da completa descentralização, porém ainda há dificuldades de comunicação entre as estruturas e o Ministério. Segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados, médicos jovens sofrem preconceito dos profissionais mais antigos e estes nem sempre aderem de imediato aos novos protocolos.

Nos Centros de Saúde e Centros de Saúde Reprodutiva de referência são disponibilizados cuidados de saúde à mulher nomeadamente de planeamento familiar, de pré-natal e pós-natal, assim como abordagens sobre o género, sobre as infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids e a Prevenção da Transmissão Vertical. É feito aconselhamento e são oferecidos testes rápidos às grávidas, nas primeiras consultas pré-natais, tendo aumentado a cobertura de serviços de modo expressivo: de 13% para 80%.

O principal Centro de Saúde Reprodutiva de Praia realiza atendimentos a todas as gestantes, orientando quanto à necessidade de realização de testes e, em caso de soropositividade para HIV, tomarem a medicação com objetivo de zerar a carga viral e não transmitir o HIV para a criança. Os profissionais de saúde entrevistados e gestores consideram que 1% das grávidas sejam pessoas de mobilidade, de Angola, Guiné Bissau, e há problemas para seguimento dos bebês. São “perdidos de vista”.

O protocolo de parto hospitalar e não-amamentação é seguido à risca em Cabo Verde. É dado inibidor e também, para aquelas que necessitam, leite para a criança – há uma parceria com as instituições privadas para manutenção de um banco de leite humano. Qualquer mãe HIV+, enquanto a criança estiver internada no hospital de referência, recebe leite pasteurizado, depois segue o programa de leite materno.

Aqui observa-se a transição dos protocolos entre Opção B e Opção B+. Na Opção B, a gestante pode amamentar, estando em medicação antirretroviral. Enquanto os gestores afirmam que Cabo Verde é o único país a não permitir amamentação, no relato de vários profissionais de saúde e na documentação analisada, é possível verificar que há manutenção da amamentação em mulheres que estão seguindo a ingestão dos medicamentos com alta adesão e carga viral indetectável.

No hospital visitado em campo foram entrevistados profissionais de saúde que afirmaram que *todas as mulheres fazem VDRL e todas as mulheres da maternidade são doadoras de leite*.

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

Os gestores e profissionais de saúde entrevistados afirmam que em determinadas épocas o banco de leite humano não tem quantidade suficiente, mas são feitas parcerias para obtenção da fórmula láctea.

Em relação ao parto institucional, Cabo Verde tem avanços e estratégias significativos:

Tabela 15. Número de partos assistidos por profissionais qualificados (médicos e enfermeiras) nas estruturas de saúde (2009 – 2013) em Cabo Verde.

	2009	2010	2011	2012	2013
Cabo Verde	9.861	10.033	10.200	9.840	9.745
Ribeira Grande	279	268	391	344	342
Paul	66	72	39	24	22
Porto Novo	143	185	173	188	157
S. Vicente	1.797	1.783	1.647	1.688	1.522
S. Nicolau	154	130	148	126	118
Sal	482	611	615	596	550
Boavista	60	60	60	60	77
Maio	82	63	60	56	76
Tarrafal	194	180	196	191	186
Santa Catarina	981	1.272	1.406	1.287	1.421
Santa Cruz	334	316	349	338	300
Praia	4.387	4.234	4.190	3.983	4.135
S. Domingos	42	32	35	32	35
S. Miguel	103	95	87	70	66
S. Lourenço dos Órgãos	-	-	-	4	-
Mosteiros	144	153	150	133	116
S. Filipe	507	489	538	604	505
Santa Catarina do Fogo	-	-	-	22	17
Brava	106	90	116	94	100

Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

No domínio dos cuidados obstétricos e ginecológicos avanços significativos foram registados desde 1990 com a oferta de serviços no quadro dos Hospitais Centrais e Regionais e também dos Centros de Saúde Reprodutiva a nível dos municípios.

Cabo Verde está prestes a atingir a meta relativa à cobertura da atenção pré-natal: no período compreendido entre 2007 e 2014 a taxa de grávidas que realizam pelo menos 1 consulta de pré-natal passa de 74% para 99,3%.

Contudo, reconhece-se disparidades regionais uma vez que a taxa de captação de grávidas para as consultas de pré-natal nos concelhos predominantemente rurais é menor. Tal é o caso de São Domingos (39,4%), Ribeira Grande de Santiago (58,5%), São Salvador do Mundo (61,2%), Santa Catarina de Fogo (71,8%) e São Miguel (72,4%). As grávidas desses concelhos preferiram fazer a sua primeira consulta noutra concelho.

Em 2014, 95,6% dos partos foram assistidos por profissionais de saúde qualificados, o que implica um aumento de 21,2 pontos percentuais em relação aos partos realizados em 2007, significando que esta meta foi realizada.

Dos 11.000 partos realizados em 2014, mais de 90% tiveram a testagem para HIV e sífilis realizada, sendo as soropositivas encaminhadas em seguimento para supressão da amamentação e parto cesariana, seguindo o protocolo vigente, pautado no protocolo brasileiro - que é referência no país.

Um dos fatores que tem contribuído para o aumento desta cobertura é a melhoria dos serviços de saúde materna nas zonas rurais: em 1998 apenas 36% dos partos nestas zonas eram assistidos por profissionais de saúde qualificados, mas, em 2005, esta proporção aumenta para 63,5%.

Segundo o Ministério da Saúde, as parteiras já ocuparam lugar central na dinâmica de nascimentos em Cabo Verde, sendo gradualmente substituídas pelas obstetras, nas maternidades. Essa substituição é recente, e considera-se que 100% das gestantes tenham seus filhos em ambiente hospitalar – o que permite 100% de cobertura para testagem e redução da Transmissão Vertical a praticamente zero.

Destaca-se que alguns Centros de Saúde passam a realizar partos não complicados²⁰⁷.

Ano	Nascimentos	Partos assistidos	(%)
2009	13.044	9.861	75,6
2010	10.184	10.033	98,5
2011	10.339	10.200	98,7
2012	10.465	9.840	94,0
2013	10.556	9.745	92,3

Figura 9. Número de Nascimentos, partos assistidos e Proporção de partos assistidos por profissionais qualificados de saúde – médicos e enfermeiros, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Os gestores de Cabo Verde, face à implantação da Opção B+, já fizeram a previsão do impacto dos medicamentos no cotidiano do país para os períodos subsequentes.

Consideram a média anual de 80 novas grávidas com aids na fila ativa de tratamento, e consideram 1 ou 2 filhos por mulher que possam entrar em TARV também. Fizeram a quantificação até 2017 e consideraram mais de 200 grávidas no sistema.

²⁰⁷ RODM_CV, 2015:50.

A entrada de mais de 200 pessoas para tratamento, seguimento biológico, carga viral, medicamentos, foi avaliado como muito caro.

O gasto com testes é o dobro do gasto com medicamentos, segundo os gestores. Compram testes da Dinamarca. Dizem os gestores: *Se você trata uma pessoa em média de 40 'contos' (400 dólares) por ano com medicação, é mais de 40 contos por ano, por pessoa, só para o teste da carga viral.* Esta atuação está conforme com a Política Nacional de Saúde que vem executando uma estratégia de atenção integrada à saúde da mulher desde 2006²⁰⁸.

Como achado secundário do estudo, um consenso entre os profissionais de saúde entrevistados: existe uma alta prevalência tanto de episiotomia como de perineoplastia e proctoplastia em Cabo Verde, embora sem estatísticas oficiais.

Explicitamente: *mais de 90% das mulheres que já tiveram filhos por parto normal tenham sido submetidas a episiotomia, assim como a cirurgia de reparação (proctoplastia/ perineoplastia) uma prática muito frequente pelas sequelas: queloides, deformidades.* Essa prática aumenta a vulnerabilidade para infecções oportunistas, além de, em grau avançado, deformar anatomicamente a mulher – que necessitará fazer uma perineoplastia.

Não se tem dados mais acurados a respeito da causa de tamanha frequência dessas técnicas, seria um ponto a se trabalhar com os obstetras e parteiras.

6.4. Diagnóstico Precoce Infantil

As crianças expostas – filhas de mães soropositivas para HIV e/ou sífilis - são testadas e seguidas durante 18 meses, recebendo medicamentos e alimentação artificial gratuitamente.

6.5. ONG Parceiras

A partir de 2008 até a presente data, a ONG VerdeFam oferece aconselhamento e testagem nas comunidades das ilhas de Santiago, São Vicente, Sal e Fogo. O apoio da VerdeFam é considerado decisivo na construção de uma resposta nacional sólida, qualificada e com ampla cobertura. Essa ONG existe há vinte anos e tem cerca de sessenta pessoas trabalhando. Parte são funcionários e parte são voluntários.

O suporte psicossocial é um elemento importante do programa nacional de luta contra o HIV/Aids e contribui para atenuar o impacto da epidemia entre a população considerada mais vulnerável, por exemplo, com apoio nutricional. Nesse contexto, centenas de pessoas no país são beneficiadas pelo suporte dado às suas necessidades. No entanto, a resposta é considerada suficiente para abranger todos os necessitados crônicos, acometidos por doenças de longa duração.

Segundo o relatório da ONG, 456 pessoas em situação de vulnerabilidade foram beneficiadas pelo suporte escolar, cobrindo quase todos os municípios do país. A cobertura abrangeu essencialmente órfãos (308) e crianças em situação de vulnerabilidade (223). Na parte de suporte escolar, 180 jovens foram beneficiados com a formação profissional de longo prazo.

²⁰⁸ RODM_CV, 2015:52.

Histórico

De 2002 a 2009, a nível da sociedade civil, foram aprovados e executados 488 subprojetos, sendo 390 financiados pelos Comitês Municipais e 118 pelo Secretariado Executivo. Os subprojetos executados a nível comunitário, a maior parte, foram direcionados para a mobilização social, capacitação e formação. Em termos de grupos-chave beneficiários dos subprojetos da sociedade civil, 59% foram dirigidos à juventude; 29,9% à população em geral, 5,5% às PVHIV, 6,8% às mulheres, Órfãos e outros Vulneráveis (OEV) e grupos em situação de vulnerabilidade.

De 2008 a 2009, com as medidas tomadas com o apoio psicossocial, houve avanços na qualidade de vida das PVHI/Aids, através da mudança na percepção da doença no país, ênfase ao trabalho com a questão da autoestima, recuperação da noção do futuro e desenvolvimento de projetos de vida, aliança terapêutica e expectativa de vida. 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 Anônima e Voluntária (TAV), o apoio psicossocial e atendimento a alguns grupos vulneráveis designadamente profissionais de sexo, UDI e crianças de rua, jovens e mulheres. A promoção do acesso ao tratamento foi feita com encaminhamento para as estruturas de saúde pública.

Apoio psicossocial

As igrejas desempenham diferentes papéis na resposta à epidemia de HIV, segundo os entrevistados e os documentos analisados. O país é majoritariamente de fiéis católicos, estimados em 90%. A religião católica desempenha, segundo os entrevistados, um papel fundamental para a resposta à epidemia, e um papel em termos positivos. São considerados parceiros fundamentais na promoção da saúde.

Segundo os dados obtidos, A igreja católica é mais conservadora na questão do preservativo, mas não se coloca como obstáculo às ações de prevenção. Já as seitas neopentecostais têm um papel mais complexo, por apregoarem curas e milagre em relação a aids sem qualquer fundamento. É um tema ainda a ser trabalhado²⁰⁹.

O apoio psicossocial no sector da saúde inclui PVHIV e famílias afetadas tem como uma das estratégias a realização de **Grupos Terapêuticos**. Esse apoio 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.

Cada grupo terapêutico é integrado por uma assistente social e um psicólogo, treinados e mantidos pelo serviço de saúde (e não pelo Departamento de Saúde Mental).

²⁰⁹ Trecho de depoimento de gestor e profissional de saúde. Vale lembrar que em toda a África o único canal de televisão aberta brasileiro é a Rede Record de Televisão, cuja base é a estrutura da Igreja Universal do Reino de Deus, com programação 24horas.

Seguro Social

Cabo Verde tem um sistema de seguro social, o Instituto Nacional da Previdência Social²¹⁰ (INPS). O número de inscritos passou de 169.290 pessoas em 2010 para 197.991 pessoas em 2014, um acréscimo de 28.701 inscritos, com crescimento de 17%.

Em relação a 2013, o número de inscritos aumentou 1,9% em 2014, sendo o maior peso de inscritos nas categorias “Familiars de segurados e pensionistas com direito aberto”, com 49,5% e nos “Segurados ativos”, com 36,6%²¹¹.

Em relação à assistência em HIV e aids, quem tem INPS pega medicação gratuita na farmácia privada. A população que tem atestado de pobreza toma a medicação fornecida pelo hospital, pagando uma taxa simbólica de 1 dólar para tomar todos os medicamentos que precisam.

Segundo os entrevistados, mesmo quem não pode pagar a taxa *toma o medicamento do mesmo modo*. As farmácias públicas têm os medicamentos de segunda geração, porém o paciente precisa pagar – e em geral, usam como estratégia dar o nome de um parente que tenha seguro.

Os gestores afirmam que até 2012 toda a questão do HIV era muito centralizada, e que atualmente (2015-2016) o atendimento já está descentralizado, porém *os medicamentos ainda estão centralizados*²¹².

O apoio do INPS é considerado da máxima relevância para o sucesso da resposta nacional à epidemia de aids em Cabo Verde.

²¹⁰ www.inps.cv

²¹¹ Anuário Estatístico_2015:58.

²¹² Trecho de depoimento de gestor e profissional de saúde.

7. Tabela-Síntese: Cabo Verde

Fontes:

- a) CCS-SIDA 2015: Rapport de Progrés sur la riposte au SIDA au Cabo Verde – 2015. República de Cabo Verde. Comité de Coordenação do Combate a Sida. Secretariado Executivo.
- b) cia.gov (ano): <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cv.html>>
- c) MISAU_CV, 2012: Relatório Estatístico 2010 – Ministério da Saude de Cabo Verde. Praia, Dezembro de 2012.
- d) RODM_CV, 2015: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Cabo Verde 2015 (Dados referentes a 2014). Praia, 18 de julho de 2015. Direção Nacional de Planeamento. Ministério de Finanças e do Planeamento, 2015.
- e) UNAIDS, 2015:< <http://aidsinfo.unaids.org/>>

1	GERAL	Dado	Fonte	
1.1	População	553.432	cia.gov – 2016	
		505.983	CCS-SIDA 2015	
	Homens	251.384	CCS-SIDA 2015	
	Mulheres	254.599	CCS-SIDA 2015	
1.2	População urbana	65,5%	cia.gov - 2015	
	Taxa de urbanização	1,99%/ano		
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	72,1	cia.gov - 2016	
	Homens	69,8		
	Mulheres	74,5		
1.4	Taxa de fertilidade	2,26 crianças/mulher		
	Idade média gestacional	19,5		
1.5	Taxa de crescimento da população	1,35%		
1.6	Taxa de nascimentos	20,2/1000		
	Taxa de mortalidade	6,1/1000		
1.7	Prevalência -contraceção	61,3%	cia.gov - 2005	
1.8	Partos atendidos por especialistas (%)	95,6	RODM_CV, 2015	
		98,7%	CCS – SIDA 2015	
1.9	Crianças <5 anos abaixo do peso	12%	cia.gov - 2015	
1.10	Mort. infantil – total/ 1000 nascidos vivos	22,7	cia.gov - 2016	
	Mort. infantil – meninos	26		
	Mort. infantil – meninas	19,2		
	Número de mortes fetais (geral)	s/d		
	Taxa de mortalidade mat / 1000 nascidos vivos	42		RODM_CV 2015
2	HIV/AIDS e SÍFILIS			
2.1	Sítios sentinela	S/d		
	Pacote Estatístico	s/d		
	Tipo de Epidemia	Concentrada		RODM_CV 2015
	Tipo de vírus	HIV 1 e HIV 2		RODM_CV 2015
2.2	Conhecimento do estatuto sorológico	37,7%		
	Testagem para HIV	69,4/100.000	RODM_CV 2015	
	Testes em crianças	100%		
	Pessoas > 15 anos que receberam testagem e aconselhamento	s/d		
	Cobertura de testagem HIV entre gestantes	96%	RODM_CV 2015	
	Nº de grávidas testadas	12.000		
	Serviços de testagem	28 - 30		
	2.3	Prevalência do HIV	0,96%	cia.gov - 2015
		0,8%	RODM_CV 2015	
	Prevalência do HIV entre adultos 15- 49 anos	1.0 [0.8 - 1.2]	UNAIDS, 2015	
	Prevalência do HIV entre homens jovens de 15 – 24 anos	0.3 [0.2 - 0.5]	UNAIDS, 2015	
		1,1%	RODM_CV 2015	

	Prevalência do HIV entre mulheres 15 – 24 anos	0.5 [0.4 - 0.7]	UNAIDS, 2015
		0,4%	RODM_CV 2015
	Prevalência do HIV entre gestantes	0,8 – 1,0%	CCS-SIDA 2015
2.4	Incidência do HIV		
	Incidência do HIV entre adultos 15 – 49 anos	0.06 [0.04 - 0.09]	UNAIDS, 2015
	Novas infecções pelo HIV	< 200	UNAIDS, 2015
	Novas infecções pelo HIV em Adultos > 15 anos	<200 [<200 - <500]	UNAIDS, 2015
	Novas infecções pelo HIV em Mulheres > 15 anos	<100 [<100 - <200]	UNAIDS, 2015
	Novas infecções pelo HIV em Homens > 15 anos	<100 [<100 - <200]	UNAIDS, 2015
	Novas infecções entre crianças de 0 a 14 anos	51	CCS-SIDA 2015
2.5	Número de pessoas vivendo com HIV	3.200 [2.700 – 3.900]	cia.gov – 2015 UNAIDS, 2015
		2.153	RODM_CV 2015
	Adultos > 15 anos vivendo com HIV	3100 [2600 - 3800]	UNAIDS, 2015
	Mulheres > 15 anos vivendo com HIV	1700 [1400 - 2000]	UNAIDS, 2015
		1231	RODM_CV 2015
	Homens > 15 anos vivendo com HIV	1400 [1200 - 1700]	UNAIDS, 2015
		922	RODM_CV 2015
	Grávidas soropositivas para HIV	70 - 80	
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	<200 [<200 - <200]	UNAIDS, 2015
2.6	Casos de transmissão vertical do HIV	1 - 3	CCS-SIDA 2015
	Taxa de Transmissão Vertical	2,9	RODM_CV 2015
		0 – 3%	CCS-SIDA 2015
	Transmissão sexual	80%	
2.7	Mortes - HIV/Aids	100	cia.gov - 2015
		17 pacientes em TARV	RODM_CV 2015
	Mortes relacionadas a aids entre adultos > 15 anos	<200 [<100 - <200]	UNAIDS 2015
	Mortes relacionadas a aids entre mulheres > 15 anos	<100 [<100 - <100]	
	Mortes relacionadas a aids entre homens > 15 anos	<100 [<100 - <100]	
	Mortes relacionadas a aids entre crianças de 0 – 14 anos	<100 [<100 - <100]	
2.8	Órfãos por causa da doença (0-17 anos)	1600 [1200 - 2000]	UNAIDS 2015
		1.167	RODM_CV 2015
2.9	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes	100%	CCS – SIDA 2015
	Prevalência de sífilis entre gestantes	0,4 %	CCS – SIDA 2015
	Número absoluto de gestantes com diagnóstico de sífilis	s/d	CCS – SIDA 2015
	Casos de sífilis congênita	1	RODM_CV 2015
	Testagem de sífilis na 1ª consulta pré-natal	95%	MISAU_CV, 2012
3	GESTANTES - PTV		
3.1	Cobertura de Pré-Natal	100%	
	Ao menos uma consulta	90,9%	cia.gov - 2015
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	98,6%	RODM_CV 2015
	Pelo menos 4 consultas	72%	CCS-SIDA 2015
3.2	Cobertura de PTV	100%	CCS-SIDA 2015
	Número de gestantes testadas	10.000	CCS-SIDA 2015
	HIV positivas na testagem	70 - 80	CCS-SIDA 2015
	Incluídas no PTV	70 - 80	CCS-SIDA 2015
3.3	Estimativa de % de gestantes HIV+ em TARV	>95 [79 - >95]	UNAIDS 2015
	Nº gestantes em ARV para prevenção da TV	73	UNAIDS 2015
3.4	Soroprevalência HIV entre gestantes	0,8 – 1,0	CCS-SIDA 2015
3.5	Início do programa PTV no país	2004	CCS-SIDA 2015
3.6	Testagem das gestantes	100%	RODM_CV 2015
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV (%)	42 [35 - 51]	UNAIDS 2015
	Mortes evitadas devido à TARV	98 [71 - 135]	UNAIDS 2015

	Cobertura TARV adultos > 15 anos	42 [35 - 51]	UNAIDS 2015
	População em TARV (adultos)	1.355	UNAIDS 2015
		1.211 542 homens 669 mulheres	RODM_CV 2015
4.2	Cobertura de ARV para gestantes HIV+ (%)	>95 [79 - >95]	UNAIDS 2015
	Gestantes HIV+ em TARV para prevenção da TV	84	
	Número estimado de gestantes HIV+ necessitantes de ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	<100 [<100 - <100]	UNAIDS 2015
4.3	Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas (%)	47 [38 - 62]	UNAIDS 2015
	Crianças em TARV	65	UNAIDS 2015
	Diagnóstico Precoce Infantil	51	UNAIDS 2015
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNAIDS/WHO	s/d	
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	1,081	MISAU_CV 2012
		2,1/1000 pessoas	cia.gov - 2010
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos – hospitais centrais	153	MISAU_CV - 2012
	Médicos – Delegacias de saúde	105	MISAU_CV - 2012
		0,31/1000 pessoas	cia.gov - 2011
	Número de enfermeiras – hospitais centrais	276	MISAU_CV - 2012
	Enfermeiros – delegacias de saúde	262	
	Agentes Sanitários - delegacias de saúde	181	
	Psicólogos	9	
	Dentistas	3	
	Dentistas – delegacias de saúde	8	
	Farmacêuticos	3	
	Técnicos de laboratório	11	
	Outros profissionais de saúde	32	
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	5	
5.3	Estruturas Sanitárias por delegacia de saúde	191	MISAU_CV, 2012
	Unidades de Saúde Privadas	5	MISAU_CV, 2012
	Serviços de teste e aconselhamento	28	
5.4	Fluxo de notificação aids	Unidades - Concelhos	
5.5	Caracterização sócio geográfica	Questões insulares	
5.6	Questões culturais específicas	Poligamia Estigma - cesariana/ não-amamentação	
5.7	ONG parceiras mais importantes	VerdeFam	

8. Conclusões e Recomendações:

Pode-se concluir que a resposta nacional de Cabo Verde à epidemia, sistematizada no Plano Estratégico de Luta Contra a aids, tem uma abordagem multisetorial, com ênfase à descentralização dos serviços e fundamentada em evidências científicas, com forte participação da sociedade civil.

O Opção B+ está efetivamente implementada em todo o país, nos hospitais e serviços. Não há relatos de utilização da monoterapia (Opção A), mas ainda se menciona o tratamento em função de indicadores clínicos (Opção B).

A implementação efetiva pode ser viabilizada com a descentralização do fornecimento dos medicamentos e intensificação das estratégias educacionais para redução dos estigmas associados à adoção do protocolo para medicação durante a gravidez, procedimentos para o parto e supressão completa da amamentação.

Cabo Verde tem uma população com alto índice de alfabetização, fator que favorece a implementação de medidas de saúde pública e as possibilidades efetivas de avaliação e controle das ações. A integração de conteúdos relacionados a HIV no currículo de todas as escolas primárias e secundárias do país é importante instrumento no trabalho de prevenção e promoção de saúde.

Alguns aspectos positivos poderão ser compartilhados com outros países, dada sua importância na resposta à epidemia, exequibilidade e adaptação a realidades africanas; os pontos de vulnerabilidade são pontos comuns a todos os outros países participantes do estudo, em especial a dificuldade de acesso à população masculina em geral.

8.1. Aspectos Positivos a Serem Valorizados – Cabo Verde:

Cabo Verde apresenta em sua resposta à epidemia de aids e sífilis congênita muitos pontos positivos, que merecem valorização e compartilhamento, alguns aqui elencados:

A Política de atenção a aids está inserida na atenção à saúde coletiva geral. Há diálogo com os outros setores e outras políticas de saúde. A multisetorialidade, a execução descentralizada e a formulação de políticas com base em evidências científicas pontificam-se como um dos principais instrumentos para que o nível de participação dos diversos segmentos sociais atingisse elevada escala. A presença dos Técnicos Sociais simboliza essa política.

Considerando-se a importância dos dados epidemiológicos para a construção de respostas eficazes a quaisquer epidemias, Cabo Verde destaca-se pela qualidade, confiabilidade e disponibilidade dos dados, tanto para a população em geral. Essa acurácia no registro, na notificação e sistematização dos dados, ou seja, um apurado sistema de Vigilância e Monitoramento, são aspectos muito positivos e importantes para a resposta nacional à epidemia de aids tanto na população em geral como nas populações-chave em particular.

A manutenção da taxa de prevalência entre as mulheres grávidas a menos de 1% reflete a sustentabilidade das ações implementadas na descentralização dos serviços, comunicação interinstitucional e habilidade dos profissionais de saúde em ofertar testes para HIV e sífilis entre as gestantes.

A testagem de todas as mulheres grávidas que vão à consulta pré natal é de 100%, mesmo não sendo uma testagem obrigatória. Há nítida interação das ações de prevenção, aconselhamento e testagem voluntária entre as gestantes do país.

Um aspecto positivo relevante na atenção às grávidas é a oferta de teste para HIV e sífilis em todas as consultas de pré-natal, além da alta cobertura e grande adesão para a realização de até quatro consultas. A taxa de adesão – grávidas que realizam o teste e pegam o resultado – é elevada e o papel dos Técnicos Sociais, que são mediadores para acompanhar e apoiar as mulheres HIV positivas assim que uma evitar a sua perda de vista no programa, o que é considerado essencial para que não haja perda de seguimento.

Em relação ao protocolo de parto e amamentação preconizados pela Organização Mundial da Saúde, Cabo Verde segue à risca e os índices de transmissão vertical do país despencaram, podendo chegar ao zero caso as condutas prossigam.

A supressão da amamentação e a manutenção de um banco de leite humano, além da parceria com empresas para doação de leite de substituição às crianças expostas ao HIV são aspectos importantes na estratégia de tratamento como prevenção, que está implementada no país. Essa experiência, aliada à força das ONG parceiras, inclusão da sociedade civil nas decisões e ações e conscientização da população quanto à importância – para as mulheres HIV+ - do protocolo de parto e amamentação para não transmitir o vírus para a criança, são pontos fortes da atuação.

A garantia de acesso ao ARV a todas as pessoas elegíveis é essencial para o cumprimento da meta 90-90-90, e desde 2004 é uma estratégia adotada em Cabo Verde, com apoio internacional.

A logística dos medicamentos, com todas as dificuldades insulares inerentes, está bem sedimentada e não há rupturas de estoque relevantes informada ou documentada. Há acordos com empresas aéreas e marítimas para transporte dos medicamentos e insumos pelas 10 ilhas, que agilizam o transporte e garantem sustentabilidade para as ações.

A tuberculose, embora não seja considerada a primeira coinfeção mais prevalente, teve seus indicadores aumentados e o governo já está aprimorando a resposta nacional, articulando com as ações em HIV/Aids. O tratamento Diretamente Observado tem grande taxa de sucesso, podendo ser estratégia decisiva para os casos de coinfeção com HIV.

Um ponto bastante importante é o da segurança transfusional a 100%: todo o sangue em Cabo Verde é testado não apenas para HIV, mas para hepatites e outras doenças transmitidas pelo sangue. O cuidado com a testagem dos bancos de sangue e doadores traz uma reduzida (ou nula) taxa de infecção de HIV por essa via. O Programa específico para esse fim tem realizado ações de máxima relevância. Cabo Verde tem preocupações e protocolos de Biossegurança essenciais para a rotina dos aparelhos de saúde.

A distribuição gratuita dos meios de prevenção, como preservativos, é um aspecto positivo e que auxilia os trabalhos preventivos; porém, as questões culturais e a ênfase à maternidade são entraves para o uso sistemático do insumo.

A alfabetização, a escolarização e o apoio tanto do governo como das ONG permitem que a saúde sexual e reprodutiva seja trabalhada de modo multisetorial, com relativo conhecimento e uso de métodos contraceptivos (cerca de 61,3%), alguma possibilidade de planejamento familiar e, em caso de HIV/Aids, realização de tratamento com alta adesão. Um avanço político e de saúde pública importante é o caráter legalizado do aborto, para até 12 semanas, garantindo toda a assistência para a mulher.

Há nítida ênfase ao trabalho de formação e educação continuada dos profissionais de saúde e da população em geral no que se refere à importância das práticas preventivas, implementação da Prevenção Combinada e estudos sobre o papel da cultura na disseminação da epidemia. Os Grupos Terapêuticos são estratégias importantes para aumentar a adesão e identificar as raras lacunas e dificuldades de acesso a exames, testes e medicamentos.

O incentivo a realização de estudos e pesquisas, inquéritos epidemiológicos e a publicação dos mesmos é outro aspecto positivo importante a ser valorizado. Os recursos de tele e videoconferência são utilizados para treinamento, em Português e Crioulo, pois todos os centros tem equipamento necessário para isso.

A parceria com a ONG VerdeFam é essencial para complementar os serviços oferecidos pelo setor público: além da confiabilidade da população em relação ao trabalho por eles desenvolvido, a capilaridade das ações, a parceria com as redes sociais de apoio locais e o diálogo com pacientes e familiares, apoio aos órfãos e população de rua, além das outras populações vulneráveis, permite que o papel dessa ONG seja decisivo na sólida resposta que Cabo Verde constrói à epidemia de HIV/Aids.

8.2. Vulnerabilidades a serem enfrentadas - Cabo Verde:

Considerando-se a importância da informação científica fidedigna e sua disponibilização, pode-se dizer que Cabo Verde tem uma produção científica digna de nota, porém com divulgação e disponibilização aquém de sua capacidade e possibilidade.

A pesquisa para o presente estudo requereu exame de materiais em inglês, francês e espanhol, pois não havia, mesmo no site oficial do país, um banco de dados disponível. Está anunciado no site que “está em reformulação”, porém fica como recomendação a construção e disponibilização de um banco de dados e bibliografia oficial, com a íntegra dos Planos e Projetos, posto que a transparência das informações é base para qualquer avaliação diagnóstica, além da questão política.

Cabo Verde tem muitas ações de protagonismo, respostas estruturadas para as epidemias de aids, sífilis e tuberculose (foco do presente estudo), porém os dados estão pulverizados em sites de agências internacionais e documentos em outros idiomas. Há também referências explícitas ao conceito, já ultrapassado, de *grupos de risco*.

Recomenda-se a unificação dos dados epidemiológicos e respectivas sistematizações de caráter nacional em Português, com ampla divulgação para todos os setores da sociedade, incluindo o setor da Educação e as Organizações Não-Governamentais, bem como o alinhamento teórico e exclusão do termo *grupos de risco*.

Quanto à Opção B+ e suas implicações: testagem, adesão, exames, protocolo de amamentação e parto, logística de medicamentos, educação, Cabo Verde tem ações inovadoras, importantes estudos e resultados fidedignos, como mencionado no item anterior, aspectos positivos a serem valorizados e compartilhados – porém, carecem de divulgação. Recomenda-se intensificação na divulgação dos dados epidemiológicos, seja na forma de boletins, seja como o Global Aids Response Progress Report (GARPR), porém em Português. A Resposta Nacional à epidemia pode ser documentada no site oficial do Governo com a publicação deste boletim.

Considerando-se a importância do acesso aos homens para testagem e adesão/ retenção aos tratamentos, embora a oferta de testagem para HIV e sífilis seja feita para todas as grávidas em consulta pré-natal, há grande dificuldade para acesso aos parceiros para que realizem a testagem.

Os homens são nitidamente mais vulneráveis ao HIV pela exposição que tem na vivência da poligamia (“monogamia seriada”) e baixo ou nenhum uso de preservativo nas relações sexuais, sendo refratários ao teste voluntário para HIV e em geral chegam para tratamento em condição de polinfecção, com alta letalidade pelas dificuldades em se encontrar esquemas apropriados para determinados graus elevados e complexos de infecção e coinfeções.

Cabe ressaltar que esse não é um problema exclusivo do País, sendo o calcanhar-de-Aquiles de todos os países pesquisados.

A não-revelação diagnóstica de aids aos seus parceiros por parte das grávidas que têm resultado positivo para HIV é um ponto de vulnerabilidade em que convergem problemas específicos: culturalmente, a dependência da mulher em relação ao sustento proporcionado pelo homem e a poligamia instituída.

O “Pai de filho”, que pode ser num certo momento marido, ou namorado, ou amante, ou uma relação ocasional, muitas vezes é a única fonte de sustento dessa mulher, que desenvolve artifícios os mais variados para omitir sua condição de soropositividade e mesmo seus medicamentos: desde de guardar os remédios em outros potes, outras casas, até na padaria (para ir todos os dias), até mesmo suprimir a medicação por conta própria.

Considerando-se todos esses fatores, recomenda-se a efetiva implementação do já sugerido pelos gestores Programa de Atenção à Saúde do Homem, considerando-se os aspectos culturais envolvidos na má adesão e na alta vulnerabilidade dessa população não apenas ao HIV, mas a outros agravos.

São conhecidos pelos gestores alguns problemas de monitoramento biológico dos pacientes decorrentes não só da logística dos testes - transporte entre as ilhas, falta de reagentes – como pela alta rotatividade da própria população. Recomenda-se intensificação nas formas de comunicação entre os diferentes aparelhos de saúde de todas as ilhas, para garantir que a mobilidade tanto dos profissionais de saúde como dos ilhéus e pacientes não seja fator impeditivo para acompanhamento e avaliação constantes. Esse é um fator importantíssimo quando se trata do diagnóstico da Opção B+, pois a grávida de hoje será a mulher soropositiva de amanhã e esse acompanhamento precisa ser garantido, quer essa gestante mude de região ou não.

Recomenda-se a intensificação da vigilância e avaliação em todos os níveis, desde o Registro de Nascimentos, passando pelos protocolos da saúde, até os atestados de óbito.

A disponibilização de medicamentos ARV pelo Governo é subvencionada por parceiros, sendo o principal deles o Brasil. A sustentabilidade das ações de aquisição, armazenamento, distribuição e controle dos ARV é um desafio importante para Cabo Verde. Recomenda-se, frente à implementação da Opção B+, à busca ativa dos parceiros e pessoas das populações-chave, considerando-se a estratégia de Tratamento como Prevenção, o desenvolvimento de estratégias e parcerias efetivas para que não haja ruptura de estoque de medicamentos e a adesão, nesse sentido, seja garantida.

O aumento da adesão das mulheres após o parto é outro desafio a ser enfrentado: enquanto na gravidez a prioridade é “não passar o vírus para a criança”, muitas vezes após o parto a mulher abandona a medicação. Uma das estratégias tem sido incentivar essa mulher a “ver o filho crescer”, porém ainda não se tem adesão plena ao tratamento nessa etapa da vida.

Ainda no que se refere à adesão, ainda é reportada limitação no acesso aos grupos de trabalhadoras do sexo e seus clientes, além dos usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens e população prisional. Recomenda-se, frente ao conhecimento da dinâmica da epidemia e às estimativas de alta prevalência de HIV e aids nessa população, a estruturação sustentável de ações concretas destinadas especificamente a melhorar as condições de prevenção e tratamento nesses grupos – que, quando acessados, apresentam também dificuldades de adesão.

Embora legalizado, o aborto só pode ser realizado nos serviços até 12 semanas de gestação. Pelos dados disponíveis, a exigência burocrática e as etapas para realização do processo podem extrapolar esse tempo cronológico, e há um “mercado” em que pelo equivalente a sessenta dólares a mulher consegue realizar o aborto na rede particular. Não há estatísticas disponíveis sobre o número de abortos realizados ou o impacto da legalização em outros setores da saúde pública, o que seria algo importante.

O cumprimento do protocolo internacional para parto e puerpério tem o inegável resultado direto, da redução da transmissão vertical; porém, as diretrizes de cesariana e não-amamentação tem tido, no cotidiano, alguns desdobramentos difíceis de se manejar relativos ao estigma e à discriminação. Mulheres grávidas que sabem de sua sorologia, em função do medo do julgamento e do preconceito da própria família, além de esconderem sua condição, deixam de portar os “cadernos” (prontuários), esperam até o último momento possível do parto para ir à maternidade (“chegam coroando”) para forçar o parto normal.

Também solicitam dos profissionais de saúde “desculpas” para dar à família em função da não-amamentação: que é uma recomendação específica, que é temporária, etc. etc., pois está se construindo culturalmente a relação direta entre cesariana+não-amamentação=aids. Os profissionais referem-se a um *autopreconceito* como fator dificultador da adesão.

Ou seja, ainda há nítida estigmatização da doença e muitas dificuldades por parte dos profissionais de saúde em, ao mesmo tempo, realizarem os protocolos clínicos e atenderem às solicitações específicas para acobertamento da condição de HIV+ dessas grávidas.

As práticas preventivas e de assistência preconizadas e adotadas pelo país são atravessadas pelos obstáculos de estigma e preconceito – o que ocorre em todos os outros países. Recomenda-se que haja intensificação dos trabalhos educativos para toda a população em relação a aids, enfatizando seu caráter de doença crônica, explicando didaticamente a importância do seguimento do protocolo para Prevenção da Transmissão Vertical, com objetivo de auxiliar as gestantes a reduzir e eliminar o *autoestigma* e suas famílias a compreender e incluir as novas normas a seu repertório cultural.

A referência sistemática no campo sobre a prática de episiotomia e das sequelas derivadas, com alta prevalência estimada, porém nenhum estudo ainda sistemático, merece especial atenção tanto por parte dos gestores como por parte dos profissionais de saúde.

Em relação à sífilis, frente à constatação da necessidade de testagem no mínimo no início e final da gravidez, com o conhecimento da necessidade de ampliação na testagem das gestantes para o momento do parto e seguimento do bebê exposto, recomenda-se a aquisição sustentável de testes para sífilis também para serem administrados na hora do parto em todos os aparelhos de saúde.

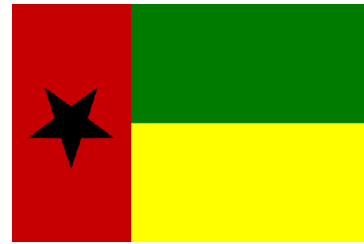
Quanto à tuberculose, alguns documentos trazem como dado um insuficiente cumprimento de orientações técnicas em relação à estratégia DOT para tuberculose, porém isso não foi confirmado em campo. Também há relatos de pouco envolvimento de outros setores da saúde na atenção aos pacientes com tuberculose, além de estar em pauta uma melhoria no rastreamento dos pacientes com HIV entre os pacientes com tuberculose e vice-versa.

O diálogo interinstitucional da saúde pública com a privada é um ponto de vulnerabilidade importante, posto que as informações e dados epidemiológicos da rede particular não são fornecidos de modo sistemático para os gestores, mesmo das doenças de notificação compulsória como é a aids. Uma recomendação é o reforço, por parte do Governo, em garantir a disponibilização e divulgação dos dados epidemiológicos da rede particular para o escopo nacional.

Os recursos humanos na área de saúde são considerados insuficientes, e isso foi verificado: os mesmos profissionais atuando em diferentes aparelhos de saúde, em períodos diferentes, pela falta de pessoal especializado. Além disso, profissionais com nítida excelência são convocados para a gestão federal, o que acarreta em sobrecarga destes Pontos Focais no trabalho cotidiano, participação em eventos nacionais e internacionais, produção científica, acompanhamento das diretrizes internacionais, articulação com outros setores e coordenação da resposta nacional.

Cabo Verde tem *know how*, capacitação técnica e cultural para superar essas vulnerabilidades e compartilhar, com os demais países de língua portuguesa, suas estratégias bem-sucedidas que permitiram a redução significativa da transmissão vertical do HIV e da sífilis.

4. GUINÉ BISSAU



SIGLAS E ABREVIATURAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ARV	Anti-retrovirais
ASC	Agentes de saúde comunitários
AT	Aconselhamento de testagem
AZT	Zidovudina
CADV	Centro de Aconselhamento e Despistagem (Testagem) Voluntária
CAP	Comportamentos, Atitudes e Práticas
CCM	Comité de coordenação multisectorial
CDV	Centro de despistagem voluntário (testagem)
CD4	Conjunto de diferenciação 4
CECOME	Central de Encomendas e Compras de Medicamentos Essenciais
CESC	Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária
CIDA	Centro de Informação, Testagem e Apoio
CMI	Centro materno-infantil
CNLS	Conselho Nacional de Luta contra VIH e SIDA
CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CPN	Consulta pré-natal
CRLS	Conselho Regional de Luta contra VIH e SIDA
CSLS	Célula sectorial da luta contra o SIDA
CTA	Centro de Terapia Anti-retroviral
CTX	Cotrimoxazol
DENARP	Documento Estratégico Nacional para Redução da Pobreza
DOTS	Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado
DRS	Direção Regional de Saúde
DSR	Direção de Saúde Reprodutiva
DST	Doença Sexualmente Transmissível
e-TMF	Eliminação da transmissão do HIV da Mãe para a Filho
FM	Fundo Mundial
HRF	Hospital Raul Follereau
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
FUNAP/UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
GB	Guiné-Bissau
GFATM	Fundo Global de Combate à aids, Tuberculose e Malária
ILAP	Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza
INASA	Instituto Nacional de Saúde
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
MGF	Mutilação Genital Feminina
MICS	Inquérito por Grupos de Indicadores Múltiplos - Multiple Indicator Cluster Survey - Enquête à indicateurs multiples – Indicadores Múltiplos para as Células de Seguimento
MINSA	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
ONUSIDA	Programa Comum das Nações Unidas para o SIDA
RCP (PCR)	Reação em Cadeia de Polimerase
PAM	Programa Alimentar Mundial

PEN	Plano Estratégico Nacional
PF	Planejamento familiar
PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
PNDS	Plano nacional de desenvolvimento sanitário
PNIEG	Programa de Igualdade de Gênero
PNLS	Programa Nacional de Luta Contra Sida
PNLT	Programa Nacional de Luta contra Tuberculose
PNUD	Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento
PTME	Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para <i>enfant</i> (filho)
PTMF	Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
RENAP+/GB	Rede nacional das associações de PVHA/ GB
RGPH	Recenseamento geral da população e habitação
S&A	Seguimento e Avaliação
SAB	Setor Autônomo de Bissau
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materna e Infantil
SNLS	Secretariado Nacional da Luta Contra o SIDA
SNS	Serviço Nacional de Sangue
SR	Saúde Reprodutiva
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TMF	Transmissão do VIH da Mãe para o Filho
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
USC	Unidade de Saúde Comunitária
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

Lista de Figuras, Quadros, Tabelas e Gráficos

FIGURAS

- Figura 1. Localização da Guiné Bissau no continente africano. Fonte: Sibila, 2016.
- Figura 2. Guiné Bissau. Fonte: cia, 2016.
- Figura 3. Regiões administrativas da Guiné-Bissau. Fonte: Governo de Guiné Bissau, 2016.
- Figura 4. Pirâmide populacional – Guiné Bissau. Fonte: cia.gov, 2016.
- Figura 5. Delegação da Missão Brasileira em Bissau em Agosto, 2015. Foto da Embaixada do Brasil.
- Figura 6. Organização do Sistema de Saúde em Guiné-Bissau. Fonte: SNLS, 2014.
- Figura 7. Cartaz de campanha de prevenção, sem data. Fonte: SNLS, Bissau, 2015.
- Figura 8. Embalagem do preservativo disponibilizado pelo SNLS. Bissau, 2015. Foto da autora.
- Figura 9. Outdoor sobre prevenção em via pública, Bissau. Foto da autora, agosto 2015.
- Figura 10. Cartaz de campanha de prevenção ao HIV. SNLS, Bissau. 2015. Foto da autora.
- Figura 11. Campanha de PTMF. Cartaz, Bissau/SNLS, 2015.
- Figura 12. Cartaz – Campanha amamentação. SNLS, Bissau, 2015.
- Figura 13. Condições para assistência às PVHA em Guiné Bissau, 2011. Fonte: e-TMF.
- Figura 14. Sala de Triage para grávidas HIV+ no Hospital de Cumura, Bissau. Em destaque na parte inferior a balança utilizada para pesar as gestantes. Foto da autora, com autorização, Bissau 2015.
- Figura 15. Entrada do Centro Pediátrico, na ONG Céu e Terras, Bissau. Foto da autora, com autorização, 2015.
- Figura 16. Vista geral – Cumura, Bissau. Foto da autora, agosto de 2015.

QUADROS

- Quadro 1. Distância entre a sua residência e os serviços de saúde de cuidado primário Fonte: RF_ CAP 2014
- Quadro 2. Situação perante a circuncisão/MGF Fonte: RF_ CAP 2014.
- Quadro 3. Crença na transmissão do HIV através de picadas de mosquitos por gênero. Fonte: INEP- Dados primários do Estudos CAP 2014.
- Quadro 4. Crença na possibilidade de contrair o vírus da aids através de Feitiçaria ou através de meios sobrenaturais. Fonte: INEP- CAP 2014.
- Quadro 5. Hábito de utilização de preservativo nas relações sexuais ocasionais, Guiné-Bissau, 2010. Fonte: Inquérito CAP, Guiné Bissau, 2010.
- Quadro 6. Atividades do plano de e-TMF 2012-2016 em Guiné Bissau. Fonte: MISAU, 2011.
- Quadro 7. Local de realização do último (mais recente) parto. Fonte: RF_ CAP 2014.
- Quadro 8. Que tipo de profissional prestou assistência ao seu último parto Fonte: RF_ CAP 2014.

TABELAS

- Tabela 1. Fluxo dos relatórios de HIV/Aids em Guiné Bissau. Fonte: PSE_PSN 2015-2020, 2015.
- Tabela 2. Estimativa do número de pessoas vivendo com HIV em Guiné Bissau. Fonte: PSN_Rv 2015.
- Tabela 3. Prevalência do VIH por faixa etária e tipo de infecção em mulheres grávidas, 2009*, Guiné-Bissau. Fontes: UNGASS Country progress report, 2010.
- Tabela 4: Projeção de PVHA e novos casos de HIV segundo Spectrum. Ano-Base 2014. Fonte: FG report, 2015.
- Tabela 5. Evolução do número de mortes relacionadas a aids por ano, de 2010 a 2014. Fonte: FG Report, 2015.
- Tabela 6. Resultados da Campanha Nacional de Testagem de 2010, Guiné-Bissau. Fonte: Secretariado Nacional de Luta Contra SIDA, Guiné Bissau, 2015.
- Tabela 7. Situação da Coinfecção TB HIV na Guiné Bissau. Fonte: Min. Saúde Guiné Bissau, 2014.
- Tabela 8. Casos de tuberculose, auto reportados e diagnosticados com HIV em Guiné-Bissau, 2007-2009. Fonte: UNGASS, 2010.
- Tabela 9. Prevalência do HIV entre profissionais do sexo por localidade, 2009. Guiné-Bissau. Fonte: UNGASS, 2010.

Tabela 10. Porcentagem de profissionais do sexo que identificaram corretamente as informações sobre HIV e que rejeitam a maioria das ideias incorretas, por faixa etária, Guiné-Bissau, 2009. Fonte: UNGASS, 2010.

Tabela 11. Proporção de jovens dos 15 aos 25 anos que conhecem pelo menos duas vias de transmissão do HIV, Guiné-Bissau, 2010. Fonte: Inquérito CAP, Guiné Bissau, 2010.

Tabela 12. Número e % de mulheres grávidas foram testadas para HIV, Guiné-Bissau, 2007-2009. Fontes: UNGASS, 2010 e MISAU, 2011.

Tabela 13. Resultado das análises de diagnóstico precoce do HIV em Guiné Bissau por região. Fonte: RA_PTA 2015.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Incidência de HIV na população com 15 anos ou mais em Guiné Bissau, 2016. Fonte: Spectrum, 2015. (T) = total, (H) = homens e (F) = mulheres.

Gráfico 2. Evolução da incidência de HIV nos adultos – 15-49 anos de 1990 a 2014. Fonte: Spectrum 2015.

Gráfico 3. Evolução da prevalência de HIV-1 entre jovens de 15-24 anos por sexo. Fonte: GNB_NR 2015.

1. Contexto

1.1. Localização

A República da Guiné-Bissau, independente desde 1974, é um país de Língua Portuguesa na África Ocidental. Está situada na Costa Ocidental da África, limitada ao norte pela República do Senegal, a leste e sul pela República da Guiné Conakry e a oeste pelo Oceano Atlântico. Com uma área de 36.125 km², o país tem uma parte continental e outra insular. A superfície emersa continental tem cerca de 27.700 km² e a parte insular, formada pelo Arquipélago dos Bijagós e Bolama. A capital do país é o Setor Autônomo de Bissau (SAB).

As marés penetram no interior até cerca de 150 km², fazendo com que algumas áreas fiquem parcial ou totalmente inacessíveis durante parte do ano.



Figura 1 – Localização da Guiné Bissau no continente africano²¹³. Fonte: Sibila, 2016.



Figura 2 – Guiné Bissau²¹⁴. Fonte: cia, 2016.

²¹³ Fonte: <http://sibila.com.br/mapa-da-lingua/a-poesia-de-guine-bissau/2734>. Acesso em fevereiro de 2016.

²¹⁴ Fonte: <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/pu.html> Acesso em 16 de fevereiro de 2016.

As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores, e estes em seções, constituídas por tabancas (aldeias). As regiões e setores são dirigidos por comitês de Estado, liderados por um Presidente. O Setor Autônomo, a cidade de Bissau, é a 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 Setor Autônomo de Bissau.

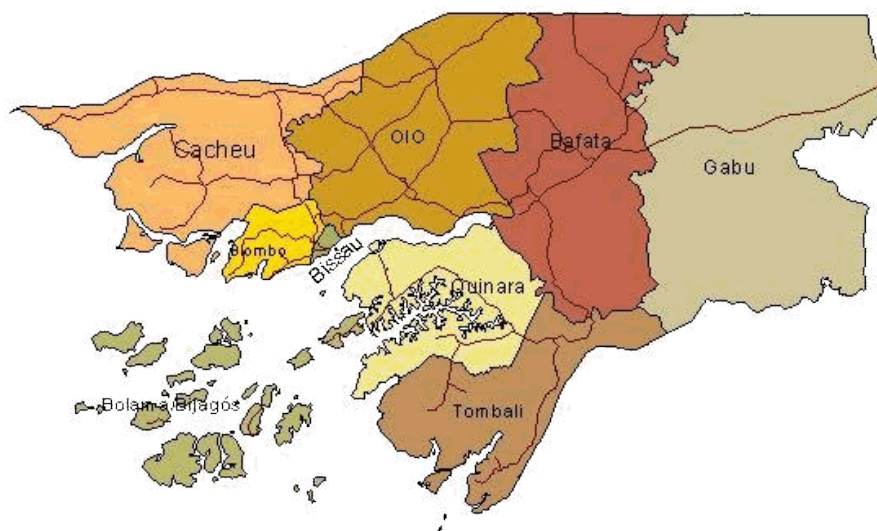


Figura 3. Regiões administrativas da Guiné-Bissau. Fonte: Governo de Guiné Bissau, 2016²¹⁵.

1.2. Questão Histórica

Desde sua independência em 1974, a história política do país é marcada por uma instabilidade político-militar, dificultando a implantação de estratégias de desenvolvimento sustentáveis e duradouras. O país passa por sucessão de dificuldades políticas e instabilidade de governo, com sucessivos golpes, eleições não-reconhecidas ou desqualificadas. A cada mudança de governo, determinadas questões – como fornecimento de energia elétrica, abastecimento e tratamento da água, saneamento básico, iluminação urbana e obras de pavimentação de estradas – ficam prejudicadas e mesmo paralisadas, com suspensão de prestação de serviços.

Porém, a retomada da ordem constitucional em 2014, com a realização de eleições consideradas livres, justas e transparentes, a nomeação de um Governo inclusivo e a aprovação de programas governamentais constituem uma melhoria institucional e política bastante favorável à retomada de acordos de cooperação bilateral e institucional.

²¹⁵ http://www.gov.gw/index.php?option=com_content&view=article&id=393&Itemid=1804&lang=pt.

1.3. Contexto Político-Econômico

Guiné-Bissau tem passado por conflitos significativos, o que foi considerado como fator relevante para incremento das dificuldades no desenvolvimento da infraestrutura econômica e social do país, além do aumento da pobreza. Na última década o país teve uma média de crescimento real do Produto Interno Bruto em torno de 2,5%; estima-se que dois a cada três guineenses vivam abaixo da linha de absoluta pobreza, sendo que que 66,7% vivam com menos de U\$ 2 por dia e 20,8% com menos de 1 dólar por dia.

A Guiné Bissau é o 215º país do mundo em termos de renda per capita, o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH – é de 0,289, ocupando 164º lugar em 169 países, ou ainda, o 148º país dos 155 países mais pobres do mundo.

A economia do país tem como base, primariamente, a agricultura, que constitui cerca de 80% dos empregos. Segundo as fontes bibliográficas consultadas, a Guiné Bissau tem grande potencial de recursos minerais, incluindo fosfatos, bauxita e areias minerais. O clima do país e o tipo de solo permitem cultivo de frutas, vegetais e tubérculos; porém, castanhas compõem mais de 80% das exportações e são a maior fonte de recurso em muitas comunidades rurais.

Após as eleições de abril e maio de 2014 o então novo governo de Guiné Bissau fez progressos pagando correta e pontualmente os salários dos servidores públicos, assentando áreas e adquirindo maior controle sobre as renovações. Os entrevistados relataram estabilidade no fornecimento de energia elétrica e água, além de melhorias gerais no cuidado e atenção à população em geral.

1.4. População

A população total da Guiné Bissau é estimada em 1.852.284 habitantes, sendo 895.836 (49,5%) de homens e 911 588 (50,4%) de mulheres²¹⁶.

A população de Guiné-Bissau é considerada jovem, com Média de idade de 19,9 anos, sendo homens: 19.4 anos e mulheres: 20.4 anos²¹⁷.

É uma população constituída por 64% de pessoas com menos de 25 anos, sendo a expectativa de vida ao nascimento é de 50.23 anos, sendo 48,21 para os homens e 52,31 para as mulheres.

A baixa expectativa de vida relaciona-se à alta mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias diversas, decorrentes tanto da escassez de alimentação como falta de condições de saneamento básico. Em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids, os homens têm maior letalidade, uma vez que não procuram os serviços de saúde (mesmo que solicitados a realizar testes e exames), e quando chegam ao médico, já apresentam quadros graves e de difícil tratamento medicamentosos.

²¹⁶ PSE_PSN 2015.

²¹⁷ Estimativas de 2015, cia.gov.

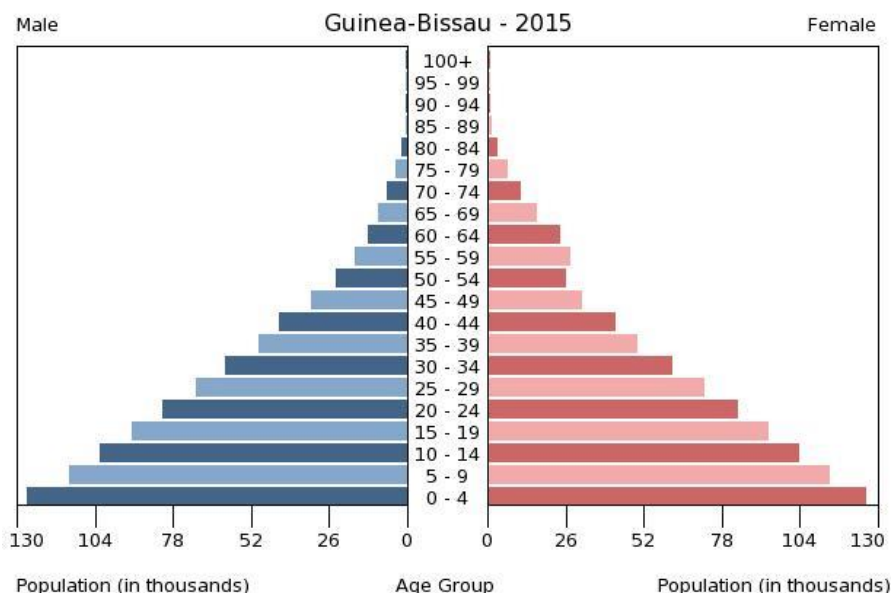


Figura 4 – Pirâmide populacional – Guiné Bissau. Fonte: cia.gov, 2016²¹⁸.

- Crescimento Populacional

A população guineense manteve-se estacionária entre 1979 e 2008, em torno de 1,5 milhões de pessoas, o que é avaliado como decorrência do conflito armado que assolou o país em 1998 e as constantes perturbações de ordem política e militar. A taxa de crescimento populacional foi estimada, em 2015, em 1,91%, com uma taxa de 33,38 nascidos/1000 pessoas.

Cerca de 49,3% da população total de Guiné Bissau é urbana, sendo que as mulheres representam mais da metade da população, cerca de 51%, e a taxa de fecundidade é considerada relativamente alta, de 4,23 crianças por mulher.

A taxa de contracepção, de 14,2% é considerada baixa. A fecundidade, especialmente feminina, é um valor cultural intrínseco, e não ter filhos ou ter poucos filhos não é bem valorizado pelas famílias. Há relatos e estudos que afirmam que muitas mulheres fazem uso de métodos anticoncepcionais escondidas dos respectivos parceiros.

A mortalidade infantil teve patamares de 200 crianças mortas por cada 1.000 habitantes em 2005, despertando fortes reações sociais. Atualmente está estimada em 89,21 mortes/1000 nascidos vivos, e mesmo assim é o 5º país do mundo em mortalidade infantil.

A taxa de mortalidade materna é bastante elevada, sendo a 7ª no mundo, com 749 mortes/ 100,000 partos.

²¹⁸ Fonte: www.cia.gov, acesso em 10 de fevereiro de 2016; revisão em 05 de outubro de 2016.

1.5. Idioma e Religião

São pelo menos dez grupos étnicos a compor a população guineense, estimadas as seguintes proporções²¹⁹: Fulani 28.5%, Balanta 22.5%, Mandinga 14.7%, Papel 9.1%, Manjaco 8.3%, Beafada 3.5%, Mancanha 3.1%, Bijago 2.1%, Felupe 1.7%, Mansoanca 1.4%, Balanta Mane 1%²²⁰.

Essa marcada diversidade étnica tem reflexos na linguagem, especialmente nos idiomas, e na cultura, em relação aos diversos e arraigados hábitos das etnias.

Em relação aos idiomas, o mais prevalente é o Crioulo, falado por cerca de 90.4% da população. O segundo idioma mais falado, sendo também idioma oficial da Guiné Bissau, é o Português, falado por cerca de 27.1%, seguido pelo Francês 5.1%, Inglês 2.9%²²¹.

A religião predominante é a Muçulmana 45.1% [44,7%]²²² da população, depois o Cristianismo com 22.1% [25,4%], Animistas 14.9% [23,9%], cristãos evangélicos 5,8%²²³.

A poligamia é legalizada, e o homem pode ter até quatro esposas, desde que possa sustentá-las. Os valores muçulmanos de não-aceitação da homossexualidade, do não-uso de drogas, de submissão da mulher e da condição de dependência financeira que as esposas ficam dos respectivos maridos precisam ser trabalhados tanto no setor preventivo como no âmbito da assistência em saúde pública e direitos reprodutivos, pois são valores que estão presentes na população junto a outras tantas influências culturais e religiosas e que podem, ao proibir e punir, abrir espaços de vulnerabilidade específica que precisam ser compreendidos e trabalhados.

2. Campo

O trabalho de campo em Guiné Bissau ocorreu entre 24 e 27 de agosto de 2015. Foi o primeiro país da CPLP a ser visitado neste projeto, sendo que as entrevistas e visitas de campo foram realizadas na capital Bissau. A primeira reunião para apresentação do projeto ocorreu na Embaixada do Brasil em Guiné Bissau, em 24 de agosto de 2015.

Em Guiné Bissau foram entrevistadas 34 pessoas, individualmente ou em grupos focais²²⁴. Foram visitados os principais serviços públicos em saúde, parceiros internacionais como Unicef, ONG – Céu e Terras e Cumura.

Foram fornecidos – prontamente - **dezessete documentos oficiais** relacionados a transmissão mãe-filho, aids, infecções sexualmente transmissíveis, planos nacionais estratégicos, relatórios anuais, para que, junto às entrevistas realizadas, pudessem compor o presente relatório. Uma colaboração inestimável.

²¹⁹ Estimativa de 2015, fonte www.cia.gov, acesso em fevereiro de 2016.

²²⁰ Outros 1.8%, nenhum 2.2%.

²²¹ Outros: 2.4%.

²²² Os valores entre colchetes referem-se ao RF_CAP 2014:17.

²²³ Nenhuma 2%, sendo não-declarados 15.9%

²²⁴ A relação completa das pessoas entrevistadas e que participaram dos grupos está no final deste relatório (item 10).



Figura 5 – Delegação da Missão Brasileira em Bissau²²⁵ em Agosto, 2015. Foto da Embaixada do Brasil.

Os dados deste Diagnóstico são produto da compilação das leituras prévias ao campo, dos documentos oficiais fornecidos pelos Gestores²²⁶ e das entrevistas e grupos realizados em Bissau, analisados à luz dos consensos, contradições e crenças relacionados à implementação da Opção B+ no país.

Conclui-se que a Opção B+ está implementada, coexistindo com a Opção B para tratamento das grávidas HIV+, e como Boas Práticas são referência os trabalhos realizados nas ONG Céu e Terras e Cumura. São trabalhos fidedignos, fruto de esforços coletivos para que a resposta à epidemia de HIV/Aids em Guiné Bissau siga as diretrizes internacionais, a despeito das dificuldades e limitações de todas as ordens que o país enfrenta.

A referência a “questão de gênero” designa o fator decisivo na dificuldade para adesão aos tratamentos, tema central na Opção B+: a fome. O gênero mencionado é o gênero *alimentício*. Ainda falta alimento, e muito, na Guiné Bissau. Qualquer iniciativa que se pretenda implementar precisa ter como dado básico a necessidade premente de alimentação e condições de saneamento para a população.

O Campo em Guiné Bissau foi intenso e profícuo, refletindo o compromisso que os gestores e os profissionais de saúde têm com a saúde pública em geral, e a aids em particular: dedicação integral, comprometimento, esforço em conciliar agendas e zelo pela compreensão do tema, da proposta da pesquisa e aproveitamento do tempo.

Após a visita de campo, todas as comunicações e solicitações da Consultoria foram prontamente atendidas com zelo e especial compromisso, marcas da gestão em aids do país.

²²⁵ Da esquerda para a direita, Marcelo Santos, Thainá, Helena Lima, Embaixador Luis, Sílvia Almeida, Marina, Stephanie e Isaac Vegne. Foto cedida pela Embaixada do Brasil em Guiné Bissau, Agosto/ 2015.

²²⁶ Agradecimentos especiais a Anaximandro Menut, David Té, Livramento Barros e toda a equipe do SNLS. Dr. David, em especial, ajudou como intermediador, tradutor e ponto focal para todo o trabalho de campo. Inestimável apoio, sem o qual o trabalho de campo não teria ocorrido.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em Guiné Bissau

Segundo documentação analisada e entrevistas realizadas, o sistema de saúde na Guiné Bissau é do tipo piramidal, com três níveis: local, regional e nacional.

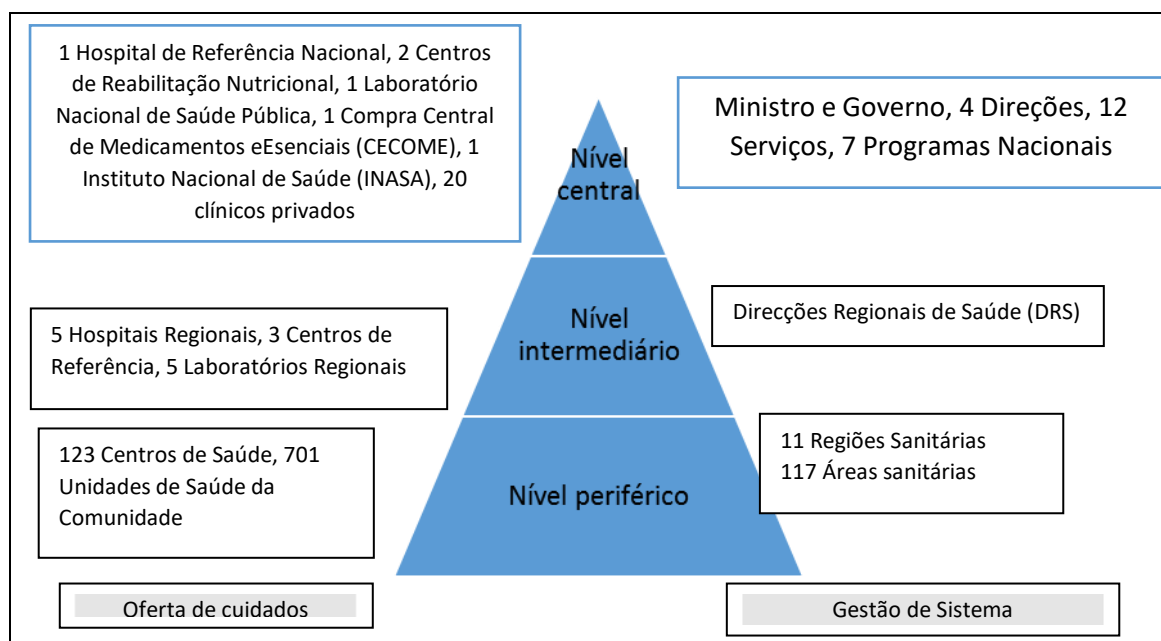


Figura 6. Organização do Sistema de Saúde em Guiné-Bissau. Fonte: SNLS, 2014²²⁷.

O Hospital Nacional Simão Mendes é a referência nacional, pelas suas especialidades. Os outros hospitais em nível central são o Raul Follereau (HRF) e Hospital Militar. O Centro de Referência Nacional de Cumura merece grande destaque pelo trabalho realizado, como será descrito no setor 6.4. – ONG Parceiras.

Em 2014 foram descritas 11 Regiões Sanitárias, com 117 áreas sanitárias (o nível mais próximo das comunidades). As áreas sanitárias são definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre 5.000 e 12.000 habitantes.

No país, os Centros de Saúde são categorizados em tipos A, B e C, sendo o tipo A um centro médico com centro cirúrgico, B um centro médico e C um centro de saúde administrado por um enfermeiro. No total, são 123 Centros de Saúde, 7 do tipo A, 8 do tipo B, 108 do tipo C e 701 Unidades de Saúde Comunitárias (USC) gerais para os agentes de saúde comunitária, 5 hospitais Regionais e um Hospital Nacional²²⁸.

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.

²²⁷ Concept Note, 2014:19.

²²⁸ PSE_PSN 2015-2020:6.

Tempo percorrido a pé, em minutos	Perto, entre 15 a 30 min	Normal, entre 30 a 45 min	Longe, entre 45 a 60 min	Muito longe, + de 60 min	Total
Faixa etária de inquiridos					
Entre 15-19 anos	163	66	14	61	304
	53,6%	21,7%	4,6%	20,1%	100,0%
Entre 20-24 anos	155	58	13	52	278
	55,8%	20,9%	4,7%	18,7%	100,0%
Entre 25-49 anos	231	102	44	87	464
	49,8%	22,0%	9,5%	18,8%	100,0%
Mais a 50 anos	1	3	9	5	18
	5,6%	16,7%	50,0%	27,8%	100,0%
Total	550	229	80	205	1064
	51,7%	21,5%	7,5%	19,3%	100,0%

Quadro n.º 1- Distância entre a sua residência e os serviços de saúde de cuidado primário Fonte:RF_ CAP 2014

É grande o número de Curandeiros (Diambacouss), Benzedores e Xamãs em Guiné Bissau. São pessoas que detêm a confiança da população, e em geral os primeiros a serem procurados em casos de diagnósticos complexos ou simples que são confirmados nos serviços de saúde. Por exemplo, quando uma mulher (casada) enfrenta dificuldades de engravidar, ela recorre normalmente aos lugares sagrados (*iran, balobeiro e djanbacus*).

As instituições que atuam na área de Saúde Sexual e Reprodutiva não tem conseguido atingir os objetivos preconizados por causa dos obstáculos dos valores socioculturais; testemunham a dificuldade em manter os soropositivos no tratamento moderno em detrimento de tratamentos tradicionais. Por consequência, as narrativas advindas de diferentes grupos étnicos patenteiam a influência de valores socioculturais na crescente frequência da gravidez precoce, na baixa procura dos serviços do planeamento familiar e das consultas pré-natais, no baixo número de mulheres que procuram os centros de saúde para ter filhos²²⁹.

É significativa a importância dos Praticantes de Medicina Tradicional – PMT – no cotidiano de saúde e da resposta à epidemia de HIV/Aids em Guiné Bissau. Todas as pessoas têm acesso e confiança no Curandeiro, ou PMT, e qualquer estratégia que se pretenda ter capilaridade e validação precisa incluir esses profissionais.

3.1. Ministério da Saúde

O nível central é composto pelo Gabinete do Ministro, três Direções Gerais, de Serviços, de Programas de Departamentos de Serviço, cuja missão é coordenar as diferentes atividades da saúde. É o nível responsável pela formulação da política nacional e mobilização de recursos, estabelecendo diretrizes e planos nacionais, com a definição das principais orientações para o nível regional, de acordo com as prioridades nacionais.

Essas estruturas de coordenação nacional estão em conjunto com as estruturas de prestação, o Instituto Nacional de Saúde (INASA), cuja missão consiste em coordenar e realizar pesquisas em saúde e uma Central de Armazenamento de Medicamentos Essenciais (CECOME).

²²⁹ RF_ CAP 2014.

O nível regional é responsável pelo planejamento, implementação e monitoramento das atividades regionais. Cada região tem um escritório regional, com uma equipe principal responsável por assegurar a execução da política de saúde e a coordenação de todas as atividades, incluindo as áreas de colaboração intersetoriais sanitárias.

No Nível local ou periférico existem as Unidades de Saúde Comunitária (USC), Postos de saúde e Centros de Saúde. A administração sanitária compreende dois níveis: a região sanitária (são 11 no país) e a Direção Regional, com uma equipe encarregada de garantir a aplicação da política de saúde e a coordenação de todas as atividades sanitárias da região.

3.2. Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

O Conselho Nacional de Luta Contra a Sida (CNLS) é o órgão político de nível nacional que define as grandes diretrizes e decisões, sendo executados pelo Secretariado Nacional de Luta Contra Sida (SNLS). Em cada região há um Conselho Regional de Luta contra a Sida (CRLS).

O SNLS, estrutura nacional de coordenação, planificação e seguimento da resposta nacional à aids em Guiné Bissau; o Governo regional é o órgão executivo da luta contra a aids. Em cada setor há uma célula de coordenação setorial, componentes essenciais das estruturas de execução das atividades ao nível de setor. Também compõem a Gestão a Coordenação de intervenções das empresas e sindicatos, o Fórum de organizações da sociedade civil e as estruturas de coordenação das Parcerias.

Ao nível do Sistema das Nações Unidas, o Plano de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Programa Conjunto das Nações Unidas para a resposta ao HIV são as instâncias presentes no país, além da Instância Nacional de Coordenação do Fundo Mundial de luta contra aids, tuberculose e malária (Comitê de Coordenação Multisetorial - CCM). Algum reforço nos financiamentos ocorreu a partir dos Laços Sul-Sul desde setembro de 2004. Em resposta à epidemia de HIV/Aids, o país elaborou uma série de planos estratégicos. As primeiras ações de prevenção no país foram realizadas no Hospital Nacional Simão Mendes em 1987.

O Plano Estratégico Nacional de Luta contra o VIH/SIDA III (PEN III) 2015-2020 extraiu suas grandes orientações da visão de desenvolvimento do país, do Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza (DENARP II) e suas diferentes estratégias setoriais. Compõem a base desse Plano os Objetivos do Milênio para Desenvolvimento (ODM) e a Declaração de New York sobre o acesso universal aos serviços de qualidade em prevenção, tratamento para as pessoas soropositivas, **eliminação da transmissão mãe-filho**, respeito aos direitos humanos e ênfase aos aspectos ligados ao gênero.

Segundo os dados disponíveis, desde 2012 o Plano de Saúde Nacional teve quatro problemas graves: (1) as perturbações políticas de 2012 e 2013 que conduziram a um arrefecimento da cooperação com parceiros da comunidade internacional; (2) A suspensão do financiamento do Fundo Global sida – tuberculose – malária entre final de 2011 e início de 2013; (3) o mecanismo de financiamento transitório do Fundo Mundial que não considerou o tratamento como intervenção prioritária e (4) a ausência de financiamento doméstico da resposta a aids.

3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

Considera-se que os recursos humanos em Guiné Bissau, tanto na saúde em geral, como para implementação do Plano de Eliminação da Transmissão Mãe-Filho (E-TMF) sejam insuficientes e inadequados.

A falta de profissionais capacitados é uma questão transversal para todo o sistema de saúde do país, e mais grave na região rural – metade do contingente, cerca de 51% dos profissionais, está concentrada na capital Bissau. Não havia, em 2015, um único médico psiquiatra em todo o país, sendo o trabalho exercido por enfermeiro especializado.

Os Agentes Comunitários são peças-chave, com reforço de visitas domiciliares e orientação sistemática para realização de exames e consultas, de modo a minimizar os “perdidos de vista”: aqueles que não pegam resultado, não vão às consultas...

Embora a adesão inicial da população aos serviços de saúde seja considerada elevada, a retenção para manutenção do tratamento é considerada fraca, com perda estimada de 40% a 60% entre diagnóstico e as primeiras consultas. Esse é um ponto considerado chave para a implementação da Opção B+ não apenas na Guiné-Bissau mas em todos os países pesquisados.

Notificação

Em 1989 foi introduzido, em localidades urbanas em sete regiões do país, e também na capital Bissau, um **sistema nacional de monitoramento sentinela** entre mulheres grávidas.

Esse primeiro nível – periférico – de coleta de dados é composto pelas estruturas de prestação de serviços, que são o Hospital Nacional, Centros de Testagem e Aconselhamento, Hospitais Regionais, Centros Médicos e postos de saúde. Os dados são coletados diariamente nas unidades de saúde e comunidade através de meios de recolha chamados primários – registros, fichas, livros:

1. Os livros: Centro de Despistagem Voluntária/ CDV, Prevenção da Transmissão Mãe-Filho/PTMF, Tratamento Antirretroviral/TARV;
2. As ferramentas de monitoramento às pacientes soropositivas sob profilaxia, sob TARV ou sob seguimento.

Cada estrutura compila seus dados em um relatório mensal (CDV, PTMF, TARV), que é enviado para a Direção de Saúde Reprodutiva (DSR).

O segundo nível de coleta (nível intermediário) é representado pelas 11 regiões sanitárias sistematizam a compilação dos dados estatísticos provenientes das estruturas de prestação de serviços. O controle de qualidade é implementado internamente antes do envio. A DSR compila os relatórios de áreas de saúde, analisa e valida os dados mensais de reuniões mensais, durante o qual todos os dados na região são analisados e validados. Estes dados validados são então transmitidos para o nível central.

O terceiro nível de registro compreende três estruturas: Instituto Nacional de Saúde (INASA), PNLS e SNLS. Essas estruturas recebem os dados provenientes do nível intermediário e é feita a análise dos dados recebidos, a partir dos quais são produzidos os relatórios nacionais e os relatórios de compromissos internacionais (UNGASS, Universal Access, Millennium Development....) trimestral, semestral e anual.

A sociedade civil realiza uma parte importante da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids: comunicação, Prevenção da Transmissão da Mãe para o Filho (PTMF ou PTME²³⁰), testagem, e registro.

O **dispositivo comunitário** de vigilância e avaliação é organizado em três níveis de intervenção:

1. Primeiro nível: estruturas de execução das OSC, cujos responsáveis elaboram relatórios mensais das atividades a partir de ferramentas de coleta primárias. Os relatórios são transmitidos para a coordenação regional ou intermediária.
2. Nível intermediário: coordenação regional. A estrutura regional elabora e divulga o relatório de vigilância, com periodicidade mensal, trimestral, semestral e anual. Os dados são transmitidos à coordenação central do SNLS.
3. Nível central é composto pela coordenação nacional das OSC e SNLS, que centraliza os relatórios de todas as estruturas da coordenação regional.

A rotina de transmissão dos dados preconizada pode ser resumida no seguinte quadro:

Estrutura	Tipo de relatório	Prazo para envio dos dados	Destinatários
Execução	Mensal	Dia 05 do mês seguinte	Estruturas de coordenação regional: DRS, ONG, Ponto Focal
Coordenação regional	Mensal Trimestral	Dia 15 do mês seguinte Dia 15 do mês seguinte ao fim do trimestre	Estruturas de coordenação central: SNLS, PNLS, ONG
Coordenação Central	Trimestral – semestral - anual	No máximo 45 dias após o período relatado	Fundo Global, Parceiros internacionais

Tabela 1 – Fluxo dos relatórios de HIV/Aids em Guiné Bissau. Fonte: PSE_PSN 2015-2020, 2015.

O SNLS não dispõe de bases de dados especialmente dedicadas à vigilância e avaliação. Uma base de dados em Excel está disponível no nível central²³¹. A coordenação do sistema de vigilância e avaliação é realizada pela direção de Vigilância e Avaliação do SNLS. Os recursos humanos incluem o gerenciamento da base de dados e um estatístico responsável da unidade.

²³⁰ *Enfans* = criança, filho.

²³¹ PSE_PSN 2015-2020:30.

A direção do SNLS constituiu um grupo técnico de apoio para vigilância e avaliação, com as responsabilidades de definir as grandes orientações estratégicas do sistema nacional de Vigilância, aprovar os documentos normativos relativos ao tema, em nível nacional, validar os relatórios trimestrais nacionais, os protocolos de pesquisa sob responsabilidade dos gestores nacionais, assegurar o respeito aos protocolos aprovados para toda e qualquer pesquisa relacionada ao HIV, aprovar os relatórios finais de todos os estudos relacionados ao HIV, supervisionar os relatórios semestrais e avaliações externas do PSN e assegurar a aplicação das recomendações dos auditores externos da qualidade dos dados. A força-tarefa é composta por membros do SNLS, Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Sociedade Civil e Cooperação Bilateral com Brasil e União Europeia.

Os problemas na qualidade dos dados registrados são um ponto consensual entre gestores, profissionais de saúde e dados encontrados nos documentos analisados. O registro é referido como incompleto, seja por uma dificuldade de compreensão por parte do profissional de saúde, seja por falta de tempo, pelo excesso de demanda, seja pela falta de possibilidade de supervisões sistemáticas (distância, modo de locomoção, subsídio para transporte) que diminuiriam a diferença entre os registros escritos e informatizados.

Há mais que um banco de dados utilizados para analisar e decidir as solicitações de insumos, dos testes à Terapia Antirretroviral (TARV), sendo que alguns indicadores de rotina não são os instrumentos de coleta de dados. A falta de controle da qualidade dos dados é referida em documentos e entrevistas, sendo consensual e urge a necessidade de padronização do sistema. Há que se incrementar os programas de vigilância e avaliação das intervenções realizadas, que são muitas, diversificadas, porém em sua maioria sem o devido repasse de metodologia e tecnologia por parte dos prestadores de serviço.

Projetos em outros idiomas, sem as devidas adaptações linguísticas, metodológicas e culturais, tendem a manter um nível de baixa eficácia e replicabilidade, essenciais para um efetivo desenvolvimento de autonomia do país. A elaboração de um plano de monitoramento que explicita o sistema nacional de coleta, tratamento, análise e difusão das informações relativas à realização dos objetivos propostos nos diversos planos de ação e resposta à epidemia.

É importante reforçar as capacidades operacionais de todos os atores implicados na construção da resposta nacional à epidemia e seus agravos. A coleta de dados precisa ser devidamente instrumentalizada, e suas ferramentas constantemente atualizadas em treinamentos e avaliações. Pode ser elaborado um guia com o “passo-a-passo” da utilização dos programas implementados. Em novembro de 2015 foi realizada uma visita dos gestores da SNLS ao Brasil para aprendizagem do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e implementação em Guiné-Bissau.

3.4. Saúde Privada

O setor privado em saúde consistia, em 2011, de 20 clínicas localizadas em Bissau. Alguns exames de alta complexidade são realizados em outros países da África, por indisponibilidade ou dificuldade na manutenção de aparelhos mesmo na rede particular de atenção à saúde.

O setor privado formal da Guiné-Bissau, congregando todas as organizações registradas, compreende mais de 600 empresas. Mesmo com esforços reiterados, as empresas não participam e não integram a resposta nacional à aids, exceto algumas contribuições específicas para a celebração do 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a aids²³².

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

A epidemia de VIH em Guiné-Bissau é do tipo generalizada, com uma prevalência nacional de 3,3%. Dados resultantes das projeções epidemiológicas indicam que mais de 30 mil pessoas vivem com VIH, sendo na sua maioria adultos. É um dos raros países em que circulam os dois tipos de vírus HIV, HIV-1 (prevalência de 1,8%) e HIV-2 (prevalência de 0,9%); as prevalências e os perfis epidemiológicos são distintos.

4.1. Dados Epidemiológicos

Os primeiros casos de infecção pelo HIV em Guiné-Bissau foram detectados em 1985-1986, dos quais todos eram infecções pelo HIV-2. Em 1987, o primeiro estudo feito na maternidade do Hospital Nacional revelou uma taxa de prevalência do HIV-2 que estava entre as maiores do mundo (8,3%), enquanto nenhum caso de HIV-1 tinha sido ainda identificado.

Incidência

De modo geral, considera-se que a incidência tenha tendência de queda na população em geral, porém ainda permanece alta nas populações-chave. As novas infecções por ano, de 2010 a 2014, entre pessoas com 15 anos ou mais são as seguintes:

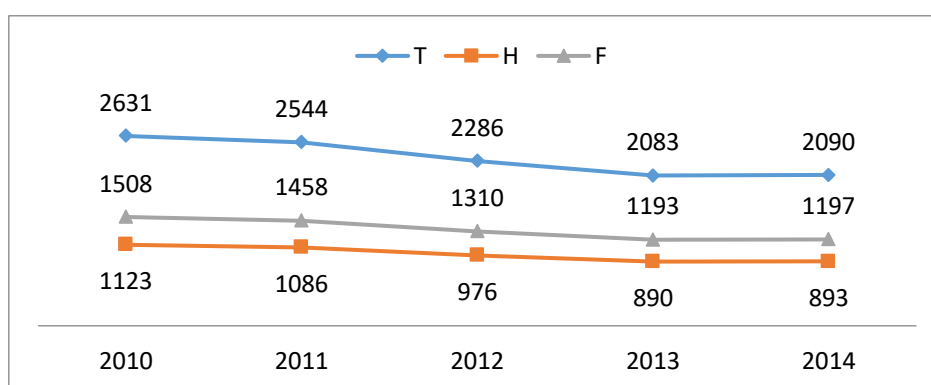


Gráfico 1. Incidência de HIV na população com 15 anos ou mais em Guiné Bissau, 2016. Fonte: Spectrum, 2015. (T) = total, (H) = homens e (F) = mulheres.

O gráfico abaixo mostra uma tendência geral da epidemia de aids, com ênfase à redução da incidência do HIV entre 2010 e 2013 com uma ligeira queda em 2014.

Pode-se considerar essa diminuição das novas infecções como reflexo direto da Resposta Nacional à Epidemia, que só foi possível graças às ações de prevenção e assistência subsidiadas pelos diferentes financiamentos feitos no país, direcionados à população em geral e às populações-chave.

²³² PSN_3G, 2015:14.

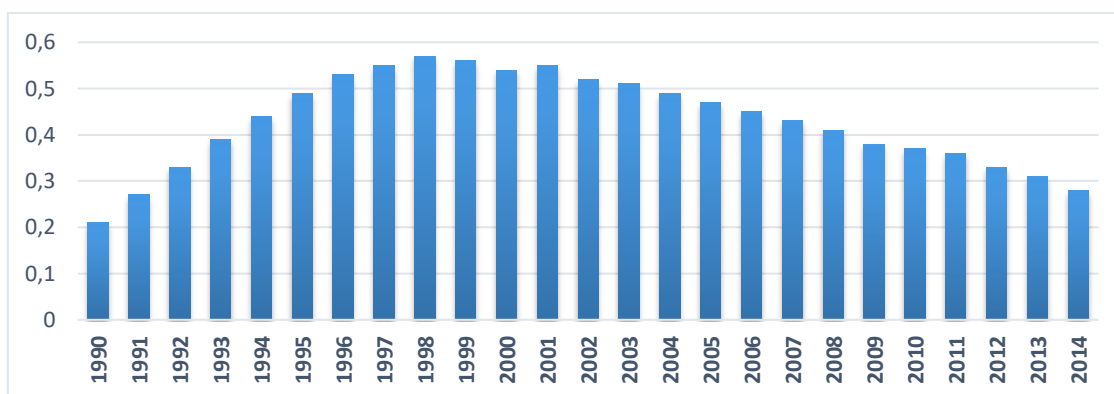


Gráfico 2. Evolução da incidência de HIV nos adultos – 15-49 anos de 1990 a 2014. Fonte: Spectrum 2015.

Segundo os documentos analisados e as entrevistas realizadas, o INASA (2010) faz triangulação de dados entre os inquéritos de soroprevalência na população geral, estudos sentinela entre as mulheres grávidas de 2009 a 2014, e isso permite identificar os fatores de risco que favorecem o aumento das novas infecções, que são:

- (1) Relações sexuais ocasionais não protegidas;
- (2) Viver em zona urbana;
- (3) Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- (4) Viver nas regiões de Bafata, Bissau, Oio, Tombali e Quinara;
- (5) Jovens de 15-24 anos, mulheres de 20-49 anos;
- (6) Pertencer aos grupos vulneráveis: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, motoristas de transporte urbano e militares.

Prevalência

A prevalência do HIV 1 na população de 15 a 19 anos é estimada em **3,25%**²³³ em 2015. A prevalência global do HIV é mais elevada entre as mulheres (5%) do que entre os homens (1,5%), a prevalência do HIV entre os jovens de 15 a 24 anos mostra uma predominância feminina de 1,4% em 2014 contra 1,0% entre os homens, segundo o Spectrum 2015 Bissau.

Considerando-se a ampliação da faixa etária, com a população entre 15 a 24 anos, a incidência parece decrescer no período de 2010-2014, como se vê a seguir:

²³³ Spectrum SNLS abril 2015, fonte PSN 3G.

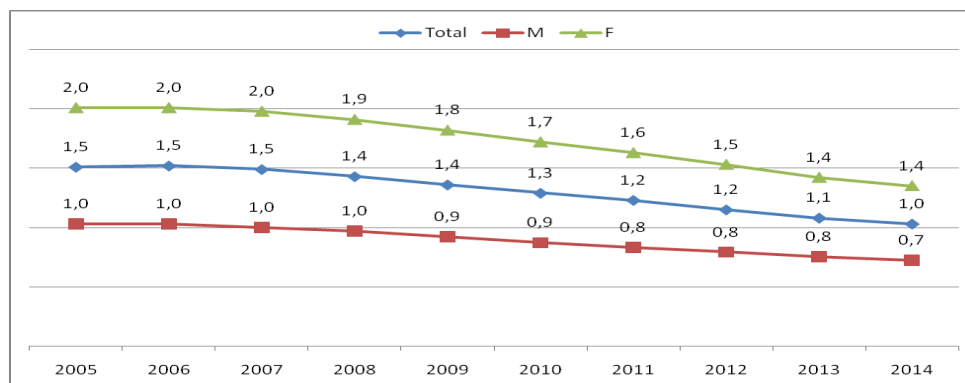


Gráfico 3. Evolução da prevalência de HIV-1 entre jovens de 15-24 anos por sexo. Fonte: GNB_NR 2015²³⁴.

Estima-se que entre as mulheres de 15-49 anos **6,9%** estejam infectadas pelo HIV1, com diferenças consideráveis entre as regiões.

As cinco regiões com prevalência de HIV acima de 5% são Bafata (7,9%), Bissau (5,9%), Tombali (5,3%), Oio (5,3%) e Quinara (5%). Gabu passou de 9,5% a 3% e Oio de 2,7% a 5,3% entre 2009 a 2014.

A prevalência entre as mulheres diminuiu de 6,4% em 2009 para 5% em 2014²³⁵. Uma das hipóteses é que houve aumento da cobertura para Pré-Natal e maior acesso à essa população para este serviço.

O cálculo do número de pessoas vivendo com HIV por região é feito com a triangulação da soroprevalência das mulheres grávidas e a população regional. Em 2014, o número total de Pessoas Vivendo com HIV (PVHA) na Guiné Bissau era de 35.997²³⁶.

	SAB	Bafata	Bijagos	Biombo	Bolama	Cacheu	Gabu	Oio	Quinara	Tombali
Prevalência de HIV em grávidas ²³⁷	5,9%	7,9%	1,0%	2,7%	3,0%	3,7%	3,0%	5,3%	5,0%	5,3%
PVHA	7 837	4 312	477	1 997	219	3 972	4 413	4 621	1 305	1 955
População	365 097	200 884	22 218	93 039	10 206	185 053	205 608	215 259	60 777	91 089

Tabela 2. Estimativa do número de pessoas vivendo com HIV em Guiné Bissau. Fonte: PSN_Rv 2015.

²³⁴ GNB_NR 2015:9.

²³⁵ Enquêtes de séro-surveillance dans les sites sentinelles : INASA 2009 et 2014.

²³⁶ Spectrum 2015.

²³⁷ Estudo Sentinela HIV/IST entre mulheres grávidas, INASA, 2014.

Segundo os documentos oficiais fornecidos e as entrevistas realizadas em campo, a prevalência global do HIV está ligeiramente maior no meio urbano, 3%, que em meio rural - 2,3% - e mais elevada nas mulheres, cerca de 5% do que nos homens, com 1,5%.

Com a melhoria dos sistemas de informação e notificação, os dados tiveram melhora em sua fidedignidade. Desse modo, as prevalências foram revistas e atualizadas, assim como os dados de incidência. Mesmo assim, ainda há limites importantes, tanto na formação de pessoal como na rotina de registro de dados – um problema encontrado em quase todos os países pesquisados.

Histórico – Prevalência

Dois estudos são considerados aqui como dados oficiais para comparação e compreensão do perfil epidemiológico da aids: (1) estudo-sentinelado de 2009, com 3.907 mulheres grávidas em 20 localidades urbanas e rurais; (2) estudo prospectivo de 2015, com dados do Spectrum.

O estudo de 2009 foi o primeiro estudo que incluiu todas as regiões de Guiné-Bissau, e o único conduzido desde 2005 que mediu a prevalência do HIV 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 HIV-1 e/ ou 2, **1,71%** somente para o HIV-2, e **5,17%** para o HIV-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 Programa de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho, (PTMF) e com a segurança de transfusões de sangue (**6,6%** e **6,8%**). Uma projeção de 2010 levou a uma estimativa de uma prevalência de **2,63%** do HIV-1 na população de 15-49 anos.

Em 2009, a prevalência do HIV foi analisada entre mulheres grávidas entre 15 e 24 anos, com resultados de 4,3% para o HIV-1 e/ou 2, e 4% somente para o HIV-1 .

Faixa etária (anos)	Nº de grávidas	HIV-1	HIV-2	Prevalência HIV
15-19	905	3.5%	0.3%	3.6%
20-24	1,234	4.4%	1.0%	4.8%
Total 15-24		4.0%	0.7%	4.3%
25-29	940	5.7%	2.1%	7.2%
> 30	813	5.3%	3.0%	8.0%
Prevalência total (ponderada)		5.17%	1.71%	6.45%

Tabela 3. Prevalência do VIH por faixa etária e tipo de infecção em mulheres grávidas, 2009*, Guiné-Bissau. Fontes: UNGASS Country progress report, 2010.

Os dados da tabela 2 mostram que, em 2009, o vírus HIV-1 estava 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 taxa de prevalência do vírus HIV-1 aumentou progressivamente até 1998, estabilizando-se eventualmente ao redor de 5% de 1999 até 2006 e passando a 6,8% em 2008.

A prevalência do HIV-2 teve uma tendência de aumento nas faixas de mais idade, chegando a um pico máximo entre mulheres com mais de 30 anos. Resultados de estudos em mulheres grávidas no Hospital Nacional ao longo do tempo mostraram uma queda progressiva da taxa de prevalência do vírus HIV-2, de 2,7% em 2004, reduzindo-se a 2% em 2006 e a 1,2% em 2008. As projeções de prevalência e incidência de 2014 a 2020, com base nos cálculos atuais e no perfil epidemiológico, são resumidos na tabela abaixo:

Ano	Prevalência	População HIV+			Incidência	Novos casos de HIV		
		Homens	Mulheres	Total		Homens	Mulheres	Total
2014	3,51	15 158	21 877	37 035	0,24	1 038	1 391	2 429
2015	3,5	15 353	22 539	37 892	0,24	1 045	1 399	2 444
2016	3,51	15 696	23 356	39 051	0,24	1 067	1 428	2 495
2017	3,54	16 185	24 329	40 514	0,24	1 103	1 475	2 578
2018	3,6	16 820	25 466	42 286	0,24	1 149	1 537	2 686
2019	3,68	17 603	26 765	44 368	0,25	1 206	1 613	2 819
2020	3,78	18 541	28 225	46 766	0,26	1 281	1 714	2 995

Tabela 4: Projeção de PVHA e novos casos de HIV segundo Spectrum. Ano-Base 2014. Fonte: FG report, 2015.

Outros estudos também mostraram as tendências de um crescimento na prevalência do HIV-1 e de um declínio na prevalência do HIV-2 para ambos os sexos durante os anos anteriores.

Mortalidade

Como mostra a tabela abaixo, embora o total de pessoas mortas por decorrência da aids tenha se mantido em torno de 2.200 pessoas entre 2010 e 2014, houve variação significativa com redução de mortes entre crianças com menos de 15 anos.

	2010	2011	2012	2013	2014
Homens ≥ 15 anos	788	854	847	897	987
Mulheres ≥ 15 anos	977	1 061	1 004	859	940
Crianças < 15 anos	399	397	380	337	272
Total	2 164	2 312	2 231	2 093	2 199

Tabela 5. Evolução do número de mortes relacionadas a aids por ano, de 2010 a 2014. Fonte: FG Report, 2015.

Alguns fatores são importantes ao se avaliar as taxas de letalidade em relação ao gênero: o homem, pelo fato de demorar para ser testado, diagnosticado e medicado, estando em geral com quadro de polinfecção e resistência a tratamentos diversos, não resiste; já mulher, pelo fato de ter muitos filhos – em geral precocemente – e cotidiana má alimentação, polinfecções, nem sempre diagnosticadas a tempo.

4.2. Testagem

A testagem voluntária do HIV 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 abaixo.

Esse número não inclui mulheres grávidas testadas dentro do contexto da PTMF. Entre 2008 e 2009, o número de indivíduos testados para o HIV 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 HIV 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 estatuto sorológico, foi realizado uma campanha nacional de testagem, realizada na 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% .

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

Tabela 6. Resultados da Campanha Nacional de Testagem de 2010, Guiné-Bissau. Fonte: Secretariado Nacional de Luta Contra SIDA, Guiné Bissau, 2015.

Os testes para HIV e sífilis utilizados na Guiné Bissau tem como prioridade as gestantes, em suas Consultas de Pré-Natal. Porém, um encadeamento de precariedades dificulta a logística de armazenamento e distribuição dos insumos e reagentes.

Sequência de limitações

A testagem depende de reagentes e insumos. A logística de armazenamento tem limitações relacionadas às dificuldades de infraestrutura do país, como por exemplo, a questão da refrigeração. Para que se mantenha um refrigerador ligado ininterruptamente é necessário o suporte de um gerador; o gerador requer água, abastecimento para seu funcionamento.

Em determinadas situações, são constantes as interrupções de fornecimento de energia, e para que funcione o gerador precisa ser abastecido e limpo com água limpa, o que nem sempre está disponível.

Às vezes, consegue-se o gerador, a água limpa, mas isso precisa ser transportado – e para isso, são necessários um veículo, com motorista e combustível. Segundo gestores e profissionais de saúde entrevistados, muitas vezes falta o veículo para transporte da água, do combustível; consegue-se o veículo, falta manutenção, falta motorista, falta um serviço de suporte padronizado e sustentável para garantir o armazenamento dos testes e exames. Essa sequência de dificuldades por algumas vezes é responsável pela ruptura de estoque nos testes, tanto para as unidades de saúde como para os hospitais de referência.

A testagem voluntária em Guiné Bissau foi considerada incipiente, sendo realizada nas Consultas de Pré-Natal, em campanhas pontuais de Dia Mundial de Luta contra Sida e outros eventos culturais, porém sem sustentabilidade e sem um calendário fixo.

A melhoria do acesso à testagem voluntária e o aumento na cobertura através de estratégias integradas de testagem às consultas de pré-natal são estratégias consideradas essenciais para melhoria da cobertura da testagem em Guiné Bissau, não apenas para as grávidas, mas para toda a população.

4.3. Coinfecções:

a) Tuberculose

É estimada uma alta prevalência de HIV entre os pacientes com tuberculose (TB): 40%, contra 3% da população geral.

A taxa de testagem de HIV entre os casos de tuberculose melhorou, mas ainda continua a ser inferior à taxa de 90% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): cerca de 66% dos pacientes com tuberculose foram testados para HIV em 2015²³⁸ (1.510/2.288).

Entretanto, a prevalência precisa de tuberculose entre as PVHA não é conhecida em Guiné-Bissau. A testagem da tuberculose entre PVHA não é documentada ou reportada sistematicamente pelo SNLS.

Apenas 24% dos pacientes coinfectados foram beneficiados por TARV em 2014²³⁹.

A taxa de positividade de 37,2% (561/1510), ainda alta em comparação a 2011 (42,0%) – e, dentre os casos positivos para HIV, somente 50,3% (282/581) foram tratados com Cotrimoxazol (CTX) e 24,8% (139/561) com antirretrovirais.

A prevenção com isonazida começou a ser implementada em 2014 e refere-se a apenas alguns sítios de monitoramento das PVHA (11/39, ou seja, 28,2%). Assim, em 2014 a taxa de adultos e crianças que foram beneficiados pela profilaxia com isonazida foi de 16,5% (448/2745).

²³⁸ Relatório anual PNLS de 2015.

²³⁹ Concept Note, 2014:40.

Dentre os 111 adultos HIV+ sob tratamento concomitante TB/HIV e 301 casos de TB entre PVHA²⁴⁰, a porcentagem de pacientes TB+ HIV beneficiados com terapia antirretroviral durante o tratamento antituberculínico, em 2014, foi de 24,8% (139/561)²⁴¹.

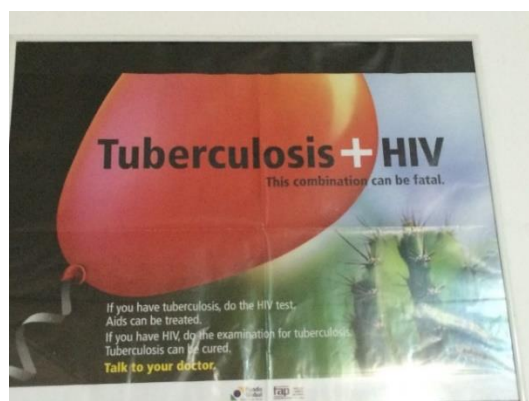


Figura 7. Cartaz de campanha de prevenção, sem data. Fonte: SNLS, Bissau, 2015.

A tabela abaixo mostra que a busca ativa de TB entre pacientes HIV é irregular não apenas por conta da fraca integração dos serviços de tuberculose e HIV mas também a uma provisão irregular dos testes HIV e acesso insuficiente aos antirretrovirais.

Ou seja, a integração entre os programas de TB e HIV que pode e precisa ser melhorada. É reportada uma irregularidade de reunião e uma Força-Tarefa TB/HIV, sem dados fidedignos sobre a prevalência de tuberculose entre as PVHA, sendo a testagem de HIV entre os pacientes com tuberculose quase sistemática, porém o inverso não ocorre. A colaboração, considerada fraca, restringe as atividades de atenção e assistência aos pacientes coinfectedos.

É recomendado um plano de ação conjunta para as atividades de TB e HIV, iniciando-se pela formação integral dos prestadores de serviços e melhoria das medidas de controle de infecção: encaminhamento dos pacientes coinfectedos, máscaras N 95, equipamentos como filtros e outros de biossegurança.

Indicadores – Nº de Pacientes	Nº em 2014	%
Com TB	2288	
Com TB testados para HIV	1510	66%
Com TB HIV+	561	37,2%
Com TB/VIH em ARV	139	24,8%
PVHA testados para TB	2745	33,8%
PVHA com tuberculose	301	11%
PVHA sem tuberculose em profilaxia medicamentosa	448	16,3
Coinfectados em tratamento com Cotrimoxazole	281	50,3%

Tabela 7. Situação da Coinfecção TB HIV na Guiné Bissau. Fonte: Min. Saúde Guiné Bissau, 2014²⁴².

A coinfecção TB-HIV requer atenção especial e o tratamento medicamentoso pode ser beneficiado da estratégia de Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado (DOTS)²⁴³.

²⁴⁰ Relatório Nacional de Atividades, SNLS Guiné Bissau 2015.

²⁴¹ Relatório Final do PNLs de 2015.

²⁴² Concept Note, 2014:5.

²⁴³ LIMA, HMM – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.

Considerando-se a falta de alimento, o fornecimento de cestas básicas pode auxiliar na possibilidade de ingestão dos medicamentos, e conseqüentemente na adesão.

Devido à pobreza generalizada, muitos portadores do HIV/Aids, em processo de tratamento moderno, queixam-se do fato de as suas dietas alimentares não darem suporte necessário aos antirretrovirais.

Histórico

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

Novos casos - TB	2007	2008	2009
Estimados	3,914	4,046	4,257
Verificados	1,963	2,100	2,188
Testados para o HIV	681	540	664
%	34.7	25.7	30.3
HIV +	276	250	268
% de HIV+	40.5%	46.3%	40.4%

Tabela 8. Casos de tuberculose, auto reportados e diagnosticados com HIV em Guiné-Bissau, 2007-2009²⁴⁴.

Fonte: UNGASS, 2010.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

As Infecções Sexualmente Transmissíveis, segundo gestores e profissionais de saúde entrevistados, estão prevalentes em Guiné Bissau, sem, contudo, uma estatística específica. As doenças mais prevalentes seriam o *corrimento*, entre as mulheres, em particular mulheres jovens. Segundo documentação oficial²⁴⁵, em 2015 foram identificados e tratados 500 casos de IST, porém não há notificação oficial sobre testagem e tratamento das IST. A possibilidade de implementação da abordagem sindrômica poderia auxiliar nesse enfrentamento, em especial com auxílio dos profissionais de saúde da família e ativistas para orientação e prevenção, com encaminhamentos para os serviços de assistência.

²⁴⁴ UNGASS Country progress report, 2010. Acesso em fevereiro de 2016.

²⁴⁵ PSE_PSN 2015-2020: 14.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV):

Logística dos medicamentos

A instituição encarregada de armazenar e distribuir os medicamentos essenciais, CECOME, também é responsável pela distribuição dos medicamentos antirretrovirais.

Na Nota Conceitual de 31 de janeiro de 2014²⁴⁶, foi elaborado um texto específico para fortalecimento e resolução dos pontos fracos e gargalos da CECOME, para que retomasse o papel ativo na gestão dos medicamentos de aids, tuberculose e paludismo.

Os medicamentos têm um período alfandegário bastante longo, que pode levar nove meses, com pagamentos de tarifa considerados exorbitantes. Alguns medicamentos doados perdem a validade por conta desse trâmite.

Em relação a TARV, em 2015 ainda não havia um plano de trabalho específico para implementação de todas as recomendações da OMS, porém em termos de Opção B+, os medicamentos são administrados para a gestante desde a gravidez e são mantidos após o nascimento da criança, independente da carga viral e CD₄.

A logística de transporte de medicamentos requer um veículo climatizado, e o país não dispõe de um específico para essa finalidade. Quando se consegue algum, por empréstimo, muitas vezes falta motorista, falta combustível, falta manutenção do veículo (as estradas são de difícil acesso) e não há veículos climatizados para transporte e distribuição dos medicamentos para regiões mais distantes da capital.

O sistema de logística de medicamentos, CECOME, é considerado pelos gestores como ainda deficitário, com gargalos específicos e conhecidos, mas ainda insolúveis:

- a) Falta de dados confiáveis para estimativas das necessidades. O problema dos registros e notificações, considerado gravíssimo, tem como seqüela imediata a dificuldade nas estimativas para solicitação dos medicamentos.
- b) O comitê de quantificação precisaria ter uma maior eficiência, critérios e controles explícitos de avaliação e monitoramento.
- c) Falta de uso racional de medicamentos e produtos.

Embora haja profissionais de farmácia nas estruturas, até agosto de 2015 não havia um profissional de Farmácia trabalhando no nível central do PNL. São reportadas rupturas de estoque de medicamentos em função de problemas alfandegários, portuários, de logística, transporte para o interior, armazenamento e prazos de validade dos medicamentos doados.

Para a efetiva implementação da Opção B+ 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.

²⁴⁶ Concept Note, 2014:12.

4.5. Populações Vulneráveis

É muito importante destacar que, a despeito das dificuldades e barreiras culturais, sociais e religiosas, as populações vulneráveis – Profissionais do Sexo e Homens que fazem sexo com Homens - são populações **consideradas** em todas as análises epidemiológicas, mesmo que “invisíveis” no cotidiano em geral.

Formalmente, não há barreiras jurídicas nem incitação à criminalização das populações-chave em Guiné Bissau, porém o cotidiano traz situações de discriminação, preconceito, violência psicológica e bullying com essas populações.

O Contexto epidemiológico de HIV na Guiné Bissau mostra que os fatores de exposição ao risco de infecção pelo vírus são mais importantes nas populações-chave, assim como as populações em contexto de vulnerabilidade, considerando-se a irregularidade de frequência às estruturas de saúde entre profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. Não há evidências de utilização de drogas injetáveis na população de Guiné Bissau.

Em Guiné-Bissau são reportadas ao menos quatro organizações que implementam programas para a prevenção do HIV/Aids entre profissionais do sexo: ENDA Terceiro Mundo, Projeto de Saúde Bandim, a AGMF e “Colletividade Nobreza”.

Estes programas incluem atividades de provimento de informação em HIV/SIDA, mensagens para mudança comportamental (principalmente utilizando a abordagem de educação pelos pares), a promoção e distribuição de preservativos (mais de 50% da população refere ter recebido preservativos) e, desde 2008, tratamento e aconselhamento para IST.

Mais de 1.937.984 preservativos masculinos foram distribuídos em 2011 pelos centros de saúde, organizações de jovens e PVHA, mas não pelos Agentes Comunitários de Saúde, pois a promoção de preservativos e outros métodos de prevenção à concepção ainda não estão integrados ao seu manual de formação.



Figura 8. Embalagem do preservativo disponibilizado pelo SNLS. Bissau, 2015. Foto da autora.

A) Profissionais do Sexo

Segundo relatório oficial²⁴⁷ de 2015, um estudo realizado em quatro regiões do país apresentou uma prevalência de HIV de 54,6%, a mesma prevalência apontada em 2009, em outro estudo, circunscrito a Bissau. Apesar de elevada, a manutenção da prevalência ao longo do tempo mostra que as ações direcionadas a essa população tiveram impacto: em epidemiologia, o não-aumento de um agravo é considerado um importante ganho²⁴⁸.

Entre 2007 e 2009 foi observado um aumento da prevalência do HIV de 26% a 39%, no estudo sorológico realizado em Bissau, Bafata, Canthungo, Gabú, Mansoa e Buba²⁴⁹. Em 2007 e 2009, foram refeitos estudos que visaram mensurar conhecimento, atitudes e comportamento relacionados ao HIV/Aids, assim como a prevalência do HIV e de algumas IST entre profissionais de sexo.

Participaram desse estudo 175 profissionais do sexo, dos quais 83 estavam na capital e 92 de quatro das outras regiões. A infecção por HIV foi avaliada em 165 dos participantes (77 em Bissau e 87 nas quatro regiões). O estudo INASA/Bandim mostrou um aumento na prevalência de HIV nesse grupo de alta vulnerabilidade, de 27,1% em 2007 para 39,6% em 2009; também foram identificadas disparidades regionais: na capital Bissau, taxa em declínio, contra a tendência ao aumento nas taxas de prevalência em outras regiões.

Localidade	HIV+ (HIV-1 e/ou HIV-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%

Tabela 9. Prevalência do HIV entre profissionais do sexo por localidade, 2009. Guiné-Bissau. Fonte: UNGASS, 2010.

Essa pesquisa feita entre profissionais do sexo em 2009 fez algumas questões relacionadas ao conhecimento relacionado ao HIV/Aids e comportamentos sexuais.

A tabela a seguir mostra os resultados obtidos para o conhecimento sobre o HIV/Aids entre profissionais do sexo: apenas 31,4% dos entrevistados respondeu corretamente a todas as cinco questões, o que significa uma vulnerabilidade específica para quase 70% das profissionais do sexo – e como a pesquisa não foi replicada, sugere-se que seja feito novo inquérito para avaliação das estratégias específicas direcionadas a essa população, no que se refere ao conhecimento básico sobre a doença e modalidades preventivas.

²⁴⁷ PSE_PSN 2015-2020:5.

²⁴⁸ Gordis, L – *Epidemiologia*. RJ: Ed. Revinter, 2004.

²⁴⁹ Relatório de Estudos de Vigilância Sentinela de HIV/IST entre Profissionais do Sexo, Projeto Saúde Bandim/INASA 2007, 2009-2010.

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

Tabela 10. Porcentagem de profissionais do sexo que identificaram corretamente as informações sobre HIV e que rejeitam a maioria das ideias incorretas, por faixa etária, Guiné-Bissau, 2009. Fonte: UNGASS, 2010.

Em 2009, a população de Profissionais do Sexo apresentou prevalência de HIV de 54,56%, um valor muito superior à taxa da população em geral, que é de 3,3%. Em 2014, a taxa estimada foi de 8,4%. A redução foi significativa, mas ainda é necessário seguir com as ações de testagem, aconselhamento e tratamento.

Segundo o Relatório da SNLS de 2015, estima-se que 3.225 pessoas estejam em risco e alta vulnerabilidade, e a ausência de dados sobre diferenças entre populações urbanas e semiurbanas de mulheres entre 15 e 49 anos dificulta a aplicação de estratégias mais efetivas.

Alguns fatores de vulnerabilidade específicos para essa população são apontados, como a frequência de relações sexuais em contexto de trabalho de sexo formal e informal, que constitui um fator de risco, além da insuficiência de serviços adaptados para diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis e testagem de HIV para essa população; o uso irregular do preservativo frente ao conhecimento do estatuto sorológico também é um fator de vulnerabilidade.

Estigma, precariedade socioeconômica, problemas na estrutura familiar, baixo nível de instrução são considerados os principais obstáculos para que todos tenham acesso ao cuidado.

B) Homens que fazem sexo com homens (HSH)

Os dados de 2009 apontavam uma prevalência estimada de HIV em torno de 25%. Após as ações preventivas, intervenções diretas e trabalhos sistemáticos descritos pelos profissionais e gestores, houve uma drástica redução: em 2014 os programas de testagem apresentaram uma prevalência de 4,8% entre HSH. Mesmo assim, ainda é uma taxa considerada elevada.

Alguns fatores são considerados decisivos para a maior vulnerabilidade dos HSH para a epidemia de aids, a saber, o estigma, a discriminação, os insultos e violências psicológicas, havendo relatos de diversas situações de explícita rejeição. Essa é uma população que em sua maioria permanece clandestina, com suas atividades e mesmo vida afetiva-sexual em sigilo em grande parte de sua vida. Isso dificulta o acesso ao cuidado.

Os motoristas e militares (“profissionais de uniforme”) também são considerados populações vulneráveis, uma vez que não há serviços de saúde com estratégias adaptadas para que essas pessoas sejam acessadas, como por exemplo flexibilização nos horários de atendimento, o que provoca também dificuldade na testagem, no acesso a insumos de prevenção e tratamento.

De acordo com documentos oficiais²⁵⁰, a prevalência estimada entre HSH é estimada em 25%, considerada muito alta, sendo esse dado uma estimativa e projeção do Spectrum.

Segundo o Relatório da SNLS de junho de 2015, a porcentagem de HSH e população Transgênero que foram cobertos pelos programas de prevenção aumentou significativamente: 122% (182/150) no ano de 2015. A performance do indicador é muito boa, sendo a ENDA Saúde a organização que trabalhou diretamente com essas populações para a realização dessa resposta - porém, essas atividades estão restritas a três lugares: Bissau, Canchungo e Bafata.

Esse bom desempenho deve-se à mudança de estratégia, com atuação da Clínica Móvel, trabalho de pares e o pacote de serviços compreende:

1. Comunicação para mudança de comportamento por pares ou mídia;
2. Referências aos serviços de prevenção, testagem ou tratamento se necessário;
3. Materiais de Informação, Educação e Comunicação;
4. Promoção e utilização dos preservativos.

4.6. Bancos de sangue

Considerando-se 3.964 bolsas de sangue testadas em 2014 em Bissau e Bafata, a prevalência do HIV foi estimada em 3,3% entre os doadores de sangue, sendo que 87% eram doadores familiares²⁵¹. Outros marcadores foram 8,3% para Hepatite B, 0,33% Hepatite C e 0,03% para sífilis, segundo dados da Direção Nacional do Centro Nacional de Sangue apresentados no Plano Estratégico Nacional Revisado da resposta à sida 2015-2020 (PSN_Rv 2015).

Em relação às transfusões e doações de sangue é importante dizer que os testes são feitos, porém a doação pode ocorrer em seguida, antes da chegada dos resultados, quando a prioridade é salvar a vida; a falta de doadores é um fator considerado relevante para as dificuldades nesse setor.

Na rotina dos serviços de saúde, a transfusão não é feita antes da chegada de resultados do teste HIV, sífilis e hepatites virais, mas sim, logo após o resultado negativo dos testes. O sangue coletado é estocado por um período de pelo menos três meses para se repetir o teste antes de se efetivar a transfusão.

Segundo os entrevistados e documentos analisados, com a ocorrência de eventuais rupturas de estoque dos testes de HIV ou sífilis, ou hepatites virais (B e C) *procede-se a transfusão sem realização prévia dos referidos testes com o intuito de salvar vidas.*

A prevalência de transmissão do HIV pela doação de sangue é estimada em 3,3%.

²⁵⁰ Plan de Suivi Evaluation – Plan stratégique National 2015-2020: 5.

²⁵¹ PSN_Rv 2015:18.

4.7. Adesão e dinâmica da Epidemia de HIV/Aids em Guiné Bissau.

Alguns problemas estruturais vulnerabilizam a população de Guiné Bissau para os agravos diversos relacionados à sexualidade, como tráfico de mulheres e as diversas modalidades de violência baseada em gênero. O modelo patriarcal legitima as práticas socioculturais e tradicionais sobre grupos étnicos que compõem o país.

A Guiné Bissau elaborou uma Política Nacional para Promoção de Igualdade de Gênero (PNIEG – 2014), com projetos para tratar a temática dos direitos humanos. Sendo a temática transversal, integra diferentes atividades.

Outro fator importante, pela simbologia que carrega, são as práticas de circuncisão masculina e mutilação genital feminina.

A Mutilação Genital Feminina (MGF), embora proibida por lei, é praticada em ambiente doméstico. Estima-se que as mutilações genitais tenham atingido 44,9%²⁵² das mulheres entre 15-49 anos e cerca de 49,7% das crianças entre 0 – 14 anos. Em relação ao casamento precoce, 7,1% referem-se a crianças com menos de 15 anos e 37,1% entre menores de 18 anos²⁵³.

Já a circuncisão masculina é socialmente incentivada e tem amparo no serviço público de saúde. Em inquérito de 2014²⁵⁴ alguns dados apresentados sobre a situação dos inqueridos perante a circuncisão/MGF, por sexo, 64,1% dos homens confirma a circuncisão, contra 35,9% que ainda não foi circuncisada. Para o sexo feminino 37,2% respondeu que sim foi submetida a MGF contra 62,8% que responde que Não (Quadro n.º).

Sexo		Sim	Não	Total
Masculino		225	126	351
		64,1%	35,9%	100,0%
Feminino		244	412	656
		37,2%	62,8%	100,0%
Total		469	538	1007
		46,6%	53,4%	100,0%

Quadro 2. Situação perante a circuncisão/MGF Fonte: RF_CAP 2014.

Em relação à taxa de contracepção, dados de 2014²⁵⁵ apontam que **84%** da população não usa método algum contraceptivo; 1,2% afirmam “abstinência periódica”, e dentre os métodos modernos – utilizados por 14,4% da população pesquisada, destacam-se:

- Esterilização feminina: 0,2%/ DIU: 3,5%/ Injeções: 1,4%/ Implantes: 3,3%/ Pílula: 1,5%
- Preservativo masculino: 1,5%/ Preservativo feminino: 0,2%/ Diafragma/espuma/gel: 0,5%/ LAM: 2,4%

²⁵² MICS_5 2015:17.

²⁵³ Concept Note, 2014:8.

²⁵⁴ RF_CAP 2014.

²⁵⁵ MICS 5, 2014:12.

Assim, o planejamento familiar em geral continua abaixo do nível desejado, sendo que o implante Jaddel, Deprovera, Diu e pilula os métodos contraceptivos mais utilizados. Talvez por serem gratuitos, exceto Jaddel.

Paradoxalmente, o método Jaddel é mais recorrido, entre os referenciados, talvez por ser o mais recente e/ou recorrer alguma afirmação micro financeira, apesar de, segundo alguns técnicos de saúde entrevistados, ser o método de efeitos secundários (falta e/ou excesso do ciclo menstrual). A utilização de injeções é considerada, na opinião de certas mulheres, de método perigoso provocando as vezes coagulações sanguíneas e possibilidade de infecundidade²⁵⁶.

Em alguns casos, sobretudo em zonas rurais, na impossibilidade de meios para percorrerem quilómetros de distâncias para os principais centros de saúde, as mulheres recorrem aos métodos tradicionais para se evitarem de gravidez, caso do cordão (“siticó”), pedaço de madeira extraído da base de “pilão” e amarrada na cintura, entre outros, como métodos contraceptivos tradicionais utilizados com frequência em diferentes comunidades visitas.

Como em todas as culturas, certos valores ou práticas socioculturais representam fatores de propagação e de risco de infeção, caso da prática da excisão, do casamento precoce, da gerontofilia, do levirato, do sororato bem como a solidariedade de aleitamento de crianças órfãs por outras mulheres (“mães sociais”)²⁵⁷.

Foram muitos os relatos dos profissionais de saúde e gestores entrevistados sobre bebês que chegam aos hospitais com hemorragias e graves sequelas decorrentes dos cortes genitais feitos em casa, com instrumentos não-desinfetados, sem qualquer assepsia. Podemos considerar que um comportamento profundamente inserido em determinada cultura, com multiplicidade de sentidos e significados, não é passível de mudança apenas pela força de uma lei. É preciso um trabalho minucioso e incansável, educativo, para que um novo sentido possa ser dado ao comportamento em questão.

Embora não haja referência a usuários de drogas injetáveis em Guiné Bissau, é amplamente documentado que o uso de psicoativos aumenta e vulnerabilidade para a infecção pelo HIV, seja por algumas interações medicamentosas, alterando o metabolismo dos medicamentos para aqueles que já estão em tratamento, seja como pela redução da capacidade crítica e de raciocínio induzida por várias drogas, aumentando a vulnerabilidade a exposição sexual desprotegida.

Nesse sentido, uma outra prática cultural que pode ser considerada vulnerabilizante na Guiné Bissau é o relatado alto consumo de vinho de palma e cachaça entre os adolescentes, que vem preocupando os profissionais de saúde da Guiné Bissau como elemento importante no aumento da vulnerabilidade dos jovens para HIV/Aids e outros agravos.

²⁵⁶ RF_CAP 2014:42.

²⁵⁷ RF_CAP 2014:11.

Aqui serão descritas algumas outras práticas sócio comportamentais que podem ser consideradas vulnerabilizantes para a infecção pelo HIV e sífilis mencionadas em entrevistas, estudos antropológicos, leitura dos documentos oficiais, embora nem todas reconhecidas e validadas formalmente por todos os gestores e profissionais de saúde entrevistados – porém, como este diagnóstico situacional é um estudo qualitativo, todas as referências são consideradas relevantes, seja para reafirmar consensos, seja para apontar contradições.

Segundo inquérito de 2014²⁵⁸ entre os Manjacos, as mães não deixam os filhos fazer o planeamento e, quando aparecem grávidas, não as deixam fazer o aborto, porque é uma prática tradicionalmente interdita (*mandjidu*) nesta localidade. Similaridade em Quinhamel, entre os Papeis, onde se testemunhou um grau de liberdade das raparigas em ambientes noturnos e, quando aparecem grávidas, as mães não as exigem, temendo represálias de defuntos e/ou *kansaré*. Segundo a crença dos papéis, se uma mãe se zangar com a filha grávida, ela não poderá tocar na criança após a nascença, porque representa uma rejeição *a priori*, o que faz com que as mães tenham que se consentir com a gravidez das filhas. Ainda neste mundo animista, segundo um técnico entrevistado em Caió, uma localidade de elevada taxa de prevalência do VIH, os homens desta localidade contraem matrimónio com mais de cinco mulheres, o que se associa a um elevado índice de promiscuidade, sobretudo nas deslocações de mulheres ao Senegal e das oportunidades sexuais que se lhes assistem.

Outras experiências demonstram que as mulheres casadas em dificuldade de gravidez recorrem sempre aos *murus* ou *djanbacus* para receberem tratamentos tradicionais ou ainda as “balobas” de “ferradias” fazendo pedidos e conseqüente promessas, em detrimento de aconselhamento e/ou tratamento médico.

Os homens nunca são responsabilizados por eventual esterilidade, esta é uma questão meramente feminina e de mulheres, em alguns casos são sancionadas pelo divórcio. Essa verdade não é diferenciada por zonas ou espaços rurais/urbanos, é uma realidade cultural. A religião, a cultura e a tradição obrigam as mulheres a procurarem formas de conseguir despistar os maridos para poderem usufruir dos métodos contraceptivos, porque segundo estes, elas são casadas para se procriar. Para se livrarem dos maridos, muitas das vezes, elas inventam desculpas em levar as crianças para as vacinas e/ou consultas e aproveitam para fazer controlo do implante dos métodos.

Quando os maridos descobrem obrigam-nas a retirar. Apesar de tudo, essa pressão é menos notória em certas zonas urbanas caso de Bissau, as mulheres (casadas) em dificuldades de gravidez recorrem mais aos hospitais e/ou a médicos especialistas em ginecologia obstetrícia, isto, apesar da sombra dos curandeiros tradicionais, os *muros*, *djambacus* e *balobeiros*, mesmo quando se trata de infeções do HIV²⁵⁹. Relativamente ao HIV/Aids, segundo as percepções de alguns técnicos de saúde e ativistas de organizações que lidam diariamente com esta pandemia, uma larga percentagem de pessoas infetadas recusa a existência, considerando-a *tarbeçado*, doença de *badjudeça*.

²⁵⁸ RF_CAP 2014:40.

²⁵⁹ RF_CAP 2014:40.

De acordo com certas tradições animistas a doença é igualmente interpretada como falta de cumprimento de alguns rituais, caso de se tornar *djambakus* e/ou cerimónia de *rônia iran*.

Uma outra dificuldade ligada ao HIV/Aids decorre do fato de as pessoas não quererem ser identificadas com esta doença, por pensarem que a relação sexual é única forma de a contrair - neste contexto, a aids é uma doença associada a promiscuidade.

Por isso, maior parte de pacientes receia que os seus conhecidos ou vizinhos descubram o seu estado sorológico, que poderá engendrar alguma estigmatização.

Assim, a estratégia utilizada para evitar a estigmatização condiciona alguns a procurarem o tratamento fora da sua área de residência sanitária. Outros, mesmo aceitam receber o tratamento em áreas sanitárias da sua residência mas preferem fazê-lo em casa. Esses dados coincidem com os achados de outros estudos e da literatura internacional sobre adesão: o estigma determina a procura de serviços de saúde de regiões diferentes da região de moradia e/ou trabalho²⁶⁰.

Outras características sócio culturais que facilitam a propagação do HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis são as seguintes:

- ✚ Sexualidade precoce: a sexualidade precoce, antes dos 15 anos, é comum nas meninas da Guiné Bissau, cerca de 27% (MINSa, 2010). Cerca de 7,1% das meninas casaram-se com menos de 15 anos e 37,1% com menos de 18 anos. Dados de 2011 mencionam que 13% das meninas de 15 a 24 anos tiveram sua primeira relação sexual com um homem 10 anos mais velho que ela, sendo 38% deles já casados.
- ✚ O baixo uso de preservativo pelas mulheres (3,2% em 2010) é compreendido à luz da desigualdade de gênero, sendo que o poder está relacionado aos homens.
- ✚ A dependência da mulher para sua sobrevivência, ou seja, em tudo, inclusive nas decisões sobre sua própria saúde, aliados ao medo do repúdio e divórcio ao se notificar o parceiro sobre o resultado positivo de um teste de HIV, são fatores de aumento da vulnerabilidade feminina à infecção.
- ✚ Como já foi dito, a poligamia é legitimada pela religião muçulmana: por lei, o homem pode ter até 4 esposas, desde que possa sustentá-las. Também há a poligamia informal, incluindo pessoas de todos os credos e etnias, sem distinção. A percentagem de pessoas entre 15 e 49 anos que estão numa união poligâmica é de 44,0% entre as mulheres e 25,8% dos homens²⁶¹. Nos homens casados, durante o período de aleitamento materno das suas mulheres, procuraram parceiras ocasionais, comadres e/ou outras esposas legítimas²⁶²

²⁶⁰ LIMA, 2010.

²⁶¹ MICS_5 2015:17.

²⁶² RF_CAP 2014:42.

- ✚ No caso da sociedade balanta, existem normas e práticas socioculturais que instigam a promiscuidade e liberdade sexual dos jovens. A prática cultural e sexual “Pnanhga” que consiste na entrega sexual de uma rapariga/mulher a outrem durante a sua hospedagem, é disso um exemplo²⁶³.
- ✚ Uma prática cultural que poderia ser nomeada como uma espécie de “Sabático conjugal”, uma espécie de “descanso” do casamento, em que um cônjuge iria para outra casa, com anuência e consentimento do parceiro, para um período fora de casa. Essa prática não é reconhecida pelos gestores como relevante e nem mesmo é conhecida por alguns entrevistados, mas foi mencionada diversas vezes.
- ✚ Outra realidade a acrescentar é o fenómeno de gerontofilia e as suas consequências na promiscuidade sexual. Sendo social e tradicionalmente aceitável o casamento entre gerações diferentes, essa prática aumenta os casos de infidelidade entre os envolvidos, sobretudo nas mulheres (que por norma são sempre bastante novas em relação aos maridos). Assim, a promiscuidade é bastante frequente nas famílias dos centros urbanos, chegando a ser também banalizada em certas tradições de grupos étnicos. Por exemplo, na etnia Beafada a infidelidade não é reprovada, mesmo que seja de uma mulher casada e, por consequência, caso tenha terminado em filho, consideram uma sorte para o marido legítimo da mulher. Tio do noivo como deflorador da noiva, mantendo relação sexual com a mesma na noite de núpcias; essa prática é algumas vezes mencionada como realidade na etnia Balanta, porém não praticada na atualidade. É uma contradição que merece ser melhor estudada e compreendida, por ser uma prática que vulnerabiliza²⁶⁴.
- ✚ Um aspecto que pode ser melhor explorado é a constatação que 79,9% dos homens entre 15-49 anos declaram ter sido circuncidados²⁶⁵: integrar as ações de saúde aproveitando esse momento – lugar – tempo em que o homem passa pela circuncisão pode ser estrategicamente interessante para auxiliar na promoção de saúde e aumento do autocuidado seguindo as referências de saúde ocidentais, aspectos quase negligenciados entre os homens da Guiné-Bissau. Também pode ser importante procurar compreender como e se os homens entendem o autocuidado, nas perspectivas étnicas específicas.
- ✚ Em estudo recente (SANE, 2014)²⁶⁶ foi demonstrado que mulheres em idade fértil 58,2% não conheciam um único método de prevenção à infecção pelo HIV²⁶⁷. O fato de não haver conteúdo sobre anticoncepção nem explicações sobre uso do preservativo no manual de formação dos agentes comunitários de saúde (2011) tem relação direta com esse fato. A taxa de contracepção em Guiné Bissau é estimada entre 10% e 14%²⁶⁸.

²⁶³ RF_CAP 2014:41.

²⁶⁴ RF_CAP 2014.

²⁶⁵ MICS_5 2015:20.

²⁶⁶ SANE, Suado – *Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné-Bissau, 2007-2011*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2014.

²⁶⁷ SANE, op cit.

²⁶⁸ PE_PTMF 2012-2016: 8.

- ✚ Uma prática relacionada às modalidades de luto e tratamento de heranças e legados é o Levirato. Nesse sistema de casamento, o irmão do falecido é obrigado a casar com a esposa (viúva) do irmão falecido, tendo ele ou a viúva aids ou não, sem que se mencione o assunto “aids” de modo explícito.
- ✚ O planejamento familiar é considerado “primo pobre” na implementação de uma política que permita às mulheres alguma condição de escolha de método contraceptivo adequada à sua realidade.
- ✚ “Negação/ Medo da aids”: segundo os dados analisados, a negação da doença alcança, de certo modo, algumas das políticas públicas, em especial às direcionadas a práticas preventivas em saúde sexual e reprodutiva. A negação faz com que a comunicação social seja truncada e os estigmas prevaleçam. “Como se” não houvesse impacto com a gravidez antes dos 15 anos, com a polinfecção de mulheres e homens, com aids, molusco contagioso e outras IST.
- ✚ Maioria da população com 15 anos ou mais é analfabeta e 60% das mulheres não são alfabetizadas. A alta taxa de analfabetismo dificulta todas as ações de prevenção, assistência e adesão aos tratamentos.
- ✚ No país, há pouco acesso às ferramentas de comunicação social: o uso de computadores entre jovens de 15-24 anos é de 17,2% para os homens e 10,3% para as mulheres; o uso de internet segue a mesma proporção: homens 16,8% e mulheres 9,4%²⁶⁹. Cerca de 30,5% dos homens ao menos uma vez por semana tem acesso à mídia impressa, radiofônica ou televisiva, e apenas 11,7 das mulheres. Pensar campanhas de informação e comunicação para o país requer a assimilação integral desses dados, pensando-se estratégias capilarizadas que possam ser implementadas sem depender dos *media*
- ✚ As mulheres guineenses, que compõem 51,5% da população do país, estão no setor informal. Ou seja, com o trabalho e sem direitos trabalhistas, sua vulnerabilidade aumenta – ao precisar interromper o trabalho, não tem direito a licenças ou qualquer remuneração.
- ✚ A ausência de profissionais de saúde mental no país é um fator extremamente importante, um ponto de vulnerabilidade programática que precisa ser cuidado o quanto antes. Em 2015 havia apenas um profissional, um enfermeiro com formação em psiquiatria, para todo o país.

Educação

Segundo os dados obtidos com gestores e profissionais de saúde entrevistados e documentos, é consensual a necessidade de desenvolvimento de uma estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamentos relacionados ao HIV/Aids; como síntese da constatação e do esforço de superação, foram realizadas duas grandes oficinas sobre Comunicação em Guiné Bissau, e em agosto de 2015 e agosto de 2016.

²⁶⁹ MICS_5 2015:20.

As oficinas foram realizadas em parceria com o Ministério da Saúde do Brasil - Departamento de DST/Aids e Hepatites Virais.

Faz-se necessária a efetiva implementação de uma estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamentos relacionados ao HIV com mensagens baseadas em estudos sócio comportamentais no país, direcionadas aos diferentes grupos populacionais.

A adaptação da linguagem, imagens, idiomas precisa ser pensada incluindo os diferentes agentes educacionais, religiosos e peculiaridades étnicas. A cobertura e eficiência de programas de prevenção ainda são avaliados como não-suficientes.

Apesar das intervenções para a prevenção do HIV/Aids existirem na maioria das regiões, tais intervenções não alcançam todas as populações necessitadas.



Figura 9. Outdoor sobre prevenção em via pública, Bissau. Foto da autora, agosto 2015..

Os programas de tratamento e cuidado são descritos como limitados em grande parte à capital, e falta ainda coordenação com centros de saúde. A necessidade de uma integração dos serviços também é tema consensual entre entrevistados e material dos documentos oficiais.

O desenvolvimento de programas de prevenção para todos os segmentos populacionais de maior vulnerabilidade e obtenção de melhor conhecimento nos dados epidemiológicos relacionados ao HIV, incluindo a mortalidade hospitalar, é mencionado como estratégia essencial para uma melhor organização, financiamento e melhoria da qualidade dos serviços de saúde providos às PVHA em casos graves.

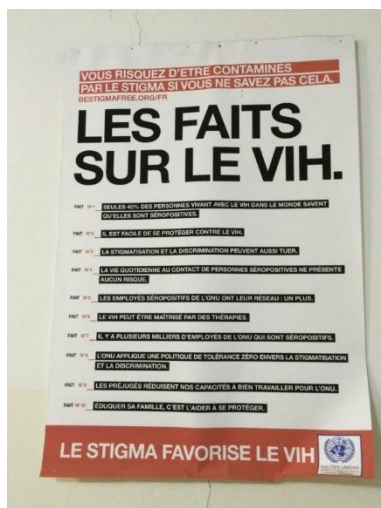


Figura 10. Cartaz de campanha de prevenção ao HIV. SNLS, Bissau. 2015. Foto da autora.

A partir da visita de campo, foi promovido uma possibilidade de parceria entre a Diretoria de Prevenção do SNLS e o Programa Prevenção Também se Ensina, da Secretaria Estadual de Educação de São Paulo.

Um primeiro contato ocorreu em 2015, como espaço para articulação de estratégias e materiais didáticos e pedagógicos para promoção de saúde em geral, prevenção à violência e ao HIV/Aids.

Em relação às PVHA, os próprios gestores relatam que os serviços são insuficientes em estrutura e recursos humanos para uma cobertura apropriada, bem como a dificuldade na integração entre os serviços e atividades entre outras áreas, como por exemplo a tuberculose.

A não-integração dos serviços pode ser resolvida com sensibilização e formação de profissionais, principalmente de enfermagem, que atuam à frente dos setores.

Sabe-se que a informação é uma condição necessária, porém não suficiente, para a efetivação de práticas e comportamentos preventivos.

Nesse sentido, o país realizou em 2007 e 2009 um estudo amplo sobre os conhecimentos sobre o vírus HIV na população em geral, antes e depois da implantação de programas de prevenção. Foram trabalhadas as seguintes informações:

- Conhecimento de pessoas com aparente boa saúde podem ser soropositivas: em 2007 apenas 41,3% das pessoas concordavam com a afirmação, e em 2009 esse índice subiu para 76,5% (menores de 25 anos). Respectivamente, 48,2% e 65,1% entre maiores de 25 anos.
- O HIV e a aids podem ser prevenidos pela utilização contínua de preservativos: em 2007, 70% das pessoas entrevistadas tinham essa informação, e em 2009 esse número subiu para 94%.

Estudos quantitativos

Estudo de 2014 traz informações importantes sobre as lacunas no conhecimento básico sobre as formas de transmissão do HIV. Uma grande parte da população em geral considera o mosquito como um inseto veiculador de infecção do HIV. A par desta lógica de contaminação alguns contactados também introduziram as moscas, as latrinas como veículos de transmissão de infecção.

Sexo		Sim	Não	Não sabe	Perdidos	Total
Masculino		224	205	65	1	495
		45,3%	41,4%	13,1%	,2%	100,0%
Feminino		306	246	137	0	689
		44,4%	35,7%	19,9%	,0%	100,0%
Total		530	451	202	1	1184
		44,8%	38,1%	17,1%	,1%	100,0%

Quadro 3. Crença na transmissão do HIV através de picadas de mosquitos por gênero. Fonte: INEP- Dados primários do Estudos CAP 2014.

A questão de feiticeira também ainda se associa a infecção dos vírus da VIH/SIDA. A nível nacional 19,7% dos inqueridos confirma que Sim através de feiticeira e/ou meios sobrenaturais, contra 60,1% que diz categoricamente que Não. Porém, ainda 20,2% não sabe nada sobre a resposta.

Região inquirida		Sim	Não	Não sabe	Total
Bafatá		21	90	8	119
		17,6%	75,6%	6,7%	100,0%
Biombo		15	55	48	118
		12,7%	46,6%	40,7%	100,0%
Bolama/Bijagós		46	52	20	118
		39,0%	44,1%	16,9%	100,0%
Cacheu		13	91	18	122
		10,7%	74,6%	14,8%	100,0%
Gabu		18	88	12	118
		15,3%	74,6%	10,2%	100,0%
SAB		20	166	53	239
		8,4%	69,5%	22,2%	100,0%
Tombali		18	63	37	118
		15,3%	53,4%	31,4%	100,0%
Oio		40	44	30	114
		35,1%	38,6%	26,3%	100,0%
Quinará		43	64	13	120
		35,8%	53,3%	10,8%	100,0%
Total		234	713	239	1186
		19,7%	60,1%	20,2%	100,0%

Quadro 4. Crença na possibilidade de contrair o vírus da aids através de Feiticeira ou através de meios sobrenaturais. Fonte:: INEP- CAP 2014²⁷⁰.

²⁷⁰ RF_CAP 2014:51.

Em Junho e Julho de 2010 foi efetuado o inquérito Comportamentos e Atitudes em Prevenção, um estudo transversal e quantitativo relativo ao HIV/Aids. Foram selecionadas 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 sociodemográficos, foram recolhidas informações sobre os conhecimentos sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/Aids, 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 HIV. Em contrapartida, quando solicitados a indicar as DST que conheciam, somente 12% citaram outras DST que não o HIV, este último citado por 81%.

Dos que citaram as outras IST, 64% citou “esquentamento” (alguns designaram por gonorreia), 19% “mula”, 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 exatos sobre o HIV/Aids.

Dentre os jovens (15-24 anos), a proporção dos que citaram pelo menos 2 vias de transmissão do HIV 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 HIV.

Estratos	n/N	Proporção ²⁷¹ (%) e (95% IC)	OR* (95% IC)
Geral	486/2195	22 (18-26)	-
Meio urbano	252/813	29 (22-36)	2.14 (1.42-3.22) 1
Meio rural	231/1382	16 (13-19)	
Homens	298/1105	27 (22-32)	1.73 (1.33-2.26) 1
Mulheres	188/1090	17 (13-22)	

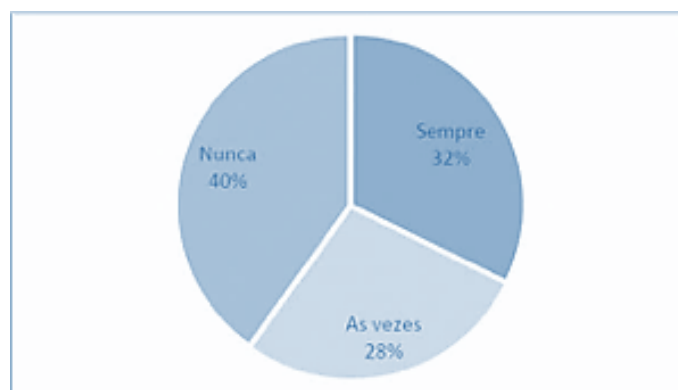
Tabela 11. Proporção de jovens dos 15 aos 25 anos que conhecem pelo menos duas vias de transmissão do HIV, Guiné-Bissau, 2010. Fonte: Inquérito CAP, Guiné Bissau, 2010.

Comparando os dados com estudos CAP de 2006 e 2008, no que concerne aos conhecimentos sobre as DST de uma forma geral, observou-se uma melhoria em 69% relativamente a 2006 (92% vs. 86%).

Quanto ao HIV/Aids, o aumento também foi bastante significativo, saindo de 90% em 2006 a 97% em 2010. Contudo, relativamente a conhecimentos concretos sobre a transmissão do HIV, como reconhecimento dos meios de transmissão e das formas errôneas de transmissão, não houve nenhuma alteração relativamente a 2008, passando de 12% para 13%. Dos 3.656 respondentes do estudo CAP de 2010 com idade entre os 15 e 49 anos, 50% disse 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%).

²⁷¹ *Proporção ponderada por população jovem da região e desenho por conglomerado.

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% relatam utilização esporádica e somente 32% afirmaram usar sempre (Quadro 5).



Quadro 5. Hábito de utilização de preservativo nas relações sexuais ocasionais, Guiné-Bissau, 2010. Fonte: Inquérito CAP, Guiné Bissau, 2010.

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%). Dentre os que tiveram relações sexuais ocasionais nos últimos 12 meses, cerca de 59% dos indivíduos com idade entre os 15 e 49 anos afirmaram ter utilizado preservativo durante essa relação. Os homens que vivem no meio urbano relatam utilização de preservativo em duas vezes mais que os homens do meio rural.

Em síntese, embora o inquérito seja de 2010, os dados trazem elementos que podem ser incorporados à rotina de estratégias de prevenção ao HIV e sífilis, com a cautela de considerar a diversidade de dialetos e a taxa de analfabetismo, sendo necessário incluir novas estratégias didáticas e metodológicas para as campanhas de esclarecimento e incentivo ao diagnóstico precoce.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

5.1. Indicadores

O dado mais recente em relação à sífilis é que, em 5.666 mulheres grávidas testadas em consultas de pré-natal, 123 tiveram sorologia positiva, ou seja, uma taxa de 2,1%. Mas não há notificação compulsória da sífilis, e não há dados em outras populações.

5.2. Fluxo de diagnóstico e assistência

A testagem é realizada durante o pré-natal, porém há rupturas de estoques de testes, poucos testes disponíveis e dificuldades diversas em se obter a penicilina para o tratamento preconizado.

Os centros de saúde prestam cuidados preventivos e curativos, tendo em conta a saúde da mãe e da criança, e são o primeiro nível de referência de atendimento. Especificamente em relação às grávidas, os serviços de saúde têm os seguintes papéis:

Segundo os gestores e profissionais de saúde entrevistados e os documentos analisados, o fluxo de atendimento e assistência para uma gestante na capital tem muitas limitações e dificuldades, porém na zona rural as dificuldades são ainda maiores. A capilaridade das ações ainda não está estruturada, tampouco o papel dos profissionais da área de Saúde da Família, estratégia que será imprescindível para a definitiva implementação da Opção B+ em todo o país.

6. Gestantes e Recém-Nascidos: Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PTMF)

Subordinado à Célula Sectorial de Luta Contra o VIH (CSLS) do Ministério da Saúde, o programa de Eliminação da Transmissão Mãe-Filho (e-TMF) envolve a direção de Saúde Reprodutiva no MINSÁ, o SNLS, o CECOME e o Instituto Nacional de Saúde (INASA) no planeamento, aquisição de insumos, capacitação de pessoal, seguimento e avaliação dos programas de HIV.

Desde 2013, considera-se que 100% dos serviços de Consulta Pré-Natal ofereçam a PTMF, contra os 62% de 2011. O país dispõe de dois aparelhos para análise de PCR²⁷², em dois laboratórios: um em Bissau, no Laboratório Central, e outro na Universidade Jean Piaget²⁷³. No entanto, segundo os dados disponíveis, os papéis e responsabilidades de todas as organizações envolvidas ainda podem ser otimizadas, aumentando a eficácia das ações. Há, por exemplo, mais de um banco de dados para analisar e tomar decisões, fornecendo soluções possíveis para a integração dos serviços de Consulta Pré-Natal, Planeamento Familiar, e-TMF e TARV. A prioridade à eliminação da transmissão de mãe para filho (e-PTMF ou e-PTM) foi dada no Plano Estratégico Nacional III, em 2011²⁷⁴.

Ao final de 2011 foram implementados, nas 76 unidades de cuidados pré-natais (CPN) a oferta de PTMF, nos 37 centros de tratamento ambulatorial (CTA) e nos 10 centros de cuidados pediátricos, representando uma cobertura de serviços de HIV nas estruturas de saúde de 67%, 32% e 9% respectivamente²⁷⁵. Segundo dados do Ministério da Saúde de Guiné Bissau (2015), no ano de 2011 o acesso de CPN atingiu 94%, sendo que 74% das mulheres grávidas foram testadas para o HIV. Porém, a cobertura para realização de partos institucionalizados é muito baixa.

A taxa de parceiros de mulheres grávidas acessados e testados em 2014 é de 4,7% (2.589/54.354), considerada muito baixa. O acesso aos homens para testagem é um desafio compartilhado por todos os países, no que se refere às respostas nacionais contra a epidemia de aids e sífilis.

²⁷² Reação em Cadeia de Polimerase.

²⁷³ PSN_Rv 2015:21.

²⁷⁴ PE_TMF 2012-2016:9.

²⁷⁵ Plano de Eliminação da Transmissão do VIH de mãe para filho 202-2016, MISAU, DGPPS, 2015. Draft.

A utilização dos serviços pelos parceiros das grávidas é de apenas 1%. Uma das explicações é que a cultura local não comporta o acompanhamento da esposa ao estabelecimento de saúde, além da dificuldade em compatibilizar o horário de atendimento nos serviços com os horários de trabalho.

A taxa de adesão à profilaxia de PTMF das mulheres soropositivas e crianças expostas ao HIV permaneceu, em 2012, respectivamente em 30% e 24%. Em 2012 apenas 28% das mulheres grávidas soropositivas e apenas 15% das crianças soropositivas elegíveis receberam o TARV.



Figura 11. Campanha de PTMF. Cartaz, Bissau/SNLS, 2015.

Perdas de vista

A taxa de perdidos de vista entre as mulheres grávidas é de 34%, e entre as crianças, 24% em 2014; em 2011 as mesmas taxas eram, respectivamente, 57% e 27%²⁷⁶.

Projeções

No plano estratégico e-TMF de 2011, o objetivo foi aumentar de 336 para 15.119 o número de parceiros sexuais masculinos de mulheres grávidas que frequentam as CPN e que conhecem seu estatuto sorológico, como mostra o quadro a seguir (Figura 18).

²⁷⁶ PSN_Rv 2015:21.

Importante destacar que o fato do país ter uma estimativa numérica de acesso aos parceiros sexuais masculinos de mulheres grávidas HIV+ é um diferencial positivo a ser compartilhado.

Indicadores	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Os parceiros sexuais masculinos de mulheres grávidas que frequentam o CPN / e-TMF que conhecem o seu estado sorológico	377	1.447	4.447	7.589	11.915	15.915
As mulheres soropositivas que adotaram a proteção dupla ou um método de contracepção	ND	1.209	3.726	6.385	9.855	13.455
As mulheres dos 15-49 anos que desejam adotar um método contraceptivo para espaçar ou limitar os nascimentos	292.153	310.766	339.439	391.034	422.665	455.588
As mulheres grávidas soropositivas que completam a profilaxia ARV	490	566	765	962	1.203	1.442
As crianças nascidas de mulheres grávidas soropositivas que completaram a profilaxia ARV	463	601	891	1.180	1.535	1.698

Quadro 6. Atividades do plano de e-TMF 2012-2016 em Guiné Bissau. Fonte: MISAU, 2011.

A taxa de adesão ao tratamento até o final, pelas grávidas, é de cerca de 30%, e das crianças expostas, 24%. Apenas 28% das grávidas soropositivas elegíveis recebem o TARV, e apenas 15% das crianças soropositivas. Todos os fatores socioculturais elencados no item “Adesão” estão relacionados a esses números.

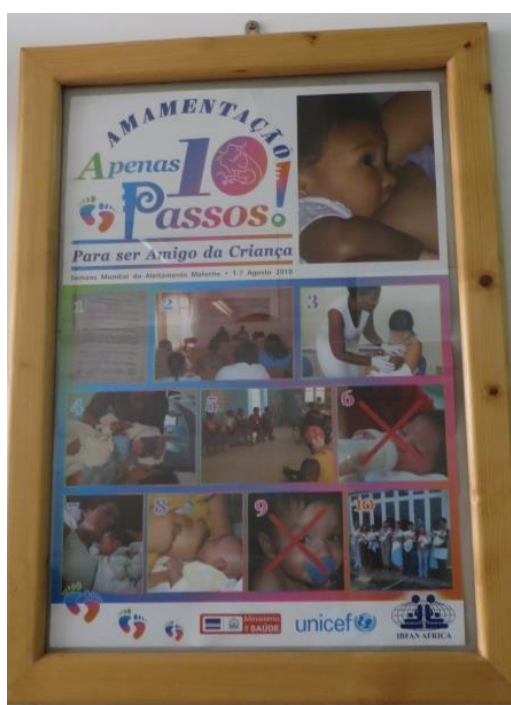


Figura 12. Cartaz – Campanha amamentação. SNLS, Bissau, 2015.

Como meta do e-TMF (2012-2016), aumentar a taxa de complementação da profilaxia ARV nas grávidas HIV+ e crianças expostas para, pelo menos, 90% em 2016.

O Protocolo de PTMF de Guiné Bissau prioriza o Protocolo Africano relacionado à fome. Entre a criança não ser amamentada, ou morrer em consequência de água insalubre para preparação da fórmula láctea, o país preconiza que uma mãe soropositiva possa amamentar o seu filho até 12 meses da vida da criança, sendo incentivada a amamentação exclusiva.

O que é feito é aplicação da Opção B+ com aleitamento protegido. A taxa de amamentação exclusiva até os seis meses é de apenas 38%.

O foco do plano de e-TMF de Guiné Bissau de 2011 foi *melhorar a sobrevivência materna e infantil através da eliminação das novas infecções pediátricas de VIH, mantendo as mães vivendas em 2016*. Os objetivos eram a redução de pelo menos 90% até 2015 da taxa de novas infecções pediátricas, redução de pelo menos 50% das mortes maternas ligadas a aids e redução para menos de 5%, até 2015, da taxa de transmissão vertical do HIV.

O país não adotou a prática de cesariana eletiva para todas as gestantes soropositivas ao HIV devido às deficiências do sistema de saúde, que ainda é confrontado com muitos casos de urgências obstétricas - que por sua vez constituem causas da alta taxa de mortalidade materna, assim como a limitação de recursos humanos qualificados.

Estima-se que apenas 39% a 43% das mulheres grávidas deem à luz no sistema de saúde. Algumas dificuldades relacionam-se a dificuldade de acesso geográfico, além do ambiente para acolhimento no parto ter sido descrito pelos profissionais de saúde como nem sempre humanizado e favorável nas unidades de saúde.

Faixa etária de inquiridos	Não responde	Em casa	Centro de saúde	de	Outro(s)	Total
Entre 15-19 anos	67	17	23		0	107
	62,6%	15,9%	21,5%		,0%	100,0%
Entre 20-24 anos	35	36	73		2	146
	24,0%	24,7%	50,0%		1,4%	100,0%
Entre 25-49 anos	48	78	195		0	321
	15,0%	24,3%	60,7%		,0%	100,0%
Mais a 50 anos	0	5	11		0	16
	,0%	31,3%	68,8%		,0%	100,0%
Total	150	136	302		2	590
	25,4%	23,1%	51,2%		,3%	100,0%

Quadro 7. Local de realização do último (mais recente) parto. Fonte: RF_CAP 2014.

Segundo os gestores e os documentos analisados, a não-implementação do parto cesariana em Guiné Bissau está diretamente relacionada aos aspectos técnicos operacionais inerentes a um sistema de saúde frágil, *com recursos limitados e que são confrontados com outras urgências obstétricas, que não permitem a ilusão de querer implementar as cesarianas eletivas para todas as gestantes HIV+ neste momento*, e não como ligada a estigma e discriminação.

Faixa etária de inquiridos	Não responde	Técnico de saúde qualificado	Parteiras	Familiares	Outro (s)	Total
Entre 15-19 anos	67	0	23	15	2	107
	62,6%	,0%	21,5%	14,0%	1,9%	100,0%
Entre 20-24 anos	35	4	69	33	4	145
	24,1%	2,8%	47,6%	22,8%	2,8%	100,0%
Entre 25-49 anos	48	8	191	72	2	321
	15,0%	2,5%	59,5%	22,4%	,6%	100,0%
Mais a 50 anos	0	0	11	5	0	16
	,0%	,0%	68,8%	31,3%	,0%	100,0%
Total	150	12	294	125	8	589
	25,5%	2,0%	49,9%	21,2%	1,4%	100,0%

Quadro 8. Que tipo de profissional prestou assistência ao seu último parto Fonte: RF_CAP 2014.

Histórico - PTMF

A oferta de serviços de PTMF aumentou substancialmente após 2008. 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 para 53 em 2009.

O número dos centros que ofereciam terapia antirretroviral (TARV) preventiva para mulheres grávidas com HIV aumentou de 5 em 2008 para 28 em 2009. Ao final de 2009, existiam mais de 15 centros, nos quais crianças nascidas de mães soropositivas 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 abaixo.

Nº de grávidas	2007	2008	2009	2011
Que fizeram consulta pré-natal no país	42,127	40,986	42,998	40,228
Que fizeram consulta pré-natal em centros que ofereciam testagem	9,930	13,206	19,982	29,366
Aconselhadas e testadas	6,886	8,235	13,864	29,366
Porcentagem testada	16.3%	20.1%	32.2%	74%

Tabela 12. Número e % de mulheres grávidas foram testadas para HIV, Guiné-Bissau, 2007-2009. Fontes: UNGASS, 2010 e MISAU, 2011.

Uma medida considerada necessária para redução da vulnerabilidade das grávidas – e implementada - foi o desenvolvimento dos serviços de PTMF e de tratamento de DST 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.

O quadro geral em termos de Assistência, em 2011, era o seguinte:

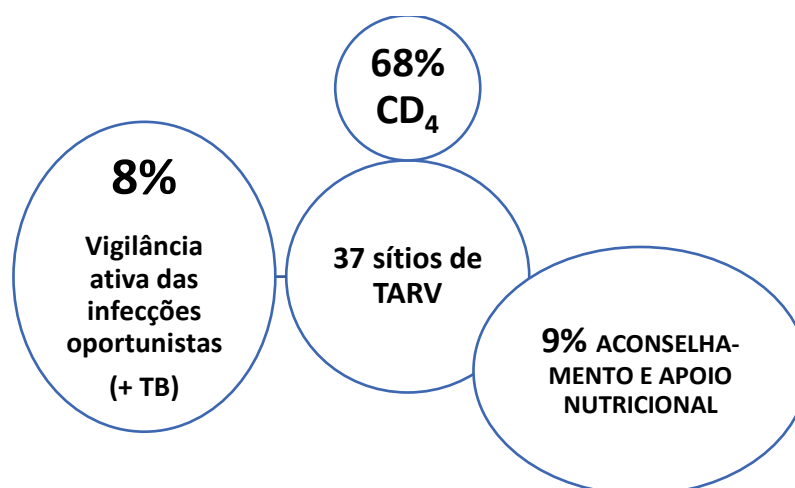


Figura 13. Condições para assistência às PVHA em Guiné Bissau, 2011. Fonte: e-TMF.

Houve grande mobilização nacional para que esses números fossem base para ações estratégicas de melhoria da adesão e da retenção, com possibilidade de acesso de diagnósticos, resultados e tratamento para toda a população necessitada.

Há consenso sobre a dificuldade da integração de serviços de PTMF em todos os serviços de saúde reprodutiva, incluindo estratégias avançadas e móveis, com minimização de *perdido de vistas* de mães soropositivas com visitas domiciliares de ativistas e agentes comunitários de saúde, promoção do nascimento assistido no centro de saúde e reforço da luta contra o estigma e discriminação.

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

Em relação à epidemia de HIV/Aids, até anos 1990 não havia o vírus tipo HIV 1 no país, mas em 2015 é o mais prevalente. A Faixa etária mais acometida no período gravídico é o das mulheres com menos de 25 anos de idade, chegam a ter o dobro da prevalência de infecção pelo HIV 1 em relação às grávidas com mais de 30 anos.

Os resultados do inquérito de 2010 mostram que, desde 2007, o número de mulheres grávidas que fizeram o teste do HIV 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. Em 2011 foram registrados os seguintes dados relativos às grávidas:

- 29.266 foram testadas, dentre as 40.288 registradas em CPN 1 (74%), sendo 1.744 positivas para HIV, sendo que apenas 4.478 dos parceiros foram testados (0,8%);
- Das 491 mães soropositivas que fizeram parto hospitalar foram referidas aos serviços de saúde e receberam aconselhamento adequado, com oferta de preservativos;
- Das 1744 mulheres grávidas testadas e positivas para HIV, 1129 começaram a profilaxia ARV e apenas 491 concluíram (30%);
- Das 637 crianças que iniciaram a profilaxia ARV, apenas 463 concluíram (24%).

O indicador de TARV para as grávidas soropositivas pelo menos quatro semanas antes do parto não estava disponível em 2011 devido à falta de coleta desse indicador nos relatórios mensais, sendo necessário integrar as informações e reforçar a capacitação dos profissionais de saúde, além das supervisões.

Esses valores são explicados pelos profissionais de saúde como decorrentes da baixa taxa de partos assistidos, falha na confidencialidade dos serviços de saúde, estigma e fome. A taxa de parceiros de mulheres grávidas acessados e testados em 2014 é de 4,7% (2.589/54.354), considerada muito baixa. O acesso aos homens para testagem é um desafio compartilhado por todos os países, no que se refere à respostas nacionais contra a epidemia de aids e sífilis.

A influência da pobreza também se faz notar em frequências aos centros de saúde. Segundo os técnicos de saúde entrevistados, embora seja obrigatória pelo menos oito consultas pré-natais, a maior parte das grávidas não chega a cumprir 50% das consultas. Com a implementação de um programa específico para isso em algumas instituições sanitárias com isenção de pagamentos das consultas e remédios, o número de grávidas que procuram estes serviços aumentou.

A par disso, com o apoio alimentar, através dos géneros do Programa Alimentar Mundial (PAM), muitas ONG's e associações conseguiram convencer alguma parte destes doentes a voltar aos cuidados médicos nos centros de saúde. Pese embora o critério fixado (índice de massa corporal inferior a 18,5) para aceder estes géneros, que acaba por excluir certos beneficiários²⁷⁷.

6.2. Transmissão Vertical e Diagnóstico Infantil Precoce.

Em relação às crianças expostas, a taxa de crianças nascidas de mães HIV+ que receberam a profilaxia de ARV é de 33,1%²⁷⁸ (771/2.326) e foram beneficiadas com diagnóstico precoce até os dois meses de vida 23,4% (546/2.326), um aumento significativo quando comparamos com os dados de 2011.

Em termos globais, foram recebidas e submetidas à análise 792 amostras, sendo 546 de crianças com idade menor de 2 meses (ou seja, 69% das amostras colectadas) e 246 com idade superior a 2 meses.

A taxa global da seropositividade pelo HIV encontrada é de cerca de 14% (11% nas menores ou igual a 2 meses e 18% para maiores de 2 meses de idade)²⁷⁹.

²⁷⁷ RF_CAP 2014:41.

²⁷⁸ PSN_Rv 2015:21.

²⁷⁹ RA_PTA 2015:9.

Região	Faixa Etária				Total	
	Menor/Igual a 2 meses		Maior de 2 meses			
	Testados	HIV+	Testados	HIV+	Testados	HIV+
SAB	78	0	62	9	140	9
Bafatá	106	0	18	0	124	0
Bijagós	2	6	0	0	2	6
Biombo	79	11	85	14	164	25
Bolama	2	1			2	1
Cacheu	85	14	11	7	96	21
Farim	13	3	3	1	16	4
Gabú	76	12	32	3	108	15
Oio	38	5	6	1	44	6
Quinará	13	2	16	6	29	8
Tombali	54	8	13	4	67	12
Total rastreado	546	62	246	45	792	107
Percentagem HIV+		11,4%		18,3%		13,5%

Tabela 13. Resultado das análises de diagnóstico precoce do HIV em Guiné Bissau por região. Fonte: RA_PTA 2015.

O diagnóstico precoce das crianças expostas (nascidas de mães HIV+), bem como o diagnóstico e triagem das crianças desnutridas continuam a ser uma das apostas do programa, constituindo-se deste modo num desafio para o incremento da taxa de cobertura da terapia ARV pediátrica.

Prova disso é a formação, em 2014, de 16 Técnicos de Laboratórios, a instalação de aparelhos de diagnóstico precoce DNA/PCR e Carga Viral, bem assim a formação de 40 prestadores de serviços de PTMF e TARV em apoio nutricional, o que permite afirmar com alguma segurança que doravante, o País dispõe de capacidade laboratorial para conduzir sofisticadas análises nesta matéria²⁸⁰.

Segundo o e-TMF de 2011, das 1.897 crianças nascidas de mães soropositivas no referido ano, apenas 39 se beneficiaram com o diagnóstico precoce do HIV dois meses após o nascimento. Ou seja, uma taxa de 2%. Este resultado foi explicado pelos gestores pelo fato do diagnóstico precoce do HIV só ter sido iniciado em setembro de 2011, através de um mecanismo para recolha de amostras em papel de filtro enviadas para Dakar, no Senegal.

Em 2011, havia 260 crianças < 15 anos em TARV, uma taxa de cobertura de 15%, analisada como decorrente da baixa cobertura dos serviços de cuidados pediátricos de HIV. Foi constatada uma queda substancial na transmissão vertical para 3,04% em relação aos 8,9% da prevalência do país.

²⁸⁰ RA_PTA 2015:9.

A chegada dos ARV em 2006 permitiu que outra possibilidade terapêutica fosse iniciada em 2007 – novo protocolo, zidovudina (AZT) a partir de 28 semanas de gestação nas mulheres HIV+ associado ao 3TC e Nevirapina, além do AZT para criança exposta durante 4 dias ou até a 4ª semana de vida.

Com a adoção, em 2007, do protocolo da OMS de tríplice terapia e amamentação exclusiva, manteve a queda nas taxas de transmissão vertical. Porém é constante a referência a uma falta de integração e coordenação das intervenções que, segundo os entrevistados e documentos analisados, gera um impacto negativo sobre a qualidade, monitoramento e avaliação.

A implantação do novo protocolo, em 2007, foi o resultado da assunção da responsabilidade por parte do Ministério da Saúde, através do seu Programa Nacional de Luta contra a Sida (PNLS) para proceder a extensão em nível nacional das intervenções de profilaxia da transmissão vertical segundo um plano elaborado para esse fim, em 2006, com horizonte temporal de 2007-2011, consequente avaliação feita aos cinco anos de intervenção da ONG Céu e Terras (2002-2006), na cidade e Bissau e hospital de Cumura com a monodose de Nevirapina.

6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país

Desde 2013 o país tem como referência a implementação da Opção B+, adotada em fevereiro de 2014, foi efetivada em 2015. A aplicação deste tratamento está em processo de desenvolvimento face às questões alfandegárias, de logística de armazenamento e distribuição dos medicamentos e das questões relacionadas à adesão ao tratamento.

Em 2014 o número de grávidas testadas para o HIV foi de 67,87%, em números brutos, 54.354/80.078²⁸¹, um aumento considerável em relação a 2012, quando apenas 37,3% das grávidas haviam sido testadas e com conhecimento de resultado (29.147/78.113).

A porcentagem de mulheres grávidas HIV+ que recebem ARV passou de 34,82% (738/2.119) em 2012 para 81,9% em 2015 (1.906/2.326).

As questões relativas a notificação e registro, logística de medicamentos e testes, cobertura para exames, saúde sexual e reprodutiva, contracepção, limites socioculturais para acesso aos parceiros das grávidas, todos são temas da máxima relevância ao se falar em Opção B+, trabalhados nos Planos Estratégicos e descritos em detalhes ao longo deste documento.

O fluxo típico de uma gestante em Guiné Bissau passa pelas seguintes estruturas, considerando-se do nível mais próximo à comunidade até o nível central, os papéis dos profissionais de saúde pública no combate à transmissão materno-infantil do HIV são descritos nos Planos Nacionais em detalhes, sendo as seguintes as atribuições:

²⁸¹ PSN_Rv 2015:21.

1. Agentes Comunitários de Saúde

Em 2014 eram 4.287 Agentes Comunitários de Saúde do sistema de saúde pública e 1072 das ONG ENDA e Ação Ajuda. Aos agentes comunitários de saúde estão atribuídas as principais funções relativas à **adesão** das comunidades às estratégias de proximidade dos programas de saúde implementados:

- Implementar o plano comunitário de e-TMF ;
- Participar na mobilização e sensibilização das comunidades ;
- Elaborar a cartografia das mulheres HIV+ e levar a cabo uma pesquisa ativa dos *perdidos de vista* , bem como o monitoramento e os relatórios das atividades;
- Participar na coordenação das atividades.

2. Zonas sanitárias

Nas zonas sanitárias serão realizadas as ações necessárias para a efetividade da parceria com as comunidades, a saber:

- Assegurar a coordenação, implementação e a supervisão do plano de e-TMF ;
- Levar a cabo a quantificação e o acompanhamento dos insumos e consumíveis ;
- Levar a cabo a supervisão das atividades comunitárias;
- Implementar o mecanismo de qualidade de dados ;
- Implementar o plano de integração CPN/PF/e-TMF/TARV
- Implementar o plano integrado de comunicação ;
- Implementar o mecanismo de incentivos de motivação ;
- Participar nas revisões das atividades.

3. Coordenações Regionais

No plano e-TMF 2012-2016, as Coordenações Regionais tem um papel imprescindível e muitas funções para garantir a fidedignidade dos dados coletados, assegurar a adesão dos pacientes e a logística dos insumos, além da comunicação. No Plano Nacional essas funções estão assim discriminadas:

- Assegurar a planificação, implementação e o acompanhamento/ supervisão e avaliação da e-TMF;
- Assegurar a coordenação, planificação, implementação e a supervisão conjunta do plano de integração de Saúde Reprodutiva - SR/HIV;
- Assegurar a recolha, exploração e qualidade de dados, a tomada de decisões;
- Assegurar o mecanismo operacional de retorno e de prestação de contas ;
- Assegurar a coordenação, planificação, implementação e a supervisão das atividades comunitárias; o desempenho da unidade, do pessoal e sobretudo dos ASC e dos ativistas;
- Assegurar o acompanhamento das medidas de incentivos para a motivação do pessoal de saúde e sobretudo dos Assistentes de Saúde Comunitária e ativistas de PVHA ;
- Assegurar o acompanhamento do plano de comunicação;
- Assegurar a elaboração do plano de abastecimentos e o acompanhamento da utilização dos insumos e consumíveis da região sanitária;
- Participar na supervisão conjunta a nível nacional.

4. CSLS, DSR, SNLS, Serviços Comunitários e de Promoção da Medicina Tradicional, Direção das Farmácias e Laboratórios com a colaboração do Grupo Técnico de PTMF

- Efetuar o acompanhamento da implementação ;
- Organizar e participar no esquema conjunto de concertação, planificação, implementação, monitorização/acompanhamento/ supervisão da integração de SR/HIV;
- Participar na pré-aprovação e na validação de alguns documentos estratégicos;
- Participar no processo e controlo de qualidade de dados ;
- Assegurar o seguimento dos abastecimentos nas unidades de CPN/e-TMF;
- Assegurar o acompanhamento da recolha dos levantamentos para o diagnóstico precoce.

5. Coordenação Operacional: Comitê Técnico de e-TMF e Grupo Técnico de e-TMF:

- Assegurar a coordenação técnica e a integração de CPN/e-TMF ;
- Assegurar o acompanhamento das actividades planeadas no quadro da integração ;
- Participar nas supervisões conjuntas ;
- Organizar as revisões semestrais, anuais, de meio-termo e final.

Uma gestante de Guiné Bissau será, portanto, assistida e atendida seguindo esse fluxo. Um exemplo de atenção à gestante e Boa Prática é o Hospital de Cumura.

Segundo os gestores entrevistados e os documentos analisados, as intervenções propostas no e-TMF pretendem: (1) Contribuir para a redução da prevalência de HIV/Aids entre jovens grávidas de 5% a 3,5% até 2017 e (2) Contribuir para a redução da porcentagem de infecções pelo HIV entre crianças, filhas de mulheres soropositivas para HIV que tiveram seus filhos nos últimos 12 meses, de 26% para 14% em 2017.

Os resultados esperados referem-se à meta 90-90-90, sendo 87% das mulheres grávidas conhecerem seu estado sorológico para HIV até 2017, 87% das grávidas soropositivas para HIV recebendo ARV para reduzir a transmissão mãe-filho até 2017 e 24% de crianças nascidas de mães HIV+ que se beneficiarão da testagem para HIV nos dois meses de nascimento em 2018.

No Plano Nacional 2015-2020 são apresentados aspectos considerados essenciais e estratégicos para se trabalhar junto às famílias, com foco na PTMF:

Pilar I – As intervenções junto às jovens em idade reprodutiva são muitas vezes limitadas às jovens que estão nas escolas. As intervenções junto às jovens não-escolarizadas são limitadas, dispersas e precisam ter melhor qualidade de intervenção.

Pilar II – Melhorar a baixa taxa de contracepção, limitada a 16%, reflete a uma falência na utilização de preservativos na última relação sexual.

Pilar III – Pensar formas de interferir na baixa implicação dos homens nos cuidados da gravidez.

Pilar IV – Frente à baixa implementação de testagem entre crianças, limitada às crianças filhas de mães soropositivas, amplificar as estratégias.

Também são considerados aspectos passíveis de intervenção os mecanismos de acompanhamento familiar, considerados fracos, e a inadequação entre número de PTMF (127) e assistência, com tratamento antirretroviral/ TARV (40), considerando-se a perspectiva da opção B+.

Sobre o TARV nas grávidas HIV+/Aids, é necessário formar e atualizar os prestadores de serviço em saúde, distribuir os aparelhos para exames de CD₄ e implementar um sistema organizado para recolha de amostras. Em relação à TARV nas crianças soropositivas, é necessário incluir o diagnóstico precoce, incluindo através de estratégias integradas avançadas e móveis e os centros de recuperação nutricional, formação e atualização dos fornecedores nos cuidados pediátricos de HIV e a integração dos cuidados pediátricos em todos os lugares que fornecem TARV.

O envolvimento dos homens melhoraria não só a taxa de cobertura de Consultas Pré-Natais como também a sobrevivência da mãe e da criança – essa implicação dos homens e dos agentes comunitários integra a estratégia avançada da Prevenção da Transmissão Materno-Infantil e implementação efetiva da Opção B e é um tema comum a todos os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, foco do presente Diagnóstico Situacional.

O Programa Nacional de Luta Contra Sida, PNLs, graças a cooperação Laços Sul-Sul com o Brasil e sub-regional (África Ocidental) com o Senegal através do projeto USAID-AWRE I começou uma série de formações sobre o manejo clínico da infecção pelo HIV incluindo o TARV e a Profilaxia da Transmissão Vertical com o apoio do Sistema das Nações Unidas. As referidas formações foram dirigidas para os profissionais de cinco regiões tidas como prioritárias no Plano Estratégico Nacional II (PEN II, 2007-2011), nomeadamente: Setor Autônomo de Bissau (SAB), Bafatá, Gabú Cacheu e Oio, e só depois às demais regiões do país.

No Plano Estratégico Nacional III (PEN III) 2015-2020, a prevenção da Transmissão Vertical contempla a sensibilização de 150 líderes comunitários sobre a importância da assistência pré-natal, reforçando as capacitações dos agentes comunitários e profissionais de saúde na aquisição de insumos de testagem, ARV e outros medicamentos necessários, com a melhoria da qualidade na vigilância dos pacientes. Para isso, o financiamento do Fundo Global é imprescindível.

Também a inclusão dos homens na sensibilização sobre a importância da PTMF é considerada uma estratégia avançada e necessária, assim como a ênfase aos cuidados e apoio para a unidade familiar. O cenário das mulheres grávidas soropositivas (87% das necessidades do país) requer disponibilização de insumos para tratamento, reforçando as capacidades técnicas e operacionais dos serviços.

A Educação Terapêutica é uma estratégia importante durante a gravidez, parto e os 18 meses seguintes, tanto para a mulher como para acompanhamento da criança.

Para assegurar a continuidade da Opção B+, um sistema de referência e contra referência será implementado, bem como provedores de cuidados para os pacientes HIV+. A pesquisa ativa da tuberculose será realizada a todas as grávidas soropositivas, além das crianças expostas.

Importante destacar que, atualmente, não há mais Opção A no país desde 2014, segundo os gestores e documentos avaliados, apenas as Opções B e B+ para atenção às gestantes HIV+/Aids. A Opção B+ foi adotada pelo país como protocolo, seguindo as diretrizes internacionais, em fevereiro de 2014, e em função da disponibilidade de testes e medicamentos, foi efetivamente oferecida em 2015.

6.4. ONG Parceiras

Em Guiné Bissau, a organização da sociedade civil conta com oito instituições, parceiras do governo em ações estratégicas, a saber²⁸²:

- ✚ Centro de Informações, Testagem e apoio – CIDA/ Alternag: oferece serviços de TARV e testagem voluntária em SAB, Bafata, Gabú, Oio, Quinara Tombali, Cacheu e Biombo, trabalhando preferencialmente com mulheres grávidas.
- ✚ Associação Guineense pelo Bem-Estar Familiar: oferece serviços de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho, aconselhamento e testagem, serviços de clínica móvel, sensibilização e distribuição de preservativos à comunidade;
- ✚ ENDA – Oferece serviços aos grupos vulneráveis, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, com trabalho em clínica móvel. A zona de intervenção inclui Bafata, Gabu, São Domingo, Canchungo, SAB.
- ✚ AGMS – Associação Guineense pelo Marketing Social, para promoção de uso de preservativos em todo o país, atuando preferencialmente em SAB, Oio, São Domingos, Tombali e Quinara.
- ✚ Rede Nacional de Pessoas Infectadas/Afetadas (RENAP+/GB), que agrega 12 associações, sendo 8 regionais e 4 em Bissau de Pessoas Vivendo com HIV e intervêm na promoção de atividades de comunicação para mudanças de comportamento, visita domiciliar para PVHIV e suporte psicológico. Atua nas regiões de SAB, Bafata, Gabú, Oio, Quinara, Tombali, Cacheu, Biombo, priorizando o trabalho junto às mulheres grávidas.
- ✚ SINAMAR e SIMAPPA, instituições públicas e empresas que trabalham na área de prevenção
- ✚ Pro-Bolama, que atua em Bolama e trabalha PTMF junto a mulheres grávidas e jovens.
- ✚ Associação Céu & Terras, que oferece serviços de PTME, TARV e CDV, que fez parte da visita de campo deste Projeto e está descrita abaixo, trabalha preferencialmente com as mulheres grávidas.
- ✚ CARITAS, que subsidia o Hospital Cumura, também visitado no Campo Guiné Bissau em agosto de 2015.

²⁸² PSE_PSN 2015-2020:8 e Concept Note 2014:13.



Figura 14. Sala de Triagem para grávidas HIV+ no Hospital de Cumura, Bissau. Em destaque na parte inferior a balança utilizada para pesar as gestantes. Foto da autora, com autorização, Bissau 2015.

Serão descritos os trabalhos da Associação Céu e Terras e do Hospital Cumura, que integraram a visita de campo realizada em agosto de 2015 em Guiné Bissau e são instituições de referência para o SNLS. O trabalho da Associação Céu e Terras foi tema de uma dissertação de Mestrado, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, defendida e aprovada em 2014²⁸³.

A Associação Céu e Terras, presente desde 2001 em Guiné Bissau, iniciou o Programa de Prevenção à Transmissão Vertical em 2002, com a chamada Opção A: introduziu a profilaxia da TV com a dose única de Nevirapina no início do trabalho de parto e nos recém-nascidos até as primeiras 72h de vida. Também em 2002 realizava aconselhamento, testes rápidos, orientações, apoio nutricional e medicamentoso aos pacientes HIV+ em Bissau, capital da Guiné-Bissau, tornando-se referência nacional e internacional.

Em 2008 a ONG desenvolveu o inédito Projeto “Assistência Domiciliária”, para aumentar a adesão das mulheres HIV+ ao tratamento de aids. As chamadas Ativistas, mulheres HIV+ que já passaram por tratamento ARV, foram contratadas para visita domiciliar especificamente para acompanhar gestantes que iniciavam TARV para aumento da aderência. O indicador de maior adesão utilizado foi o maior número de crianças testadas.

A Associação Céu e Terras estendeu sua área de intervenção fora dos Centros de Saúde de Bissau, para incluir o Centro Materno Infantil do Hospital de Cumura, por ter constatado que várias gestantes de diferentes bairros de Bissau se dirigiam a Cumura (distante 14km do centro de Bissau) para realização de consultas pré-natais (CPN).

²⁸³ SANE, Suado - *Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné-Bissau, 2007-2011*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2014.



Figura 15. Entrada do Centro Pediátrico, na ONG Céu e Terras, Bissau. Foto da autora, com autorização, 2015.

O Hospital Cumura, localizado a 14km de Bissau, é mantido pela Cáritas Italiana, historicamente abriga doentes graves, desde hanseníase, tuberculose e aids. Atende cerca de 2000 pessoas por mês, em particular gestantes HIV+. Muitas mulheres preferem ir a Cumura para não serem vistas nos serviços de aids da capital, por conta do preconceito. É uma instituição de referência para a Guiné Bissau e países vizinhos.



Figura 16. Vista geral – Cumura, Bissau. Foto da autora, agosto de 2015.

Céu e Terras e Cumura são dispositivos de excelência no atendimento em saúde na Guiné Bissau, atendendo pacientes com aids, tuberculose e hanseníase (lá denominada lepra), além de todo tipo de agravo.

Com a chegada do TARV de 1ª linha, oriundo da cooperação com o Brasil, houve substancial aumento da demanda. A partir de 2007, a ONG aumentou seus cursos para formação e capacitação de profissionais em Bissau e interior.

As ONG totalizam 34 organizações e as instituições religiosas, 17, realizando atividades de sensibilização e comunicação para mudanças de comportamento, além das atividades de prevenção e prestação de serviços PTMF e TARV.

O trabalho das ONG é essencial para a resposta nacional da Guiné-Bissau à epidemia de HIV/Aids e sífilis, tanto pela constância nas ações, capilaridade, respeito aos Direitos Humanos e princípio de não-segregação, atendendo grávidas de todas as religiões, idades, condições socioeconômicas, sem quaisquer restrições e com acompanhamento constante para garantir o máximo de adesão e retenção.

7. Tabela-síntese – Guiné Bissau²⁸⁴

1	GERAL		Fonte
1.1	População	1.852.284 895 836 (49,6%) H 911 588 (50,4%) M	PSE_PSN 2015
1.2	População urbana	49,3%	
	Taxa de urbanização	4,13%	
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	48,6	NC_2015
1.4	Taxa de fertilidade	4,9	MICS_5 2015
	Taxa de fecundidade - Mulheres de 15-19 anos	106	MICS_5 2015
	1º filho antes dos 18 anos	28,3%	MICS_5 2015
1.5	Taxa de crescimento da população	2,37%	
1.6	Taxa de nascimentos/ 1000	33,38 36,10	PSE_PSN 2015
1.7	Prevalência de contraceção	10% - 14,2% 16%	PSE_PSN 2015 MICS_5 2015
1.8	Partos HIV+ atendidos por especialistas	45,0 %	PSE_PSN 2015
	Partos em estruturas de saúde	44,0 %	MICS_5 2015
	Cesariana	3,9%	MICS_5 2015
1.9	Crianças <5 anos abaixo do peso	18,1%	
1.10	Mortalidade infantil – total/ 1000 nasc vivos	39,7 (neonatal)	
	Mortalidade infantil - meninos	98,8	
	Mortalidade infantil - meninas	79,33	
	Número de mortes fetais (geral)	89,21	
1.11	Taxa de Mortalidade materna/ 100.000 nascidos vivos	900	MICS_5 2015
1.12	Mortalidade neonatal	55/1.000 nascidos vivos	

²⁸⁴ FONTES :

1. PSE_PSN 2015 = GUINÉ-BISSAU. *Plan de Suivi Evaluation. Plan Stratégique Nacional 2015-2020*. República da Guiné Bissau. Conselho Nacional de Luta Contra Sida. 2015. 50p.
2. NC_2015 = GUINÉ-BISSAU. *Note Conceptuelle – Investir pour obtenir un impact contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme*. Le Fonds Mondial. Janvier, 204. 52p.
3. PE_TMF 2012 = GUINÉ-BISSAU. *Plano de Eliminação da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho 2012-2016*. República da Guiné Bissau. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde. 2012.
4. MISAU_2015 = MISAU. *Gap Programmatiques Guiné-Bissau Final*. Paper, 09 09 2015.
5. GNB_NR 2015 = MISAU. *Rapport d'activité national. Guinée-Bissau. April 2015*. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Luta contra Sida. 24p.
6. MICS_5 2015 = GUINÉ-BISSAU. *5º Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS-5) de Guiné-Bissau*. Ministério da Economia e Finanças. Direcção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística. 2014. 22p.
7. PSN_Rv 2015 = GUINÉ-BISSAU. *Plan Stratégique Nacional révisé de la riposte au sida 2015-2020*. República da Guiné Bissau. Conselho Nacional de Luta contra Sida. Secretariado Nacional de Luta contra sida. 2015.

2 GESTANTES - PTV			
2.1	Cobertura de Pré-Natal Mulheres 15-49 anos	92,4	MICS_5 2015
	Ao menos uma consulta, geral	79,8% (63.968/80.078)	PSN_Rv 2015
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	93,7 %	
	Pelo menos 4 consultas (CPN 4)	28,8% (18.436/63.968)	PSN_Rv 2015
	Assistência médica no momento do partp	43%	
2.2	Cobertura de PTV		
	Número de Grávidas	66.870	PSE_PSN 2015
	Grávidas HIV+	2.089	PSE_PSN 2015
	Prevalência de HIV entre mulheres grávidas	5%	PSE_PSN 2015
	Prevalência de HIV entre grávidas 15-24 anos	3,4%	PSE_PSN 2015
	Número de gestantes testadas	56.799 – 59.415 54.354;80.078 = 67,87 %	PSE_PSN 2015 PSN_Rv 2015
	Gestantes HIV+ testadas no PTME	81,91%	
	Incluídas no PTV	1184	
2.3	Estimativa de % de gestantes HIV+ em TARV	81,9% (1.906/2.326)	PSN_Rv 2015
	% de gestantes que necessitam TARV	479	
2.4	Taxa de transmissão vertical HIV	8,9	
	% de crianças de mãe HIV+ testadas	22,1 %	
2.5	Início do programa PTV no país	2002	
3 HIV/AIDS e SÍFILIS			
3.1	Sítios sentinela Pacote Estatístico	76 Spectrum	MISAU_2015
	Tipo de epidemia	Generalizada	PSE_PSN 2015
3.2	Conhecimento do estatuto sorológico		
	Testagem para HIV	41%	GNB_NR 2015
	Nº total de pessoas que fizeram o teste e receberam o resultado	18.115/32.397 55,9%	PSN_Rv 2015
	15-49 anos teste+resultado		
	Mulheres	9,8%	MICS_5 2015
	Homens	6,1%	MICS_5 2015
	> 15 anos testagem e aconselhamento	41 030	
	Jovens 15-24 anos teste+resultados		MICS_5 2015
	Mulheres	23,4%	
	Homens	12,4%	
	Cobertura de testagem HIV entre gestantes	67,87% (54354/80078)	
	Novas infecções - população geral	2.645	PSE_PSN 2015
3.3	Prevalência nacional geral	3,3%	PSE_PSN 2015
	Prevalência global por região	3% urbano 2.3% rural	PSE_PSN 2015
	Prevalência HIV-1	1,8%	PSE_PSN 2015

	Prevalência HIV-1 entre 15-49 anos	3,25	PSN_Rv 2015
	Prevalência de HIV-2	0,9%	PSE_PSN 2015
	Prevalência dupla infecção HIV-1 e HIV-2	0,7%	PSE_PSN 2015
	Homens	1,4 % - 1,5%	PSE_PSN 2015
	Mulheres	4,2 % 5%	GNB_NR 2015 PSE_PSN 2015
	Adultos 15 – 49 anos	3,25% 3,3%	GNB_NR 2015 PSE_PSN 2015
	Mulheres 15-49 anos	6,9%	PSE_PSN 2015
	Prevalência do HIV entre gestantes	4,5% - 5%	PSE_PSN 2015 GNB_NR 2015 PSN_Rv 2015
	Prevalência do HIV entre gestantes 15-24 anos	3,4%	PSE_PSN 2015
	% de recém-nascidos filhos de mães HIV= que nascem infectados pelo HIV	26%	PSE_PSN 2015
	% de crianças filhas de mães HIV+ que são testadas para HIV nos 2 primeiros meses de vida	23,47% (545/2.326)	GNB_NR 2015
3.4	Transmissão sanguínea	3,3%	
	Transmissão vertical	8,9 %	
3.5	Número de pessoas vivendo com HIV (2013)	41 000 [37 000 – 47 000] 37.892	PSE_PSN 2015
	Adultos > 15 anos	35 000 [31 000 – 40 000]	
	Prevalência do HIV entre adultos 15- 49 anos	3,7 [3,3 – 4,3] 3,45	PSE_PSN 2015
	Mulheres > 15 anos	21 000	
	Crianças HIV+	4.940	PSE_PSN 2015
	Grávidas soropositivas para HIV	2326	
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	6 100 [5 200- 7200] 4.940	PSE_PSN 2015
3.6	Órfãos por causa da doença	10.614	
3.7	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	2300 [1900-2700]	
	Mortes de adultos relacionadas ao HIV/Aids	1.251	PSE_PSN 2015
	Mortes de crianças relacionadas ao HIV/Aids	363	PSE_PSN 2015
3.8	Número de casos de sífilis congênita notificados	1,1 (2010)	
3.9	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes na primeira consulta de pré-natal	67,87%	PSN_Rv 2015
	Prevalência de sífilis entre gestantes	2,1% (123/5.666)	PSN_Rv 2015
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	22,6% 8.127/35.997	GNB_NR 2015
	Cobertura TARV entre pessoas em tratamento 12 meses após início	80,7% (826/1024)	
	Cobertura de ARV para gestantes HIV+	81,91% (1906/2326)	PSE_PSN 2015
	Cobertura ARV entre crianças	11 [8 – 14]	

	Cobertura de TARV para crianças expostas	33,10%	
	Crianças em TARV com 2 meses de vida	23,47% (545/2326)	
4.2	População em TARV	8127 // 8633/35.977	NC_2015
	Adultos 15-24 anos	3,56% (548/15.409)	
	Crianças filhas de mães HIV+ que recebem TARV	1880 – 1903 771/2.326	PSE_PSN 2015 PSN_Rv 2015
	Taxa de retenção a 12 meses TARV	80,7% (826/1.024)	PSN_Rv 2015 NC_2015
	Taxa de retenção a 12 meses TARV - Homens	74,1% (209/282)	PSN_Rv 2015
	Taxa de retenção a 12 meses TARV - Mulheres	83,2% (617/742)	PSN_Rv 2015
	Taxa de retenção a 24 meses TARV	52,6% (795/1511)	
	Gestantes HIV+ em TARV para prevenção da TV	2.091 – 2.165 1.906	PSE_PSN 2015 PSN_Rv 2015
	% estimada de gestantes HIV+ em TARV	1.906/2.326 = 81,9%	PSN_Rv 2015
4.3	Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	2100 [1800-2500]	
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNAIDS/WHO	3 300 [2500 – 4400]	PSN_Rv 2015
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	1/1000	
	Regiões Sanitárias	11	PSE_PSN 2015
	Centros de saúde	123	
	Hospitais Regionais	5	
	Hospitais Nacionais	1	
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos	124	
	Número de enfermeiras	868	
	Dentistas	13	
	Farmacêuticos	21	
	Técnicos de laboratório	207	
	Outros profissionais de saúde	1526	
Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0		
5.3	Serviços de teste e aconselhamento		
	Serviços que realizam TARV	39	NC_2015
5.4	Fluxo de notificação	Unidade – Distrito - Central	
5.5	Caracterização sócio geográfica	Continental/insular	Ver item Contexto
5.6	Questões culturais específicas	Poligamia/ idiomas	Ver item adesão
5.7	ONG parceiras	Céu e Terras/ Cumura	Ver neste relatório

Projeções 2015 – 2020

Indicadores demográficos	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População total	1 852 284	1 895 081	1 938 887	1 983 714	2 029 556	2 076 382
Popul. - homens 15-49 anos	451 380	464 976	478 975	493 367	508 149	523 308
Popul.- mulheres15-49 anos	447 639	461 011	474 880	489 242	504 090	519 398
Total 15-49 anos	899 019	925 986	953 854	982 609	1 012 239	1 042 707
População 15-24 anos	187 613	191 908	196 094	200 228	204 402	208 137
População 15-24 anos	377 855	386 477	394 873	403 153	411 504	419 970
População - homens 15-64 anos	509 126	522 679	536 390	550 402	564 914	580 053
População - mulheres 15-64 anos	511 229	524 461	537 877	551 659	566 044	581 173
Taxa bruta de natalidade	36,10	35,77	35,43	35,08	34,72	34,37
Crianças em idade escolar (primário)	388 272	395 327	402 474	409 564	416 701	424 010
Crianças em idade escolar (secundário)	245 612	250 722	255 907	261 154	266 399	271 594
População adulta HIV	37 892	39 051	40 514	42 286	44 368	41 539
População crianças HIV	4 940	4 741	4 576	4 382	4 211	4 071
Grávidas	66 870	67 796	68 689	69 581	70 473	71 366
Grávidas soropositivas	2 089	2 091	2 089	2 084	2 076	2 064
Adultos recém-sintomáticos	2 276	2 133	1 961	1 770	1 562	1 340
Crianças recém-sintomáticos	702	698	690	679	665	660
Mortes – adultos HIV	1 251	1 090	898	695	503	343
Mortes – crianças HIV	363	334	301	264	221	172
Prevalência de HIV entre adultos (%)	3,45	3,44	3,43	3,42	3,41	3,39
Número de PS	6 715	6 915	7 123	7 339	7 561	7 791
Número de HSH	502	578	664	764	878	1 010
Trabalhadores	5 030	5 785	6 652	7 650	8 798	10 117
Motoristas, marinheiros e pescadores	2 012	2 314	2 661	3 060	3 519	4 047
Mulheres vítimas de violência	1 141	1 169	1 198	1 227	1 257	1 288

Fonte: Spectrum, Relatório SNLS 2015.

8. Conclusões e Recomendações

8.1. Aspectos positivos a serem valorizados

A Guiné Bissau tem como pontos positivos em sua resposta à epidemia do HIV/Aids e sífilis congênita o alinhamento técnico e político com as propostas internacionais, o reconhecimento da gravidade da epidemia e das dificuldades da situação social do país, bem como a complexidade cultural que envolve a constituição da população.

A incorporação do PTMF às CPN é uma estratégia vitoriosa, pois consegue acessar a população feminina de imediato. Apesar de constrangimentos socioculturais, económicos e psicossociais testemunhados, denota-se influências positivas através de aumento progressivo do número de grávidas que efetuam as consultas pré-natais, e do número de partos efetuados nas instituições sanitárias modernas. Apesar de os partos domiciliários continuarem a ser significativos. O uso de alguns contraceptivos para evitar a gravidez é entendido por muitos como planeamento familiar. Porém, a vulgarização de conhecimento da infecção do HIV/Aids é hoje de extensão comunitária nacional. Apesar disso, as principais formas de infeção e prevenção continuam a suscitar debates dúbias, com lógicas errôneas construídas no seio de diferentes comunidades e gerações, como por exemplo a transmissão por mosquito ou feitiçaria²⁸⁵.

A Opção B+ já está implantada no país, sendo efetivamente realizada em diversos serviços. A fundamentação epidemiológica desse tratamento, o “tratamento como prevenção” está assimilado pelos profissionais do sistema de saúde pública.

Inicia-se em 2015-2016 um trabalho com ênfase à Comunicação, em parceria com Unicef e Ministério da Saúde do Brasil – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. A grande disposição dos gestores guineenses em estabelecer parcerias é um ponto extremamente positivo para a construção e efetividade da resposta do país à epidemia.

Embora o número de médicos esteja aquém do necessário, há uma força-tarefa dos profissionais da enfermagem para atenção aos pacientes HIV/Aids.

Os pacientes soropositivos para HIV são atendidos nos mesmos serviços de saúde que todos os outros pacientes, sem separação. Isso é percebido como positivo, incentivando ao não-preconceito.

As ONG tem um trabalho consistente e respeitado no país, trazendo inovações e investindo na capacitação dos profissionais de saúde, sendo reais parceiras do governo.

Começa a haver maior visibilidade das pessoas soropositivas para HIV, com trabalhos intensivos para redução do estigma e da discriminação.

O sangue utilizado em transfusões é testado, e apenas em situações de emergência são realizadas transfusões sem teste prévio.

²⁸⁵ RF_CAP 2014.

Guiné Bissau tem sua resposta nacional documentada, e os gestores generosamente forneceram amplo material para a realização desta pesquisa, destacando a cuidadosa revisão da primeira síntese elaborada do material (fevereiro de 2016), com detalhamento nas respostas e profundo respeito pela consultora.

A documentação oficial sobre a resposta à epidemia de HIV é sintética, concisa e muito bem escrita, sem contradições numéricas, sem excesso ou repetição de informações, fornecendo um quadro objetivo e claro das possibilidades e realizações e lucidez quanto aos limites das intervenções. Sugere-se apenas a síntese da produção em uma ficha catalográfica padronizada para todas as publicações.

Há uma grande preocupação com a tuberculose, que começa a aparecer como altamente prevalente entre os pacientes HIV+.

Também as iniciativas de intensificação do ativismo, pessoas HIV+ auxiliando pacientes igualmente soropositivos, começam a ser ampliadas no cenário nacional, ainda que mais concentradas na capital.

Líderes religiosos e Praticantes de medicina tradicional são atores sociais que detém imensa confiança por parte da população. Esse é um ponto que merece mais atenção, pois as estratégias que eles utilizam – *escuta, respeito, tempo* – com aqueles que os procuram podem ser ferramentas importantes para o desenvolvimento de estratégias preventivas. Não apenas convocá-los para “apresentar-lhes as práticas científicas”; integrá-los com respeito, com espaço para que ensinem algo que seja de fato importante e, principalmente, traçar limites de atuação, compreender estratégias de desenvolvimento de confiança – que são a base da adesão.

Segundo os técnicos dos centros de saúde, há uma consciencialização da população em geral sobre a pandemia da aids, o que se reflete na forma como as pessoas têm aceitado a mensagem, havendo cada vez maior solicitação e uso do preservativo, maior realizações de testes de despistagem, por parte das grávidas e conseqüente tratamento da transmissão materno infantil. Contudo, ainda há questões culturais que influenciam a transmissão e tratamento do HIV, e testemunha-se abandonos e resistências ao tratamento, porque a comunidade persiste em acreditar mais na cura tradicional do que na cura convencional²⁸⁶.

A infraestrutura começa a se estabilizar em termos de fornecimento de energia elétrica e abastecimento de água.

A ênfase atual a aspectos da comunicação, prevenção e o nível de atualização dos gestores são fatores positivos. A construção da resposta à epidemia passa por limites severos, desde a alimentação até a cristalização de hábitos culturais. Mas está firme e num crescente movimento de solidificação, autocrítica e expansão. O compromisso dos gestores é inequívoco e permitirá que os pontos de vulnerabilidade, elencados a seguir, sejam trabalhados e superados.

²⁸⁶ RF_CAP 2014.

8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

A Guiné-Bissau encontra-se em situação de extrema dificuldade econômica e suas ações frente à epidemia de HIV/Aids e sífilis congênita dependem majoritariamente de financiamento externo. É uma grande preocupação para os gestores a questão da sustentabilidade das ações. Em todas as instituições intermediárias de intervenção testemunhou-se carências financeiras e materiais.

Para além destas considerações é importante reconhecer que a vulgarização do uso do preservativo tem ganho espaço nas diferentes comunidades como principal método de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV. Apesar disso, não é utilizado entre os casais como método contraceptivo, e em certas regiões a percentagem é muito baixa. Assim, é importante reforçar a sensibilização para a utilização do preservativo entre casais a fim de mostrar que o uso do mesmo não representa a falta de confiança ou presunção de infidelidade entre os mesmos, sobretudo em regiões como Biombo, Tombali, Oio.

De forma geral, a utilização dos métodos contraceptivos depende em grande parte do estatuto matrimonial da mulher. Tanto em espaços rurais como em espaços urbanos há um sentimento generalizado de que a utilização dos contraceptivos, por parte de mulheres, sobretudo as solteiras, representa propensão a liberdade e promiscuidade sexual e, por conseguinte, a prostituição disfarçada. Dai que as mulheres casadas, no entendimento dos seus maridos, não devem recorrer a nenhum método que lhes possa impedir a procriação. Esse entendimento tende a perder o seu rigor nos mais novos e citadinos, estando assim, associado a certos valores tradicionais que tendem a constituir obstáculos aos atores envolvidos em processos de sensibilização²⁸⁷.

Parcerias são estabelecidas, porém poucos os parceiros que repassam tecnologia e investem na autonomia da Guiné Bissau em termos metodológicos e científicos. Em algumas situações as precariedades acabam potencializadas: grandes distâncias, estradas de difícil acesso, poucas condições materiais (carros climatizados) para o perfeito transporte dos testes e insumos, limitações para importação de medicamentos – com altas tarifas alfandegárias e prazos extensos frente às demandas burocráticas são algumas das barreiras que especificamente afetam a implementação da Opção B+ em todo o país.

A questão nevrálgica da notificação segue como dificuldade mais importante a ser superada. São mencionadas a falta de compreensão, por parte dos profissionais de saúde dos serviços, da real importância de uma completa notificação. Porém, há que se considerar a sobrecarga de trabalho que muitos profissionais têm, com extensas agendas de atendimento ininterrupto; dificuldade operacional com a escrita em português e compreensão dos sistemas informatizados.

Há muitos dialetos e o *crioulo*, principal língua falada, não tem uma gramática. Os documentos oficiais estão em português e alguns, que foram disponibilizados, estão em francês, assim como materiais de campanhas preventivas, como podemos ver em algumas fotos.

²⁸⁷ RF_CAP 2014:61.

Considerando a multiplicidade dos dialetos e a inexistência de uma gramática em crioulo, e o fato da maioria da população falar esse idioma, a comunicação é realmente um dos maiores desafios para a construção de uma resposta que de fato atinja a população.

Também há que se considerar o alto índice de analfabetismo ou baixo letramento, fator que define toda uma limitação para se pensar campanhas massivas educativas.

Outro ponto de vulnerabilidade é a questão da invisibilidade das populações-chave. Homossexuais, pessoas trans e profissionais do sexo não são *reconhecidos como parte da sociedade*, e praticamente considerados; caminhoneiros e presidiários, um pouco mais considerados. Mesmo assim, por múltiplos fatores culturais, essa invisibilidade dificulta e muito a elaboração de estratégias preventivas e de assistência.

Considerando-se a importância das coinfeções, três aspectos precisam ser aperfeiçoados:

- (1) A testagem da tuberculose entre PVHA, que não está posta como estratégia prioritária, tampouco documentada ou reportada sistematicamente pela SNLS;
- (2) A sistematização da notificação das infecções sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis, que não está inserida na rotina dos serviços;
- (3) A falta de atenção à saúde mental, por falta de profissionais capacitados, e a necessidade desse apoio para pessoas recém-diagnosticadas em especial, para aumento da adesão.

Portanto, como recomendações ficam a inserção na rotina dos serviços da testagem para tuberculose entre pacientes HIV+ e vice-versa, a notificação das IST e a demanda por serviços de saúde mental junto às parcerias internacionais já estruturadas no país, pois é importante aos profissionais que compreendam e incorporem as nuances culturais que determinam e mantêm comportamentos nem sempre favoráveis à adesão.

Algumas práticas culturais não são reconhecidas como gerais por todos os gestores. Ao mesmo tempo em que são mencionadas por alguns entrevistados como práticas comuns e recorrentes, há uma negação veemente, como se não existissem mais no contexto atual do país. Esse é um ponto a ser esclarecido, pois determinadas práticas e ritos sexuais interferem de modo direto na possibilidade de uma promoção de saúde que faça sentido para todos, e não apenas a reprodução de práticas já conhecidas e consagradas.

Finalmente, a religião e os curandeiros/ praticantes de medicina tradicional precisam ser incorporados aos diálogos da saúde pública: tanto os limites que impõe aos cidadãos (e muitas vezes são desconhecidos pelos profissionais de saúde que, ao desrespeitar esses limites, promovem a perda do paciente) como as boas práticas, em particular de acolhimento, escuta, respeito e orientação.

Diversos esforços têm sido feitos para agilizar a logística dos medicamentos, ampliar o alcance da testagem e vinculação (saberem o resultado), retenção nos serviços (tratamento) e promoção de saúde sexual e reprodutiva.

5. GUINÉ EQUATORIAL



SIGLAS – GUINÉ EQUATORIAL

APS - Agentes Primários de Saúde/ Atenção Primária à Saúde
 ARV - Antirretrovirais
 CD₄ - Cluster Differentation 4, um tipo de linfócito, célula de defesa do organismo
 CIA - Central de Inteligência Americana
 CPLP - Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP
 DDAHV - Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, aids e Hepatites Virais
 DOT - Tratamento Diretamente Observado
 DOTS - Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado
 EDSGE – I - *Encuesta de Demografía y Salud*
 GARPR - Global Aids Response Progress Report
 INSESO - Instituto Nacional de Seguro Social
 HIV/Aids - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida
 HSH - Homens que fazem sexo com Homens
 IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
 ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
 ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre o VIH/SIDA
 OMS - Organização Mundial da Saúde
 ONU - Organização das Nações Unidas
 PCR - Polymerase Chain Reaction – Reação de Cadeia de Polimerase
 PVAH - Pessoas Vivendo com HIV e Aids
 PTMF - Prevenção da Transmissão Mãe-Filho (PTMF)
 PTMH - Programa de Prevenção da Transmissão *Madre-Hijo*
 PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
 PNSR - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
 PNLS - Programa Nacional de Luta contra Sida
 RIDES - Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde
 TS - Trabalhadoras do Sexo
 TV - Transmissão Vertical
 TARV - Tratamento antirretroviral
 TB - Tuberculose
 TB/ MDR - Tuberculose Multidrogarresistente
 TB-MDR/RR – Tuberculose Multidrogarresistente/ Resistente a Rifampicina
 UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
 VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida
 WHO – World Health Organization

FIGURAS

Figura 1. Localização da Guiné Equatorial. Fonte: cia.gov, 2016.

Figura 2. Pirâmide Populacional – Guiné Equatorial, 2016. Fonte cia.gov, 2016.

QUADROS

Quadro 1. Registro de Graduados da Faculdade de Ciências Médicas de Guiné Equatorial entre 2000 e 2009. Fonte: WHO/ODM_2010:50.

Quadro 2. Atenção a tuberculose multidrogarresistente, 2015, em Guiné Equatorial. Fonte: WHO_2016a.

Quadro 3. Prevalência/ HIV+ entre gestantes da Guiné Equatorial, 2009-2013. Fonte: Informe Nacional, 2013.

Quadro 4. Testes rápidos HIV em grávidas no período 2000 – 2007 na Guiné Equatorial. Fonte: WHO/ODM_2010.

TABELAS

Tabela 1. Incidência de HIV/Aids na Guiné Equatorial. Fonte: indexmundi.com, 2016.

Tabela 2. Estimativas de Mortalidade por aids na Guiné Equatorial. Fonte: IndexMundi, 2016.

Tabela 3. Notificações de casos de tuberculose em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016a.

Tabela 4. Estimativas – tuberculose em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016a.

Tabela 5. Estimativas de tratamento de aids na coinfeção TB/HIV em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016a.

Tabela 6. Partos assistidos em Guiné Bissau (2004 e 2008) por profissional formado. Fonte: WHO/ ODM, 2010.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Estimativa da Prevalência de HIV na Guiné Equatorial em 2011. Fonte: ESDGE-I, 2011.

Gráfico 2. Prevalência de HIV na Guiné Equatorial, segundo idade. Fonte: ESDGE-I, 2011.

Gráfico 3. Estimativas da prevalência de HIV em jovens de 15-24 anos na Guiné Equatorial. Fonte: ESDGE-I, 2011.

Gráfico 4. Testes Rápidos de HIV+ - 1987 e 2007 (em %), Guiné Equatorial. Fonte: WHO, 2016.

Gráfico 5. Testes rápidos de HIV com resultados positivos em Homens e Mulheres, de janeiro a agosto de 2007. Fonte: WHO, 2016.

Gráfico 6. Evolução dos casos declarados de tuberculose entre 1994 e 2005. Fonte: WHO, 2016.

Gráfico 7. Casos de tuberculose declarados entre 2005 a 2007. Fonte: WHO, 2016.

Gráfico 8. Porcentagem de crianças HIV+ < 15 anos em TARV na África. Fonte: Unicef, 2014.

Gráfico 9. Porcentagem de mulheres HIV+ recebendo ARV mais efetivos na África. Fonte: Unicef, 2016.

1. Contexto

1.1. Localização

Localizada na parte ocidental da África Central a República da Guiné Equatorial é composta por dois territórios insulares (ilhas vulcânicas de Bioko e Pagalu) e um continental (Mbini), somando uma área de 28.051 km².

A Capital, Malabo, é povoada por cerca de 140 mil pessoas. A porção continental faz fronteiras com Camarões (ao norte), Gabão (sul e leste) e ao Golfo da Guiné (a oeste).

A ilha de Bioko dista cerca de 40 km de Camarões. A ilha de Ano Bom fica cerca de 595 quilômetros a sudoeste de Bioko. A região continental de Rio Muni, de maior área, fica entre o Gabão e os Camarões e inclui as ilhas de Corisco, Elobey Grande, Elobey Pequeno e ilhotas adjacentes.



Figura 1. Localização da Guiné Equatorial. Fonte: cia.gov, 2016.

1.2. Questão Histórica

O país foi ocupado por portugueses em 1470, porém em 1778 os espanhóis iniciaram a colonização que se estendeu por muito tempo, até o quarto final do século XX²⁸⁸. Em 1909, as colônias espanholas de Elobey, Annobón, Corisco, Fernando Póo e Guiné Continental Espanhola foram unidos sob uma administração única, formando os *Territorios Españoles del Golfo de Guinea* ou simplesmente *Guinea Española*.

Em 1935, a colônia foi subdividida em dois distritos: Fernando Póo - ilha de Annobón, com a capital Santa Isabel - e Guiné Continental, com a capital Bata, e as ilhas Corisco e Elobey).

²⁸⁸ <http://gequatorial.org.br/historia.htm>

Em 1960, os dois distritos tornaram-se Províncias Ultramarinas de Espanha, e designadas Fernando Póo e Rio Muni. Em 1963 as províncias foram combinadas na região autônoma da Guiné Ecuatorial e, em 12 de outubro de 1968, foi proclamada sua independência, depois de 190 anos de domínio espanhol. O primeiro presidente foi Francisco Macias Nguema, cujo mandato de dez anos terminou em 1979 com sua deposição. Segundo documentos²⁸⁹, após a independência seguiram-se 11 anos de ditadura, caracterizada *por extermínio e êxodo da população, assim como quebra de direitos fundamentais das pessoas*.

Em 3 de agosto de 1979 é instaurado um novo regime, e assume o presidente, Teodoro Obiang Nguema Mbasogo, que permanece no poder, tendo sido reeleito em abril de 2016 para um mandato até o ano de 2023. O presidente exerce total controle sobre o sistema político.

Há referências a um pluralismo político desde 1992, com 13 partidos políticos legalizados.

A Guiné Equatorial era um dos países mais pobres da África e do mundo até o final do século XX. Na década de 2000, passou a ser o primeiro país da África Subsaariana, com grandes e importantes transformações em várias esferas. Em 2007 o Governo levou a cabo um amplo processo de diagnóstico da situação do país e elaboração de uma agenda para crescimento²⁹⁰

Existem duas regiões administrativas, a região insular e a região continental. E administrativamente em sete províncias (cujas capitais estão entre parênteses): Ano Bom (San Antonio de Palé) Bioko Norte (Malabo) Bioko Sur (Luba) Centro Sur (Evinayong) Kie Ntem (Ebebiyin) Litoral (Bata) Wele Nzaz (Mongomo), ou seja, 4 regiões continentais e 3 insulares. No total são 18 distritos, 30 municípios, 827 conselhos de povoados e 163 comunidades.

Nas províncias, a autoridade máxima é o Governador; nos Distritos, os Delegados de Governo; nos municípios, os Delegados de Governo Adjuntos; nos conselhos de povoados e comunidades, seus Presidentes. E assim mesmo, cada tribo tem um chefe. Uma lei de descentralização administrativa foi aprovada em 2003 para transferir as funções para os municípios²⁹¹.

1.3. Contexto Político

O Estado exerce suas funções através do Poder Executivo, composto pelo Presidente da República, Conselho de Ministros e Primeiro Ministro, Poder Legislativo com representantes do povo, chefiado pelo Presidente da câmara, e o Poder Judiciário chefiado pelo Presidente da Suprema Corte de Justiça. Atualmente, a sede do Governo é compartilhada durante períodos de aproximadamente seis meses entre a capital Malabo e Bata, na região continental.

Brasil e Guiné Equatorial estabeleceram relações diplomáticas em 1974, sendo que a Embaixada do Brasil na capital Malabo foi inaugurada em 2006.

²⁸⁹ CCA_2011:12-13.

²⁹⁰ CCA_2011. *Balance Común de Pais (Common Country Assessment)*. República de Guiné Ecuatorial e ONU, Novembro de 2011.

²⁹¹ CCA_2011. *Balance Común de Pais (Common Country Assessment)*. República de Guiné Ecuatorial e ONU, Novembro de 2011.

O comércio bilateral tem registrado montantes significativos²⁹², em especial em virtude da importação de petróleo pelo Brasil.

Em 2007 o Presidente Obiang anuncia a adoção do Português como terceira língua oficial, satisfazendo o requisito para ingressar na Comunidade de Países de Língua Portuguesa, o que se efetivou no ano de 2014.

A economia da Guiné Equatorial fortaleceu-se nos anos 1990, com a descoberta de reservas de petróleo e gás, tornando-se um exportador importante, mantendo o maior PIB per capita do continente africano, valor estimado em U\$ 19.998 a U\$ 31.730, de acordo com diferentes fontes. A distribuição de renda, porém, ocorre de modo desigual e atualmente estima-se que a taxa de desemprego esteja em 22,3%. Pouco mais de 21% da população tem acesso a internet, e existe apenas uma companhia de televisão. Estimativas de 2015 trazem como dado 70% da população com acesso a telefone celular, e as linhas fixas são adquiridas e mantidas por 2 a cada 100 pessoas. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2014 foi de 0,587, considerado médio.

1.4. População

Os grupos étnicos que compõem a população da Guiné Equatorial são os Fang (85,7%), Bubi (6,5%), Mdowne (3,6%), Annobon (1,6%), Bujeba (1,1%) e outros (1,4%). As diferenças étnicas têm reflexos na linguagem (idioma) e aspectos culturais específicos, em especial relacionados a cuidados com a saúde, rituais de luto e questões sexuais e reprodutivas.

A população urbana contabiliza 39,9% do total, sendo 60,1% a população rural. A distância entre as áreas insulares e continentais dificulta a integração dos serviços em geral e o acesso da população a educação e saúde.

Como o registro de nascimento não está acessível a todos, há variações significativas nos números que determinam o total da população na Guiné Bissau. O mesmo vale para o atestado de óbito, documento que não existe no país. Nos casos de morte, o delegado distrital faz o atestado. Não há aparato de Medicina Legal na Guiné Equatorial.

A população estimada pela Central de Inteligência Americana (CIA) em 2016 é de 759.451 pessoas; para o *III Censo General de Población y Vivienda de 2001*, realizado na própria Guiné Equatorial, o número de habitantes era de 1.014.999 pessoas, sendo 50,6% de mulheres e 49,4% de homens²⁹³. Porém, para efeito deste relatório, foi adotado o número apresentado pela ONU, fornecido na entrevista realizada em Malabo, em abril de 2016.

- Pirâmide populacional

A população estimada em 2016 pela ONU é de 1.222.442 pessoas, sendo prioritariamente jovem, como demonstra a pirâmide a seguir:

²⁹² <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/ficha-pais/5218-republica-da-guine-equatorial>.

²⁹³ CCA_2011:7.

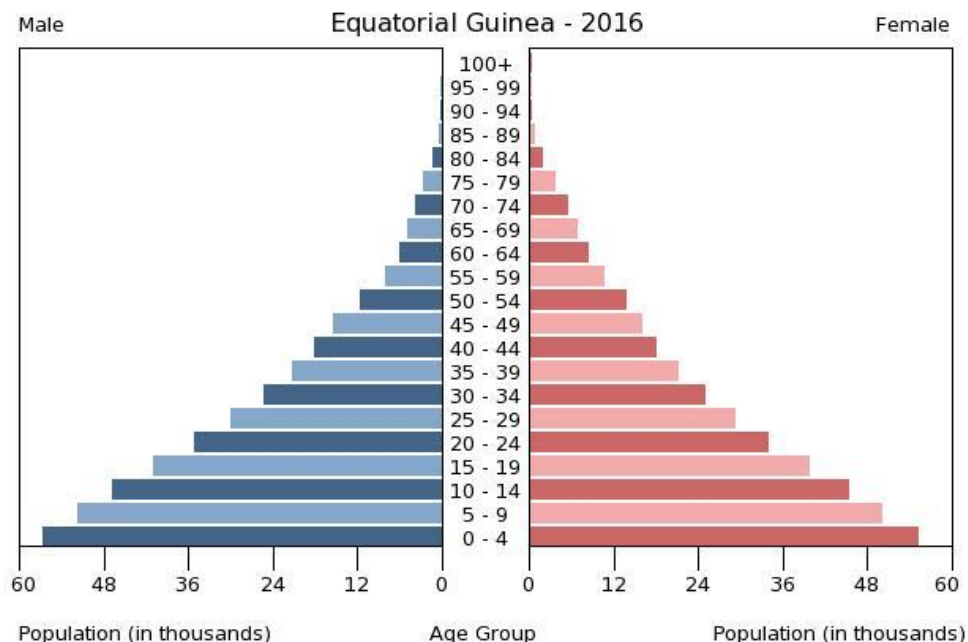


Figura 2. Pirâmide Populacional – Guiné Equatorial, 2016. Fonte cia.gov, 2016.

A distribuição etária, que tem como idade média 19,6 anos, é a seguinte:

- 0-14 anos:** 40.15% (homens 154,896/mulheres 150,010)
- 15-24 anos:** 19.63% (homens 75,914/mulheres 73,194)
- 25-54 anos:** 31.94% (homens 120,999/mulheres 121,587)
- 55-64 anos:** 4.3% (homens 14,052/mulheres 18,583)
- 65 anos ou mais:** 3.98% (homens 12,627/mulheres 17,589)

A proporção entre homens e mulheres vai decrescendo quanto mais se aumenta a faixa etária: de uma proporção de 1:1 até a idade de 54 anos, há um decréscimo e entre 55-64 anos são 0,76 homens/mulheres e acima dos 65 anos, 0,72.

- Crescimento Populacional

A taxa de crescimento populacional é de 2,48%²⁹⁴, com 32,8 nascimentos / 1000 pessoas, com uma taxa de fertilidade de 4,48 crianças/mulher – o uso de contraceptivos tem uma taxa de 12,6% (2011). Há referência a grande fluxo migratório para a Guiné Equatorial, o que sobrecarregaria toda a estrutura do país. A expectativa de vida ao nascimento é de 57 anos para homens e 60 anos para mulheres²⁹⁵.

A mortalidade materna é a 47ª do mundo, com 342 mortes/100.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil é extremamente elevada, sendo a Guiné Equatorial o 14º país no mundo: 96 mortes/ 1.000 nascidos vivos²⁹⁶. Estima-se que cerca de 5,6% das crianças abaixo de cinco anos estejam abaixo do peso.

²⁹⁴ www.cia.gov.

²⁹⁵ WHO_2015.

²⁹⁶ <http://data.unicef.org/country/gnq/>

A Guiné Equatorial é classificada como um país de alto risco para infecções como hepatite A, febre tifoide, malária, dengue e raiva (hidrofobia), pelo fato de não haver água potável e saneamento básico para toda a população. Segundo dados oficiais, apenas 47,9% da população tem acesso a água potável e ¼ da população tem saneamento básico.

1.5. Idioma e Religião

Em relação ao Idioma, são três idiomas oficiais e os dialetos: Espanhol (oficial, 67,6% da população falante), francês (oficial) e fang ou fangue (32,4%), combe, balenque e, a partir de 2007, Português (terceira língua oficial, sem dados sobre população falante).

Oficialmente, a religião predominante é a católica (83,5%), sendo outros cristãos minoria (5%), Islamismo (4%), crenças sem religião e ateísmo, 5%, outras, 2,5%.

2. Campo

A visita de Campo em Guiné Equatorial foi realizada em Malabo, entre os dias 18 e 21 de abril de 2016. O apoio da Embaixada do Brasil foi decisivo para o cumprimento total da agenda e para o que foi avaliado como sucesso da visita.

O presente documento é produto das informações coletadas em pesquisas bibliográficas e depoimentos dados nas 24 entrevistas realizadas com os profissionais de saúde do país, gestores e parceiros internacionais e os 51 documentos oficiais pesquisados. Além das vinte e quatro pessoas que participaram das entrevistas e/ou grupos focais, foram visitados o Hospital Geral de Malabo, o Centro de Saúde Madre Bilinda e o próprio Ministério da Saúde, local em que foram realizadas reuniões.

Como a Guiné Equatorial está iniciando os primeiros diálogos como País-Membro da CPLP, todo o trabalho de campo foi efetivado no idioma espanhol e algumas entrevistas em inglês e francês. O material bibliográfico também foi trabalhado com referências nos três idiomas: espanhol, francês e inglês. Não há bibliografia em HIV/Aids da Guiné Equatorial em Português. Na visita de campo foi necessário realizar traduções do português para o espanhol de alguns instrumentos de pesquisa (questionários e tabelas) que foram fornecidos aos gestores e também alguns esclarecimentos técnicos sobre a metodologia do estudo e conceitos em HIV/Aids.

Não foram disponibilizados os Planos Estratégicos Nacionais, ou outros documentos impressos com dados oficiais durante a visita, exceto uma folha impressa com dados epidemiológicos importantíssimos fornecida pela ONUSIDA.

A ausência de Medicina Legal no país é um fator de mais alta relevância para que todos os dados epidemiológicos sejam sempre considerados estimativas. São estimativas que tem base nos registros feitos nas unidades de saúde, compilados pelos Distritos e centralizados no Ministério da Saúde. Há consenso sobre a limitação desses dados, tanto pela cobertura concentrada em Malabo e Bata (70% dos dados) como pela dificuldade no registro sistemático e informatizado.

Em todas as entrevistas e reuniões no Campo da Guiné Equatorial o projeto foi apresentado na seguinte ordem temática:

- 1 - Entrada da Guiné Equatorial na Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP.
- 2 – Existência e Importância da Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde - RIDES, como parte das atividades em saúde da CPLP em sua linha de trabalho com Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) para os países de língua portuguesa: cooperações possíveis, melhorias, compartilhamento de informações.
- 3 – A reunião de 2013 da RIDES / HIV, que ao se reunir em Cabo Verde em outubro daquele ano, que deliberou que fosse realizado este diagnóstico da situação da implementação da Opção B+ nos países da CPLP, com definição de consultoria a cargo do Brasil, e a seleção/ contratação da Consultora maio de 2015.
- 4 - As etapas da construção do diagnóstico situacional pela consultora: (1) levantamento bibliográfico/ pesquisa documental prévia à visita de campo, (2) elaboração de agenda mínima para a visita de campo, com realização de entrevistas individuais, grupos focais e visitas a serviços e (3) análise e validação dos dados pelas equipes locais via e-mail.
- 5 – A possibilidade de realização de Oficina de Validação dos dados, com representantes de todos os países da CPLP, para envio das deliberações à Organização Mundial da Saúde (OMS).

Visitas Técnicas

Dois gestores em nível federal, médicos²⁹⁷, foram designados pelo Governo como pontos focais da Guiné Equatorial para diálogo sobre o tema a partir desta visita de campo, em interlocução com a Embaixada do Brasil e com o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, aids e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde do Brasil.

Uma rotina peculiar na Guiné Equatorial refere-se à realização de visitas e deslocamentos no país: a necessidade de credenciamento formal dos pesquisadores visitantes, com descrição detalhada para aprovação e ciência das agendas e roteiros por parte do governo.

A Embaixada do Brasil articulou, junto ao governo local, todas as providências necessárias para o credenciamento da consultora e do representante do Ministério da Saúde do Brasil.

Portanto, todo o processo de trabalho de campo na Guiné Equatorial, incluindo as visitas, entrevistas e a consultoria como um todo, portanto, foram com o conhecimento do Governo e devidamente autorizados, sob a chancela da Embaixada do Brasil em Malabo.

A Documentação das Visitas foi registrada sob o termo técnico *constância administrativa*.

²⁹⁷ Dr. Florentino A. Onitó, Diretor do Departamento de Planificação do Ministério da Saúde da Guiné Equatorial e Dr. Ambrosio J. Monsuy, Diretor Geral da Prevenção do Departamento de SIDA. Aqui também expresso o profundo agradecimento pela disponibilidade e apoio logístico, técnico e operacional.

Os representantes governamentais da Guiné Equatorial foram explícitos na seguinte solicitação: que não fossem realizados quaisquer registros fotográficos nos prédios públicos e no campo (hospitais e centros de saúde), fotos ou filmagens, *por cumprimento a normas internas do País*.

Em função da visita ter sido realizada na semana anterior às eleições presidenciais na Guiné Equatorial, a agenda das entrevistas e visitas foi concentrada, todos os dias, na parte da manhã (entre 10 e 12h), a pedido dos representantes do Governo, pois nesse período é praxe a solicitação da presença massiva de todos os funcionários públicos nas campanhas regionais e na campanha nacional.

A visita aos serviços de saúde foi realizada no Hospital Geral de Malabo, referência nacional em atendimento a aids, tuberculose e outros agravos, e no Centro de Saúde Madre Bilinda; este último atende cerca de 15 pacientes por dia, das 8h às 12h de segunda a sexta-feira. Está localizado na região central de Malabo e atende a todo tipo de agravo de saúde.

A visita ao Hospital Geral de Malabo permitiu que conhecêssemos as estruturas, salas de visitas, salas de espera, sala de pré-parto, sala de puérperas, atenção neonatal, salas de consulta, farmácia. Também visitamos o centro de doenças infecciosas, a farmácia específica para tuberculose, lepra (hanseníase) e aids. Conversamos com médicos, Comadrona, enfermeiras, psicóloga.

Após a elaboração do presente relatório, conforme combinado na visita de campo, este foi enviado para os pontos focais do país, para validação dos dados compilados e retorno para a consultora por e-mail.

Ao final deste documento, a relação completa dos entrevistados e respectivos cargos e instituições.

3. Políticas de Saúde em Geral e em Aids

O sistema de saúde na Guiné Equatorial oferece atendimento gratuito às pessoas com HIV/Aids. A unidade funcional do sistema de saúde pública é o Distrito. São 18 Distritos, que por sua vez se dividem em 10 subdistritos (5 Malabo e 5 em Bata).

A importância dos delegados distritais e das equipes de saúde distritais para fortalecimento do sistema de saúde do país foi reiterada pelos interlocutores locais.

Há hospitais públicos e privados. Os Hospitais estão em três níveis: Distrital, Provincial ou Regional. O hospital distrital atende Prevenção da Transmissão Mãe-Filho (PTMF), sendo o Hospital de Bata o maior.

Em relação a aids, segundo os entrevistados, a cobertura hospitalar é de 100%, centros de saúde 100%, embora os entrevistados considerem que o funcionamento ainda possa melhorar, por haver uma má utilização de recursos, uma falta de controle.

Segundo os dados disponíveis, embora haja um investimento considerado robusto na saúde, 4,0% do PIB, são apontadas diversas dificuldades e falhas na gestão da saúde, sendo questionados por muitos dos entrevistados os motivos para essas dificuldades na gestão dos recursos e obtenção de dados. Uma comparação entre a gestão da saúde em Guiné Equatorial e o desenvolvimento do sistema de saúde de Cabo Verde, foi reiterada no campo, sintetizada na afirmação:

“ – Com metade dos recursos eles têm o dobro da funcionalidade” (Gestor).

Os entrevistados trabalham com o dado de prevalência de 6,2% de casos aids, embora estimem a população de aids em torno de 8,1%. Não há estimativas sobre prevalência de HIV-1 ou HIV-2.

A base do sistema, a atenção primária, tem como ponto de ancoragem da estratégia o fortalecimento dos Distritos – que são semi-descentralizados. A atenção primária é considerada “a mãe de todos os programas”, com a missão de promover comportamentos preventivos, formas para que os distritos sejam operadores ativos, responsáveis, que se comuniquem bem.

Os entrevistados referem-se à disposição do Governo da Guiné Equatorial em fortalecer seu Sistema de Saúde, público, amplo e acessível à população, e veem com otimismo sua participação na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

Em diferentes ocasiões os gestores da Guiné Equatorial indagaram ao gestor do Ministério da Saúde do Brasil sobre a possibilidade de doações de medicamentos do Brasil para Guiné Equatorial.

3.1. Estrutura Governamental

Os delegados distritais são nomeados e tem como responsabilidades desde a gestão administrativa até a resolução sobre as *causas mortis* que ocorrem em seu distrito.

Os Comitês Distritais, focos da resposta regional e sua articulação com nível central, são designados por muitos entrevistados como não sendo operativos, por conta das muitas dificuldades logísticas e operacionais, desde falta de profissionais até falta de infraestrutura mínima.

Na visita ao campo, foi apresentado um ideal ainda não atingido plenamente, segundo os entrevistados, de um Plano de Trabalho.

Nesse Plano, os Agentes Primários de Saúde (APS) são protagonistas da busca ativa de casos, a saber, diagnóstico e encaminhamentos. Na primeira vez em que se detecta um doente, este já seria encaminhado. Além disso, teriam papel essencial na busca dos “perdidos de vista”, ou ainda, dos pacientes que:

1. Ao fazerem os testes para HIV, não pegam o resultado;
2. Ao pegarem resultado positivo, não vão para a consulta médica e nem realizam exames;
3. Ao irem à primeira consulta médica, não dão sequência ao tratamento.

Como rotina descrita, os delegados distritais reúnem-se com as equipes uma vez por mês, regularmente, para compreensão da situação local e encaminhamentos necessários. Mesmo sendo tão importantes, os delegados distritais são em pequeno número, sendo o problema amplo – além da falta de recursos, faltam profissionais capacitados.

Há necessidade de se intensificar o controle das atividades preventivas nos Centros de Saúde, para ajudar os Centros a serem operativos. Cerca de 50% dos recursos humanos são auxiliares comunitários e auxiliares de enfermagem. As equipes de saúde estão defasadas.

Algumas lacunas no Serviço Público de Saúde foram identificadas e nomeadas, como a questão da testagem, o monitoramento e a avaliação, a biossegurança, a logística dos fármacos e a questão da certificação dos óbitos.

Um ponto positivo é o acesso do Governo aos dados do sistema Privado de saúde, compondo os dados relativos à epidemia.

3.2. Construção da Resposta Nacional à epidemia de aids

Foram tomadas diversas medidas em termos da luta contra o HIV/Aids na Guiné Equatorial, que aumentaram o nível de informação da população sobre o tema²⁹⁸. O reforço na coordenação da gestão da resposta nacional na luta contra HIV/Aids, como a criação da Secretaria Executiva de luta contra o HIV/Aids, uma Direção Geral de Coordenação Multisetorial, a implementação do acesso gratuito aos ARV e outros serviços de prevenção a nível nacional.

Em 2010 a Guiné Equatorial apresentou pela primeira vez o informe anual sobre a epidemia de HIV/Aids, o Global Aids Response Progress Report (GARPR), e nos anos seguintes continuou enviando os dados e seguindo as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O Ministério da Saúde da Guiné Equatorial estruturou o Departamento de SIDA com dois Programas: o de Prevenção²⁹⁹, e o de *Apoyo ao VIH/Sida y otras IST*³⁰⁰.

Foram elencados como problemas urgentes a presteza no registro e a completude (qualidade) dos informes de notificação em nível central. Nem todos os estabelecimentos mandam os informes, outros mandam com registros incompletos e isso prejudica a possibilidade de (a) Planejamento da compra de insumos: testes, medicamentos, exames; (b) Composição de um estoque de urgência e (c) Compreensão plena da história natural da doença no país, em termos epidemiológicos.

Um importante problema relatado é o da comunicação – não apenas de ideias, dados científicos, mas do transporte entre as regiões. O fluxo Interior – Malabo/Bata é complicado, pois há muitas regiões sem internet, sem telefone, e o programa sem carro para transporte. A logística dos insumos fica totalmente precarizada.

²⁹⁸ WHO/ODM_2010:57.

²⁹⁹ Dirigido por Dr. Ambrósio José Monsuy.

³⁰⁰ Dirigido pela Dra. Maria da Glória Naeng Acheima.

O Ministério da Saúde da Guiné Equatorial, junto à OMS, elaborou um Plano de Urgência em 2015, com medidas consideradas “de choque”. Para um bom funcionamento básico, seriam priorizados os seguintes componentes:

1. Redução da taxa de abandonos.
2. Aumento dos insumos.
3. Evitar rupturas de estoque.
4. Trocar a tendência diagnóstica e tratar.

Foram considerados avanços importantes³⁰¹:

- A criação da Secretaria Executiva de luta contra HIV/Aids;
- Implementação da iniciativa do governo para acesso gratuito aos Antirretrovirais (ARV) e outros serviços de prevenção do HIV/Aids a nível nacional;
- Realização da *Encuesta de Demografía y Salud* (EDSGE-I) para obtenção de dados reais sobre HIV/Aids no país;
- Em 2008, o país foi beneficiado pela extensão do projeto de luta contra HIV/Aids na África Central financiado pelo Governo da Alemanha.

3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

O número de profissionais graduados na área de saúde em Guiné Bissau é considerado insuficiente para atender à demanda em todo o país. Algumas ações foram estruturadas, como por exemplo a abertura da Faculdade de Medicina na Universidade Nacional de Guiné Equatorial em 2000/ 2001, com um programa de formação de médicos apoiados por cooperação cubana, que contribui para a redução do déficit crônico na área.

Foram feitas pelos entrevistados referências à necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em relação a implementação da Opção B+ em diversos aspectos: notificação e registro, aprimoramento em relação ao modo como se revela o diagnóstico de HIV/Aids, busca de resultados, importância de se incluir os Praticantes de Medicina Tradicional (Curandeiros) nas estratégias de informação para sucesso das respostas.

Em 2008 o país contava com 144 médicos nacionais formados na Guiné Equatorial e em Cuba, e técnicos de saúde formadas na Escola Universitária de Saúde e Meio Ambiente e no Marrocos. Também foram formados 40 médicos em Cuba e Mali, na área de obstetrícia, neonatologia e pediatria, a título de especialização.

Período (anos)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
2000 – 2006	58	16	74
2001 – 2007	16	8	24
2002 – 2008	30	16	46
Total	104	40	144

Quadro 1. Registro de Graduados da Faculdade de Ciências Médicas de Guiné Equatorial entre 2000 e 2009.

Fonte: WHO/ODM_2010:50.

³⁰¹ PNUD_2011.

Há explícita necessidade de se reforçar as capacidades técnicas dos recursos humanos para oferecer cuidados de saúde especialmente a grávidas, parturientes e puérperas nos estabelecimentos de saúde.

Outros pontos-chave são o aumento da capacidade do sistema de saúde para responder às necessidades da populações em geral, e da mãe e recém-nascido em particular; preparação de um mapeamento da área de saúde para atualizar o modelo de cuidados e permitir a regionalização dos serviços de saúde com base na distribuição espacial da população; implicação dos homens na tomada de decisão relativa à maternidade e cuidados do filho; desenvolvimento de mecanismos de subvenção para garantir a gratuidade dos partos cesarianas nos estabelecimentos de saúde públicos e privados.

Em 2011 estavam registrados 800 praticantes de medicina tradicional no país, e estimava-se que 80% da população procurava primeiro aos Médicos Tradicionais e “Espiritistas”, ou Curandeiros, antes de visitar os serviços de saúde do Estado³⁰².

O sistema de saúde necessita de uma análise situacional. Não há muitos dados sobre o número efetivo de profissionais em cada serviço de saúde, mas sabe-se a necessidade de contratação de epidemiologistas, técnicos em higiene e subespecialidades, para que existam equipes completas multiprofissionais em todas as unidades.

O acesso aos serviços de saúde é considerado desigual, pois a principal forma de proteção social é o sistema de seguro social, operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSESO), que beneficia os trabalhadores do setor formal e suas famílias representando apenas cerca de 30% da população.

Em 2013, segundo o Informe Nacional, foram instalados mecanismos de recompilação de dados para criação de uma base de dados nos 6 Centros de Tratamento com ARV, e são referidos problemas em sua operacionalização. Um dos fatores amplamente mencionados é a falta de recursos financeiros.

A Notificação, Investigação e Confirmação devem ser feitas por laboratórios identificados; para confirmar uma enfermidade que a nível de Guiné não teria capacidade para emitir uma resposta em menos de cinco dias.

3.4. Saúde Privada

Nos documentos analisados a referência à saúde privada é restrita à questão da solicitação constante dos profissionais de saúde para que se inclua a gratuidade dos partos do tipo cesariana a esse setor da saúde.

Poucos dados sobre o controle dos medicamentos, realização de testagem para HIV e mesmo acompanhamento das gestantes. O que se tem como informação é que os únicos lugares que realizam testes para Carga Viral são da rede particular.

³⁰² CCA_2011.

4. Situação Atual da Epidemia de aids no País:

4.1. Dados Epidemiológicos

A epidemia em Guiné Equatorial é do tipo generalizada, e é apontada como uma das causas mais importantes de morbimortalidade na população³⁰³.

A via mais frequente de transmissão é a sexual, seguida pela transmissão vertical e transfusões de sangue. Desde o início da epidemia existe um predomínio do subtipo HIV-1 (97,4%) e em torno de 2,6% HIV-2, em dados de 2004.

Incidência

As estimativas de incidência³⁰⁴ de HIV/Aids na Guiné Equatorial é a seguinte:

Ano	1999	2001	2007	2009	2012
Incidência	0,51	3,4	3,4	5,0	6,2

Tabela 1. Incidência de HIV/Aids na Guiné Equatorial. Fonte: indexmundi.com, 2016.

Calcula-se que haja entre 1.400 e 1.600 novas infecções por HIV por ano, sendo:

- Adultos: em torno de 1.200
- Jovens do sexo feminino: 640
- Crianças: < 500

Desde 1999 observou-se um aumento progressivo na detecção de casos: em 1999 foram diagnosticados 205 casos, e em 2008, 4.080. O total acumulado é estimado em 20.000 casos acumulados em adultos³⁰⁵ e 2.600 crianças.

Em 2011 foram identificados 1.696 casos de HIV+ com o teste rápido, subindo a prevalência para **14,7%**, com estimativa de 7.630 pessoas com infecção avançada necessitando TARV.

De Janeiro a Dezembro de 2013 foram realizados 48.198 testes, dos quais 9.172 tiveram resultado positivo (19%).

Prevalência

Em relação a aids, os dados fornecidos pela ONUSIDA (2016)³⁰⁶ são os seguintes:

- Prevalência de HIV: 6,2%, considerando-se a população de 1.222.442 pessoas.

³⁰³ Informe Nacional, 2013.

³⁰⁴ << www.indexmundi.com >> acesso em setembro de 2016.

³⁰⁵ 2011, Spectrum.

³⁰⁶ ONUSIDA, 2016.

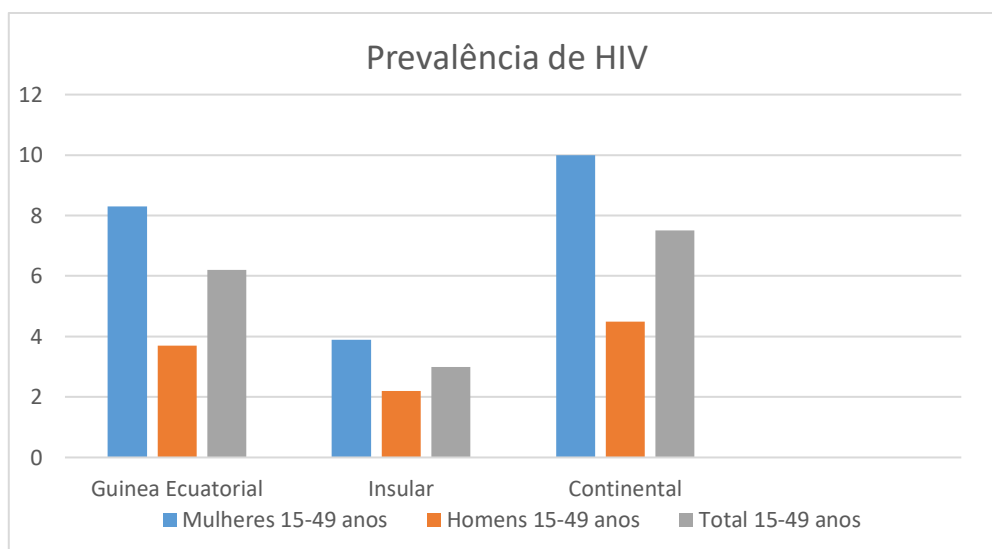


Gráfico 1. Estimativa da Prevalência de HIV na Guiné Equatorial em 2011. Fonte: ESDGE-I, 2011.

A prevalência do HIV é mais que o dobro nas mulheres (8,3%) do que nos homens (3,7%), e mais elevada na região continental (7,5%) do que na região insular (3,0%).

- Homens: 3,7% - Prevalência de HIV entre jovens do sexo masculino: 1,3%
- Mulheres: 8,3% - Prevalência de HIV entre jovens do sexo feminino: 2,5%

A prevalência de HIV era, em 2008, superior na região insular (9,2%) em comparação à região continental (6%).

Segundo dados de 2011³⁰⁷, a prevalência de HIV segundo a idade era a seguinte:

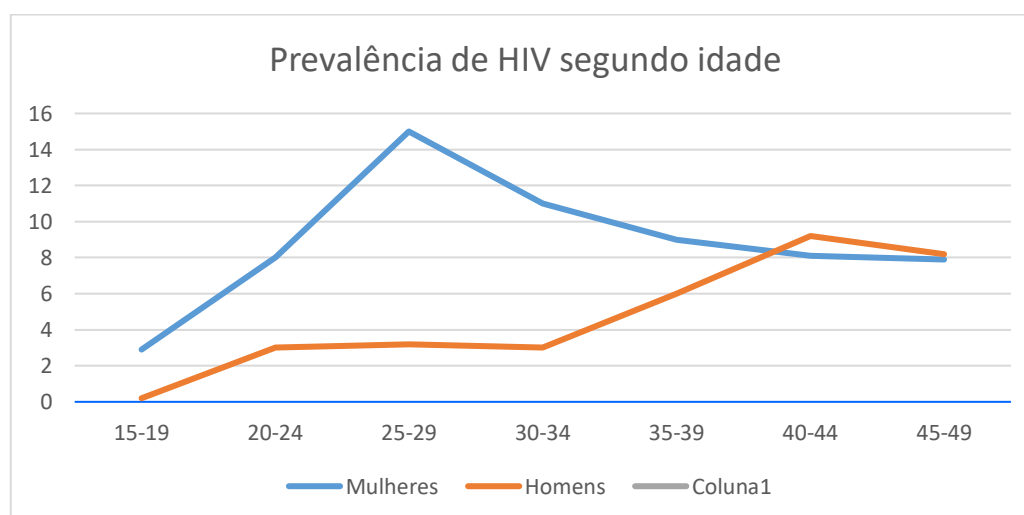


Gráfico 2. Prevalência de HIV na Guiné Equatorial, segundo idade. Fonte: ESDGE-I, 2011.

³⁰⁷ ESDGE-I_ 2011.

A prevalência de HIV é cinco vezes mais elevada entre as mulheres jovens, entre 15 e 24 anos, do que entre os homens jovens. Os jovens que vivem na zona rural têm uma prevalência mais elevada (4,3%) do que os jovens que vivem na zona urbana (2,5%).

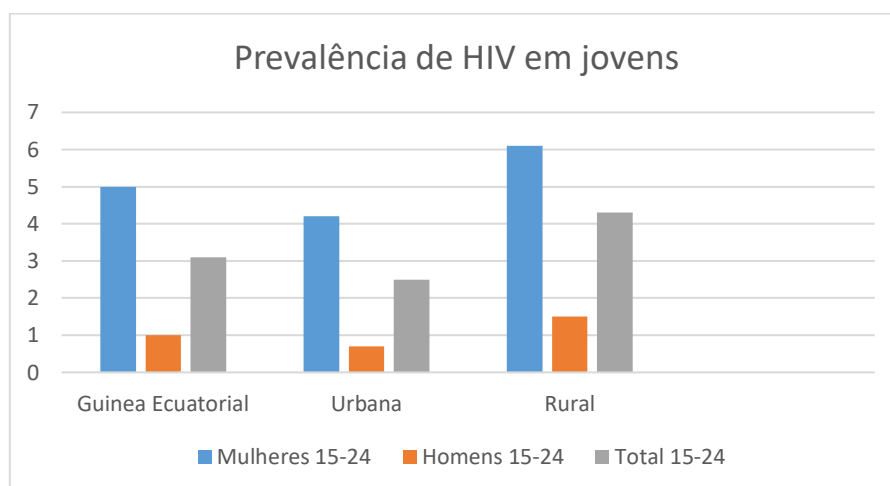


Gráfico 3. Estimativas da prevalência de HIV em jovens de 15-24 anos na Guiné Equatorial. Fonte: EDSGE-I, 2011.

Estima-se que atualmente (2016) haja entre 32.000 e 35.000 pessoas vivendo com HIV/Aids em Guiné Equatorial, sendo 29.000 adultos, 2.900 crianças entre 0 – 14 anos.

Circuncisão masculina

A estimativa de 2011 sobre a prevalência de HIV entre os homens não-circuncidados era de 7,4%, frente a 3,3% dos homens circuncidados. Esse dado reitera a importância da circuncisão masculina como forma de se prevenir o HIV, combinada a outras. Esse tema não foi mencionado na visita de campo por entrevistado algum.

Mortalidade

São estimadas cerca de 1000 mortes anuais por aids, sendo o 65º país do mundo neste índice. Os dados estimados de mortalidade são os seguintes³⁰⁸:

Ano	1999	2001	2009	2012
Guiné Equatorial	120	370	1.000	1.400

Tabela 2. Estimativas de Mortalidade por aids na Guiné Equatorial. Fonte: IndexMundi, 2016.

Em nota enviada a um importante veículo de comunicação da Guiné Equatorial, o Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do governo afirmou que *a aids é causa de 75% das mortes que se produzem nos últimos tempos em Guiné Equatorial, sendo as mulheres infectadas em uma percentagem de 65%*³⁰⁹.

³⁰⁸ Index_2016.

³⁰⁹ <http://www.asodeguesegundaetapa.org/el-sida-es-la-principal-causa-de-muerte-en-los-dos-ultimos-anos-en-guinea-ecuatorial-afirma-el-ministerio-de-salud-y-bienestar-social/>

Nessa mesma entrevista, o governo estima a prevalência de aids entre 15% e 24%, colocando a aids como primeira causa de mortalidade no país nos últimos anos, acima inclusive do paludismo (malária).

A questão da fidedignidade dos dados epidemiológicos em HIV/Aids e sífilis congênita perpassa a maioria dos países participantes deste estudo. Na Guiné Equatorial, há um sub-registro importante de dados das pessoas falecidas por aids, por fatores que serão discutidos neste relatório (ausência de medicina legal, rituais de luto culturalmente complexos, etc.).

4.2. Testagem

Em relação à testagem para HIV e o fornecimento de medicamentos, os entrevistados afirmaram que tanto os testes para HIV quanto os medicamentos para tratamento da aids são disponibilizados na rede pública de saúde, para toda a população.

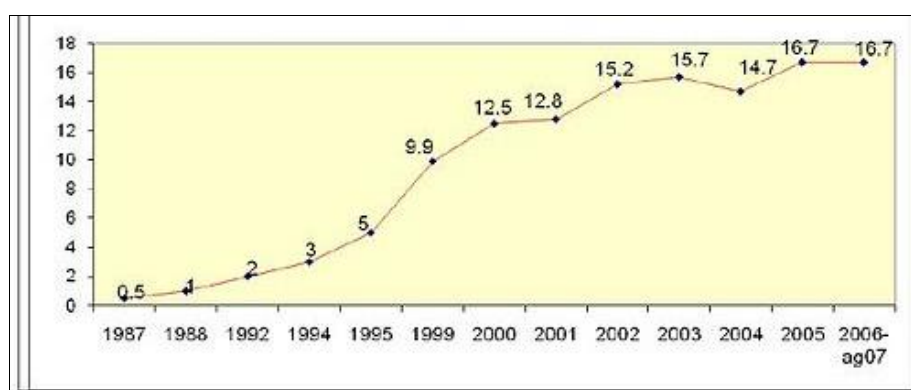


Gráfico 4. Evolução dos Testes Rápidos de HIV+ entre 1987 e 2007 (em %), Guiné Equatorial. Fonte: WHO³¹⁰, 2016.

Entre 1999 e 2007, sobre um total de 76.248 testes rápidos aplicados, 11.566 (15,1%) foram detectados positivos no sistema de informação sanitária de rotina. Não foi possível obter a tendência precisa dos casos HIV+ confirmados, sendo estimados em 6,4% em 1999, 6% em 2000 a nível nacional e 20,2% em 2007 na região insular do país³¹¹.

Apenas 35% das adolescentes do sexo feminino entre 15 – 19 anos foram testadas para HIV em 2007 e receberam o resultado; nos adolescentes do sexo masculino essa % cai para 16%.

Segundo documentos oficiais³¹², uma testagem ampla para HIV realizada em 2011 em mais de 1.400 mulheres de 15 a 49 anos e 1.400 homens de 15-49 anos, revelou que 6,2% das pessoas estavam infectadas pelo HIV. Sete entre cada dez mulheres (50%) e 61% dos homens elegíveis fizeram o teste. Quanto ao sexo e a idade, observou-se em 2005 que o HIV era mais frequente em mulheres do que em homens³¹³.

³¹⁰http://www.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea:MDG_Goal_6:_Combat_HIV/AIDS,_TB,_malari_a_and_other_diseases/fr#Indicadores:

³¹¹ WHO, ODM_2010:51.

³¹² HIV/sida en la Encuesta Demográfica y de Salude em Guinea Ecuatorial de 2011:1.

³¹³http://www.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea:MDG_Goal_6:_Combat_HIV/AIDS,_TB,_malari_a_and_other_diseases/fr#Indicadores:_2

Segundo a ONUSIDA, o número de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVAH) seria de 8.900, dos quais 8.000 maiores de 15 anos e cuja maioria, 4.700, do sexo feminino.

Os dados de 2007 mostraram uma frequência elevada de testes rápidos positivos em mulheres (18,3%) que em homens (17,3%), como mostra o gráfico abaixo (Homens – Mulheres – Gestantes).

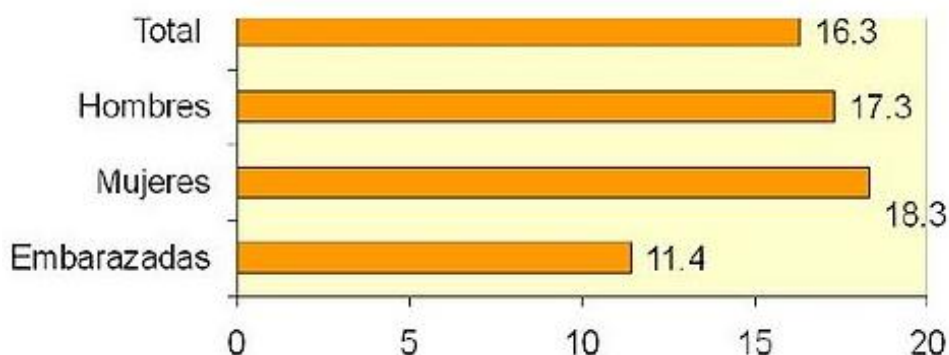


Gráfico 5. Testes rápidos de HIV com resultados positivos em Homens, Mulheres e Gestantes (Embarazadas), de janeiro a agosto de 2007. Fonte: WHO, 2016.

Em relação às metas da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial a meta 90 - 90 - 90³¹⁴, há que se considerar como ponto de vulnerabilidade da resposta nacional à epidemia de aids em Guiné Equatorial o fato de não existir exame para detecção e quantificação da carga viral disponível na rede pública- existe apenas na rede particular.

Neste momento, parece ser um dos principais fatores limitantes para o cumprimento da meta 90-90-90 no combate à epidemia de sida no país.

O diagnóstico para aids é realizado em Centros de Referência, nos hospitais Provincial e Regional, Unidades de Referência. O triplo teste é feito, HIV-1 e 2 (mais prevalente na África Leste), teste é o Elisa, além do CD₄³¹⁵. São preconizados três testes.

Segundo os dados disponíveis, nem todos os centros tem 3 testes e, mesmo os que tem, apresentam má integração com outros serviços. Considera-se que não haja boa coordenação e os laboratórios precisem ser redimensionados.

São 18 centros de diagnóstico e tratamento, porém segundo os dados obtidos, só 6 funcionam ativamente. Entre 2006 e 2016 houve um aumento no número de casos diagnosticados, mas ainda com baixa taxa de êxito terapêutico.

³¹⁴ a) 90% das pessoas com HIV+ saberem de seu diagnóstico; b) Destas, 90% estarem em tratamento e c) Das pessoas em tratamento, 90% com a carga viral suprimida.

³¹⁵ Cluster Differentiation 4, tipo de linfócito, uma célula de defesa do organismo.

4.3. Coinfecções:

a) Tuberculose (TB)

As notificações de casos de tuberculose em 2015, na Guiné Equatorial, são as seguintes³¹⁶:

Total de casos notificados	1.286
Total de casos novos e recaídas	1.242
% com prova rápida no momento do diagnóstico	17%
% com sorologia para HIV conhecida	73%
% pulmonares	91%
% confirmados bacteriologicamente entre casos pulmonares	72%

Tabela 3. Notificações de casos de tuberculose em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016a.

Breve histórico

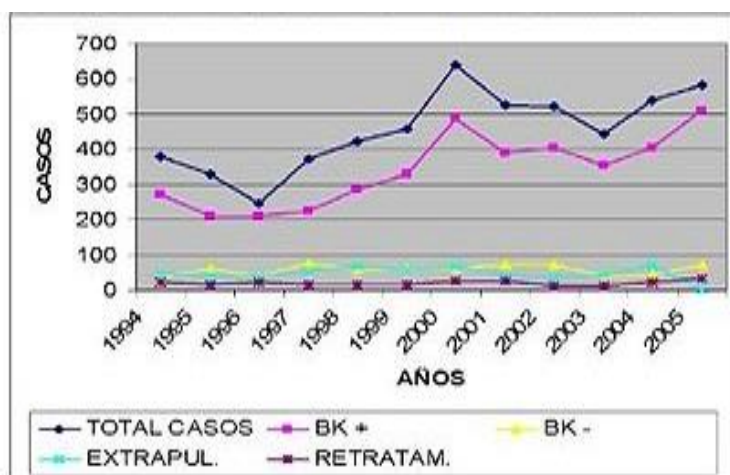


Gráfico 6. Evolução dos casos declarados de tuberculose entre 1994 e 2005. Fonte: WHO, 2016.

Em 2005, cerca de 576 casos de tuberculose foram diagnosticados e classificados do seguinte modo: 329 (57%) foram tratados/ 116 (20%) acabaram o tratamento/ 51 (9%) foram assinalados como casos de abandono/ 33 (6%) foram resgatados/ 42 (7%) faleceram e 5 (1%) fracassaram no tratamento.

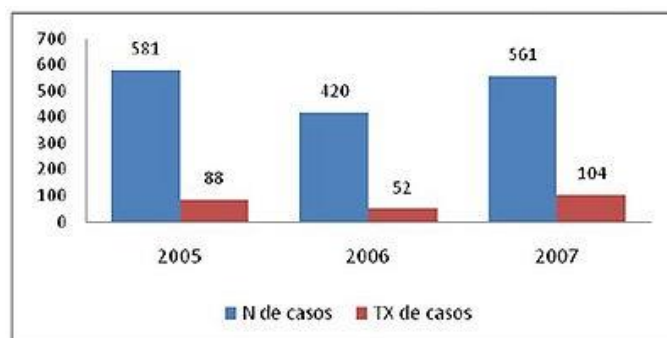


Gráfico 7. Casos de tuberculose declarados entre 2005 a 2007. Fonte: WHO, 2016.

³¹⁶https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GQ&outtype=html&LAN=ES.

As ações desenvolvidas entre 2002-2006 permitiram reduzir a 7% a mortalidade por tuberculose, sendo que o objetivo preconizado pela OMS é de 8%. Em 2005, a proporção de casos de HIV+ entre pacientes com tuberculose era de **33,8%**.

O Programa Nacional de luta contra tuberculose prevê assistência médico-farmacêutica gratuita, assim como alimentação adequada de pacientes hospitalizados, e contava com apoio da Cooperação Espanhola e OMS em 2011³¹⁷.

Segundo o Informe Nacional (2014)³¹⁸, o tratamento da coinfeção TB/HIV é feito desde 2004. É consensual que a coordenação entre os dois Programas, o de aids e o de tuberculose, sofreu problemas com falta de financiamento que ocorreu em 2013. Estimativas da WHO de 2015 trazem os seguintes dados³¹⁹:

Estimativas 2015	Número (milhares)	Taxa/ 100.000 habitantes
Mortalidade-excluindo coinfeção TB/HIV	0,063 (0,04 – 0,092)	7,5 (4,8 – 11)
Mortalidade – apenas coinfeção TB/HIV	0,12 (0,032-0,27)	14 (3,8 – 32)
Incidência, incluindo TB/HIV	1,5 (1,3 – 1,6)	172 (150 – 194)
Incidência, apenas TB/HIV	0,73 (0,62 – 0,84)	86 (74 - 99)
Incidência TB MDR /RR ³²⁰	0,066 (<0,01 – 0,12)	7,8 (1-14)

Tabela 4. Estimativas – tuberculose em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016a.

O número de novos casos de tuberculose teve aumento no período anterior, de 2003 de 72/100.000 habitantes para 88/ 100.000 habitantes em 2005³²¹.

Estima-se que na Guiné Equatorial³²² sejam diagnosticados 30% de novos casos na população em geral (valor muito abaixo dos 70% recomendados pela OMS), sendo que 72% destes são tratados gratuitamente (em vez dos 85% recomendados pelos organismos internacionais). A maioria dos pacientes diagnosticados nos anos de 2006-2011 foram casos de enfermidade avançada. Essa situação é explicada pelo número elevado de abandonos de tratamento e falecimento por diagnóstico tardio. A tuberculose segue como um problema de saúde pública na Guiné Equatorial. Segundo os dados analisados, considera-se, dentre os fatores vulnerabilizantes, a população de estrangeiros, cerca de 300 mil na população geral de 1.303.000. Os países limítrofes têm alta prevalência de tuberculose multidrogarresistente (TB/MDR), 10% - 71% de tratamento.

Os dados apresentados no Informe Nacional coincidem as informações obtidas em trabalho de campo, de que há uma dificuldade estrutural na comunicação entre os programas de sida e tuberculose. Não há retorno de informações sobre os pacientes, ou ainda, a contra referência entre os casos de coinfeção TB/HIV, sendo a comunicação entre os programas um ponto a ser fortalecido.

³¹⁷ PNUD_2011.

³¹⁸ Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados em la Lucha contra el VIH/SIDA Guinea Ecuatorial. 2014.

³¹⁹ https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GQ&outtype=html&LAN=ES

³²⁰ MDR = resistente a rifampicina e isoniazida e RR = resistente a rifampicina

³²¹ <http://www.aho.afro.who.int>, 2016.

³²² PNUD_2011.

A cooperação Espanhola deixou de financiar a totalidade das atividades, ocasionando o retrocesso de alguns dos indicadores do Programa. Um desses indicadores, podemos exemplificar, é a taxa de abandono. Houve um aumento significativo dos abandonos de tratamento (23%) por conta do corte de verbas que financiavam o trabalho das equipes que faziam a busca ativa de casos faltosos no Hospital Geral de Malabo.

Os coinfectados constituem um grupo bastante vulnerável, e houve ao longo do tempo um aumento progressivo do número de casos de tuberculose:

1994 – 378 casos
2008 – 741 casos

A coinfeção tuberculose/aids também aumentou muito, estimada na Guiné Equatorial como 38% - 48% dos casos, considerando-se ainda como tendo subnotificação.

1994 – 2,7%
2008 – 41%
2010 – 48%
2012 – 38%

As estimativas da WHO³²³ de 2015 trazem alguns números importantes:

Atenção de TB/HIV em casos novos e recaídas	Número	%
Pacientes HIV+ entre aqueles com status de HIV conhecido	452	50%
<i>Em terapia ARV</i>	294	65%

Tabela 5. Estimativas de tratamento de aids na coinfeção TB/HIV em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016a.

Apenas 2% das pessoas HIV+ em tratamento ARV estão em tratamento preventivo para tuberculose, segundo estimativa da WHO.

Há também forte referência a um alto índice de tuberculose multidrogarresistente, fato que se deve - segundo os entrevistados - à má adesão aos tratamentos e à existência de um "mercado clandestino" de medicamentos falsificados, dado confirmado por vários interlocutores.

Além disso, pacientes das zonas limítrofes da África que vem como imigrantes trazem esse tipo de infecção consigo.

A assistência hospitalar para atendimento aos doentes com tuberculose é gratuita, englobando consulta, diagnóstico, tratamento, hospitalização, sendo a TB-MDR ou Tuberculose resistente a Rifampicina (TB/RR), tratada em nível central, por ser muito delicada, e ainda por questões de falta de material há uma baixa detecção dos casos.

³²³https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GQ&outtype=html&LAN=ES

Atenção a TB MDR	Casos Novos	Casos previamente tratados	Total, incluindo casos com história desconhecida de tratamentos prévios.
Casos estimados de TB-MDR/RR entre os casos notificados de TB pulmonar			55 (8-100)
% estimada de casos de TB com TB-MDR/RR	2,8% (0,1 – 6,7)	21% (2,2 – 39)	
% de casos notificados com prova de resistência a rifampicina	11%	32%	164
Casos de TB- MDR/RR com prova de resistência a drogas de segunda linha			18
Casos confirmados por laboratório		TB-MDR/RR: 39	TB-XDR: 0
Pacientes que iniciaram tratamento - pacientes diagnosticados antes de 2015 e pacientes que não tiveram confirmação por laboratório.		TB-MDR/RR: 26	TB-XDR: 0

Quadro 2. Atenção a tuberculose multidrogarresistente, 2015, em Guiné Equatorial. Fonte: WHO_2016a.

Problemas estruturais para atenção à tuberculose:

A maior parte dos hospitais na Guiné Equatorial não dispõe de aparelhos de Raio X; não existe no país um laboratório de cultura para *M. tuberculosis*. Os laboratórios do país só oferecem a prova de baciloscopia, que só diagnostica 65% dos casos de tuberculose com expectoração.

O tratamento administrado na Tuberculose é do tipo Diretamente Observado (DOT), com fornecimento gratuito, por parte do governo, dos medicamentos necessários para o combate e cura da doença.

Há uma baixa notificação dos casos, decorrente de escassas atividades de informação, educação e comunicação sobre o tema da tuberculose na população em geral.

Foi sugerido aos gestores que estreitassem o diálogo com a CPLP no setor da RIDES que trata da Tuberculose propriamente dita para ampliação das ações no país.

A questão da tuberculose também requer reforço na qualidade de diagnóstico e tratamento dos casos, desde a disponibilidade dos medicamentos, reagentes e materiais para diagnóstico até o desenvolvimento de atividades de sensibilização e mobilização social para prevenção e tratamento, além da promoção da integração das atividades de luta contra tuberculose ao nível da Atenção Primária de Saúde (APS) e nos centros e postos de saúde a nível nacional³²⁴.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Em relação a coinfeções IST/ HIV/Aids, faltam dados, embora seja consensual entre os profissionais de saúde que estas sejam infecções frequentes no país. Segundo os dados disponíveis, em 2012 foram realizadas atividades de capacitação aos profissionais de saúde sobre o Manejo Síndrômico das IST. Em 2013 foram obtidos os seguintes dados:

³²⁴ PNUD_2011.

- ✚ 186 homens com gonorreia/ 259 casos de infecção uretral/ 81 pessoas com úlceras genitais.

Em 2004 foi feito um estudo de soroprevalência que mostrou que 33,5% das pessoas entre 15-49 anos relataram em algum momento ter tido sintomas de IST. Nesta população, houve uma frequência elevada de HIV (5,3%).

Em relação a nível de conhecimentos, atitudes e práticas, um estudo de 2006 sobre as IST/HIV/Aids mostrou que:

- ✚ 86% dos entrevistados conhecia pelo menos um nome de uma IST,
- ✚ 72% pensava estar pouco exposto a contaminação pelo HIV
- ✚ 87% sabia que seria possível prevenir o HIV/Aids;
- ✚ 73% sabia que o uso do preservativo protege contra o HIV/Aids,
- ✚ 27% pensa que a abstinência até o matrimônio e a fidelidade no casal sejam meios de prevenção ao HIV;
- ✚ 76% pensa que a transmissão do HIV de mãe para filho seja possível durante a gravidez,
- ✚ 21% crê que o tratamento de aids é possível com a Medicina Tradicional e
- ✚ Mais de 62% não conhecem sequer um nome de remédio que trate aids³²⁵.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis aumentam a probabilidade da infecção pelo HIV, sendo uma estratégia importante o incremento das técnicas de diagnóstico, manejo sintomático e capacitação continuada para diagnóstico e tratamento.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV):

Importante reiterar que os dados sobre TARV, testagem, incidência e prevalência são *estimativas*, uma vez que não há um sistema de notificação para aids no país, bem como a falta de certidões de nascimento e óbito. Nos documentos oficiais internacionais, principal fonte deste estudo, os números apresentam grandes variações – daí a cada número apresentado estar explícita a fonte.

A cobertura para TARV na população em geral é estimada em 29% a 39%³²⁶. Estima-se que cerca de 7.000 a 8.000 pessoas estejam em tratamento, sendo desse total 194 crianças. Considera-se que a adesão após um ano de tratamento seja de 82,5%, e após dois anos, 52,2%. Porém, os profissionais de saúde reiteram a grande “cascata de não-adesão e oportunidades perdidas”.

³²⁵ WHO/ODM_2010:55.

³²⁶ Respectivamente, ONUSIDA_2016 e CCA_2011.

Estima-se que a cobertura de TARV para crianças menores de 15 anos esteja em torno de 6,3%. Existem 147 gestantes em TARV seguindo a Opção B+, segundo os dados disponíveis; seriam apenas **0,1% das gestantes em TARV** (147/1.539), em alguns documentos, o número apresentado é de quase 1.600 gestantes necessitando ARV para prevenção da Transmissão Vertical (TV), seguindo critério UNAIDS/WHO. O número estimado de crianças precisando de TARV seguindo esses mesmos critérios é de 2.967.

Existem seis Centros de Tratamento ambulatorial no país.

Segundo os dados disponíveis, em **2010** cerca de 2.432 pessoas receberam TARV e esse número praticamente dobrou em 2011, passando a 4.597 (91 crianças). Em 2012, 6.672 pessoas estavam em tratamento (160 crianças) e **em 2013, 7.420 recebiam tratamento (127 crianças)**.

Alto custo do tratamento não permitia que fosse acessível a grande maioria dos soropositivos³²⁷. A partir de junho de 2011 o Governo da Guiné Equatorial recebeu o apoio técnico e financeiro do Fundo Mundial de Luta contra aids, tuberculose e malária, destinado ao reforço das atividades do Ministério da Saúde. Em consequência da ênfase dada ao tratamento e com a saída progressiva da cooperação, a propagação do vírus aumentou.

A partir de 2011 o Governo solicitou o apoio do PNUD para assistência técnica e para que as estruturas nacionais de luta contra aids disponham dos medicamentos antirretrovirais para todos os pacientes que acessam a Unidade de Referência em Enfermidades Infecciosas (UREI), com disponibilização totalmente gratuita dos ARV aos pacientes soropositivos a nível nacional, priorizando Malabo e Bata.

Graças a esse projeto, as pessoas infectadas na Ilha de Bioko e na região continental tem acesso totalmente gratuito ao tratamento contra HIV/Aids; segundo o PNUD (2012), os pacientes recebem informações sobre a disponibilidade de tratamento e se deslocam para o centro para receber os medicamentos e apoio psicológico.

Estima-se que a cada dia 50 pessoas recorram aos centros para receber tratamento. Na farmácia da UREI de Malabo os pacientes são atendidos por 4 médicos, 2 enfermeiras, um farmacêutico e um auxiliar de farmácia, segundo o PNUD.

Nos dois grandes hospitais regionais, de Malabo e Bata, são realizados a maioria dos atendimentos e ainda prevalece o que os profissionais de saúde denominam auto- estigma. O tratamento é feito nos hospitais, gratuitamente, onde também são distribuídos os preservativos. O tratamento para aids-tb é gratuito.

A questão dos medicamentos a nível de programa tem funcionado com base em doações feitas por diversos países, além de laboratórios farmacêuticos. A Lei de Medicamentos de 2003, preconizada no Plano de Ação, foi modificada, alterando a lista de medicamentos essenciais. Segundo dados obtidos, muitas vezes há importação pelas farmácias privadas. A Direção Geral de Farmácias indica país, nome, dose, quantidade... e a Direção Geral autoriza.

³²⁷ PNUD_2012.

Uma questão importante trazida pelos gestores: o problema, muito sério, da entrada de medicamentos falsificados no país. Por conta de um preço menor, adquire-se grandes quantidades de um remédio sem controle analítico, são importações clandestinas, com diferentes preços.

Os entrevistados referem que para a provisão de medicamentos há uma burocracia imensa, e que o desbloqueio de fundos facilitaria toda a logística de aquisição e distribuição dos mesmos.

Em 2013, 78,6% das grávidas com HIV receberam medicamentos para redução da transmissão materno-infantil³²⁸. Como a amamentação é majoritariamente mantida, em 2013 estima-se que 61,9% das mulheres com HIV que estavam amamentando receberam ARV.

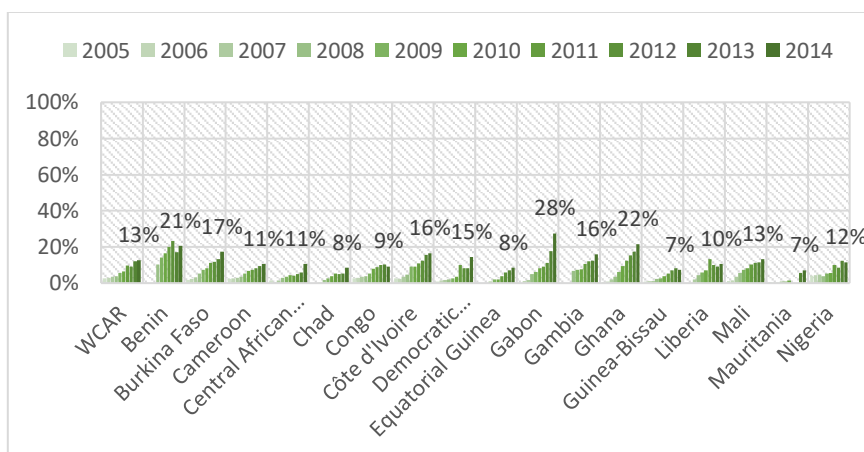


Gráfico 8. Porcentagem de crianças HIV+ < 15 anos em TARV na África. Fonte: Unicef, 2014.

A assistência às gestantes HIV+ é integrada ao serviço de saúde pública, em que os Centros de Saúde prestam assistência completa. Como já foi mencionado, há consenso sobre a falta de profissionais qualificados em especialidades, falta de médicos, e os atendimentos são em sua maioria conduzidos por profissionais de enfermagem em todo o país.

A cobertura de TARV ainda precisa ser intensificada e ampliada. Um dos fatores apontados como dificultadores da ampliação dos serviços de assistência é a centralização atual. Poucos serviços disponibilizam ARV e não há capilaridade na atenção.

4.5. Populações Vulneráveis

As populações-chave de Trabalhadoras do Sexo (TS) e Homens que fazem sexo com Homens (HSH), população Trans, são populações “invisíveis” na sociedade guineense. Nas populações mais vulneráveis, como transgêneros, estima-se que a prevalência possa chegar a 13%. Como é uma população “invisível”, as estimativas são ainda mais precárias.

³²⁸ Informe Nacional, 2013.

Em diferentes entrevistas afirmou-se:

...Nesse momento (2016) não há programas de Governo específicos direcionados a essas pessoas³²⁹, e as ONG que fazem algum trabalho restringem sua atuação à distribuição de insumos, como preservativos.

Os entrevistados também relataram o tabu relacionado à saúde entre os militares e entre a população privada de liberdade, em que não há sistemas ou políticas para atenção específica a esses grupos.

4.6. Bancos de Sangue

Há poucas informações sobre a qualidade, localização, logística e funcionamento dos bancos de sangue na Guiné Equatorial.

Em relação aos doadores de sangue, a proporção de testes rápidos de HIV positivos entre os doadores era de 3,9% **em 1999**, taxa que oscila entre 3,6% e 7%³³⁰.

4.7. Adesão e dinâmica da epidemia de aids no país

Alguns aspectos antropológicos e culturais da Guiné Equatorial são muito importantes para a compreensão da realidade local e sinalizam novas possibilidades e limites para desenvolvimento de estratégias de prevenção e assistência.

Em primeiro lugar, a questão da maternidade. É considerado desejável socialmente que a menina inicie a vida sexual e conjugal precocemente, tendo muitos filhos. Ter filhos é considerado um ato de força, indicando a fortaleza de uma família. Então, pode-se considerar culturalmente muito complexo desenvolver-se estratégias que discriminem esse comportamento. Os casamentos precoces são comuns, assim como a poligamia.

O uso de preservativos, o casamento em idades superiores a 18 anos, o número reduzido de filhos e os cuidados com a saúde em geral não fazem parte da cultura local.

Há um outro componente relevante: o tráfico de mulheres. Como todo tema-tabu, não é falado no cotidiano, mas tem reflexos quando se fala no tema *violência*.

Em segundo lugar, um dos grandes tabus nacionais: a orfandade. “Órfão” é considerado como um dos mais pesados e indesejados xingamentos e ofensas, perdendo apenas para ofensas diretas à reputação das mães.

– “*Llamar órfano es malo*”³³¹, afirma um entrevistado. As explicações dadas orbitam em torno do que se considera como Força da Nação: o Estado seria o “grande pai”, e a Primeira Dama seria a “grande mãe de todos”. Nesse sentido, não haveria órfãos no país - e dizer isso seria não apenas ofensivo, como considerado subversivo.

³²⁹ Trecho de entrevista.

³³⁰ WHO/ODM_2010:54.

³³¹ Entrevistado.

Uma das questões culturais com impacto mais grave na Epidemiologia da aids e de outros agravos é a completa ausência da Medicina Legal no país. Segundo os estudos e as entrevistas realizadas, a causa fundamental da morte é determinada, no Distrito Sanitário, pela autoridade local máxima - que é a autoridade distrital - sem realização de autópsias ou exames *post mortem*. As estatísticas, portanto, seriam muito difíceis.

Uma das explicações é que não há autópsia no país por questões culturais consideradas muito fortes, muito difíceis de se modificar.

Além disso, segundo os dados disponíveis de entrevistas e pesquisas bibliográficas, o ritual do luto é complexo, demorado – pode durar até uma semana, 10 dias - envolvendo família e amigos do falecido, e é apontado como um dos fatores importantes para o não-desenvolvimento da medicina legal no país. O luto na Guiné Equatorial implica em uma festa, uma espécie de comemoração no dia seguinte ao que a pessoa morreu na casa da família.

- Depois do enterro, juntam a família, vão ver quanto às mulheres, filhos, os bens.. é feito uma espécie de inventário – sem se tocar em assunto de sida! Ninguém menciona nada³³²....

São reunidas todas as mulheres, os bens, os filhos, é feito um inventário, o patrimônio é dividido. Quando morre o pai de uma família, o irmão do pai assume toda a família, esposa, filhos, espólio, dívidas...A mulher é parte da herança. O casamento implica em um dote, que é a riqueza de família. Consideram que 80% da população seja cristã, católica, realizando o enterro e no dia seguinte as comemorações/ reuniões. Outros não celebram comemorações, não fazem missa; 20% protestantes e muçulmanos, com suas diferentes crenças, tem diferentes modos de trabalhar o momento da morte. As etnias têm ritos próprios.

Pode-se considerar esse aspecto como um dado de máxima relevância, pois o fato de não haver no país uma cultura de Medicina Legal dificulta as avaliações e pesquisas epidemiológicas em todas as áreas da saúde, não apenas em HIV/Aids. Não há realização de autópsia e os mortos são enterrados imediatamente, ou extraditados conforme a origem e situação. Quando o homem é HIV+ e morre, a família do irmão assume a esposa e filhos, e não se averigua a causa da morte.

Nascimento e Morte: a necessidade de melhoria do registro

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que penas 53,5% das crianças são registradas ao nascimento ou até 5 anos de idade; e, como já foi mencionado, não existe atestado de óbito nem Medicina Legal.

Em relação às pessoas com necessidades especiais, irmãos gêmeos, “descapacitados”, a população vulnerável, segundo os entrevistados, *está protegida pelo Estado*. Os “descapacitados” *são institucionalizados, quando possível, e o sistema de atenção à saúde materno-infantil é gratuito*. Em Camarões, *os albinos são simplesmente mortos³³³*.

³³² Trechos de entrevistas realizadas no campo, em Malabo.

³³³ Trechos de entrevistas realizadas no campo, em Malabo.

Estigma e Não-Adesão

O estigma da aids atinge não apenas as pessoas soropositivas, mas seus parentes e pessoas próximas. O preconceito confunde-se com a impossibilidade de se exercer direitos fundamentais, com estudar e trabalhar.

Segundo os dados de um estudo realizado em 2006 na Guiné Equatorial, 65% das pessoas entrevistadas afirma que uma pessoa doente de aids não tem direito a emprego; 65% afirmam que um aluno infectado por HIV ou doente de aids não tem direito a continuar seus estudos. Cerca de 70% dos entrevistados afirmaram que, caso necessário, estariam dispostos a ajudar um parente infectado por HIV ou doente de aids. Nessa pesquisa, 95% declaram estar dispostos a realizar o teste de HIV, 34% declararam ter feito o teste e 79% disseram ter retirado espontânea e voluntariamente os resultados³³⁴.

Em relação a adesão propriamente dita, não há critérios claros para não-adesão e abandono de tratamento. Em visita ao Hospital Geral de Malabo, a psicóloga do hospital – que trabalha em abordagem de psicoterapia breve psicanalítica - afirmou que há algum tempo havia um serviço de **resgate** para pacientes não-aderentes ou com abandono, muito importante e eficiente, que era financiado pelo Fundo Global, porém esse serviço foi encerrado em 2011 ou 2012. O serviço acabou porque não havia subsídio para transporte, nem incentivo para as pessoas que se dignavam a ir atrás dos faltosos e ajuda-los a retornar ao tratamento. A falta de incentivo e apoio tem como reflexos a demora para resgate dos pacientes não-aderentes e a piora dos respectivos quadros clínicos.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

Não há dados epidemiológicos sobre a sífilis, porém todos os entrevistados afirmaram avaliar como sendo um agravo com alta prevalência em Guiné Equatorial.

Uma estimativa da ONUSIDA é de 60,3% de cobertura de testagem de sífilis entre as gestantes. Foram notificados 3 casos de sífilis congênita (3/6.363), segundo a ONUSIDA, e 99% das gestantes com sífilis receberam tratamento com penicilina. A prevalência da sífilis entre gestantes foi estimada em 4,4% (411/9.372).

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

A Guiné Equatorial figura entre os países com mais alta taxa de mortalidade materna da África. Dentre os fatores estão a hemorragia grave, os partos às vezes muito prolongados, as complicações dos abortos provocados, a hipertensão arterial durante a gravidez, as rupturas uterinas³³⁵. Segundo documentos oficiais, fatores como dificuldade de acesso, qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência, a deficiência do sistema de referência e contra referência, a fraca capacidade operacional dos programas de sensibilização das mulheres sobre seus direitos em matéria de sexualidade e reprodução em geral e dos riscos associados à maternidade em particular.

³³⁴http://www.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea.

³³⁵ ODM_2010:48.

Também contribuem para a alta mortalidade o funcionamento deficiente do sistema de informação sanitária e de vigilância epidemiológica. Poucos partos feitos por profissional formado e/ou em ambiente asséptico, com normas de biossegurança aplicadas.

Em função disso, o Governo iniciou uma resposta nacional para acelerar a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal em 2008³³⁶. Há causas indiretas de mortes maternas, como anemia, malária (paludismo), desnutrição e HIV/Aids, segundo esse mesmo documento.

Ano	Partos assistidos por profissional formado	Porcentagem %
2004	6.775	31,44
2005	11.137	37,33
2006	15.351	51,27
2007	16.054	53,55
2008	18.400	60,35

Tabela 6. Partos assistidos em Guiné Bissau (2004 e 2008) por profissional formado. Fonte: WHO/ ODM, 2010.

Um projeto-piloto para avaliação da estratégia nacional de PTMF foi realizado de 2004 a 2008, pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) e Programa Nacional de Luta contra Sida (PNLS) em 18 centros do país³³⁷. A avaliação constatou a falta de trabalho das organizações não-governamentais no apoio ao Programa de Prevenção da Transmissão *Madre-Hijo* (PTMH), além de problemas como:

- ✚ rupturas de estoque de medicamentos,
- ✚ panes nos equipamentos de teste e exames,
- ✚ recursos humanos escassos e sem motivação,
- ✚ taxa de prevalência elevada entre as grávidas e
- ✚ necessidade de reavaliação do plano estratégico para 2009-2013.

A ausência de equipamentos para testes de PCR³³⁸ impossibilita o diagnóstico de HIV a partir da idade de um mês; os testes de confirmação são irregulares.

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

As taxas de prevalência do HIV nesse grupo subiram de **1,49%** em 1997 para **7,3%** em 2008. Em 2008 verificou-se que 36% das gestantes eram adolescentes, com uma taxa de infecção de 4,43%.

Ano	Prevalência entre gestantes (%)
2009	6 %
2010	5,1%
2011	6,3%
2013	9,6%

Quadro 3. Prevalência/ HIV+ entre gestantes da Guiné Equatorial, 2009-2013. Fonte: Informe Nacional, 2013.

³³⁶ ODM_2010:46.

³³⁷ Karibwami, Alain Désiré – *Evaluation de la Stratégie de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant em Guinée Équatoriale. Rapport final*. UNICEF, 2008.

³³⁸ Polymerase Chain Reaction – Reação de Cadeia de Polimerase.

A evolução da quantidade de testes rápidos realizados entre gestantes em mulheres grávidas entre 2000 e 2007 está apresentada na tabela abaixo:

Ano	Testes realizados	Resultados positivos para HIV	Porcentagem (%)
2000	199	13	6,53
2001	149	13	8,72
2002	485	17	3,51
2003	1.715	147	8,57
2004	3.301	252	7,63
2005	3.568	358	10,00
2007 (até agosto)	3.865	440	11,38

Quadro 4. Testes rápidos HIV em grávidas no período 2000 – 2007 na Guiné Equatorial. Fonte: WHO/ODM_2010.

Segundo os dados analisados no período, 35,5% das mulheres grávida que haviam realizado os testes rápidos para HIV tinham entre **10 e 19** anos em 2003 (10 – 14 anos = 3,9%).

Em função das atividades de sensibilização da população, observa-se um aumento considerável no número de testes rápidos realizados por mulheres grávidas, em torno de 64% das mulheres grávidas atendidas em consultas pré-natais em 2007 aceitaram voluntariamente fazer o teste.

De qualquer modo, a cobertura de testagem para as mulheres grávidas precisa ser intensificada, ampliada e inserida de fato nos cuidados pré-natais em todos os serviços de saúde.

6.2. Transmissão Vertical

Embora a adesão integral ao protocolo da OMS para prevenção à transmissão mãe-filho tenha sido acordada pelo país, não há ampla cobertura de pré-natal, não há quantificação sobre o número de partos hospitalares vs. partos em casa.

- Cobertura estimada em 74% das gestantes, sendo a média de 11000 as grávidas testadas em 2015. O país tem uma estimativa de 28.000 a 30.000 partos por ano.

- Das gestantes, 11.612 sabem sua sorologia, segundo dados do ONUSIDA, estando 147 HIV+ em tratamento seguindo a Opção B+. Há gestantes em monoterapia, sem estimativa concreta.

Os profissionais de saúde entrevistados relatam que algumas gestantes com CD₄ em taxas apropriadas são encaminhadas para parto eutócico (natural), e não cesariana. Porém, a dificuldade para realização do teste de CD₄ é constantemente mencionada – como já foi dito, não há aparelhos para realização deste teste na rede pública da Guiné Equatorial.

É feita administração de *nevirapina* no momento do parto, porém são poucos os partos hospitalares. Importante destacar que até 2009 não havia dados específicos sobre transmissão vertical no País.

Guiné Equatorial, a despeito de todos os esforços, ainda apresenta problemas graves em relação ao protocolo internacional para Redução da Transmissão Vertical, tanto na cobertura de prevenção, testagem, medicação e assistência durante e pós-parto.

6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país

Em relação ao protocolo para prevenção da Transmissão Vertical na gestação, parto e puerpério, na Guiné Equatorial ainda se administra a monoterapia como medida profilática, mas é consenso entre os profissionais e gestores entrevistados que nesse momento a prioridade é a transição para adoção plena da Opção B+.

Considerando-se os dados do GARPR 2014³³⁹, 828 mulheres grávidas fizeram tratamento com AZT em monoterapia, 72 com nevirapina, a chamada Opção A. O país está gradativamente retirando a monoterapia com NVP, sendo reportadas 72 mulheres recebendo essa medicação no parto. A Opção B+ foi incluída em 2012, estando ainda em fase de implantação.

Segundo os dados disponíveis, no momento, as três opções de tratamento estão ofertadas na Guiné Equatorial. Na região Continental, das 499 mulheres grávidas em ARV, 277 estavam em monoterapia, com a Opção A e 220 “PPS” (por sua própria saúde), ou seja, já haviam parido. Duas mulheres ainda na Opção B. Na região insular, 739 grávidas em tratamento, sendo 557 com AZT e 66 com nevirapina.

Em termos do protocolo, a orientação para não-amamentação é seguida parcialmente, assim como o fornecimento do leite/ fórmula láctea e acompanhamento da criança HIV+ por 18 meses.

Em se tratando da Opção B+, considera-se importante compreender como se dá o fluxo de testagem para HIV, revelação do diagnóstico, assistência (provisão de medicamentos e controle da má adesão e abandono) e controle da epidemia de HIV/Aids (prevenção inclusa) entre as gestantes - no presente caso, as gestantes da Guiné Equatorial.

Em 2013 o país apresentava 61 estruturas de atendimento pré-natal, sendo que em 37 delas se realiza o teste de HIV e 18 prestam o serviço completo para o PMCH.

Foram testadas 10.384 grávidas, sendo 2.899 na região insular e 7.485 na região continental. Os seis centros de tratamento com ARV realizam testes de HIV para os filhos expostos, com mães infectadas, e o seguimento acontece até os 18 meses.

A situação entre as grávidas é mencionada por todos os entrevistados como preocupante, considerando-se os fatores sócio culturais, desde a pobreza até a poligamia. Estima-se a cobertura às grávidas em torno de 74%. São realizados entre 20.000 e 30.000 partos por ano na Guiné Equatorial, grande parte por comadronas, parteiras, sem estrutura hospitalar..

Em 2014-2015, estima-se que cerca de 11.000 grávidas foram testadas e, destas, 1.539 estavam infectadas pelo HIV, uma prevalência estimada de **10,1%**. Estima-se que 147 mulheres estejam em tratamento seguindo a Opção B+, em Bioko.

³³⁹ No presente documento referenciado como *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la lucha contra el VIH/Sida – Guinea Ecuatorial*. Abril, 2014.
<http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/GNQ_narrative_report_2014.pdf>

São 13 estabelecimentos que realizam Consulta Pré-Natal, sendo que 11 realizam testagem para HIV. O total de 6 serviços de saúde realizam o atendimento completo para as gestantes HIV+ e o seguimento das crianças, em tese, por 18 meses.

Há menção a perda de dados de registro, mesmo nos centros de referência, com não-preenchimento das fichas.

Os livros de registro são limitados, considerados incompletos. Também não há fichas para o acompanhamento dos parceiros.

Estima-se que cerca de 1.600 mães necessitem entrar no PMTF, uma vez que cerca de 11.612 grávidas sabem sua sorologia.

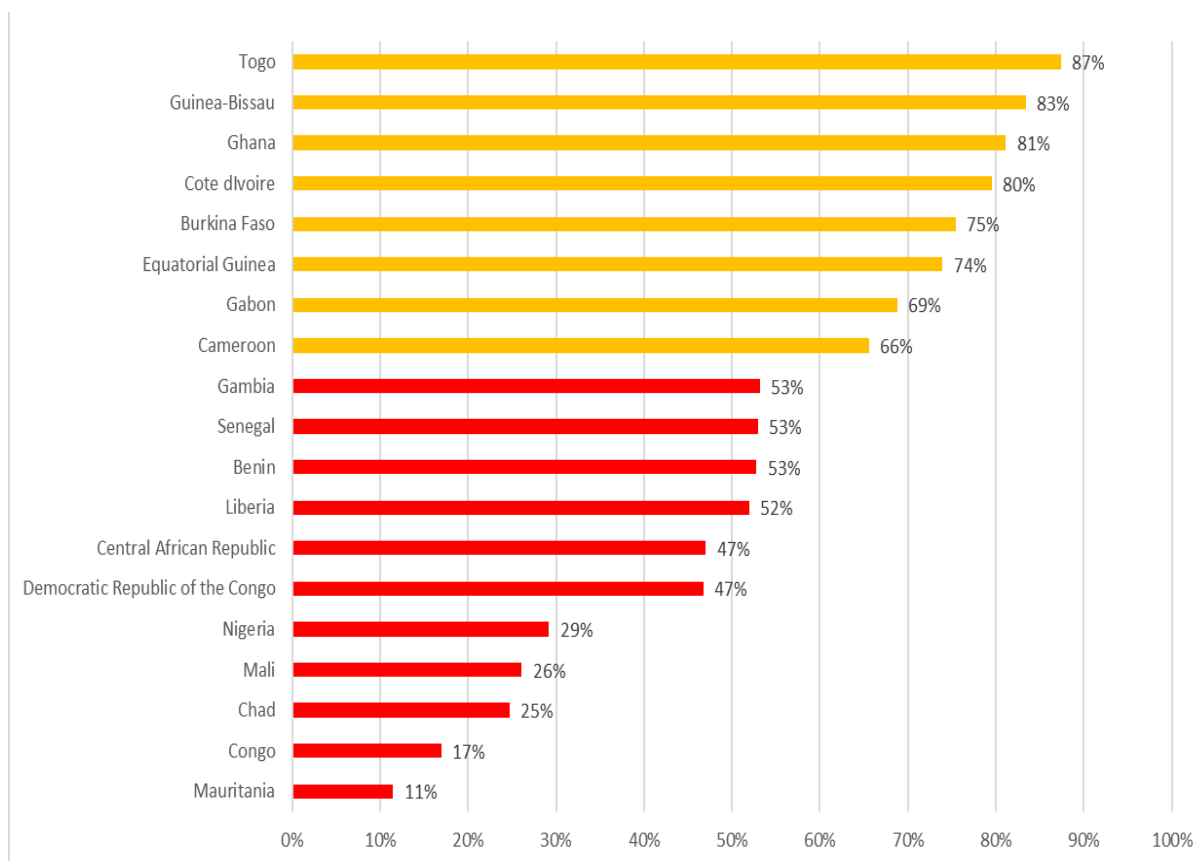


Gráfico 9. Porcentagem de mulheres HIV+ recebendo ARV mais efetivos na África. Fonte: Unicef, 2016.

Na Guiné Equatorial não foram entrevistados gestores de Organizações Não-Governamentais. Tanto pelo fato da visita de campo ocorrer numa semana muito atribulada por todos, por ser eleição presidencial, como pelo fato das ONG em geral trabalharem com populações vulneráveis. No país, os órfãos e crianças são considerados vulneráveis, porém os profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, população trans, pessoas em situação prisional, não tem qualquer atenção específica ou mesmo visibilidade, nem mesmo sua inclusão nos poucos dados epidemiológicos disponíveis.

7. Tabela-síntese – Guiné Equatorial³⁴⁰

1	GERAL		Fonte
1.1	População	845.000 1.222.442	WHO_2015 ONUSIDA_2016
1.2	População urbana	39,9%	ONUSIDA_2016
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	57 – 60 64,2	WHO_2015 CIA_2016
	Homens	57 63,1	WHO_2015 CIA_2016
	Mulheres	60 65,4	WHO_2015 CIA_2016
1.4	Taxa de fertilidade (crianças/mulher)	4,48 (24º do mundo)	CIA_2016
	Taxa de natalidade entre adolescentes	120/ 1.000 mulheres	CCA_2011
1.5	Taxa de crescimento da população	2,48 %	CIA_2016
1.6	Prevalência de contraceção	12,6 % 10,1%	CIA_2016 CCA_2011
1.7	Partos atendidos por especialistas (%)	63%	CCA_2011
1.8	Crianças <5 anos abaixo do peso	5,6 % (2010)	CIA_2016
1.9	Mortalidade infantil – total/ 1000 nasc vivos	67,2 (68,2 meninos e 68,1 meninas, 2016)	CIA_2016
	Taxa de mortalidade infantil/ 1.000 nascidos vivos	93	CCA_2011
1.10	Mortalidade materna/ 100 000 nascidos vivos	47ª do mundo	ONUSIDA_2016
	Taxa de mortalidade mat / 100.000 nascidos vivos	342 280	CIA_2016 CCA_2011
2	GESTANTES - PTV		
2.1	Cobertura de Pré-Natal	74% 83%	ONUSIDA_2016 CCA_2011
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	76% 15.548 (12.888 continente e 2.660 ilhas)	ODM_2010 ONUSIDA_2016
	Pelo menos 4 consultas	67%	WHO_2015
2.2	Cobertura de PTV	74%	ONUSIDA_2016
	Número de gestantes testadas	11.612 / 30.000 = 39%	ONUSIDA_2016

³⁴⁰ 1. UNDP_2012 = http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/ourwork/hiv_aids/successstories/guinea-ecuatorial--retomando-confianza-en-la-vida-con-el-acceso.html.

2. CIA_2016= www.cia.gov – acesso em novembro de 2016.

3. ONUSIDA_2016 = documento fornecido em entrevista de Campo – ONUSIDA/ Guiné Equatorial em abril de 2016.

4. INSPR_2014= *Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados em la Lucha contra el VIH/SIDA Guinea Ecuatorial*, 2014.

5. UNICEF_2008 = Karibwami, Alain Désiré – *Evaluation de la Stratégie de Prevention de la transmission du VIH de la mere a l'enfant em Guinée Équatoriale. Rapport final*. UNICEF, 2008.

6. UNAIDS_2015 = <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/equatorialguinea>

7. WHO_2015 = <http://www.who.int/countries/gng/es/>

8. PNUD_2011 = http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg6.html

8. Index_2016 = www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ek&v=37&l=es

9. CCA_2011 = *Balance Común de País (CCA Common Country Assessment)*. Guiné Equatorial/ ONU, 2011.

2.3	Estimativa de % de gestantes HIV+ com TARV	93,5% 1.238/1.324 74% (2014)	ONUSIDA_2016 UNAIDS_2015
2.4	Taxa de transmissão vertical HIV	24,3% (387/1562) a 27% (parto)	ONUSIDA_2016
2.5	Início do programa PTV no país	2007	ONUSIDA_2016
3	HIV/AIDS e SÍFILIS – HIV 1 e HIV 2		
3.1	Sítios sentinela Pacote Estatístico	6 – PTMF completo Proxy - Spectrum	ONUSIDA_2016 ONUSIDA_2016
3.2	Conhecimento do estatuto sorológico	9.172 – 19% (2013)	ONUSIDA_2016
3.3	Testagem para HIV	48.198 (2013)	ONUSIDA_2016
3.4	Prevalência global do HIV/Aids	6,2%	UNDP_2012 e UNAIDS_2015
	Mulheres	8,3%	UNDP_2012
	Homens	3,7%	UNDP_2012
	Prevalência entre 15-49 anos	3,2% 4,4% [4,4% - 5,3%] 3,1% zona rural/ 3,3% zona urbana	UNDP_2012 UNAIDS_2015 PNUD_2011
	Prevalência do HIV entre gestantes	13% 11% (2007)	ONUSIDA_2016 PNUD_2011
3.5	Transmissão vertical	10,1% - 27%	
3.6	Número de pessoas vivendo com HIV	27.000 [25.000 – 30.000] 27.400	UNAIDS_2015 CIA_2016
	Adultos > 15 anos com HIV	25.000 [23.000 – 27.000]	UNAIDS_2015
	Mulheres > 15 anos com HIV	14.000 [13.000 – 16.000]	UNAIDS_2015
	Grávidas soropositivas para HIV	1539	ONUSIDA_2016
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	2400 (2200-2600)	UNAIDS_2015
3.7	Órfãos por causa da doença (0 – 17anos)	9.200 [7.300 – 11.000]	UNAIDS_2015
3.8	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	1.100/ano [<1.000 – 1.200] 1.200 (2012)	UNAIDS_2015 / CIA_2016 Index_2016
3.9	Número de casos de sífilis cong. notificados	3/6363	ONUSIDA_2016
	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes	9.372/15.548 = 60,3%	
	Gestantes com sífilis que receb tratamento	408/411 = 99,3%	
	Prevalência de sífilis entre gestantes	411/ 9.372 = 4,4%	
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	29% 39%	ONUSIDA_2016 CCA_2011
	TARV entre pessoas com infecção avançada	7630 (est 2011)	ONUSIDA_2016
	Cobertura de ARV para gestantes HIV+	74%	ONUSIDA_2016
	Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas	6,3% 6.523 serviço público 1102 saúde privada	ONUSIDA_2016

4.2	População em TARV	7.625/ 26.861(7.231 adultos e 194 crianças)	ONUSIDA_2016
	Adultos (> 15 anos) – cobertura de tratamento	7.431/23.800 = 31,2%	
	Manutenção do tratamento após 1 ano	82,5% (510/619)	
	Manutenção do tratamento após 2 anos	52,2% *	
	Crianças (< 15 anos) - cobertura	6,3% (194/3061)	
	Gestantes HIV+ em TARV para prev da TV	147 Opção B+	
	% estimada de gestantes HIV+ em TARV	0,1% (147/1539)	
	Crianças	1635	
4.3	Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	1.600	
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNAIDS/WHO	2.967	
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares/ 1. 000 pessoas	2.1 (2010)	CIA_2016
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos	164	CCA_2011
	Cooperação com Cuba	151 médicos (70% dos médicos do país)	CCA_2011
	Médicos/ 10.000 habitantes	1,6	CCA_2011
	Número de enfermeiras	220	CCA_2011
	Enfermeiros/ 3.500 habitantes	1	CCA_2011
	Dentistas	s/d	
	Farmacêuticos	8 (4 no setor público)	CCA_2011
	Farmacêuticos/126.874 habitantes	1	CCA_2011
	Técnicos de farmácia	8	CCA_2011
	Técnicos de laboratório	s/d	
	Outros profissionais de saúde	8 parteiras 650 auxiliares sanitários	CCA_2011
	Psicólogos	1	CCA_2011
	Assistentes Sociais	2	CCA_2011
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0	CCA_2011
5.3	Serviços de teste e aconselhamento	18	ONUSIDA_2016
	Serviços que realizam TARV	2	
5.4	Fluxo	Centros de saúde - Hospitais	
5.5	Caracterização sócio-geográfica	Continente e ilhas com limitações de infraestrutura para comunicação e transporte de insumos e pessoas.	
5.6	Questões culturais específicas	Tráfico de pessoas, imigração	
5.7	ONG parceiras	s/d	

A título de curiosidade, tabela complementar (original), extraída do link mencionado abaixo. Contém dados epidemiológicos mais antigos, sendo interessante para se perceber algumas evoluções na atenção à epidemia de HIV/Aids.

Toda a documentação oficial da Guiné Equatorial está em Espanhol, Francês ou Inglês.

Resumen de la situación epidemiológica del VIH/SIDA y sus determinantes

Frecuencia del VIH /SIDA ¹	Año	Valor
Frecuencia del VIH al inicio de la epidemia	1987	0,5%
Seroprevalencia del VIH	2004	3,2 (2,0-4,4%)
Frecuencia de VIH en población de 15-24 años (ONUSIDA)	2005	2,3%
Seroprevalencia en mujeres embarazadas	2008	7,3%
Seroprevalencia en mujeres embarazadas de 15-24 años	2008	5,9%
Seroprevalencia en Embarazadas de 10-14a:	2008	6,7%
Seroprevalencia en Embarazadas 15-19a:	2008	4,4%
Seroprevalencia en Embarazadas 20-24 a	2008	7,7%
% de Adolescentes de 10-19 años entre las embarazadas que se realizan la prueba del VIH	2008	36%
Total pruebas rápidas VIH positivas acumuladas	1999-jun07	11576
Frecuencia pruebas rápidas positivas para VIH	2006-2007	16,6%
% de pruebas rápidas de VIH positivas en Mujeres	2007	18,3%
% de pruebas rápidas de VIH positivas en Hombres	2007	17,3%
% de pruebas rápidas de VIH positivas en Donantes:	2005	5%
% de pruebas rápidas de VIH positivas en Sospechosos:	2005	27%
% de pruebas rápidas de VIH positivas en pacientes con TB:	2005	37%
% de pruebas rápidas de VIH positivas en Voluntarios (Malabo) :	2007	11,2%
Pruebas de VIH confirmadas en Malabo (todas las categorías)	2007	10,2%
Total PVVIH (ONUSIDA)	2005	8900
PVVIH menores de 15 años (ONUSIDA)	2005	900
PVVIH que necesitan ARV (ONUSIDA)	2005	1400
Número de muertes por SIDA (ONUSIDA)	2005	<1000
Número de niños huérfanos de ambos padres (ONUSIDA)	2005	1900

Fuente: PNL5 Marco Estratégico VIH/SIDA 2009-2013

http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/4/4a/GEOMD6d.jpg

8. Conclusões e Recomendações

8.1. Aspectos positivos a serem valorizados

Pode-se dizer que a Guiné Equatorial, neste momento, esteja saindo de uma estratégia passiva em relação à saúde pública e procurando a construção de uma estratégia ativa.

O Governo está procurando organizações fortes para construir a resposta nacional à epidemia e um exemplo disso é o estabelecimento de um escritório da ONUSIDA em Malabo.

A disponibilização gratuita de medicamentos para aids e tuberculose é um aspecto positivo muito importante.

Segundo os gestores, o Sistema de Saúde Suplementar ou Rede Particular/ Privada fornece seus dados de atendimento e agravos para o Ministério da Saúde de modo rotineiro, sem transtornos.

Apesar de limitada, há uma rotina de reuniões e encontros entre os gestores de diferentes níveis, com alguma comunicação sobre os agravos e sobre os recursos disponíveis.

Considerando a importância de se acessar a comunidade, um ponto positivo é a capilaridade das ações nos Distritos e a logística de Agentes Comunitários de Saúde.

Mesmo com todos os limites, a Guiné Equatorial vem dando respostas às solicitações globais de dados para a OMS, UNICEF, ONUSIDA e compõe o quadro dos países africanos que solicitam auxílio técnico, administrativo e financeiro para solidificar a construção de sua resposta nacional à epidemia de aids e atenção à sífilis congênita.

Há um acompanhamento importante dos casos de tuberculose, e estratégias já foram desenvolvidas para auxiliar na assistência ao tratamento, como a busca ativa de faltosos e pessoas que abandonaram – porém feneceram diante da falta de subsídio financeiro. É um aspecto importante que precisa ser retomado.

O tema da circuncisão masculina como prática preventiva em saúde já existe, podendo ser importante ferramenta de acesso aos homens.

Outro ponto interessante apresentado pelos entrevistados: ao se nomear os "Praticantes de Medicina Tradicional", esses profissionais estão sendo incluídos e respeitados como tendo conhecimento a ser utilizado e integrado, mesmo que muitas vezes seja restrito ao aspecto psicológico. Ao se dizer "Curandeiro", pode-se pensar em exclusão, pois a denominação sugere algo da ordem da fé, da ordem religiosa da crença e de um suposto não-preparo para se lidar com doentes. Uma particularidade significativa e que merece ser compartilhada, no diálogo *antropologia – epidemiologia*. Foi consensual no grupo que é importante reconhecer e incluir a força que os Praticantes de Medicina Tradicional têm junto à população para se trabalhar doenças crônicas como a aids. A população confia nesses profissionais, e não se sente discriminada ou estigmatizada.

8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

A entrada recente da Guiné Equatorial na CPLP ainda traz algumas dificuldades de comunicação em Português. O trabalho de campo foi feito em espanhol, francês e inglês. No campo houve uma dificuldade explícita e verbalizada pelos gestores em compreender o idioma luso tanto na fala como na escrita. A primeira recomendação é que se incremente e aperfeiçoe o uso regular do Português tanto nos documentos como nas conversas cotidianas, para preparar o país para uma efetiva integração aos outros países da Comunidade.

A **Comunicação**, portanto, é um ponto a ser cuidadosamente trabalhado. Mídia, rádio e TV, escolas, formação continuada dos profissionais de saúde. A informação é uma condição *necessária, mas não suficiente*, para as práticas preventivas e de tratamento. Por exemplo, apesar da disponibilidade gratuita dos medicamentos para aids e tuberculose, a taxa de abandonos e má adesão é considerada altíssima, mesmo sem estatísticas precisas.

Outro exemplo de que a informação é necessária, mas não suficiente, foi a indagação de um gestor sobre o que seria “epidemia generalizada” durante o trabalho de campo e por que a Guiné Equatorial estaria enquadrada nessa modalidade. Após a explicação dada pela consultora – a epidemia é generalizada quando atinge a todos da sociedade igualmente, sem grupos-chave – o gestor percebeu que já sabia do conceito, porém, não havia integrado as informações. Foi um momento interessante de aprendizagem e comunicação em dois idiomas.

De modo geral, os pontos de vulnerabilidade são documentados e conhecidos na Guiné Equatorial, com destaque para a pobreza da população, a pequena capacidade institucional e organização da resposta nacional ao HIV/Aids e às infecções de transmissão sexual, a escassa adesão ao tratamento de aids a despeito da disponibilização dos medicamentos, a fraca capacidade do sistema de controle epidemiológico do HIV/Aids, a pouca capacidade de programas de sensibilização das população em matéria de HIV/aids, a persistência do estigma, marginalização das pessoas infectadas e afetadas pelo HIV/Aids e suas famílias³⁴¹.

Diante disso, a recomendação é que o sistema de saúde necessita de uma análise situacional. Não há dados atualizados sobre o número efetivo de profissionais em cada serviço de saúde, mas sabe-se a necessidade de contratação de epidemiologistas, técnicos em higiene e subespecialidades, para que existam equipes completas multiprofissionais em todas as unidades. A criação da faculdade de Medicina e o incentivo à formação de novos médicos é um ponto positivo, porém a demanda da população ainda é muito elevada, em especial no que se refere às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Em termos epidemiológicos, frente à lacuna nos registros de nascimento e óbito constatados, a resposta nacional à epidemia de HIV/Aids e sífilis congênita é desenvolvida apenas com base em estimativas, o que dificulta a compreensão da história natural da doença no país, a formulação de políticas com dados reais da população e obliteram o compartilhamento de estratégias. Não é possível desenvolver uma Epidemiologia sem base populacional comprovável.

³⁴¹ PNUD_2011.

O número total de pessoas da população geral é base para todos os cálculos de incidência, prevalência, morbimortalidade, letalidade. No caso da Guiné Equatorial, foram encontrados pelo menos seis números diferentes, nos distintos documentos, e optou-se por utilizar os números mencionados na tabela-síntese.

Em relação à Opção B+, a implantação requer uma estrutura mínima para o acompanhamento da gestante e do recém-nascido, uma estrutura que garanta a adesão e a correta implementação do protocolo para a gravidez, o parto e o puerpério. O fato de haver apenas aparelhos para exame de carga viral na rede particular é um fator negativo gravíssimo, pois se houver falência terapêutica, ou mesmo para acompanhar os tratamentos, é um exame essencial – além do cumprimento da Cascata de Cuidados, o elo final, “90% das pessoas medicadas apresentando carga viral indetectável”. Como seria isso, sem o exame de carga viral disponível na rede pública? Impossível. Portanto, se o país quer realmente aderir às metas da Organização Mundial da Saúde, precisa aprimorar o sistema de avaliação e acompanhamento dos casos em tratamento.

Para que a Guiné Equatorial efetivamente esteja alinhada com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde – e portanto da RIDES/CPLP – precisará reverter uma vulnerabilidade institucional cultural: com a notável indiferença ou supressão das populações de profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e população prisional das campanhas e ações de prevenção, o país está fora do campo de Saúde Pública preconizado pela OMS.

A resposta nacional tem algumas outras características que prejudicam o tratamento da aids: a centralização da testagem e disponibilização de medicamentos, as lacunas na notificação, os registros não pormenorizados.

Também há notáveis dificuldades na implementação plena de normas internacionais de biossegurança nos serviços de saúde, notificadas pelos entrevistados e confirmadas nas visitas de campo. Por exemplo, a sala de espera da farmácia, no Hospital Geral de Malabo, está localizada num lugar escuro, não-arejado, em que estão misturados doentes com aids, tuberculose e outros agravos. Um lugar que precisa ser arejado, limpo e com assepsia a toda prova. Um ponto importante a ser melhorado e que não requer dinheiro ou severas mudanças organizacionais: apenas medidas de biossegurança aplicadas. Ajustar a logística e a salubridade dos ambientes coletivos é um ponto importante e com resposta rápida.

Ainda em relação à rotina de monitoramento e avaliação, o início – a coleta de dados – tem severas limitações. A maior parte dos dados coletados (70%) vem do continente; há poucos dados da região insular e menos ainda das regiões rurais. Ainda não existe um sistema central efetivo e eficaz para coletar e sistematizar os dados epidemiológicos, porém os gestores estão somando esforços para conseguir estruturar um sistema que seja abrangente e eficaz para todo o país. Resolver isso será essencial para que se assegure a resposta nacional à epidemia de aids e sífilis congênita, bem como a implementação plena da Opção B+.

Em termos das vulnerabilidades sociais, a distribuição desigual de renda, os acessos limitados aos meios de prevenção, informações, a comunicação restrita – até por conta dos três idiomas oficiais – e a dificuldade em se integrar alimentação adequada, medicamentos e rotina de trabalho são fatores amplamente conhecidos pelos gestores, com ações pontuais, porém sem uma política implementada a longo prazo que resolva essa desigualdade. Porém, esse não é um problema da Guiné Equatorial, é um problema global.

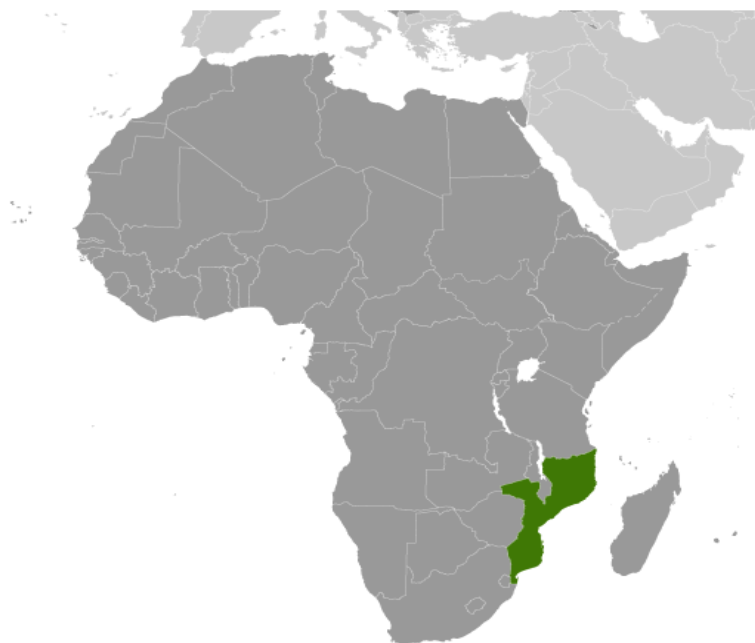
Nas vulnerabilidades individuais, a revelação diagnóstica permanece como problema grave: o chamado *autoestigma* está muito presente entre as pessoas com HIV+. Os profissionais afirmam: *após o teste, (os pacientes) não aceitam o diagnóstico*. Estima-se que grande parte dos pacientes que recebam o diagnóstico de aids procurem em primeiro lugar uma clínica de Medicina Tradicional, com os curandeiros.

Para enfrentar essa vulnerabilidade, os profissionais responsáveis (em sua maioria, da área de enfermagem) precisarão receber capacitação específica para *como fazer a revelação diagnóstica*. Também as ONG podem ajudar na prevenção, diagnóstico precoce, carga viral, e atenção às populações vulneráveis, que no momento também são invisíveis na cultura local.

Diante dessas vulnerabilidades relativas a recursos humanos, fica a recomendação da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em relação a implementação da Opção B+ em diversos aspectos: notificação e registro, aprimoramento em relação ao modo como se revela o diagnóstico de HIV/Aids, busca de resultados, importância de se incluir os Praticantes de Medicina Tradicional (Curandeiros) nas estratégias de informação para sucesso das respostas.

As avaliações apresentadas em estudos do Unicef, PNUD e o próprio GARPR trazem dados que comprovam a ampla necessidade de incremento das informações em todos os níveis de comunicação e formação. De preferência incluir uma versão em Português dos documentos.

6. MOÇAMBIQUE



SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACA – Avaliação Conjunta Anual	IEC – Informação, Educação e Comunicação
ARV – Antirretroviral	INE – Instituto Nacional de Estatística
AQD - Avaliação da Qualidade de Dados	INS – Instituto Nacional de Saúde
ATIP – Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Provedor	ITS - Infecções de Transmissão Sexual
ATS – Aconselhamento e Testagem em Saúde	INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e sida em Moçambique
AZT – Zidovudina	M & A – Monitoramento e Avaliação
CBA - Confederation of Business Associations	MEGAS – Medição de Gastos em sida
CCR - Consulta de Criança em Risco	MG – Mulher Grávida
CCS – Consulta da Criança Sadia	MICS – Inquérito Sobre Indicadores Múltiplos
CDC - Centers for Disease Control and Prevention	MINED – Ministério da Educação
CDCS – Comissão Distrital de Combate ao Sida	MINT – Ministério do Interior
CD ₄ - <i>Cluster of Differentiation</i> – Linfócitos T CD ₄	MISAU – Ministério da Saúde
CIA - Central de Inteligência Americana	MJD – Ministério da Juventude e Desportos
CITT - Centro de Investigação e Transferência de Tecnologias para o Desenvolvimento Comunitário	MMAS – Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social
CM – Circuncisão Masculina	MMIA – Mapa Mensal de Informação de Antirretrovirais
CMAM – Centro de Medicamentos e Artigos Médicos	MONASO – Rede de Organizações de Luta contra o sida (<i>Mozambican Network of Aids Services Organizations</i>)
CNCS – Conselho Nacional de Combate ao sida	MOT – Modos de Transmissão
COV's – Crianças Órfãs e Vulneráveis	MPD – Ministério da Planificação e Desenvolvimento
CPF – Consulta de Planeamento Familiar	MTS – Mulher Trabalhadora do Sexo
CPN – Consulta Pré-Natal	NED - Núcleos Estatísticos Distritais
CPP - Consulta Pós-Parto	NEP - Núcleos Estatísticos Provinciais
CTZ – Cotrimoxazol	NPCS – Núcleo Provincial de Combate ao HIV
DPI – Diagnóstico Precoce Infantil	NVP – Nevirapina
DPM – Depósito Distrital de Medicamentos	OCB – Organização Comunitária de Base
DPS – Direção Provincial de Saúde	ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
DNAM - Direção Nacional de Assistência Médica	OIT – Organização Internacional do Trabalho
EcoSIDA – Empresários Contra o HIV e Sida	OMS - Organização Mundial da Saúde
ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (<i>ensaio de imunoabsorção enzimática</i>)	ONG - Organização Não Governamental
E-TV – (Iniciativa Global de) Eliminação da Transmissão Vertical	ONUSIDA – Agência das Nações Unidas para a aids
FDC – Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade	OSC – Organização da Sociedade Civil
FRELIMO - Frente de Libertação de Moçambique	PARP - Plano de Ação para Redução da Pobreza Absoluta
GAAC - Grupos de Apoio à Adesão Comunitária	PARPA II - Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009
GARPR - Global Aids Response Progress Report	PAV – Programa Alargado de Vacinação
GF – Global Fund (Fundo Global)	PCR - Proteína C-Reativa – Reação em Cadeia Polimerásica
GTM&A – Grupo Técnico Multisetorial de Monitoramento e Avaliação	PEN - Plano Estratégico Nacional (I, II, III e IV)
HSH - Homens que fazem Sexo com Homens	PENSAÚDE - Plano Estratégico em HIV/Aids do Setor Saúde
HGJMM - Hospital Geral de J. Macamo Maternidade	PEPFAR – President's Emergency Plan for Aids Relief
IBBS - Integrated Biological and Behavioral Survey	PNB – Pacote Nutricional Básico
IDS – Inquérito Demográfico de Saúde (<i>Demographic and Health Surveys – DHS</i>)	POA – Plano de Orçamento Anual
GF – Global Fund (Fundo Global)	PPE – Profilaxia Pós-Exposição

PES - Plano Econômico e Social
PME – Programa de Medicamentos Essenciais
PNCT - Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNTS - Programa Nacional de Transfusão de Sangue
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRN – Programa de Reabilitação Nutricional
PTMF - Prevenção da Transmissão do HIV da Mãe para a Criança
PTV - Programa de Transmissão Vertical
PVHIV - Pessoas Vivendo com HIV
PVHA - Pessoas Vivendo com Aids
PVHS – Pessoas Vivendo com HIV e Sida
QAD – Quadro de Avaliação de Desempenho
RENAMO - Resistência Nacional de Moçambique
RN – Recém-nascido
RVE – Ronda de Vigilância Epidemiológica
SDSMAS - Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Ação Social
SENASI - Serviço Nacional de Sangue
SIDA/Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIMAM – Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos
SMI - Saúde Materno-Infantil
SMNI – Saúde Materna, Neonatal e Infantil
SMNIAJ – Saúde Materna, Neonatal e Infantil, Adolescente e Jovem
SMS – Short Message Service – serviço de mensagens curtas
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSR – Saúde Sexual Reprodutiva
SVC – Sistema de Vigilância Comportamental
TARV – Terapia Antirretroviral
TB – Tuberculose
TB-MDR - Tuberculose Multi Droga Resistente
TB-XDR - Tuberculose extra resistente
TCS – Trabalhadores Comunitários de Saúde
TIO – Tratamento de Infecções Oportunistas
TOR – Termos de Referência
TV - Transmissão Vertical
UATS – Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde
UNDP - United Nations Development Programme (=PNUD)
UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para o HIV e aids
UPC – Unidade de Planificação e Coordenação
USAID – Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (<i>U.S Agency for International Development</i>)
US – Unidade de Saúde
VIH/ HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization
3TC – Lamivudina

FIGURAS

Fig. 1. Mapa Político de Moçambique, capital Maputo e Fronteiras Nacionais. Fonte: pt.123.rf.com, 2016.

Fig.2. Estatística sobre incidência de Pobreza ponderada em Moçambique. Fonte: Governo de Moçambique, 2016.

Fig.3. Villas do Milênio implementadas até 2011. Fonte: Governo de Moçambique, 2016.

Fig. 4. Pirâmide Populacional, Moçambique. Fonte: CIA, 2016.

Fig. 5. Distribuição populacional em Moçambique e distribuição proporcional da incidência de HIV por região, 2013. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 6. Beneficiários da circuncisão masculina e unidades fixas em Moçambique, 2011- 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 7. Beneficiários da circuncisão masculina em Moçambique por idade, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 8. Número de casos de tuberculose detectados, testados para o HIV, coinfetados e os que receberam tratamento antirretroviral em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 9. Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticadas e tratadas em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 10. Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticados por sexo e idade em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 11. Discrepância do número de beneficiários do Tratamento Antirretroviral: cruzamento de dados do DNAM e CMAM entre 2013 e 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 12. Doações de sangue anuais em Moçambique, 2011 – 2015 (em milhares). Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 13. Expansão geográfica das Unidades de Saúde com oferta de Tratamento Antirretroviral em Moçambique entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig.14. Sucessos e desafios da Prevenção à Transmissão Vertical em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 15. Localização Geográfica dos laboratórios com capacidade para processar amostras para Carga Viral e respectivas províncias beneficiárias em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Fig. 16. Cascata de DPI, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

TABELAS

Tabela 1. Villas do Milênio em Moçambique até 2014. Fonte: Governo de Moçambique, 2016.

Tabela 2. Indicadores Relativos à Tuberculose em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Tabela 3. Casos notificados de Tuberculose em Moçambique, 2014. Fonte: WHO, 2016.

Tabela 4. Estimativas de Tuberculose em Moçambique, 2014. Fonte: WHO, 2016.

Tabela 5. Rastreamento de Tuberculose e Profilaxia – Tratamento Profilático com Isoniazida (TPI) dos casos HIV positivos em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Tabela 6: Dados da coinfeção TB/HIV em 2014. Fonte: WHO, 2016.

Tabela 7. Casos de Tuberculose Multiresistente em Moçambique, 2014. Fonte: WHO, 2016.

Tabela 8. Cobertura – assistência às mulheres grávidas HIV+ e recém-nascidos em Moçambique, 2012-2014. Fonte: Governo de Moçambique, 2015.

Tabela 9: Porcentagem de infecções em doações de sangue (2010-2013). Fonte: GARPR, 2014.

Tabela 10. Porcentagem de marcadores infecciosos nas doações de sangue em Moçambique entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Tabela 11: Porcentagem de adultos e crianças HIV+ em tratamento após início de TARV, 2013. Fonte: Governo de Moçambique, 2016.

Tabela 12. Linha do tempo do PTV em Moçambique. Fonte: MISAU, 2015.

Tabela 13. Unidades de Saúde com PTV e as respectivas opções de tratamento para grávidas em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Tabela 14. Implementação da Opção B+ em Moçambique, 2014. Fonte: Relatório Anual HIV/Aids, 2014.

Tabela 15. Cascata da Maternidade: da CPN à TARV. Fonte: MISAU, 2016.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolução de beneficiários do Tratamento Antirretroviral, crianças e adultos e cobertura TARV entre Pessoas Vivendo com HIV entre 2003 – 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 2. Evolução da cobertura do Tratamento Antirretroviral pediátrico no período de 2003 a 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 3. Retenção em Terapia Antirretroviral aos 12, 24 e 36 meses em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 4. Evolução do número de Unidades Sanitárias disponibilizando Terapia Antirretroviral no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, entre 2003-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 5. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas na 1ª CPN: Mulheres grávidas com sorologia conhecida; Mulheres grávidas HIV em Moçambique, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 6. Cascata da CPN em Moçambique: Mulheres Grávidas HIV+; MG recebendo CTZ; MG em TARV; MG em biprofilaxia, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 7. Mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV nas CPN, 2002-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 8. Cascata da Maternidade em Moçambique: Mulheres Grávidas HIV+; MG a receber TARV; MG a receber RV, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 9. Cobertura populacional total do exame PCR (*Polymerase Chain Reaction*) em Moçambique, 2012 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 10. Cobertura populacional de PCR antes dos dois meses de idade em Moçambique, 2012-2015. Fonte: GARPR, 2016.

1.3. Contexto Político

Em 1994 o País realizou as primeiras eleições com vários partidos, sendo a FRELIMO vitoriosa, assim como venceu as eleições de 2000 e 2004. Entre 2012 e 2014 algumas instabilidades políticas ainda estavam em pauta.

O Governo de Moçambique tem definido políticas e estratégias de combate à pobreza, com destaque para o Programa Quinquenal do Governo (PQG), Plano de Ação para Redução da Pobreza (PARP) e planos setoriais.

Estima-se que dos cerca de 20 milhões de habitantes, cerca de 78% vivam abaixo da linha de pobreza³⁴². Para combater essa mazela, o Governo de Moçambique tem definido políticas e estratégias de combate à pobreza, com destaque para o Programa Quinquenal do Governo (PQG), Plano de Ação para Redução da Pobreza (PARP) e planos setoriais.

O Programa Nacional Vilas do Milênio foi iniciado em 2006 e é uma das estratégias para acelerar o desenvolvimento rural integrado, com base na investigação e inovações para as comunidades carentiadas e foco no índice de pobreza: privação à educação, saneamento, água potável e energia como indicadores.

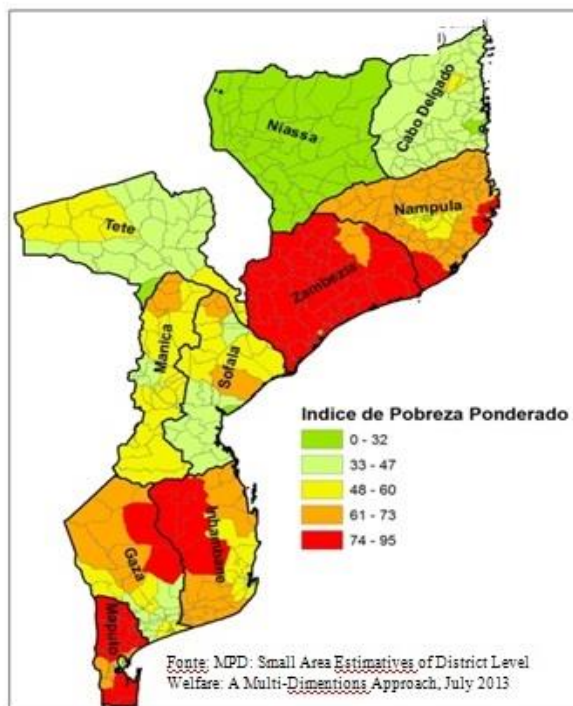


Fig.2: Estatística sobre incidência de Pobreza ponderada em Moçambique. Fonte: Governo de Moçambique, 2016.

³⁴² http://www.citt.gov.mz/?page_id=16, acesso em outubro de 2016.

O Centro de Investigação e Transferência de Tecnologias para o Desenvolvimento Comunitário (CITT) é o responsável por essa implementação. Foram criadas sete Villas do Milênio, demonstradas a seguir:

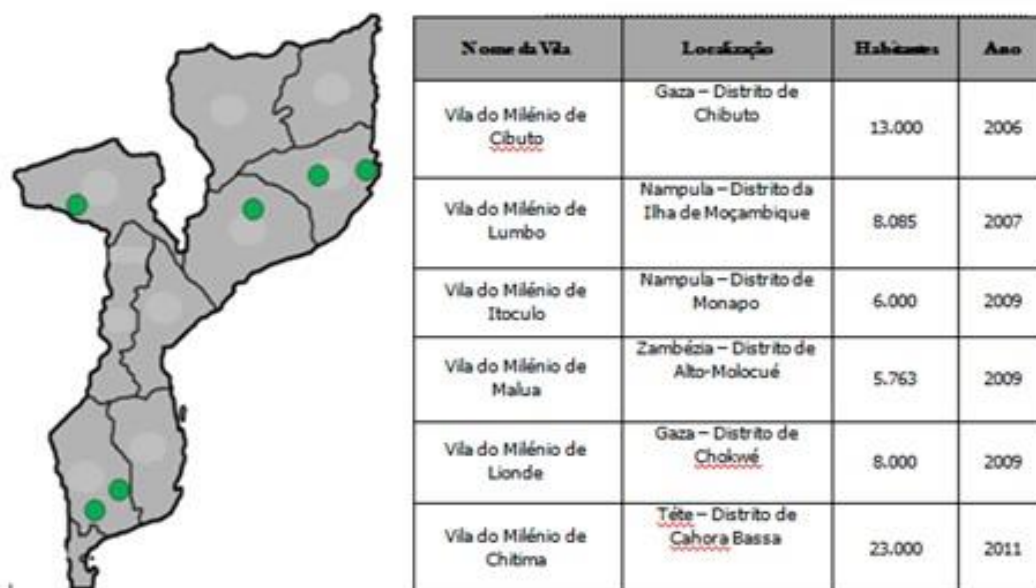


Fig.3: Villas do Milênio implementadas até 2011. Fonte: Governo de Moçambique, 2016³⁴³.

Vila	Ano de criação	Localização Província/Distrito	Fonte de financiamento	Nº de habitantes
Chibuto	2006	Gaza/ Chibuto	PNUD	13.000
Lumbo	2007	Nampula/Ilha de Moçambique	Governo de Portugal	8.085
Itoculo	2009	Nampula/ Monapo	Governo do Japão	6.000
Malua	2009	Zambézia/ Alto-Molocuê	Governo do Japão	5.763
Lionde	2009	Gaza/ Chokwé	Governo do Japão	8.000
Chitima	2011	Tete/Cahora Bassa	Hidroelétrica Cahora Bassa ³⁴⁴	23.000
Molumbo	2014	Zambézia/ Molumbo	Banco Islâmico de Desenvolvimento	62.000

Tabela 1: Villas do Milênio em Moçambique até 2014. Fonte: Governo de Moçambique, 2016.

Em avaliação realizada em 2014, foram consideradas implementações com bons resultados as desenvolvidas nas Villas do Milênio de Lionde, Malua e Itoculo; Vila de Chitima em fase final de construção e Molumbo, início de obras.

Lumbo foi avaliada como defasada, por retirada de financiamento pelo financiador; Chibuto, a primeira a testar o modelo, não registrou grandes sucessos pela falta de experiência local no modelo desta iniciativa, segundo o Governo de Moçambique.

³⁴³ http://www.citt.gov.mz/?page_id=16.

³⁴⁴ Cronologia da história da hidrelétrica em <http://noticias.sapo.mz/especial/cahorabassa/#2007>.

A Cooperação Brasil - Moçambique³⁴⁵

A cooperação técnica com Moçambique está amparada pelo Acordo Geral de Cooperação entre a República Federativa do Brasil e a República de Moçambique, assinado em 15 de setembro de 1981 e promulgado em 09 de junho de 1984. Ao final de 2011, o programa bilateral de cooperação técnica Brasil-Moçambique era composto por vinte e um projetos em execução e nove em processo de negociação.

Foram assinados, em 2011, seis novos projetos³⁴⁶: "Modernização da Previdência Social de Moçambique"; "Capacitação Jurídica de Formadores e Magistrados"; "Implantação de Banco de Leite Humano e de Centro de Lactação em Moçambique"; "Apoio a Implantação do Centro de Tele saúde, da Biblioteca, e do Programa de Ensino a Distância em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente de Moçambique"; "Capacitação e Transferência Metodológica para o Programa Mais Alimentos África em Moçambique"; e "Implantação de Bancos Comunitários de Sementes e Capacitação par o resgate, multiplicação, armazenamento e uso de sementes tradicionais e crioulas em áreas de agricultura familiar em Moçambique e África do Sul".

Em visita a Moçambique em outubro de 2011, o Governo Federal Brasileiro declarou haver importantes realizações na cooperação com Moçambique diante dos resultados alcançados pelos mais de quarenta projetos em curso em áreas como agricultura, educação, ciência e tecnologia, saúde e formação profissional.

O projeto ProSAVANA foi considerado como um dos mais importantes componentes da pauta de cooperação dos dois países, pelo seu alcance, amplitude e por ter como meta central a questão prioritária que é a da erradicação da fome – o objetivo é o fortalecimento da agricultura de Moçambique e responder aos problemas das comunidades rurais e de populações que dependem da terra para sua subsistência e se encontram em situação de insegurança alimentar.

O Governo Federal brasileiro manifestou, também, satisfação com o início das atividades da Universidade Aberta do Brasil em Moçambique. O projeto conta com três polos que beneficiam mais de 600 estudantes, deverá beneficiar mais de 7000 alunos.

A importância da capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de Moçambique foi reafirmada com a disposição para conclusão rápida e inauguração do Centro de Formação Profissional Brasil-Moçambique, parceria da ABC com o SENAI. No presente estudo, ficou evidenciada a necessidade de incremento na área de recursos humanos em saúde.

³⁴⁵ www.Itamaraty.gov.br, acesso em agosto de 2015, fevereiro de 2016.

³⁴⁶ Os recursos financeiros alocados à cooperação com Moçambique representavam, no final de 2011, no âmbito da cooperação bilateral a importância de aproximadamente US\$ 22,157,013.00 e no plano trilateral mais US\$ 9,843,770.00, totalizando US\$ 32,000,783.00.

1.4. População

A população de Moçambique é estimada em aproximadamente 20 milhões de habitantes³⁴⁷ (20.366.795), sendo 9.842.760 homens e 10.524.035 mulheres³⁴⁸. Há defasagens nos registos de nascimento, por vários fatores: questões culturais – étnicas, econômicas e acesso aos serviços.

- Pirâmide populacional

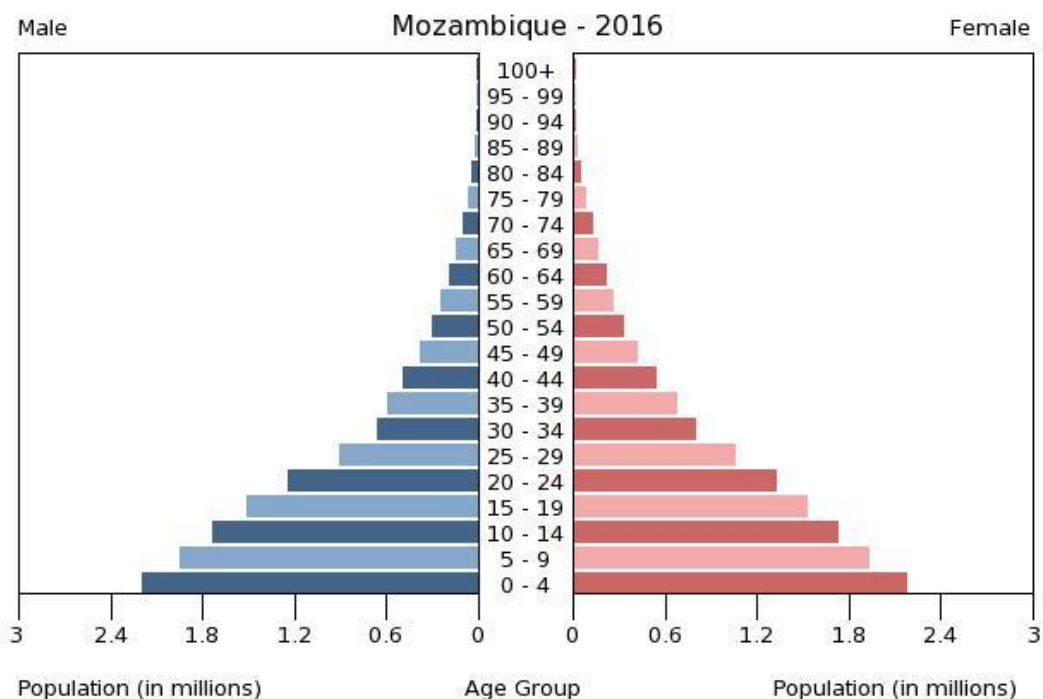


Fig. 4. Pirâmide Populacional, Moçambique. Fonte: CIA, 2016.

- Crescimento Populacional

As estimativas do país precisam sempre considerar os efeitos da alta mortalidade decorrente de aids, que afeta a expectativa de vida, determina alta mortalidade infantil, altas taxas de mortalidade e mudanças na distribuição da população por idade e sexo em relação às expectativas.

A expectativa de vida em Moçambique é de 50 anos em média, com variações para homens e mulheres, regiões urbanas e rurais. Os agravos decorrentes da falta de saneamento, malária, desnutrição prejudicam a longevidade e a qualidade de vida da população moçambicana.

A taxa de fertilidade é alta, e a taxa de contracepção é baixa. A maternidade tem forte apelo na cultura local, sendo a média “desejada” de quatro ou mais filhos.

³⁴⁷ <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Populacao>. Acesso em outubro de 2016.

³⁴⁸ www.cia.gov.

1.5. Idioma e Religião

As etnias que compõem a população são 99,66% africanos – Makhuwa, Tsonga, Lomwe, Sena e outros); europeus, 0,06%, euro-africanos 0,2%; Indianos 0,08%.

A língua oficial é o Português, mas há muitas línguas nacionais, como: Cicopi, cinyanja, cinyungwe, cisenga, cishona, ciyao, echuwabo, ekoti, elomwe, gitonga, maconde (ou shimakonde), kimwani, macua (ou emakhuwa), memane, suaíli (ou kiswahili), suazi (ou swazi), xichanga, xironga, xitswa e zulu³⁴⁹.

Estimativas apontam para idioma Emakhuwa falado por 25,3% da população, seguido por Português (10,7%), Xichangana (10,3%), Cisena (7,5%), Elomwe (7%), Echuwabo (5,1%) e outros idiomas Moçambicanos (acima descritos, 30,1%) e outros, 4%.

Segundo estimativas de 2007³⁵⁰ o país é predominantemente católico (28,4%), seguido por Muçulmanos (17,9%), Cristãos (15,5%), sendo 10,9% pentecostais e 1m3% anglicanos), ateus ou agnósticos 18,7% e sem especificação 0,7%. Animismo: *todos praticam*³⁵¹!

2. O trabalho de Campo em Moçambique

A visita de campo a Moçambique ocorreu entre 12 e 16/10/2015 em Maputo, sendo as entrevistas e visitas organizadas por uma médica, ponto focal clínica do Programa de Transmissão Vertical (PTV)³⁵², do Ministério da Saúde.

A Embaixada do Brasil providenciou apoio logístico para deslocamento nas visitas de campo³⁵³. Participaram como entrevistados 37 pessoas, em entrevistas individuais ou em grupo, e foram visitados os serviços de Hospital Geral J. Macamo Maternidade (HGJMM) e o Centro de Saúde 1o. de Maio³⁵⁴. Foram reunidas todas as informações obtidas nas entrevistas e encontros a partir dos registros da consultora, dados oficiais nos documentos fornecidos e dados obtidos em pesquisas anteriores e posteriores ao campo.

Os temas foram analisados para que se organizasse uma compreensão plena das condições em que a Opção B+ está sendo implementada em Moçambique, dadas as singularidades da relação entre Ministério da Saúde e Programa de Infecções Transmitidas Sexualmente (ITS) e Aids, Tuberculose, Saúde Mental e Saúde de Populações Vulneráveis.

Um relatório sintético foi enviado à responsável pelo PTV em fevereiro de 2016, que prontamente enviou as considerações e dados ainda mais atualizados e o relatório final foi enviado em outubro de 2016 para validação preliminar das propostas e conclusões.

³⁴⁹ www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Informacao-Geral. Acesso em fevereiro de 2016.

³⁵⁰ www.cia.gov

³⁵¹ Entrevista – Líder Comunitária. Maputo, outubro de 2015.

³⁵² Dra. Carmen Suaze, com os mais profundos agradecimentos pela disponibilidade em campo e na finalização deste documento.

³⁵³ Em anexo a relação completa dos profissionais que dispuseram de seu tempo para as entrevistas e respectivas instituições às quais pertenciam em outubro de 2015.

³⁵⁴ O anexo 1 apresenta quais foram os participantes, respectivas instituições e funções, organizados em função do dia em que foram entrevistados.

O Governo de Moçambique disponibilizou dezoito documentos oficiais³⁵⁵ relacionados ao tema da Opção B+, produzidos entre 2009 e 2015, essenciais para a elaboração do presente documento. A diversidade de documentos oficiais também traz números algumas vezes dissonantes – por isso, em todo o material aqui trabalhado há referência, em nota de rodapé ou no próprio texto, sobre a fonte utilizada.

O quadro-síntese traz a coluna “fontes”, em que além dos documentos oficiais utilizados, foram acrescentados dados retroalimentados pelos Pontos Focais em Moçambique, após o envio para eles da primeira versão do documento.

Moçambique é o país da África com maior detalhamento e sistematização da implementação da Opção B+.

De modo geral, embora em 2015 Moçambique ainda tivesse alta prevalência de transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a estrutura preparada no sistema de saúde permitiu a implementação da Opção B+, tendo esforços concentrados em assegurar sua sustentabilidade. O compromisso dos gestores em reduzir os danos e enfrentar a epidemia de HIV/Aids é inequívoco e a busca pela sustentabilidade das ações norteia o atual momento da resposta nacional, pois a maioria dos programas tem financiamento externo.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em particular

A resposta nacional ao HIV/Aids iniciou-se em Moçambique no ano de 1988, com o estabelecimento do Programa de Prevenção e Controle no Ministério da Saúde.

Em 2000, o Governo aprovou o primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN) de Combate ao VIH/SIDA e criou o Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS) para a coordenação das ações de resposta à epidemia.

A resposta ao HIV/Aids em Moçambique é sustentada basicamente por financiamentos externos. Em 2011, recursos internacionais representaram cerca de 95% do investimento em HIV do país. Recursos nacionais respondem por 5,1% da resposta, e recursos privados menos de 0,1%.

A maior contribuição vem do governo dos Estados Unidos da América, cerca de 72% do total, seguido pelo Fundo Global para HIV, Tuberculose e Malária, Organizações Não Governamentais (ONG) internacionais.

A maioria dos recursos é alocada para cuidado e tratamento, depois prevenção, coordenação de programas, recursos humanos, 5% para órfãos e crianças vulneráveis.

Segundo o Relatório Anual HIV 2014 do Governo de Moçambique e o GARPR 2014, o Programa Nacional de Controle (PNC) de ITS-HIV/SIDA é a entidade responsável do Serviço Nacional de Saúde para a gestão dos serviços de saúde relacionados ao HIV.

A sua missão é a de coordenação, regulamentação e prestação de cuidados e tratamento aos pacientes vivendo com HIV.

³⁵⁵ Relacionados no item Bibliografia.

3.1. Ministério da Saúde – Secretaria ou Departamento de Aids

O Programa de controle das ITS-HIV e aids, sob a coordenação geral da Direcção Nacional de Assistência Médica, é a unidade do MISAU que continua a assumir a responsabilidade da gestão dos serviços de HIV relacionados com a Saúde no seio do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique. Tem por missão regular, coordenar e fazer a supervisão da prestação de serviços de prevenção e de cuidados e tratamento para PVHIV.

Sua atividade é conduzida por um plano iniciado em 2013 e inicialmente previsto até 2015, mas recentemente prolongado até 2017. O Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA define três objetivos principais, com as suas respectivas metas³⁵⁶.

1. Aumentar a percentagem de adultos e crianças HIV elegíveis recebendo a terapia antirretroviral para - META = 80/ REALIZADO = 84.
2. Reduzir o número de novas infecções em 50 (META); realizado = 12
3. Reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho para 5. Realizado = 8,7 .

3.2. Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

A resposta nacional ao HIV/Aids iniciou-se em Moçambique no ano de 1988, com o estabelecimento do Programa de Prevenção e Controle no Ministério da Saúde.

Em 2000, o Governo aprovou o primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN) de Combate ao VIH/SIDA e criou o Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS) para a coordenação das ações de resposta à epidemia.

A resposta ao HIV/Aids em Moçambique é sustentada basicamente por financiamentos externos. Em 2011, recursos internacionais representaram cerca de 95% do investimento em HIV do país. Recursos nacionais respondem por 5,1% da resposta, e recursos privados menos de 0,1%.

A maior contribuição vem do governo dos Estados Unidos da América, cerca de 72% do total, seguido pelo Fundo Global para HIV, Tuberculose e Malária, Organizações Não Governamentais (ONG) internacionais.

A maioria dos recursos é alocada para cuidado e tratamento, depois prevenção, coordenação de programas, recursos humanos, 5% para órfãos e crianças vulneráveis.

Segundo o Relatório Anual HIV 2014 do Governo de Moçambique e o GARPR 2014, o Programa Nacional de Controlo (PNC) de ITS-HIV/SIDA é a entidade responsável do Serviço Nacional de Saúde para a gestão dos serviços de saúde relacionados ao HIV.

A sua missão é a de coordenação, regulamentação e prestação de cuidados e tratamento aos pacientes vivendo com HIV.

³⁵⁶ Fonte: Plano de Aceleração, 2013-17.

Planos Estratégicos Nacionais (PEN) de Moçambique:

1. O PEN I (2000-2002) visou diminuir a expansão da epidemia do VIH e mitigar seus efeitos sociais, mediante uma abordagem multisetorial. Concentrou-se na prevenção das novas infecções pelo VIH, sem prever tratamentos antirretrovirais para pessoas vivendo com VIH.

2. O PEN II (2005-2009), desenvolvido em 2004, é o segundo Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH/SIDA e orienta a estratégia para a resposta nacional à epidemia. Os principais objetivos do PEN II são a redução de novas infecções e o aumento do cuidado e tratamento às pessoas vivendo com VIH/SIDA, garantindo também a proteção aos direitos das pessoas vivendo com VIH/SIDA. O Plano Definiu como uma das metas a estabilização da taxa de prevalência do VIH em no máximo 17% até 2009. Desde 2005, o tema do VIH e da SIDA tem sido integrado em muitos documentos de planificação da política nacional como, por exemplo, no atual Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II).

Diferentes Ministérios elaboraram planos próprios de combate ao VIH e SIDA.

Para coordenar e intensificar os esforços de prevenção, foi criado um Grupo de Referência de Prevenção ao VIH, presidido pelo Ministro da Saúde, em 2006.

3. O PEN III (2010-2014): A estratégia do período para as ações em nível nacional preconizou a redução de risco e vulnerabilidade, com objetivo de limitar as condições sociais que propiciam o aumento de risco e de vulnerabilidade; Prevenção, com objetivo de reduzir a ocorrência de novas infecções pelo HIV em 25% no período; Tratamento e cuidados, para reduzir a mortalidade por aids em 5%; Mitigação das consequências, contribuindo para redução da proporção de agregados familiares e comunidades afetadas pelo impacto da aids.

Segundo o GARPR 2014, o *Respeito aos Direitos Humanos Universais* é o primeiro princípio-chave do PEN III que faz referência específica aos grupos de populações-chave: Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), populações marginais, populações em alto risco, mulheres, pessoas com deficiências e idosos. O Pilar em Redução de Risco e Vulnerabilidade define a implementação de leis que protejam essas populações, embora não haja políticas específicas que as populações-chave e populações vulneráveis tenham igual acesso a prevenção, tratamento e assistência.

Junto ao Plano Estratégico Nacional para combate ao HIV/Aids está o Plano Econômico e Social (PES), plano anual que responde as atividades traçadas no plano estratégico de saúde e usado como forma de monitorar os indicadores. É o plano que tem como finalidade desenhar atividades que permitirão alcançar as metas traçadas pelos programas.

4. O PEN IV (2015-2019)³⁵⁷: a resposta multisetorial continua a ser orientada por um Plano Estratégico com duração de 5 anos. Tem como princípios orientadores a descentralização, a chamada *Moçamicização da Mensagem*, a multisetorialidade, a base em Direitos Humanos e Justiça de Género, abordagens com base em evidências científicas, integradas e holísticas, parcerias, envolvimento e responsabilidade partilhada e sustentabilidade.

³⁵⁷ GARPR_2016:7.

O objetivo geral é a redução do número de novas infecções por HIV, associado à preocupação em garantir qualidade de vida às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e seus dependentes, assim como mitigar os impactos da aids nos setores de vida econômica e social do país³⁵⁸. Em números:

- ✚ Reduzir a incidência do HIV por transmissão sexual em 30% até 2019;
- ✚ Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV para menos de 5% até 2019;
- ✚ Reduzir a mortalidade relacionada ao HIV em 40% até 2019.

Planos Nacionais: alinhamento com as diretrizes globais.

O Plano de Aceleração tem como base o conceito que o tratamento também tem um efeito preventivo potente, o *Tratamento como Prevenção*, contribuindo não apenas para a redução da mortalidade relacionada a aids como para a redução da incidência de HIV (GARPR, 2014). A meta de cobertura era de de 80% da população em TARV para 2015, com redução da mortalidade e incidência em mais de 50% em Moçambique para 2025.

Outras metas são a Redução da mortalidade em 30%; o Aumento do acesso das grávidas ao ARV em mais de 80%; o Aumento da taxa de retenção para cuidado e tratamento para mais de 70%; a Redução de 50% das mortes por coinfeção TB/HIV; o Estabelecimento de uma cultura livre do estigma e discriminação para HIV e TB; a Otimização do sistema nacional de logística e gerenciamento; o Fortalecimento dos recursos humanos para maior capacitação em saúde; a Otimização da rede nacional de laboratórios para diagnóstico e vigilância e o Desenvolvimento de um sistema de monitoramento e avaliação com alta fidedignidade, que permita ser utilizado como subsídio para as decisões políticas.

O Plano de Aceleração está alinhado com os PEN III (2010-2014), com o Plano Estratégico do Setor Saúde (2014-2019), com o Plano Nacional de Erradicação da Transmissão Vertical (2015) e as Metas do Desenvolvimento do Milênio 4, 5 e 6. Nesse Plano, foram identificados e priorizados 70 distritos no país, correspondendo às áreas com alta prevalência de HIV e baixa cobertura de ARV, com objetivo de expandir a todos os 128 distritos do país.

O Plano de Aceleração estabelece como resultados e benefícios adicionais da sua implementação os seguintes:

- ✚ Uma redução da mortalidade relacionada com o SIDA de 30%;
- ✚ Aumentar o acesso ao TARV das mulheres grávidas até 80%;
- ✚ Aumentar a taxa de retenção aos serviços de cuidados e tratamento aos 36 meses até 70%;
- ✚ Reduzir o número de mortes atribuídas à TB em pacientes coinfectados TB/HIV a 50%;

³⁵⁸ GARPR_2016:8.

- ✚ Criação de uma cultura livre de estigma e discriminação ligada ao TB e HIV; ³⁵⁹
Eliminação virtual de gravidezes não desejadas em mulheres infectadas pelo HIV;
- ✚ Otimização do sistema nacional de logística e da cadeia de aprovisionamento;
- ✚ Reforço dos recursos humanos nacionais em prol de uma maior capacidade na saúde;
- ✚ Otimização das redes de laboratório nacionais para o diagnóstico e a vigilância da doença;
- ✚ Desenvolvimento de um sistema de M&A HIV racional e sustentável.

A resposta ao HIV em Moçambique tem conhecido desenvolvimentos legais, estratégicos e políticos que são benéficos para o controle da epidemia, porém há necessidade de torná-los acessíveis aos mais vulneráveis, em particular a população homossexual e *trans*. As leis e estratégias raramente são implementados em sua totalidade e normalmente não estão acessíveis a todos³⁵⁹

Educação

O Setor de Educação implementou o Programa Pacote Básico no ensino primário, com objetivo principal de desenvolver ações de prevenção entre os alunos e capacitar a comunidade escolar em habilidades para a vida, criando um ambiente escolar favorável à mudança de comportamento. Também desenvolve atividades que promovem a capacitação para a vida, em particular, em questões relacionadas ao HIV e aids. O Programa reporta uma cobertura nacional de 16.683 escolas, beneficiando 5.565.824 alunos³⁶⁰.

O diálogo entre Educação e Saúde precisa ser intensificado, direcionando esforços para a formação de profissionais, para a possibilidade de incorporação de um discurso unificado em relação ao que é Saúde Pública, aos princípios que norteiam as ações em HIV/Aids e ao que é, em síntese, cidadania.

Os índices de alfabetização ainda podem ser melhorados, e a Educação para a Saúde será ferramenta imprescindível para que se aumente a possibilidade de mudanças culturais que permitam a redução do início da sexualidade, redução da taxa de fertilidade, o aumento do uso de contraceptivos, a melhoria dos hábitos e condições de higiene em geral, integrando aos hábitos culturais já consagrados; a redução da poligamia formal e informal e outras mudanças paradigmáticas de práticas e atitudes que tem reflexos diretos na dificuldade de controle da epidemia de HIV/Aids em Moçambique.

³⁵⁹ GARPR_2016:17.

³⁶⁰ Relatório Avaliação PEN III, 2014:22.

3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

A notificação é primordial para qualquer entendimento epidemiológico. No âmbito da melhoria da qualidade dos dados do HIV, a unidade de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional de Combate às ITS/Sida, Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique (PNC ITS-HIV/SIDA), em coordenação com os programas de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) e Circuncisão Masculina (CM), concluiu em 2014 o piloto nacional da estratégia de Avaliação da Qualidade de Dados (AQD)³⁶¹. Nesta ronda-piloto a estratégia focalizou em 7 indicadores prioritários do HIV, e foi implementada em 65 unidades nas 11 províncias do país.

O fluxo de informação e notificação tem início com o registro na Unidade Sanitária. A unidade sanitária envia relatório mensal ao Distrito. Os indicadores de cada programa são agregados e reportados rotineiramente numa ficha que serve como resumo de dados do período. Esses resumos são elaborados nas unidades sanitárias pelos pontos focais de HIV e Saúde Materno-Infantil (SMI) para ao envio aos Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Ação Social (SDSMAS) na sede distrital.

Os dados então são compilados, arquivados e enviados para as Direções Provinciais de Saúde (DPS), onde se repete o processo de compilação a armazenamento e daí os resumos provinciais são elaborados pelo supervisor e gestor provincial de HIV/Aids e responsável de SMI – e dali para o órgão central.

Os dados são introduzidos no Módulo Básico, um aplicativo eletrônico de agregação e reporte da informação de rotina.

Os resumos em papel são transferidos para os Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Ação Social (SDSMAS), onde são introduzidas no Módulo Básico por técnicos que trabalham nos Núcleos Estatísticos Distritais (NED).

Uma cópia eletrônica da estatística distrital do Módulo Básico é transferida para a DPS, onde será consolidada e arquivada nos Núcleos Estatísticos Provinciais (NEP).

Do NEP, o arquivo eletrônico com a estatística provincial é transmitido ao Departamento de Informação de Saúde do MISAU, onde são globalizados e armazenados numa única base de dados nacional.

3.4. Saúde Privada

Não há dados sobre o sistema particular de saúde de Moçambique nos documentos avaliados e entrevistas realizadas.

³⁶¹ Segundo o Relatório Final de 2014.

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

Moçambique está entre os 15 países com o maior número de pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo. Aproximadamente 1.6 milhões de pessoas estão infectados pelo HIV em Moçambique, sendo 1.400.000 adultos maiores de 15 anos e cerca de 190.000 crianças.

Cerca de 90% das novas infecções pediátricas do mundo ocorrem na África Subsaariana, e Moçambique está entre os oito países prioritários, dentre os 22 do plano global.

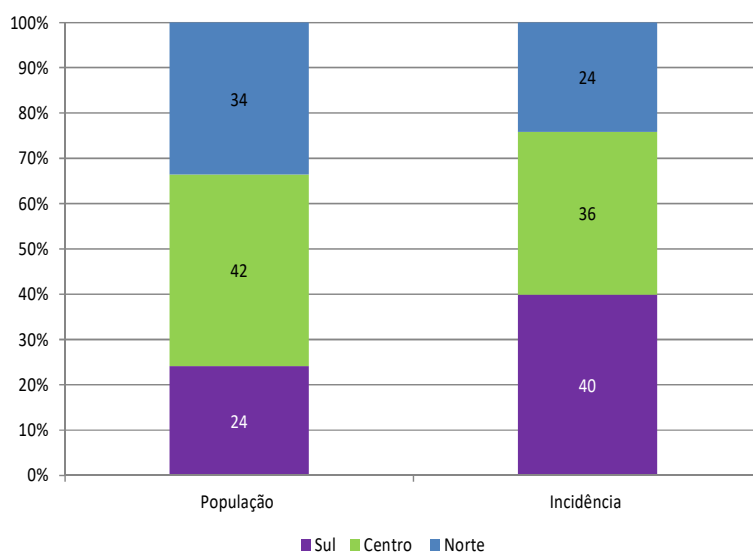
Estima-se em cerca de 160 mil óbitos por aids no ano 2013. Observam-se diferenças na evolução da epidemia de HIV nas diferentes regiões do país: o centro e as regiões setentrionais apresentam uma tendência de estabilidade, enquanto o Sul demonstra uma tendência ascendente para a epidemia do VIH.

Moçambique tem uma epidemia do tipo generalizada, com uma taxa de prevalência de HIV de 11,5%, sendo um dos 15 países mais afetados do mundo pelo HIV, contribuindo com 6% a 8% na ocorrência de novas infecções pediátricas no planeta.

4.1. Dados Epidemiológicos

A última ronda de vigilância epidemiológica realizada em Moçambique³⁶² abrangendo as mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais foi em 2011, quando se identificou uma taxa nacional mediana de 15,8%. Esta foi a quinta enquete de um processo periódico que teve origem em 2002 e se repete a cada 2 ou 3 anos.

O único estudo de prevalência de base populacional conduzido em Moçambique foi publicado em 2009. Desde 2015 iniciou-se novo inquérito nacional de prevalência³⁶³, com resultados esperados para o final de 2016.



³⁶² GARPR_2016:12.

³⁶³ Inquérito Nacional de Indicadores de Imunização, Malária, HIV/SIDA e outras doenças – IMASIDA.

Figura 5. Distribuição populacional em Moçambique e distribuição proporcional da incidência de HIV por região, 2013. Fonte: GARPR, 2016.

Foram realizados em 2013 estudos sobre os modos de transmissão do HIV³⁶⁴, e concluiu-se que entre as novas infecções estimadas, a maioria ocorre na região Sul (40%), que contribui com apenas 24% da população adulta no país. As regiões Centro e Norte contribuíram com, respectivamente, 36% e 24%.

Em termos de categoria de transmissão, o mesmo estudo aponta que $\frac{1}{4}$ (cerca de 25,6%) ocorreram entre relações heterossexuais estáveis. Cerca de 22,6% ocorreram entre pessoas com múltiplas parcerias e 21,6% entre os parceiros de pessoas que têm múltiplas parcerias (PMP).

Em survey com a população geral, realizado em 2009 (Inquérito Nacional sobre Sida - INSIDA, 2009), encontrou-se uma prevalência de 11,5% em nível nacional, maior entre mulheres (13,1%) do que em homens (9,2%), sendo as áreas urbanas mais afetadas (15,9%) do que as rurais (9,2%). A Prevalência Nacional do HIV em crianças de 0 – 11 anos é estimada em 1,4%³⁶⁵.

A prevalência do HIV na população de Moçambique é estimada com base nos resultados do sistema de vigilância sentinela do VIH realizada entre mulheres grávidas que frequentam consultas pré-natais. Em 2001, 2002, 2004 e 2007 foram realizados estudos de vigilância sentinela em 36 diferentes lugares do país.

Casais sorodiscordantes

No de 2009 (INSIDA), a taxa de sorodiscordância no país foi de 15% entre casais, em que um ou dois parceiros estavam infectados pelo HIV. A proporção em que ambos estavam infectados foi aproximadamente a mesma em que somente o homem ou somente a mulher estavam infectados (5%).

Circuncisão masculina e impacto na epidemia de aids

Evidências científicas mostram que a Circuncisão Masculina (CM) diminui a transmissão do vírus HIV em cerca de 60%³⁶⁶. Como estratégia com impacto na epidemia de Moçambique, é importante sua referência. Cerca de 48% dos homens entre 15 e 49 anos são circuncidados, com variações regionais.

Em 2009 o Ministério da Saúde iniciou o programa piloto de circuncisão masculina, Programa Nacional de Circuncisão Masculina, com apoio do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para testar o possível impacto na incidência de HIV em cinco províncias de Moçambique.

Em 2012, o Ministério aprovou o Plano Estratégico Nacional para a Expansão da Circuncisão Masculina (2013-2017), que pretende atingir 2 milhões de homens entre 10-49 anos até 2017. As atividades de expansão continuam a ser a prioridade com intuito de alcançar as

³⁶⁴ Distribuição da incidência de infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão, 2013. Maputo: ONUSIDA; 2014.

³⁶⁵ INSIDA, 2009.

³⁶⁶ Relatório Anual 2014:3.

metas traçadas e contribuir para a redução de novas infecções de HIV. Foram definidas como prioritárias as províncias com menor prevalência de circuncisão e maior prevalência do HIV.

Em 2013 o Programa Nacional de Circuncisão Masculina foi oficialmente constituído³⁶⁷.

O início do Programa foi em 2009 no Hospital Geral José Macamo, e foi se expandindo para mais unidades sanitárias, incluindo militares. As unidades fixas oferecendo circuncisão masculina eram 16 em 2012 (90.000 homens circuncidados) e passaram a 27 unidades em 2013 (146.000 - 283.000 homens circuncidados).

Até finais de 2014 o programa abrangeu 43 unidades sanitárias, sendo algumas temporárias e 5 unidades moveis; em 2015, o programa estava presente em oito províncias do país (exceto Niassa, Cabo Delgado e Inhambane) com 58 unidades sanitárias que realizam o procedimento, além de seis unidades móveis.

Foram circuncidados 162.670 homens em 2014 contra 146.046 em 2013 o que representa um aumento na ordem de 11%³⁶⁸.

Desde o início do Programa em 2009 até dezembro de 2014 foram circuncidados 407.373 homens³⁶⁹ (20% da meta). A continuidade em 2015 aumentou esse número para 652.274, correspondendo a 32% da meta estabelecida na estratégia nacional.

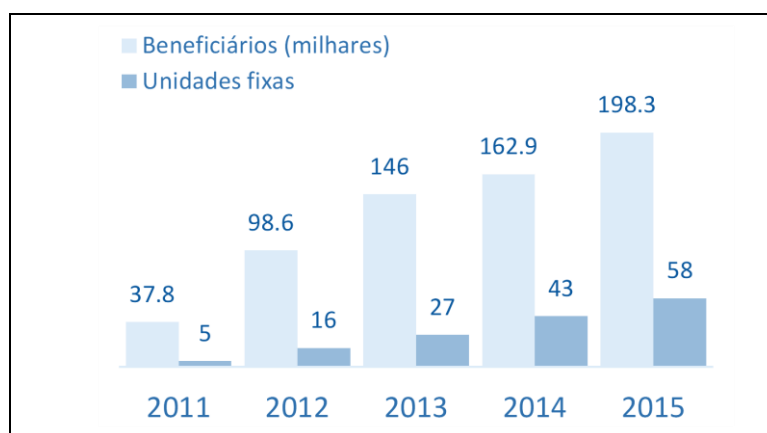


Figura 6. Beneficiários da circuncisão masculina e unidades fixas em Moçambique, 2011- 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Para além do ato cirúrgico de circuncisão, o Programa oferece em simultâneo um pacote de ações preventivas, incluindo aconselhamento e teste do HIV, detecção e tratamento de infecções de transmissão sexual sintomáticas, distribuição e promoção do preservativo, aconselhamento sobre a prevenção do HIV, incluindo a redução do risco e práticas de sexo seguro.

³⁶⁷ GARPR_2016:18.

³⁶⁸ Rel Anual2014:4.

³⁶⁹ As complicações severas e moderadas, segundo estimativas do Governo, não ultrapassam 3% do total de procedimentos, porém considera-se a possibilidade de subnotificação.

Em 2015, foram testados para o HIV cerca de 124 mil homens, dos quais foram positivos 1,9%. Quase metade dos beneficiários estão entre 10 e 14 anos de idade, sendo que o grupo de 10 a 24 anos corresponde a 90% do total. Há um fluxo sazonal, com picos de afluência às unidades de Circuncisão Masculina durante a época seca e fria, de Maio a Setembro.

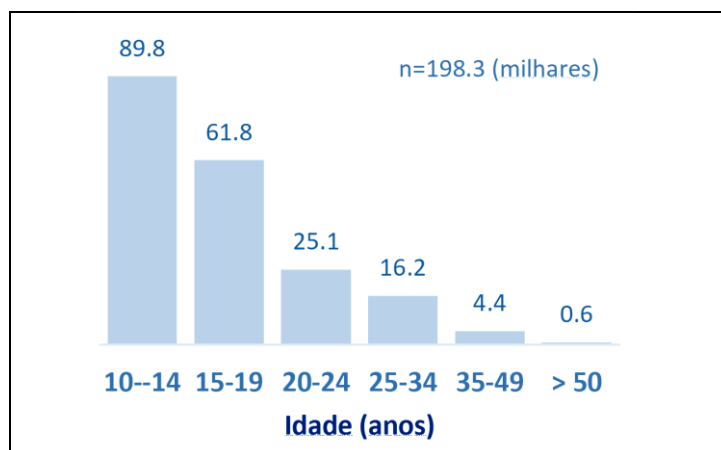


Figura 7. Beneficiários da circuncisão masculina em Moçambique por idade, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

A experiência acumulada sugere que a expansão do programa para os distritos longínquos das províncias deverá ser feita através de unidades móveis, baseadas numa unidade sanitária. Isto porque, a criação de unidades fixas implica a construção de infraestruturas, equipamento médico-cirúrgico, tratamento do lixo biomédico.

São bem conhecidas as causas da dificuldade de materialização destas condições no país, especialmente em termos financeiros e de tempo de execução³⁷⁰.

O Programa é financiado pelo CDC. As atividades são implementadas por parceiros, tendo a *Jhpiego* contribuído para o maior número de circuncisões realizadas. *ICAP* e *CHASS-SMT* são os outros implementadores.

4.2. Testagem

A testagem para HIV não é obrigatória em Moçambique, e o paciente tem o direito a se recusar a fazer o teste, sendo a recusa verbal e isso não deverá afetar o acesso do paciente a outros serviços que não dependam do conhecimento do estado sorológico para HIV. O consentimento informado é o princípio ético mestre na oferta de testagem, pois garante a autonomia na decisão do paciente, respeitando-o como sujeito e cidadão de direitos³⁷¹.

A confidencialidade, ou seja, a manutenção do sigilo sobre as informações prestadas pelo paciente no aconselhamento, é garantida e o compromisso de sigilo é traduzida no uso de um código de identificação do paciente, em lugar de seu nome completo.

³⁷⁰ GARPR_2016:18.

³⁷¹ Guião, 2014:10.

A grande campanha de testagem realizada entre 2012 e 2013 teve 8,5 milhões de testes realizados - 3,78 milhões e 4,67 milhões, respectivamente, mais da metade em serviços de saúde pública.

A meta para 2014 era de 5.602.760³⁷², porém foram realizados 5.726.580 testes para HIV., com soroprevalência de 8,5%.

Segundo outro Relatório³⁷³, os serviços de Aconselhamento e Testagem em Saúde registraram um aumento de cobertura nos anos 2012 e 2013, com pouco mais de 4,5 milhões de pessoas aconselhadas e testadas através dos múltiplos canais de entrada para esses serviços. Os dados de 2013 ilustram que 51% das pessoas testadas foram alcançadas através das Consultas de Saúde Materno Infantil.

A recomendação do Plano de Aceleração é de 10 milhões de pessoas testadas até 2015³⁷⁴. Para isso, os serviços de Aconselhamento e Testagem foram ampliados nos pontos-chave de entrada nos serviços de saúde, a abordagem do caso-índice implementada em todo serviço que fornece ARV, e oferecidos aconselhamento pela saúde comunitária e testagem tendo como foco as áreas de alta prevalência do HIV.

De acordo com o GARPR, 2014, menos da metade das mulheres (45%) e 23% dos homens entre 15-49 anos foram testados e souberam seus resultados. Entre 2003 e 2011 houve um aumento exponencial na taxa de pessoas testadas para HIV, como resultado do aumento do acesso ao teste.

Mesmo com o aumento substancial, é importante destacar que em 2011 mais de **75%** dos homens moçambicanos entre 15-49 anos seguem sem saber seu status sorológico para HIV. Essa porcentagem fica em torno de 55% entre as mulheres da mesma idade³⁷⁵.

CD4 e Carga Viral

O MISAU publicou em 2015 uma diretriz para a implementação da carga viral (CV) em Moçambique. Deste modo, com a expansão massiva do tratamento, almeja-se padronizar uma metodologia de seguimento de beneficiários do TARV, que permita a identificação de falências terapêuticas. O uso do teste de CV oferece uma indicação mais precisa da falência ao TARV e da necessidade de mudança para segunda linha. Em 2015 foram feitos 160 mil testes de carga viral.

A diretriz estabelece como objetivo a longo prazo o uso do teste de carga viral de forma rotineira em todos os beneficiários do TARV. Define os objetivos específicos da diretriz, e inclui os critérios para requisição de análise de CV.

A rede laboratorial do país dispõe de 57 instrumentos convencionais para contagem de CD4 e 256 instrumentos Point-of-Care Pima CD4 (para contagem de células CD4 à periferia). Em 2015, os instrumentos Pima cobriam cerca de ¼ da testagem CD4 (em 2011 cobriam 4% apenas).

³⁷² Relatório Anual 2014:23.

³⁷³ PEN III, 2014:6.

³⁷⁴ GARPR, 2014.

³⁷⁵ GARPR_ 2014.

Em 2013, foram feitos cerca de 850 mil testes para contagem de CD4. Em 2015, este número cresceu para cerca de 1,1 milhão. A taxa de rejeição de amostras é muito elevada: 21%.

Em 2015, foram constituídas equipas provinciais (com exceção de Niassa, Cabo Delgado e Manica) para promoverem e monitorarem o uso da carga viral, para o que receberam uma formação específica. Presentemente, existem no país seis laboratórios com capacidade para processar amostras para CV.

Os constrangimentos enfrentados na implementação do plano de carga viral incluíram: (1) Constrangimentos clínicos: fraca capacidade de criação de demanda e incumprimento dos critérios de testagem e (2) Constrangimentos laboratoriais: dificuldades com o fornecimento de reagentes e consumíveis; avarias constantes dos equipamentos; e altas taxas de rejeição das amostras.

4.3. Coinfecções mais prevalentes:

a) Tuberculose (TB)

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e o Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA são parceiros em uma Força-Tarefa sobre TB e HIV, liderada pelo presidente do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e que tem o objetivo de fortalecer a resposta nacional à TB/VIH.

O impacto do HIV no controle da TB reflete-se no aumento da mortalidade, redução da taxa de cura da TB, aumento de recaídas - que condicionam um risco maior de transmissão da TB na comunidade e o surgimento de linhagens resistentes, com aumento de casos de Tuberculose Multi Resistente (TB-MDR) e Tuberculose Extra Resistente (TB-XDR).

Enquanto o risco de uma pessoa soronegativa para HIV desenvolver TB ativa ao longo da vida é de 5 a 10 %, numa pessoa HIV+ esse risco é de 50% ao longo da vida e 10 a 15% a cada ano. A tuberculose pulmonar nos indivíduos HIV+ apresenta sintomatologia diferente das pessoas HIV-. As pessoas HIV+ com TB em geral não apresentam expectoração ou são pouco bacilíferos, com baciloscopia negativa. Porém, são frequentes as formas de TB extrapulmonar.

A tuberculose é a infeção oportunista mais frequente e principal causa de morte nas pessoas infectadas pelo HIV³⁷⁶ em Moçambique. Uma pessoa com TB ativa não tratada infecta uma média de 10 a 15 pessoas por ano. O HIV acelera a progressão da TB latente para TB ativa.

Dados Epidemiológicos - Tuberculose

³⁷⁶ Guião TARV 2014:143.

	2011	2012	2013	2014	2015
Taxa de incidência da TB*	548	551	551	551	-
Taxa de notificação de todas as formas de TB*	-	214	219	233	237
Nr. de casos notificados de TB resistente a multidrogas	146	213	313	482	644

* (/100 000 pessoas)

Tabela 2. Indicadores Relativos à Tuberculose em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou em 2004 as atividades colaborativas TB/HIV, que foram adotadas por Moçambique.

Em 2007 foi definida a *Resposta Nacional para Acelerar a Implementação das Atividades colaborativas TB/HIV*, com ações estratégicas em testagem, aconselhamento e seguimento.

Em 2012, a incidência de tuberculose (de todos os tipos) em Moçambique foi de 552/100.000. A prevalência de HIV nos doentes com TB estava em torno de 61%³⁷⁷. Destes, 55% estavam em TARV.

Casos notificados TB 2014	Novos	Recaídas
Pulmonar, confirmação bacterioscopia	24.300	1.542
Pulmonar, diagnóstico clínico	23.455	2.070
Extrapulmonar	6.276	
Total de novos e recaídas		57.774
Tratados previamente, excluindo recaídas		2.567
Total de casos notificados		60.340

Tabela 3 – Casos notificados de Tuberculose em Moçambique, 2014. Fonte: WHO, 2016³⁷⁸.

As ações contra TB/HIV incluem, entre outras, a realização de testes de HIV para todos os pacientes de TB e o fornecimento de cotrimoxazol em todos os postos de saúde para os infectados por TB/VIH. Políticas de combate ao TB/VIH, materiais de capacitação e modelos de relatórios têm sido desenvolvidos e aplicados na maioria das províncias.

Importante lembrar que o Protocolo Nacional recomenda que o tratamento de tuberculose é prioritário em relação ao início do Tratamento Antirretroviral³⁷⁹. Recomenda-se também a administração de 5 a 10 mg/dia de Piridoxina (vitamina B-6) às crianças em tratamento para Tuberculose³⁸⁰.

Dados da Organização Mundial da Saúde de 2014 mostram a relação TB/HIV em Moçambique:

³⁷⁷ de acordo com o relatório anual 2012, PNCT, MISAU, apud Guião TARV 2014.

³⁷⁸ https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MZ&outtype=html, acesso em outubro de 2016.

³⁷⁹ Guião TARV 2014:28.

³⁸⁰ op cit:29.

Estimativas de TB	Número (Milhares)	Taxa/ 100.000
Mortalidade - excluindo HIV/TB	18 (12-16)	67/100.000
Mortalidade - HIV/TB	37 (29-45)	134 (106-165)
Prevalência – incluindo HIV/TB	150.000 (80-240)	554 (295-893)
Incidência – incluindo HIV/TB	150 (120-80)	551 (435 – 680)
Incidência - HIV/TB	85 (65 – 110)	311 (237 – 395)
Detecção de casos, todas as formas de TB	39 (31 – 49)	

Tabela 4. Estimativas de Tuberculose em Moçambique, 2014. Fonte: WHO, 2016³⁸¹.

Testagem de TB em pacientes HIV

Cerca de 85% do total das pessoas diagnosticadas com HIV em 2013 (236 mil) foram testadas para tuberculose, o que representa um grande aumento quando comparado a anos anteriores. Segundo o GARPR (2014), em 2012 apenas 67% do total de pessoas soropositivas para HIV foram testadas para tuberculose.

Já o GARPR 2016 traz novos números:

	2011	2012	2013	2014	2015
Rastreio TB	88	67	50	65	54
Profilaxia TPI	15	-	17	29	45

Tabela 5. Rastreio de Tuberculose e Profilaxia em percentagem(%) – Tratamento Profilático com Isoniazida (TPI) dos casos HIV positivos em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Segundo o Relatório Final de 2014, 65% dos pacientes HIV+ foram rastreados para a tuberculose na última consulta clínica realizada - a meta era de 80%. O Plano de Aceleração recomenda a testagem para 99% das pessoas.

Testagem de HIV entre pacientes com tuberculose:

Os serviços de tuberculose rotineiramente testam seus pacientes para HIV. Cerca de 95% dos casos de tuberculose foram testados para HIV entre 2012 e 2013, sendo 57% com resultado HIV+. Destes, 72% entraram em TARV.

³⁸¹https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MZ&outtype=html

Ainda há muitas dificuldades no rastreio nas províncias, e mesmo naquelas com altos índices, este indicador não é capaz de capturar a própria qualidade do rastreio, colocando a possibilidade de muitas oportunidades perdidas de identificar casos suspeitos.

Essa é uma grande preocupação, pois a tuberculose é a maior causa de morte nos pacientes HIV+ em Moçambique.

TB/HIV 2014	Número	%
Pacientes com TB que souberam o estatuto HIV	55.943	93
Pacientes com TB HIV+	29.337	52
Pacientes com TB HIV+ em profilaxia com cotrimoxazol (CPT)	27.504	94
Pacientes com TB HIV+ em tratamento com ARV	23.801	81
Pessoas HIV+ testadas para TB	563.377	
Pessoas HIV+ tratadas com IPT	94.252	

Tabela 6: Dados da coinfeção TB/HIV em 2014. Fonte: WHO, 2016³⁸²

Dos pacientes HIV+ sem diagnóstico de TB, 29% receberam tratamento profilático com isoniazida contra os 17% de 2013, não tendo sido alcançada a meta estipulada para este período (35%).

Do lado dos serviços de TB, 96% dos pacientes foram testados para o HIV, 52% destes foram diagnosticados com HIV e 81% destes se beneficiaram do TARV³⁸³.

Já segundo o GARPR 2016, a percentagem de casos estimados de TB/HIV que receberam tratamento combinado TB/HIV foi de apenas 28%³⁸⁴.

O tratamento preventivo com Isoniazida segue em curva ascendente, atingindo quase 50.000 pessoas em 2013. Porém, há recorrentes problemas na disponibilidade, reconhecida como irregular e com falhas na distribuição no setor de HIV.

O Programa de TB estabeleceu a rotina de testar para o HIV todos os seus doentes. A Figura 8 ilustra a evolução anual do número de casos de TB detectados, testados para o HIV, coinfectados, e aqueles que recebem TARV, no período 2011-15

³⁸²

https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MZ&outtype=html

³⁸³ Relatório Anual HIV/Aids 2014:3.

³⁸⁴ GARPR_2016:11.

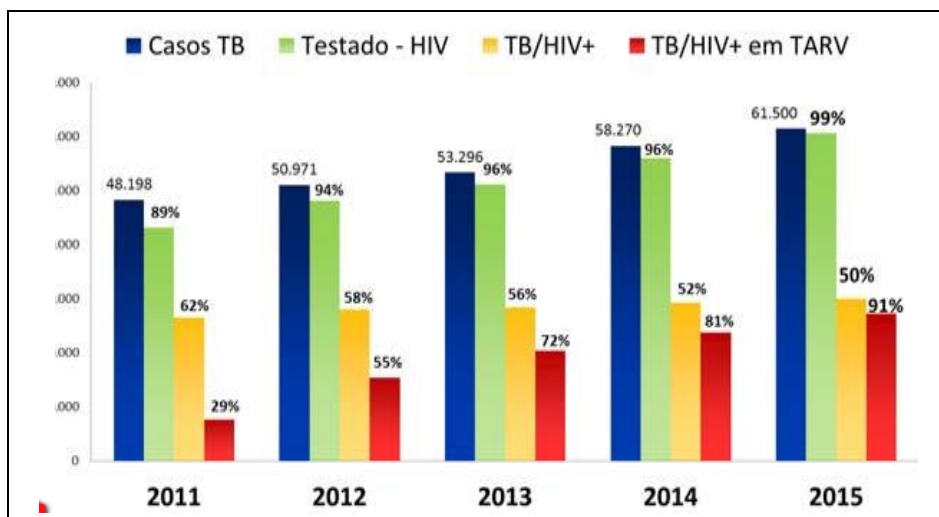


Figura 8. Número de casos de tuberculose detectados, testados para o HIV, coinfetados e os que receberam tratamento antirretroviral em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

É notória a testagem da quase totalidade dos casos de TB detectados, especialmente em 2015, em que este valor atingiu os 99%, assim alcançando a meta proposta no Plano de Aceleração da resposta ao HIV.

É também digna de menção a elevada percentagem de casos de coinfeção que iniciaram TARV. Este sucesso é resultado da implementação do **modelo de Paragem Única** em todas as unidades que oferecem TARV.

Tuberculose Multirresistente (TBMDR) e Tuberculose Extremamente Resistente (TBXDR)

A Tuberculose Multirresistente (TB-MDR) é definida como caso com bacilos resistentes no mínimo à Isoniazida e Rifampicina. Já a Tuberculose Extremamente Resistente (TB-XDR) são casos de bacilos resistentes a Isoniazida, Rifampicina + 1 Fluoroquinolona + 1 droga injetável (Ka/Ca/Am).

Casos estimados de TB MDR	Novos	Retratamento
% de casos com TB MDR	3,5 (2,2 – 4,8)	11 (0 – 25)
TB MDR casos entre pessoas com tb pulmonar	1.700 (1.100 – 2.300)	600 (0 – 1.600)

Tabela 7. Casos de Tuberculose Multirresistente em Moçambique, 2014. Fonte: WHO, 2016.

O número reportado de casos de tuberculose multidrogarresistente foi de 304 pessoas em 2013, e 215 pessoas em 2012³⁸⁵.

Os desafios são o aumento do diagnóstico de tuberculose entre pessoas HIV positivas, equilíbrio entre os serviços de saúde que provêm TARV (523) e os que oferecem atendimento

³⁸⁵ Relatório Anual HIV/Aids 2014:3

para tuberculose (1350), implementação da “consulta conjunta”, disponibilidade regular de medicamentos anti-tubercúlicos³⁸⁶.

A disponibilização regular de medicamentos anti-TB consta entre os desafios do PNCT, que continua a registrar esporadicamente roturas de stock a nível da Unidade Sanitária, embora reduzidos. Segundo os dados obtidos, isto é devido principalmente a problemas no processo de distribuição (requisição por parte das províncias e aviamento por parte dos depósitos provinciais e distritais)³⁸⁷.

De acordo com os dados analisados, as atividades colaborativas TB/HIV mostraram em 2014 algum progresso apesar dos desafios.

A questão da cesta básica

A cesta básica foi introduzida durante alguns anos pelo Ministério da Saúde, para ajudar com o mínimo de comida necessário para pacientes desnutridos em TARV, mas foi transferida para a responsabilidade do Ministério das Mulheres e Assistência Social (MMAS) em 2012. O Ministério da Saúde ficou responsável apenas pela seleção dos pacientes e análise dos critérios biomédicos, para depois encaminhar os selecionados para o MMAS.

Em 2013, aproximadamente 30.000 pessoas entraram para o programa. No mesmo período, ocorreram 2.500 mortes e 1.000 pessoas “perdidas de vista”.

No Brasil, um estudo qualitativo³⁸⁸ de 2005 apresentou um dado preocupante: pacientes coinfectados HIV/TB apresentavam redução intencional da adesão ao tratamento de tuberculose, como ingestão irregular de comprimidos, suspensão temporária da medicação e exames por conta própria, apenas para manter a infecção em níveis detectáveis e continuar com o benefício da cesta básica mensal. Considerando-se a desigualdade social, a limitação para empregos regulares e registrados e a clara necessidade de alimentação, há que se incentivar políticas em que sejam subsidiados gêneros alimentícios.

Esse dado não foi refutado mesmo após dez anos³⁸⁹ e considera-se importante manter a estratégia de Tratamento Diretamente Observado – DOT – para que a adesão seja garantida e as questões sociais sejam trabalhadas pelos profissionais competentes, com objetivo de minimizar a falha terapêutica e desenvolvimento de resistência entre pacientes com tuberculose.

Os procedimentos de *busca ativa* de faltosos e abandonantes é fundamental para que não haja ruptura de tratamento e desenvolvimento de linhagens resistentes.

Cuidados Domiciliares

³⁸⁶ Relatório Anual HIV/Aids 2014 e who.int/tb

³⁸⁷ GARPR_2016: 33.

³⁸⁸ LIMA. HMM – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/ USP, 2006.

³⁸⁹ Pesquisa realizada em 2005/2006 em São Paulo/ Brasil.

Está em curso a elaboração de uma diretriz nacional para os Cuidados Domiciliários, em resultado da necessidade de o MISAU realinhar a área de Cuidados Domiciliários, face às transformações na sua natureza, após a massificação do tratamento. Foi identificado um cenário de proliferação de variados formatos de recolha de dados e implementação de atividades.

Foi também constatada a existência de muitas partes interessadas na área dos Cuidados Domiciliários (ONG nacionais, estrangeiras, associações de base comunitária, organizações de cooperação bilateral, multilateral, unidades sanitárias), nem sempre adoptando abordagens convergentes.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST

Em Moçambique, adota-se a Abordagem Sindrômica das IST.

É uma forma de atenção que tem como base o fato das IST, apesar dos diferentes agentes etiológicos conhecidos, costumam-se manifestar de forma semelhante, podendo ser agrupadas em síndromes principais: corrimento vaginal, corrimento uretral masculino, úlcera genital, desconforto ou dor no baixo ventre, edema escrotal, bubão inguinal.

Cada uma dessas síndromes tem um algoritmo específico, e o profissional de saúde adota o tratamento mais apropriado.

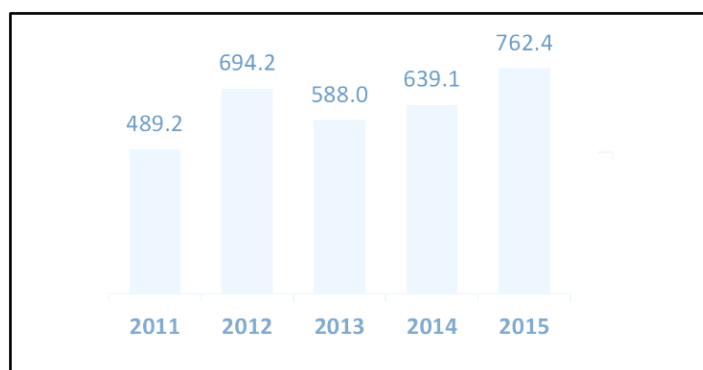


Figura 9. Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticadas e tratadas em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

A abordagem sindrômica tem como vantagens a rapidez no atendimento, maior cobertura na rede básica, oportunidade de introdução de medidas preventivas, padronização do atendimento e proporciona abordagem diagnóstica e tratamento racional em locais de pouco ou nenhum acesso laboratorial.

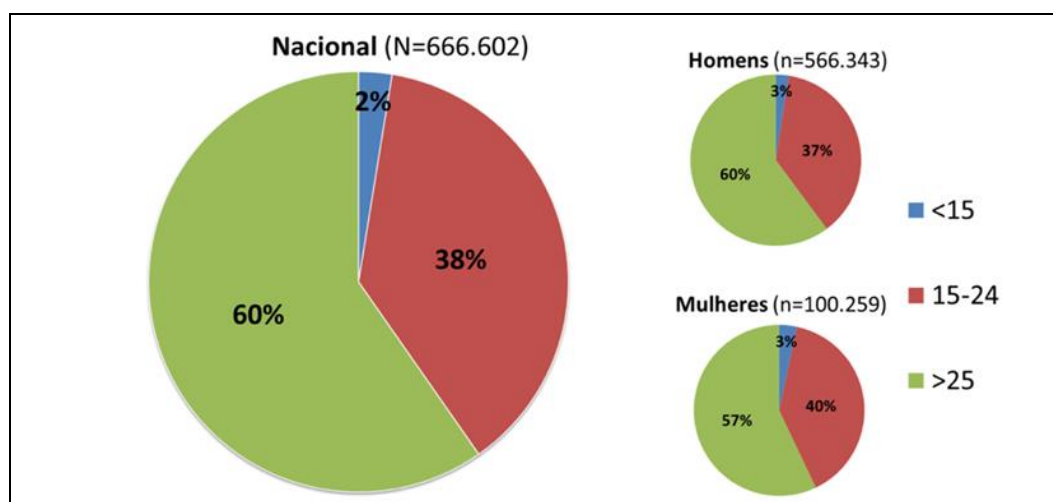


Figura 10. Número de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticados por sexo e idade em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2003³⁹⁰, mesmo considerando as limitações do sistema de notificação, apresentou os dados a seguir:

- Homens com corrimento uretral: 65% tinham gonorreia, 15% clamídia, 12% tricomonas, 10% *M. genitalium*.
- Mulheres com corrimento vaginal: **72%** tinham **vaginose bacteriana**, 34% tricomonas, 17% estavam com gonorreia, 14% candidíase, 11% clamídia, 10% *M. genitalium*.
- Homens e mulheres com úlceras genitais, estimou-se 64% com herpes, **8% com sífilis**, 7% cancro e 26% não identificados.

Os dois estudos apontam para alguns problemas de notificação, sistematização de dados e divulgação. Sabe-se que a presença de uma IST aumenta em muito a probabilidade da infecção pelo HIV, tanto pela questão comportamental de exposição, como pela questão orgânica, de aumento da fragilidade do organismo.

A abordagem sindrômica das IST poderá ser uma estratégia importante para prevenção e rastreio não apenas das IST, mas também ampliação da busca ativa e testagem para HIV e tuberculose, além da observação em campo de não-aderentes, faltosos e abandonantes.

A prevenção, notificação e tratamento das IST ainda padece de maior objetividade política, designando quem e qual programa efetivamente respondem pelo agravo no país.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV):

Os dados mais atuais trazem como 53,3% e a percentagem de adultos e crianças vivendo com HIV e recebendo terapia antirretroviral. Destes, 66% seguiram recebendo TARV um ano após o início do tratamento³⁹¹.

³⁹⁰ Apud Guião TARV 2014:197.

³⁹¹ GARPR_2016:10.

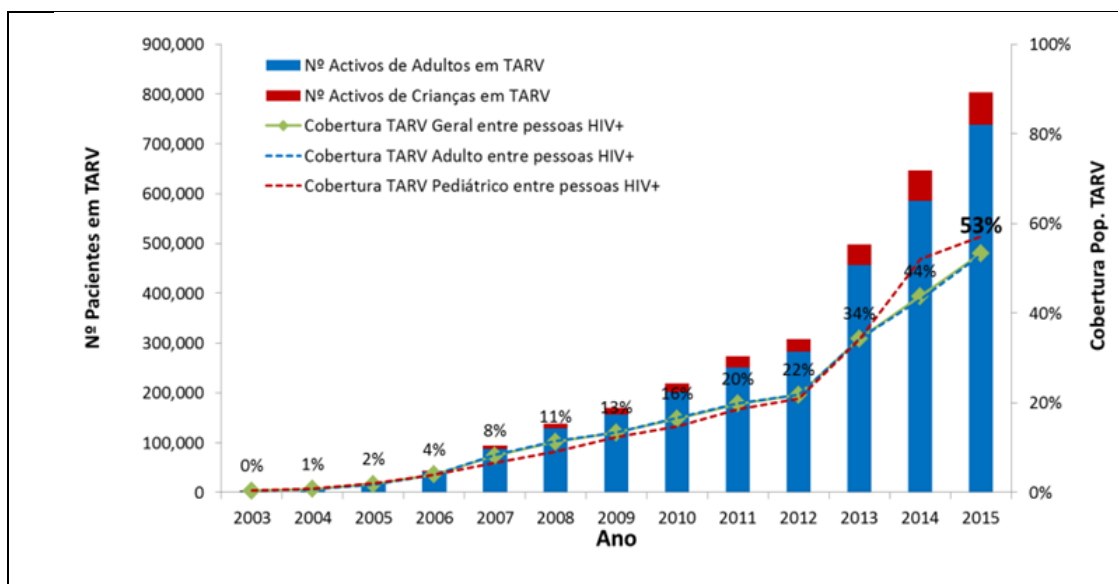


Gráfico 1. Evolução de beneficiários do Tratamento Antirretroviral, crianças e adultos e cobertura TARV entre Pessoas Vivendo com HIV entre 2003 – 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

A terapia antirretroviral ou TARV modifica-se a cada nova descoberta de medicamentos, no sentido de otimização da inibição do ciclo de vida do HIV, impedimento de sua replicação ou da sua entrada nas células³⁹².

O seguimento dos doentes em TARV é considerado complexo, necessitando um manejo especial pelas equipas de profissionais. Além dos aspectos biomédicos, o seguimento precisa considerar os aspectos psicossociais, que são decisivos na adesão ao tratamento.

O número de unidades sanitárias que fornecem tratamento antirretroviral recebeu investimento maciço, e teve um aumento significativo: de 39 em 2005 para mais de 200 em 2008, 563 em 2013 e até dezembro de 2014, 753 unidades, o que dá uma cobertura de 52% da rede.

Entre 2010 e 2014 houve uma expansão importante dos serviços nas áreas com alta densidade populacional, como no corredor da Beira, e nas zonas de alta prevalência do HIV (zona de Xai-Xai), desafogando o fluxo das antigas unidades de saúde TARV.

A integração dos serviços de terapia antirretroviral nos serviços de saúde existentes aumentou o acesso ao tratamento e a formação e ampliação da equipa de trabalhadores de saúde contribuiu também para a expansão do acesso ao tratamento antirretroviral.

Em 2014 foi elaborado o protocolo para atenção à gestantes HIV+ e criança exposta, denominado de modo informal como “Guião TARV”³⁹³. Alguns princípios merecem destaque:

³⁹² Guia, 2014: 8

³⁹³ Guia de Tratamento Antiretroviral e infecções oportunistas no adulto, adolescente, grávida e criança. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, 2014.

- ✚ Normas para utilização de um único esquema otimizado para o adulto e a criança maior que cinco anos, substituindo gradualmente o esquema de AZT/3TC/NVP³⁹⁴ por um esquema mais abrangente e simplificado;
- ✚ Tratamento de toda mulher grávida HIV+ para toda a vida, independentemente do valor de CD₄ ou do estágio clínico: a chamada Opção B+ ou TARV Universal;
- ✚ Tratamento de toda criança menor de cinco anos com diagnóstico confirmado, independentemente do valor de CD₄ ou do estágio clínico;
- ✚ Integração de vários programas: ITS, Tuberculose; Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor – ATIP, que é parte da rotina de cuidados oferecidos a todos os pacientes que procuram os serviços de saúde;
- ✚ Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente – ATIU, oferecido no contexto das Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde – UATS.

Nesse protocolo, há um capítulo inteiramente dedicado aos Critérios para Iniciar o TARV em Moçambique e Regimes Terapêuticos: em síntese, adultos e crianças em estágios clínicos I e II da OMS, tendo CD₄ disponível, trata-se quando o valor é menor ou igual a 350 cel/mm³. Caso CD₄ não seja disponível, recomenda-se não tratar. Já em estágio clínico III ou IV, a recomendação é tratar independentemente da contagem de CD₄,

Em 2015 o acesso universal ao Tratamento ARV em Moçambique estava na ordem de 97% em 1.450 unidades sanitárias que implementam a Opção B+ no país³⁹⁵.

A redução na taxa de incidência da transmissão vertical da mãe para a criança trouxe resultados muito positivos na implementação da Opção B+ no país, no espaço de um ano e meio do programa (junho de 2013 – final de 2014). A opção B+ visa reduzir em 50% a mortalidade materna - compromisso assumido em 2011 no quadro da iniciativa global da transmissão vertical.

Moçambique comprometeu-se a reduzir em 90% a incidência do HIV pediátrico. Antes da introdução da Opção B+, estima-se que a oferta de tratamento ARV não evoluía no mesmo ritmo que os resultados da cobertura de profilaxias. Até 2012 o país registrava uma oferta de 15% no TARV em mulheres grávidas. Entretanto, com a implementação da Opção B+ em junho de 2013 o número de mulheres HIV + beneficiadas pelo programa subiu para 50% em 2013 e 87% em 2014.

Observação importante: os dados do GARPR 2016 diferem das coberturas reportadas em GARPR anteriores, pois o denominador utilizado nos anos anteriores foi substituído por aqueles gerados pela versão mais recente dos arquivos *Spectrum*, para remover o viés de estimativas geradas por diferentes visões e parâmetros internos do software, alertam os gestores.

³⁹⁴ AZT = Zidovudina; 3TC = Lamivudina; NVP = Nevirapina

³⁹⁵ Apresentação datada de em 24 de fevereiro de 2015. Dra Munira Abudo, responsável pelo Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, no Ministério Moçambicano da Saúde.

O país aumentou exponencialmente, entre 2012 e 2013, o fornecimento de TARV. Em 2013, mais de 200.000 recém-infectados iniciaram TARV. Em 2012, o número de pessoas em ARV era de 308.578, enquanto em 2013 esse número chega a quase meio milhão – 497.455.

O crescimento do número de beneficiários do TARV em quase meio milhão num período de três anos (2013-15), desde cerca de 350 mil até 800 mil, acarretou inúmeros desafios logísticos novos para os quais o país não estava preparado.

Em consequência, o registo dos medicamentos ARVs enferma de problemas crescentes, face ao seu volume crescente. Por isso, não são raros os registos em que se constata trocas nos regimes terapêuticos, duplicações de informação, erros de digitação, etc.

Para monitorar a magnitude do problema, foi instituída em 2012 a prática de cruzamento de dados relativos ao fornecimento e uso de ARVs, provenientes de duas fontes paralelas: da Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM), com dados recolhidos do Módulo Básico e da Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) com dados recolhidos dos Mapas Mensais de Informação de ARVs (MMIAS), através do Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos.

Em relação a TARV, foram realizados cruzamentos trimestrais comparando a estatística programada da DNAM sobre os ativos em TARV, proveniente dos resumos mensais do HIV, a estatística CMAM sobre o consumo dos ARV, proveniente dos mapas mensais de informação ARV. Houve um desvio de 22%, que precisa ser compreendido com cuidado:

- DNAM – reporta número de pacientes ativos em TARV ao fim de um período, sendo “ativo” o paciente que pega medicamentos no último mês e também o “atrasado” que faltou menos de 2 meses desde a última retirada de medicamentos que estava agendada.

- CNAM – traz o dado de valor máximo de retiradas de ARV no último trimestre, por unidade sanitária. Não inclui os faltosos.

Em função do grande número de atendimentos realizados por dia, escassez de profissionais e falta de rotina de registos, considera-se um ponto nevrálgico a necessidade de melhoria da quantidade e qualidade dos mesmos.

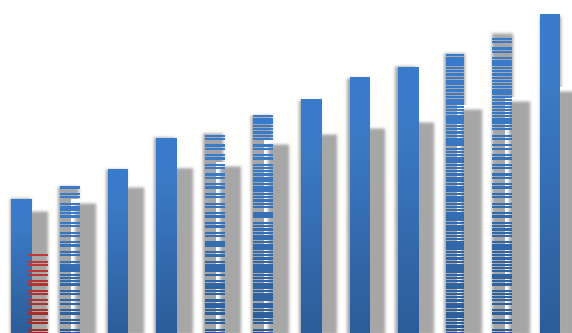


Figura 11. Discrepância do número de beneficiários do Tratamento Antirretroviral: cruzamento de dados do DNAM e CMAM entre 2013 e 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Constata-se um aumento consistente da discrepância entre os dados de uma e outra instituição, ao longo do tempo. Na realidade, a discrepância era de 10% no início de 2013, quando a oferta do TARV começou a crescer explosivamente, em cumprimento do Plano de Aceleração do MISAU, para atingir 27% nos finais de 2015. Em termos absolutos, isto significa a exorbitante discrepância de quase 200 000 beneficiários.

Algumas unidades sanitárias (10) bem identificadas registaram discrepâncias de mais de 3 000 beneficiários, no último trimestre de 2015. Algumas províncias (C. Delgado, Nampula e Sofala) registaram discrepâncias acima de 50%, no mesmo período. Somente duas províncias (Maputo província e Maputo cidade) registam um nível de discrepância considerado aceitável (menor que 10%).

Em relação à cobertura de ARV, foi registrado um aumento de 41% em 2012 para 59% em 2013. Em 2014, a cobertura dos serviços de TARV pulou de 22% em 2012 para 39% em 2013. Esse aumento de 17% em um ano foi importante e o maior registrado, comparando-se com os anos anteriores. A tabela abaixo traz dados do período 2012 – 2014.

População	2012	2014
Mulheres Grávidas HIV+	48.114	64.543
Mulheres Grávidas HIV+ recebendo TARV	11.288	53.292
Total de Recém-Nascidos recebendo ARV	46.805	58.272

Tabela 8. Cobertura – assistência às mulheres grávidas HIV+ e recém-nascidos em Moçambique, 2012-2014.

Fonte: Governo de Moçambique, 2015³⁹⁶.

Especificamente em relação à **Opção B+**, segundo o GARPR 2014, a cobertura atual conta com 742 das Unidades de Saúde a implementar TARV. Com esta expansão, a cobertura populacional da PTV, segundo os modelos epidemiológicos e estatísticas programáticas, estima-se em 97% ao final do ano de 2014.

No ano de 2013, ultrapassou-se a meta dos 80% de oferta TARV como profilaxia preferida para as beneficiárias da PTV na Consulta Pré-Natal. Entretanto ainda há desafios na implementação da PTV, como o alcance desigual das metas nas diferentes províncias, assim como constrangimentos no fluxo de Diagnóstico Precoce Infantil apesar do crescimento registado nos últimos anos com 45% das crianças com menos de dois meses a colherem amostras de PCR em 2014³⁹⁷.

Segundo o GARPR 2016³⁹⁸, a percentagem de mulheres grávidas soropositivas que receberam profilaxia de ARVs para reduzir o risco da transmissão vertical foi aumentando progressivamente de 77,5% em 2013, passando a 88,8% em 2015 e chegando a 94,8% em 2015.

³⁹⁶ ABUDOU, Munira – DNSP – DSMC – PTV.

³⁹⁷ Rel Anual HIV 2014:3.

³⁹⁸ GARPR_2016:10.

Ainda segundo o mesmo documento, a percentagem de mulheres grávidas soropositivas que receberam medicamentos ARV para si próprias ou seus bebês durante a amamentação foi de 86,6% em 2014 para 91,%% em 2015.

Crianças em TARV

O número de serviços de saúde que oferecem tratamento antirretroviral pediátrico aumentou de 22 em 2005 para 148 em setembro de 2007, 316 em 2012, 563 em 2013 e 707 previstos para 2015 (GARPR 2014).

Segundo o Guião TARV (2014:78), a Opção B+ para profilaxia é oferecida concomitantemente à Opção A, sendo esta última fornecida nas Unidades de Saúde que ainda não oferecem TARV Universal. Nas Unidades de Saúde onde não há serviços TARV, todas as grávidas testadas positivas para HIV devem ser avaliadas para elegibilidade em todas as consultas através dos critérios de estágios clínicos da OMS. Estágios I e II, não iniciar TARV; estágios III e IV iniciar TARV independentemente da contagem de CD₄.³⁹⁹

As grávidas HIV+ não elegíveis para receberem o TARV deverão receber a profilaxia com ARV como forma de prevenção da Transmissão Vertical (PTV)⁴⁰⁰. Não é indicado fazer monoterapia com NVP na grávida como PTV. As grávidas HIV+ elegíveis deverão ser encaminhadas para a Unidade de Saúde de referência mais próxima que ofereça TARV.

O tratamento de crianças HIV+ é referida como uma das mais altas prioridades do Programa de HIV do Ministério da Saúde. O número estimado de crianças HIV+ em Moçambique em 2013 é de 180.000 – 190.000 (GARPR 2014). Em 2013, o Ministério da Saúde determinou o acesso universal das crianças abaixo de cinco anos ao tratamento com antirretrovirais.

Foram realizados treinamentos em TARV pediátrica para diferentes profissionais de saúde, com os respectivos materiais de treinamento. Segundo o GARPR (2014), crianças em TARV representavam apenas 8,3% (41.400) do total de pessoas em tratamento com ARV.

³⁹⁹ Guião TARV 2014:80.

⁴⁰⁰ A Zidovudina (AZT) é o fármaco de eleição (12/12h), devido à sua alta permeabilidade pela placenta, a partir da 14ª semana de gestação, ou o mais cedo possível no caso da grávida ter idade gestacional mais avançada. Deve-se oferecer NVP dose única para ser tomada no início do parto e AZT+3TC 12/12h durante o trabalho de parto e manter até 7 dias após o parto. Caso tenha anemia, a medicação deve ser substituída por d4T/3TC (1 comp 12/12h), também mantido por 7 dias.

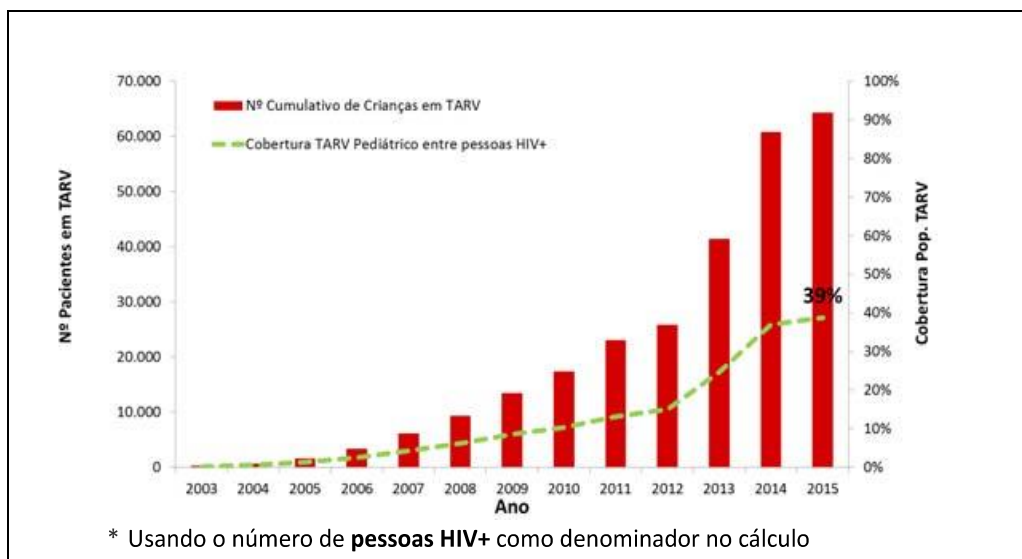


Gráfico 2. Evolução da cobertura do Tratamento Antirretroviral pediátrico no período de 2003 a 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Essa porcentagem está abaixo dos 15% recomendados pela OMS para ART pediátrico, mas representa um importante aumento em relação a 2012 (25.891 crianças em TARV). Em 2013, a cobertura de ARV pediátrico era de 36,3%, tendo sido maior do que os anos anteriores (2012, 26% e 2011, 22%). Esse índice ainda está bem distante dos 80% preconizados pela OMS. Segundo o protocolo⁴⁰¹, toda criança exposta deve receber xarope de ARV profilático, e na ausência de xarope de AZT deve ser oferecido xarope de NVP⁴⁰².

4.5. Populações Vulneráveis e Populações-Chave

Em 2015, o MISAU publicou uma diretriz regulamentando a integração dos serviços a oferecer às populações-chave (prevenção, cuidados e tratamento do HIV) no sector da Saúde.

Os objetivos principais da diretriz são:

- ✚ Promover o acesso a serviços de saúde de qualidade para as populações-chave; Consolidar as estratégias de humanização dos serviços de saúde para a oferta de serviços livres de discriminação e estigma;
- ✚ Assegurar a integração de serviços amigáveis e abrangentes para os grupos de alto risco nas unidades sanitárias do país;
- ✚ Fortalecer a ligação efetiva entre os diferentes serviços oferecidos pelas unidades sanitárias, e entre o sector saúde e os serviços comunitários;
- ✚ Assegurar o acesso a testagem para o HIV e aos cuidados e tratamento.

⁴⁰¹ Guião TARV 2014:78.

⁴⁰² As crianças expostas devem receber 4mg/kg de peso de AZT de 12 em 12 horas por seis semanas – todos os recém-nascidos de mães em TARV, independentemente do tipo de aleitamento.

Se a mãe não está em TARV, o recém-nascido em aleitamento materno deverá receber administração diária de NVP (2mg/kg peso 1vez por dia) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda exposição ao leite materno. Nos recém-nascidos sem aleitamento materno, o mesmo medicamento na mesma dosagem, porém apenas até 6 semanas de vida. Nos casos em que a mãe está em TARV (e Opção B+), os recém-nascidos devem receber NVP (2mg/kg peso) diária desde o nascimento até 6 semanas de vida.

As populações-chave são definidas como:

- ✚ Mulheres trabalhadoras do sexo (MTS): mulheres que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, seja ocasionalmente ou regularmente.
- ✚ Homens que tem sexo com homens (HSH): todos os homens que tem relações sexuais com outros homens.
- ✚ Pessoas que injetam drogas (PID): pessoas que injetam psicotrópicos por razões não terapêuticas, por qualquer via de injeção.
- ✚ Reclusos: todos os detidos em justiça criminal e serviços penitenciários, durante o período de investigação do crime, enquanto aguarda julgamento, condenado, antes e depois da sentença.

As intervenções do setor saúde preconizadas na diretriz incluem ações a vários níveis: comportamentais, biomédicas e estruturais. Estabelece-se um pacote mínimo de serviços, com oferta de aconselhamento e testagem para o HIV, Aconselhamento para práticas seguras, Rastreamento, diagnóstico e tratamento de ITS e TB, Câncer do colo do útero e da mama/rastreamento de carcinoma da próstata, Oferta de preservativo/lubrificante, PPE: violência sexual, Oferta de um método de Planejamento Familiar, Convite ao parceiro(a), TARV (CD4<500).

O pacote mínimo é oferecido:

- ✚ Nas US definidas pelas províncias como sendo prioritárias;
- ✚ Todas as populações-chave (MTS, HSH, PID, Reclusos)
- ✚ TARV deve ser oferecido de acordo com as normas para população geral (CD4<500).

Está previsto também um pacote completo, que inclui o pacote mínimo adicionado de TARV universal, a ser implementado de forma faseada, com início em 20 Unidades Sanitárias, localizadas nos hot spots e nos corredores rodoviários, destinado apenas a MTS e HSH.

As principais orientações contidas na diretriz são:

- ✚ Integração nos Serviços de Saúde;
- ✚ Abordagens de identificação ao nível da US e da comunidade;
- ✚ Inclusão de informação e orientação para população prisional;

Considera-se que o acesso das populações chave e vulneráveis aos serviços de HIV continua deficiente, por falta de reconhecimento e proteção. As políticas e leis não-discriminatórias não especificam a proteção dessas populações.

Em 2015, as autoridades moçambicanas revisaram o Código Penal vigente, pois o antigo criminalizava a homossexualidade, embora de forma indireta. O comércio sexual e a injeção de drogas ainda são criminalizadas em Moçambique⁴⁰³.

Em estudo de 2013⁴⁰⁴ definiu-se populações-chave como sendo Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS), clientes e homens que fazem sexo com homens (HSH). Cerca de 28,7% das novas infecções por HIV ocorreram entre esses grupos populacionais, sendo uma percentagem maior nas regiões Centro e Norte. Segundo esse mesmo estudo, os HSH contribuem com apenas 0,3% do total de novas infecções no país, sem grandes variações regionais, com 37 casos novos estimados entre suas parcerias regulares.

Há uma rede de sexo chamada *transaccional*, constituída pelas trabalhadoras do sexo, clientes e parceiras regulares dos clientes, que contribuem com 30,2% para a incidência de infecções por HIV. Essa percentagem varia de acordo com a região, sendo 14,4% no Sul, 38,5% Centro e 42,4% na região Norte.

A prevalência de HIV nas populações vulneráveis, segundo o Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS, 2011), incluindo profissionais do sexo, prisioneiros, usuários de drogas são altas em Maputo (31,2%), Beira (23,6%) e Nampula (17,8%).

Entre Prisioneiros, a estimativa é de uma prevalência de 24%, enquanto entre usuários de drogas injetáveis 43% e Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) com idade superior a 25 anos oscila entre 32,1% (Beira) e 33,8% (Maputo).

Inquérito biológico e comportamental integrado entre Pessoas que Injetam Drogas (PID)

Em 2015, foram divulgados os resultados preliminares – as taxas ainda não foram validadas - do primeiro inquérito biológico e comportamental (IBBS- Integrated Biological and Behavioral Survey) entre Pessoas que Injetam Drogas (PID)³.

Foi o primeiro a ser realizado no país no seio de PID e faz parte de um conjunto de cinco inquéritos conduzidos no seio de grupos de alto risco para o HIV em Moçambique, entre 2011 e 2014. Os primeiros quatro – trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores Moçambicanos nas minas da África do Sul e Camionistas de longo curso. O estudo tinha como objetivos:

- ✚ Estimar a prevalência do HIV, do vírus da hepatite B (HBV) e do vírus da hepatite C (HCV);
- ✚ Estimar o tamanho da população de PID;
- ✚ Identificar os comportamentos de risco associados ao HIV;

⁴⁰³ GARPR_2016:16-17.

⁴⁰⁴ Distribuição da incidência de infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão, 2013. Maputo: ONUSIDA; 2014.

- ✚ Avaliar a utilização e o acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde entre as PID.

Os participantes do inquérito foram recrutados através da amostragem por cadeia de referência (*Respondent Driven Sampling, RDS*), uma metodologia amplamente usada em populações-chave consideradas de alto risco para a infecção pelo HIV e ITS, que são de difícil acesso. Eram elegíveis para participar no inquérito homens e mulheres com 18 ou mais anos de idade, que residiram, trabalharam ou socializaram na área do inquérito nos 12 meses anteriores ao inquérito, que tivessem injetado droga sem prescrição médica naquele período, ou alguma vez em sua vida. Para participar era preciso dar o consentimento informado.

Foram inscritos no inquérito 353 PID em Maputo e 139 em Nampula, entre Setembro de 2013 a Março de 2014. Os participantes que consentiram, responderam a uma entrevista, deram uma amostra de sangue para efeitos de testagem de vigilância (no laboratório central do Instituto Nacional de Saúde) e tiveram a oportunidade de fazer o teste rápido de HIV e Hepatite B e Hepatite C com resultado imediato no local do inquérito.

Todos os participantes com qualquer resultado positivo no teste rápido foram referenciados para uma unidade sanitária selecionada pelos investigadores do inquérito com equipas formadas para os receber.

A prevalência de HIV entre as PID foi de 50,3% em Maputo e 36,9% em Nampula, as duas áreas urbanas do país onde decorreu o inquérito. A prevalência de HIV entre as PID de cada área urbana aumenta significativamente por cada faixa etária. Na faixa etária de 35 ou mais anos de idade, atingiu 73,1% em Nampula. A prevalência do vírus da hepatite B (HBV) entre as PID foi de 32,1% em Maputo e 36,4% em Nampula. Enquanto a prevalência do vírus da hepatite C (HCV) foi de 44,6% em Maputo e 7,0% em Nampula.

Em Maputo, a maior parte das PID (54,4%) estava na faixa etária dos 25 aos 34 anos de idade, enquanto em Nampula, 42,6% estava na faixa etária dos 24 ou menos anos de idade. Sendo que 92,9% são do sexo masculino, em Maputo e 97,0%, em Nampula.

A grande parte, 65,4% e 49,7% das PID eram solteiras ou nunca tinham casado em Maputo e Nampula, respectivamente. Em relação ao nível de escolaridade, um número elevado das PID havia atingido o nível secundário ou superior, sendo 43,0% e 71,6% em Maputo e Nampula, respectivamente.

A maior parte das PID nas duas áreas do inquérito falavam a língua portuguesa, 71,4% em Maputo e 67,6% em Nampula. Em Maputo e Nampula, respectivamente, 99,8% e 96,7% das PID, eram moçambicanas. Viviam na província do inquérito, 99,9% de Maputo e 97,6% de Nampula.

Características do consumo de drogas

Em Maputo, 61,9% e em Nampula 19,5% das PID consomem drogas injetáveis diariamente. A heroína é a droga mais injetada entre as PID (81,3% Maputo e 73,0% Nampula).

Mais de quatro em cada 10 PID (50,3% em Maputo e 42,4% em Nampula) partilharam agulhas ou seringa alguma vez na sua vida. Uma em cada quatro PID partilhou seringas no mês anterior ao inquérito.

Características das relações sexuais

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 30,4% dos homens que injetam drogas em Maputo e 60,3% em Nampula tiveram duas ou mais parceiras sexuais ocasionais. Entre as mulheres que injetam drogas em Maputo, 40,5% teve dois ou mais parceiros sexuais neste período, não foi possível avaliar o comportamento sexual nas PID em Nampula devido ao tamanho de amostra.

Entre as PID que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito, 47,6% em Maputo e 70,9% em Nampula não usou o preservativo da última vez que teve sexo.

Uso de serviços de prevenção e saúde

Nos 12 meses anteriores à realização do inquérito, 90,5% das PID em Maputo e 59,2% em Nampula não teve contato com educadores de pares ou ativista de HIV. Uma em cada quatro PID em Nampula (25%) recebeu alguma vez tratamento para overdose, substituição de drogas ou programa de desintoxicação contra 2,5% em Maputo.

Três em cada 10 PID em Maputo e quatro em cada 10 em Nampula nunca fez o teste de HIV. Entre as PID em Maputo que alguma vez haviam recebido um resultado positivo ao fazer o teste de HIV, metade está a fazer TARV e 26,1% partilhou seringas nos últimos 30 dias.

Experiência com discriminação

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 7,9% e 32,6% das PID em Maputo e Nampula teve alguma experiência de discriminação. Nos mesmos locais, respectivamente 72,2% e 42,6% das PID, foi preso alguma vez.

Recomendações

Os resultados do estudo demonstraram a necessidade da implementação de programas de Redução de Danos (Harm Reduction) para a prevenção, cuidados e tratamento de HIV e hepatites entre as PID em Moçambique.

Órfãos e outras crianças Vulneráveis

O PEN IV traça um panorama da situação das crianças órfãs e vulneráveis em Moçambique: *“dados da UNICEF apontam que o país conta com um milhão e 200 mil crianças órfãs e outras 600 mil em situação considerada vulnerável. Deste horizonte, os dados dão conta que somente 13 mil crianças se encontram em centros de acolhimento institucional. Os números apontam para 24 mil famílias chefiadas por crianças, estimando-se, ao mesmo tempo, que pelo menos 5 mil crianças vivem na rua, incluindo raparigas transitando para a adolescência, o que as torna mais vulneráveis à exploração, à prostituição e abuso e, por conseguinte, às ITS e, particularmente, ao HIV”*.

O Ministério do Género, Criança e Acção Social tem como atribuições, entre outras, a proteção e materialização dos direitos da criança, visando o seu desenvolvimento integral, assim como a assistência social a pessoas e agregados familiares em situação de pobreza e de vulnerabilidade, incluindo crianças.

No âmbito da mitigação do impacto do HIV, foi assegurada, em parceria com as organizações não governamentais e da sociedade civil, a provisão de serviços básicos a crianças órfãs e vulneráveis. Neste contexto, foi prestada assistência a mais de 270 mil e 204 mil crianças, em 2014 e 2015, respectivamente, a nível das comunidades, igualmente repartidas por ambos os sexos.

Esta assistência traduz-se na provisão de alimentação, vestuário, material escolar e integração no ensino, assistência médica e medicamentosa, apoio psicossocial e apoio legal, e habitação.

Os agregados familiares chefiados por crianças de 12 a 18 anos, são contempladas pelo Programa de Apoio Social Direto, que consiste em transferências sociais para um apoio prolongado em espécie, destinado a fazer face a situação de choques que agravam o grau de vulnerabilidade de pessoas ou agregados familiares em situação de pobreza e sem meios próprios para satisfazer as suas necessidades básicas.

Em 2014 e 2015, este apoio beneficiou 7.355 e 7.390 agregados chefiados por crianças, respectivamente.

No âmbito de atendimento à criança desamparada, e com vista a garantir que cada criança cresça numa família e num ambiente adequado, foram reunificadas em famílias biológicas e em famílias de acolhimento 1.295 crianças e 1.564 crianças, em 2014 e 2015, respectivamente, igualmente repartidas por ambos os sexos.

Em 2015, foi realizada uma reunião nacional do Núcleo multisetorial para Crianças Órfãs e Vulneráveis.

Avalia-se que é possível haver ampliação dessa assistência. Segundo os dados dos primeiros anos do PEN III⁴⁰⁵, ⁴⁰⁶ em que cerca de 5.170 organizações prestaram assistência a 374.415 crianças em 2013 (o dado anterior é de 357.905 crianças assistidas em 2009).

O Ministério das Mulheres e Ação Social, através do Programa de Promoção da Justiça Social promoveu a inserção de 1.128 crianças, 869 em famílias próprias e 259 em famílias substitutas. Estima-se que cerca de 360 crianças órfãs e vulneráveis tenham sido integradas a cursos de formação profissional e 280.436 crianças órfãs e vulneráveis tenham recebido assistência nas comunidades e houve um aumento de frequência destas crianças à escola.

⁴⁰⁵ Relatório Avaliação PEN III, 2014. MISAU.

⁴⁰⁶ Plano Estratégico Nacional.

4.6. Bancos de sangue

O Programa Nacional de Transfusão de Sangue (PNTS), que é uma unidade dentro da Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) coordena e supervisiona cada atividade relacionada às transfusões de sangue no país, em 153 diferentes locais que realizam transfusões.

Em 2003/4, testes rápidos de VIH foram usados para cerca de 60% do estoque de sangue do país. Em 2008, a meta era que todos os bancos de sangue provinciais testassem o sangue para anticorpos do HIV usando o *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* - ELISA, aumentando assim a percentagem do sangue testado de 40% para 63%.

O número de doadores era de 105-107.000 em 2010 e 2011, passando para 121.000 em 2012 e diminuiu para 119 000 em 2013, o que representa metade da necessidade estimada (200.000). A taxa de doadores voluntários vs. doações de famílias oscila entre 51% e 56%, muito distante das recomendações da WHO, reduzindo a segurança do sangue doado.

Segundo o GARPR (2014), o maior problema continua sendo a detecção das infecções transmissíveis. Nos níveis central e provincial, HIV e Hepatites B e C foram testados por ELISA, e em outros lugares, usando testes rápidos.

Doença	2010	2011	2012	2013
HIV	7	5,8	6	6
Sífilis	4	1,4	9	2
Hepatite B	6	4,5	4,6	3,6
Hepatite C	0,8	0,9	0,7	0,5

Tabela 9: Porcentagem de infecções em doações de sangue (2010-2013). Fonte: GARPR, 2014.

O risco de infecção pelo sangue em Moçambique é estimado em 1/ 1000 transfusões (nos EUA, é de 0,001/1 000). O PNTS implementou em 2014 um projeto de melhoria de gerenciamento de laboratório nos bancos de sangue dos Hospitais Centrais em Beira e Nampula.

Dados do GARPR de 2016:

	2011	2012	2013	2014	2015
HIV	5.8	6	6	5.2	4.9
Sífilis	1.4	9	2	3.3	3.8
Hepatite B	4.5	4.6	3.6	4	4
Hepatite C	0.9	0.7	0.5	0.6	0.7

Tabela 10. Porcentagem de marcadores infecciosos nas doações de sangue em Moçambique entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Em 2013 foi criado o Centro de Referência Nacional de Sangue, seguindo as recomendações da OMS. Esse Centro está trabalhando na implementação de equipes itinerantes para recrutamento e manutenção de doadores de sangue.

Foi aprovada a criação do Serviço Nacional de Sangue (SENASI), com serviço autonomizado, de acordo com as recomendações da OMS. Essa ação para que se efetive a completa operacionalização do Centro de Referência Nacional, o número de voluntários ser aumentado, o recrutamento e a mobilização de doadores em vários grupos, incluindo escolas secundárias.

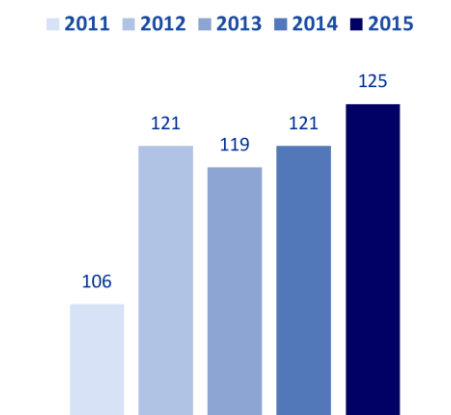


Figura 12. Doações de sangue anuais em Moçambique, 2011 – 2015 (em milhares). Fonte: GARPR, 2016.

4.7. Adesão

Um aspecto essencial da adesão é a não-discriminação. Em 2014, foi promulgada a lei nº 19/204 – *Lei de Proteção de pessoa, do trabalhador e do candidato a emprego vivendo com HIV e SIDA* – previamente aprovada pela Assembleia da República.

Para garantir maior respeito pela dignidade da pessoa vivendo com HIV e aids, a lei estabelece os direitos e deveres, garantindo a promoção de medidas necessárias para a prevenção, proteção e tratamento dessa pessoa. Estabelece que a PVHIV e PVAIDS gozam dos mesmos direitos e tratamento de qualquer outra pessoa, não devendo se discriminada ou estigmatizada em razão de seu estado de soropositividade.

O Estado garante o direito à assistência jurídica e ao patrocínio judiciário à pessoa vivendo com HIV e Aids ou seu representante, nos casos em que sejam violados seu direitos, decorrentes da lei e demais legislação aplicável – sugerindo para tal o apoio de ONG⁴⁰⁷.

A adesão e a retenção seguem como importantes desafios em Moçambique, documentados em seu Relatório Anual de 2014, a partir das taxas de retenção estimadas em 2013:

Tempo (meses)	Adultos	Crianças
12	72%	66%
24	57%	54%
36	52%	51%

Tabela 11: Porcentagem de adultos e crianças HIV+ em tratamento após início de TARV, 2013. Fonte: Governo de Moçambique, 2016⁴⁰⁸.

⁴⁰⁷ GARPR_2016:16.

⁴⁰⁸ Relatório Anual, 2014.

As ações preconizadas tiveram como foco:

- ✚ *trabalhar adesão requer um Plano de Aceleração para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento de HIV e aids,*
- ✚ *novas orientações para TARV pediátrico e adulto,*
- ✚ *novo manual para TARV,*
- ✚ *orientações para carga viral, treinamentos e supervisões,*
- ✚ *atividades colaborativas com os programas de Tuberculose, Prevenção à Transmissão Materno-Infantil, Instituto Nacional de Saúde, Programa de Adolescência e Juventude e outros. As taxas de retenção são consideradas um retrocesso no Programa⁴⁰⁹.*

No Relatório Anual HIV/2014 há evidências sugerindo que só 48% das grávidas iniciadas em TARV na PTV são retidas até 12 meses. Além da fraca retenção dos pacientes iniciando TARV, a centralização da disponibilidade de tratamento ainda é um fator de piora na adesão. Cerca de 75% dos pacientes em TARV estão sendo seguidos só em 18% das 753 US TARV no país.

Em 2014 o Comitê TARV realizou encontros de coordenação, com ênfase a orientações para TARV em situações de ruptura de estoque e criação dos comitês TARV provinciais, além de determinar os parâmetros para *faltoso* e *abandono*. Em 2014 também foi instalada uma base de dados de **falências**, que está funcionando em regime experimental – e mesmo assim já permitiu uma melhor análise da situação das trocas efetuadas de tratamento para segundas e terceiras linhas⁴¹⁰.

Critérios – Faltoso e Abandono:

1. Doentes em TARV: (a) FALTOSO: paciente que atrasa menos de 2 meses na retirada dos ARV (dia X até 2 meses seguintes) – registro no livro de Faltosos e Abandonos na Farmácia; (b) ABANDONO: paciente que atrasa mais de dois meses na retirada de ARV depois de 2 meses.

A conduta preconizada é classificar o paciente como “abandono” no livro de Faltosos e Abandonos na Farmácia, mudar o estado de permanência do paciente no Livro de Registro TARV na recepção, registrar a comunicação do abandono à recepção e assegurar a notificação do abandono através do Relatório Mensal e fazer a busca ativa se não tiver sido feita quando na identificação como faltoso.

2. Doentes sem TARV: (a) FALTOSO: paciente que não comparece à consulta clínica marcada entre o dia X até os 2 meses seguintes; (b) ABANDONO: paciente que não comparece à consulta clínica marcada depois de 2 meses.

⁴⁰⁹ Relatório Anual, 2014.

⁴¹⁰ Relatório Anual 2014:7.

Retenção:

A adesão ao tratamento tem como requisito a *retenção*, ou seja, o quanto essa adesão se perpetua a médio e longo prazos. O gráfico abaixo demonstra que parece haver uma diferenciação na retenção de adultos e crianças: adultos mais vulneráveis a curto prazo e crianças mais vulneráveis a longo prazo. Essa inversão do grupo vulnerável nos coortes de 12 e 24 meses foi considerada⁴¹¹ como provável efeito do início da Opção B+ em Junho de 2013 e esta ter um impacto negativo sobre a retenção de adultos no coorte de 12 meses e 36 meses, embora não no de 24 meses.

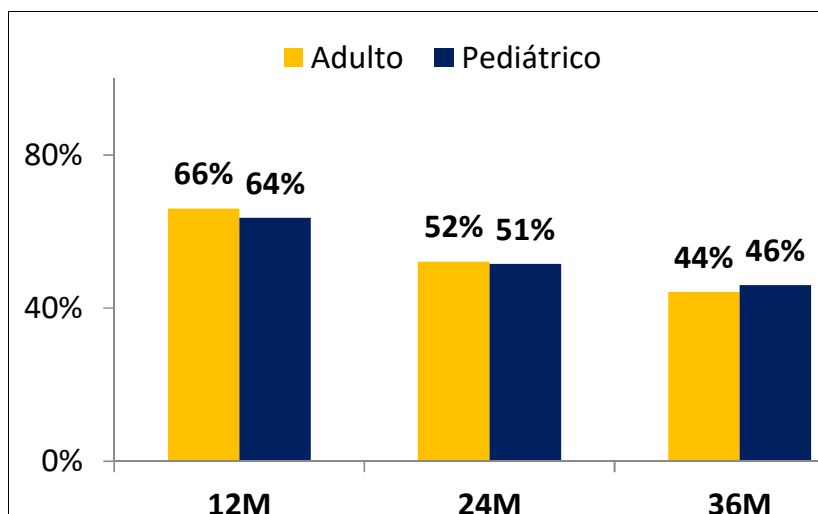


Gráfico 3. Retenção em Terapia Antirretroviral aos 12, 24 e 36 meses em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

A descentralização é considerada essencial para aumento da adesão ao tratamento, com ampliação das redes de apoio da comunidade, aumento da integração entre o PTMF e TARV pediátrica, melhorando qualidade, monitoramento e avaliação e introduzindo carga viral no país.

Considera-se que o controle das agendas na recepção deva ser requisito imprescindível em cada Unidade de Saúde para monitoramento da adesão e o seguimento clínico dos pacientes soropositivos.

Boas Práticas em Adesão em Moçambique

Um bom exemplo da melhoria da retenção em TARV no seio das grávidas e lactantes vem da província de Gaza, através do uso de um programa de desenvolvimento da liderança, denominado *Liderança, Gestão e Governança*, destinado a obter melhores resultados de saúde.

Este programa representa um processo experimental de aprendizagem e melhoria do desempenho em ciclos de seis meses que potencializa as pessoas de todos os níveis de uma organização a aprender as práticas de liderança, gestão e governança, enfrentar desafios e alcançar resultados mensuráveis usando uma ferramenta principal: o modelo do desafio.

⁴¹¹ Relatório Anual HIV/Aids, 2014.

A iniciativa surgiu na sequência da constatação de que, apesar de a situação da Província em PTV em 2014 ser muito boa em termos de testagem das gestantes/lactantes (99%), oferta de Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol (96%) e oferta de TARV nas CPN (99%), a retenção em TARV aos seis meses (65%) e aos 12 meses (55%) estava em níveis muito baixos.

O programa foi implementado nos dois distritos com retenção mais baixa da província, aos 12 meses: Xai Xai (48%) e Chibuto (45%). Foram envolvidas 24 pessoas de seis US, incluindo Médico e Técnicos médios (Técnico de Medicina, de Farmácia, de Laboratório), Enfermeira de SMI, e conselheira. Estas pessoas foram expostas a quatro oficinas de trabalho com o objetivo de aprender e aplicar nas US as práticas de liderança, gestão e governação, e desenvolver e implementar um plano de ações prioritárias que respondam aos maiores obstáculos que identificaram.

Foram identificados os principais obstáculos:

- ✚ A nível das gestantes/comunidade: estigmatização, discriminação, Informação, Educação e Comunicação inadequadas sobre HIV e PTV, falta de envolvimento comunitário, fraco envolvimento do parceiro, medo de perder o lar;
- ✚ A nível dos Provedores: fraco aconselhamento, problemas de atitudes, qualidade do atendimento, registo incompleto de dados, problema de coordenação entre os serviços duma US;
- ✚ A nível dos procedimentos: deficiente fluxo dos processos clínicos.

As intervenções principais incidiram em:

- ✚ Melhoria do aconselhamento (espaço, tempo, conteúdo);
- ✚ Formação de grupos de mães para mães;
- ✚ Convidar outros membros da família para as consultas;
- ✚ Busca ativa por telefone celular e visitas domiciliaries logo que há atrasos ou faltas;
- ✚ Envolvimento dos líderes comunitários, dos comités de saúde para apoiar na sensibilização;
- ✚ Reorganização e repartição de tarefas a nível da equipe da US;
- ✚ Melhoria da arrumação dos processos, do registo, da compilação dos dados.

Os resultados mensuráveis em termos de retenção em TARV no seio de gestantes e lactantes que frequentam as consultas de SMI de seis US de dois distritos, estão resumidos na Tabela 12. Pode notar-se uma importante melhoria da retenção aos três e aos seis meses, antes e depois da intervenção.

	Distrito de Xai Xai			Distrito de Chibuto		
	CS J NYERERE	CS CHONGOENE	HR CHICUMBANE	CS CHAIMITE	CS MALEHICE	HR CHIBUTO
Situação inicial 3 meses	100%	82%	74%	72%	76%	77%
Situação inicial 6 meses	59%	78%	54%	55%	53%	64%
Coorte Maio-Julho 2015	23	28	64	24	30	113
Retenção aos 3 meses (até outubro de 2015)	96%	96%	75%	100%	100%	92%
Retenção aos 6 meses (até janeiro 2016)	96%	93%	66%	100%	100%	87%

Tabela 12. Retenção em Tratamento Antirretroviral entre gestantes e lactentes aos três e aos seis meses após intervenção em Moçambique, 2014. Fonte: GARPR, 2016.

Outros resultados obtidos em consequência da intervenção foram:

- ✚ Melhor clima de trabalho na Unidade Sanitária;
- ✚ Trabalho de equipe com uma visão comum partilhada, equipe mais coesa e solidária;
- ✚ Melhor distribuição das tarefas;
- ✚ Mudanças de postura, de atitudes dos provedores (colaboração, comprometimento e alinhamento).

Os benefícios do programa podem ser resumidos nas melhorias:

- ✚ Dos resultados de saúde;
- ✚ Das habilidades de liderança (como alinhar, mobilizar staff e grupos de interesse);
- ✚ Das habilidades de gestão (como analisar desafios, desenvolver planos de ação, organizar a equipe, distribuir tarefas, seguir a implementação e monitorar resultados);
- ✚ Apropriação e comprometimento do staff;
- ✚ Do trabalho de equipe e do clima do trabalho;
- ✚ Da participação dos grupos de interesse.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

A prevalência de sífilis, em especial neurosífilis, é maior em pacientes HIV+. A neurosífilis pode ocorrer independentemente do valor do CD₄.

O protocolo para tratamento em Moçambique é a administração de Penicilina G Cristalina⁴¹². Paciente com história de sífilis no passado, alteração comportamental e alteração liquórica, mesmo com teste sorológico para sífilis no LCR negativo e excluídas outras infecções, deve ser considerado neurosífilis como diagnóstico presuntivo e iniciar tratamento padrão⁴¹³.

5.1. Indicadores

Em 2015, 59% das cerca de 1 400 000 mulheres que frequentaram as CPN foram testadas para sífilis (826 mil) (Figura abaixo). Isto representa um crescimento importante em relação a anos anteriores.

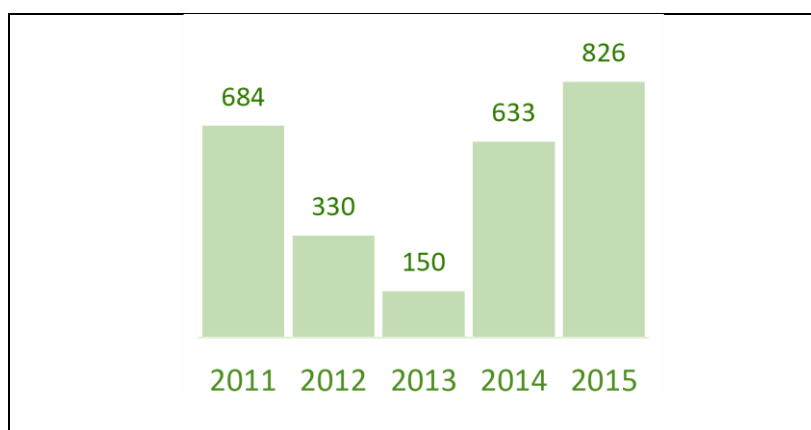


Figura 13. Mulheres grávidas testadas para sífilis na CPN (milhares) em Moçambique, período entre 2011 e 2015.

Fonte: GARPR, 2016.

A soroprevalência média da sífilis em mulheres grávidas atendidas nas Consultas Pré-Natais foi de 4%, em 2015.

As províncias nortenhas continuam a registar taxas superiores à média (Cabo Delgado e Zambézia apresentam as mais elevadas: 10% e 6%, respectivamente), tal como em anos anteriores

5.2. Fluxo de diagnóstico e assistência

O fluxo de testagem de sífilis em tese segue os mesmos parâmetros que a testagem para HIV. Porém, em campo houve referência a eventuais rupturas de estoque de testes para os três trimestres e dificuldades em extensão da testagem para os parceiros das mulheres grávidas em CPN.

⁴¹² 18-24 milhões UI/dia, administrado em 3 a 4 milhões de unidades, endovenoso, a cada 4 horas, por 10 a 14 dias. Para crianças, a Penicilina Cristalina 50 mil UI/kg/dose IV 12/12h, por 10 dias ou Penicilina G Procaína 50 mil UI/kg/dose IM 1x ao dia, por 10 dias, somente em crianças com mais de um mês de vida.

⁴¹³ Guião TARV 2014: 163.

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

A prevalência estimada entre grávidas em Moçambique, segundo o Plano Nacional da Eliminação da Transmissão Vertical (PNETV) de 2012 foi de **15,8%**; em 2011 (GARPR 2014) os valores foram 10,9% na região norte, 16,06% na região central e 23,6% na região sul.

Entre 2002 e 2011 houve uma oscilação entre 13% e 16% da prevalência de HIV entre grávidas. Presume-se que o aumento da prevalência entre população de 25-49 anos relaciona-se ao aumento da cobertura de TARV, o que determinou a redução da mortalidade e contribuiu para esse aumento.

As taxas de prevalência do VIH entre mulheres jovens (15-24 anos) que frequentam clínicas de pré-natal continua subindo, de uma estimativa de 15,6% em 2004 para 16,2% em 2007.

Em 2011 foi estruturada a Vigilância Sentinela para grávidas, sendo a quinta etapa do projeto de rotina em vigilância implementado a cada 2-3 anos desde 2002, segundo o Global Aids Progress Report (GARPR) de 2014.

6.2. Transmissão Vertical

A percentagem estimada de infecções por HIV em crianças filhas de mulheres soropositivas nascidas nos últimos 12 meses (dezembro de 2014 a dezembro de 2015) foi de 6,2%⁴¹⁴.

Em junho de 2011, os Estados Membros da Nações Unidas, pela Declaração de compromisso na Assembleia Geral, ratificaram os compromissos de alto nível, comprometendo-se a eliminar a Transmissão Vertical de mãe para filho (até <5%), oferecer TARV para 80% de pacientes elegíveis, reduzir em 50% as novas infecções por HIV.

Nesse contexto foram desenhados em 2012 o **Plano Nacional de Erradicação da Transmissão Vertical (PNETV)** e o **Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e Sida (2013-2015)**, em que são descritas as atividades a serem desenvolvidas para alcance das metas globais.

Prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho (PTMF) - Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

A Prevenção da Transmissão do HIV da Mãe para o Filho (PTMF) é um ponto considerado crucial⁴¹⁵ para entrada e trabalhos com prevenção primária, tratamento, cuidados e apoio para mães, crianças e famílias com HIV. Deve assegurar os elementos-chave: disponibilidade de antirretrovirais para as mães e seus recém-nascidos, parto seguro, aconselhamento para alimentação infantil e seguimento.

⁴¹⁴ (GARPR_2016:1-11).

⁴¹⁵ http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3134&Itemid=2874, acesso em fevereiro de 2016.

Segundo o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical – HIV 2014⁴¹⁶, Moçambique enfrenta uma epidemia de HIV do tipo generalizada, com prevalência estimada em 15% entre mulheres grávidas, e que se traduz em alta taxa de prevalência de transmissão vertical.

Breve Histórico

Para reduzir a TV o Ministério da Saúde implementou o Programa de Transmissão Vertical do HIV (PTV) em 2002, em oito unidades sanitárias em Maputo, Beira e Chimoio. Em 2004, o PTMF foi incluído no Plano Estratégico em HIV/Aids do Setor Saúde (PENSAÚDE 2004-2008) e no PEN II (2005-2009).

No início de 2006, alinhada com a política do Ministério da Saúde, os serviços de PTMF começaram a integrar a rotina da saúde materno infantil. Em 2007 foram estimadas 150.995 mulheres grávidas HIV+ no país, e se não houvesse intervenções, resultaria no mínimo em 50.000 novas infecções pediátricas – ao final deste ano, havia 389 unidades de saúde prestando esse serviço, e a cobertura de ARV profilático chegou a 29,8%.

Essas ações foram facilitadas pelas novas normas e diretrizes, como ampliação da testagem, contagem de CD₄ nos serviços de cuidado pré-natal e a introdução do Diagnóstico Precoce Infantil para HIV às crianças expostas abaixo de 18 meses de idade.

Para começar o PTMF, foram preconizados o teste rápido para HIV e o protocolo com administração de dose simples de Nevirapina com 36 semanas de gravidez, depois antecipado para 28 semanas.

Com a taxa de 8% das novas infecções pediátricas no mundo, em 2011 o país aceitou o desafio de reduzir essa forma de transmissão para menos de 5%, reduzir mortes maternas relacionadas ao HIV em 50% e oferecer profilaxia ARV mais efetiva para 90% de todas as grávidas HIV+ em 2015. Essa é a Iniciativa Global de Eliminação da Transmissão Vertical (ETV).

Em 2011 os chamados “grupos de mãe para mãe” foram estratégias importantes, em que se oferecia apoio psicossocial e ajuda à adesão. No Plano Nacional (2012-2015), um dos objetivos é a expansão desses grupos para todos os distritos.

Ainda em 2011⁴¹⁷ foi implantada a Paragem Única, com a integração do TARV nas consultas de SMI e da prescrição ao TARV para a mulher grávida e lactante HIV+ pela enfermeira de SMI, em todas as US com TARV/PTV. Ao mesmo tempo, a expansão à implementação da Opção A para todas as US com SMI.

Estima-se um total de 42% das mulheres atendidas nos serviços de pré-natal foram aconselhadas e testadas em 2011. Houve variação de acordo com o nível educacional: 68% das mulheres com nível secundário ou acima, 42% com nível primário e 33% sem escolarização⁴¹⁸.

Desde 2012 houve uma expansão do serviço de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho (PTMF), com 1170 serviços de saúde fornecendo PTMF, e 1213 em 2013 (GARPR, 2014).

⁴¹⁶ Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Manual de bolso, 2014, República de Moçambique.

⁴¹⁷ Plano Nacional da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012 – 2015. MISAU. Governo de Moçambique, 2012.

⁴¹⁸ GARPR 2014.

Para isso, o país começou em 2012 um processo de discussão, aprovação e desenvolvimento da implementação da Opção B+, que foi iniciada em junho de 2013 (GARPR 2014), com delegação de tarefas para Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (ESMI). Desde 2010 as Unidades de Saúde implementaram a Opção A de PTV.

Também no Plano Nacional está a proposta de treinamento das Parteiras Tradicionais nas novas estratégias, capacitação de líderes comunitários e envolvimento da mídia, em programas de rádios nacionais e comunitárias para apresentação da TARV Universal.

Tendo em 2013 sido aprovada a introdução da Opção B+, o plano foi implementar esse tratamento nas Unidades de Saúde com serviço de TARV e continuar com a Opção A nas Unidades de Saúde Periféricas. Na segunda etapa, Opção B+ para Unidades de Saúde sem TARV. Também foi implementada a Paragem Única na Saúde Materno-Infantil, a integração dos cuidados de HIV nos serviços de SMI.

Para a implementação da Opção B+ no país, considerou-se a escassez de recursos humanos, e a necessidade de promover e capacitar enfermeiras nos serviços de saúde materno-infantil, que receberam autorização para prescrição de TARV para mulheres grávidas e lactantes.

Em dezembro de 2013, 1084 enfermeiras foram treinadas e 1.498 foram capacitadas em 2014⁴¹⁹.

Em síntese, o PTV de Moçambique tem a seguinte linha do tempo:

Ano	Atividade	Evolução das Opções Terapêuticas
2002	Início da implementação da PTV em 8 US	Dose Única Nevirapina
2004	Integração do programa no PEN Saúde 2004-2008	
2006	Integração da PTV nos serviços de SMI	AZT – 28 semanas
2007	Expansão dos serviços de PTV	
2010	Adoção da Opção A de tratamento para PTV	AZT – 14 semanas
2011	Endossado o Plano Global de E-TV 2012/2015 Elaboração do Plano Nacional de E-TV 2012/2015	
2012	Início da preparação para Opção B+	
2013	Início da implementação da Opção B+ (junho)	742 US Opção B+ (59,4% US PTV)/505 US Opção A

Tabela 12. Linha do tempo do PTV em Moçambique. Fonte: MISAU, 2015.

Em 2014, 87% das mulheres grávidas HIV+ que receberam ARV em 2014 estavam em TARV e 91,5% das mulheres grávidas soropositivas em PTV estavam recebendo TARV⁴²⁰.

Segundo o Relatório Anual de 2015, em 2014 a estimativa era de 98.206 grávidas, porém havia 123 mil grávidas HIV+ registradas na Consulta Pré-Natal (ver defasagens nos registros CNAM).

⁴¹⁹ Rel Anual 2014:11.

⁴²⁰ GARPR_2016:9.

Em fevereiro de 2015⁴²¹ o quadro no Programa de PTV era o seguinte:

Ano	2015	% US PTV	2016	% US PTV
Unidades de Saúde - PTV	1250		1288	
Unidades com a Opção B+	742	59,4	926	72
Unidades com a Opção A	505		362	

Tabela 13. Unidades de Saúde com PTV e as respectivas opções de tratamento para grávidas em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Há diferenças entre o total de Unidades de Saúde que oferecem TARV e Opção B+, o que para os gestores significa que reflete as US onde TARV é oferecido e não há serviços de Saúde Materno Infantil, portanto o PTV não é oferecido⁴²².

Províncias	US TARV	US OPÇÃO B+	CLÍNICAS MÓVEIS
Niassa	47	47	0
Cabo Delgado	59	59	0
Nampula	120	117	0
Zambézia	143	137	15
Tete	61	61	0
Manica	62	62	0
Sofala	70	70	0
Inhambane	42	42	0
Gaza	75	75	27
Maputo Província	48	46	0
Maputo Cidade	26	26	0
Nacional	753	742	42

Tabela 14. Implementação da Opção B+ em Moçambique, 2014. Fonte: Relatório Anual HIV/Aids, 2014.

O número de soropositivas grávidas recebendo ARV para PTMF aumentou em 2012-2013 após um período considerado estacionário de três anos, aumentando a cobertura dessa população para 83,7% (GARPR, 2014). Segundo o Relatório Anual, o aumento foi de 79% em 2012 para 91% em 2014.

⁴²¹ Ponto de Situação da Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança/ PTV – Reunião Nacional de PTV – Dra. Munira Abudou, 09/02/2015. Paper.

⁴²² Rel Anual 2014:12.

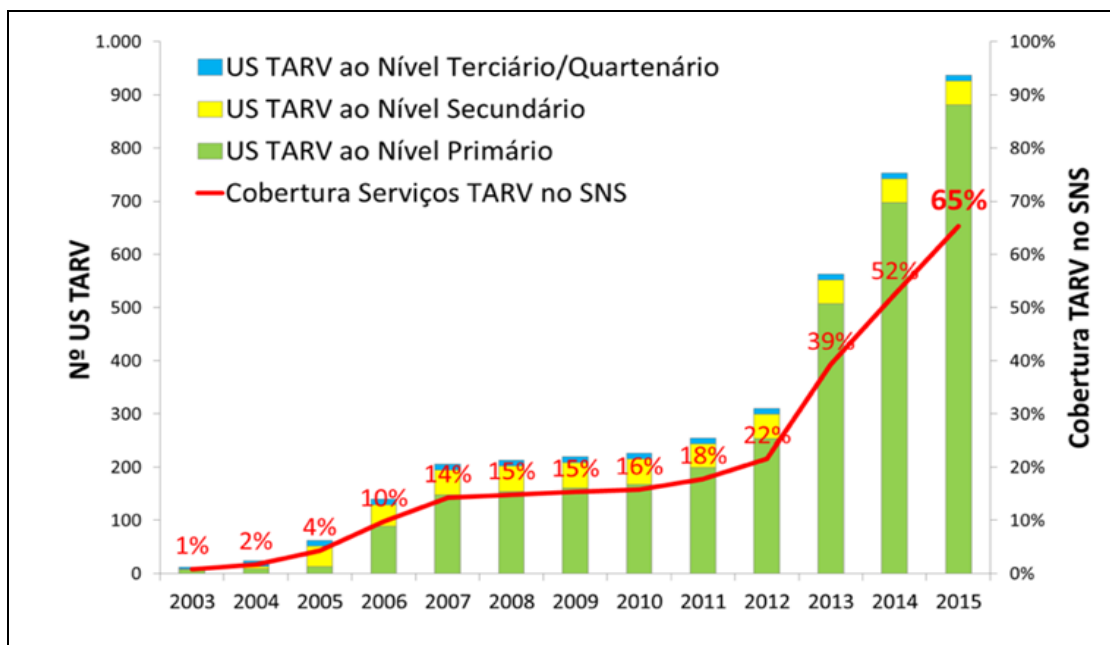


Gráfico 4. Evolução do número de Unidades Sanitárias disponibilizando Terapia Antirretroviral no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, entre 2003-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Considera-se que a implementação da Opção B+ teve um grande aumento no uso de ARV para PTMF em 2013, quando estima-se que 50% das mulheres grávidas estariam recebendo esse tratamento.

Entre 2002 e 2015 houve uma evolução na oferta de ARV para PTV, com crescimento consistente e constante do número de mulheres grávidas HIV+ em PTV, com uma taxa de cobertura de 94,8% em 2015⁴²³.

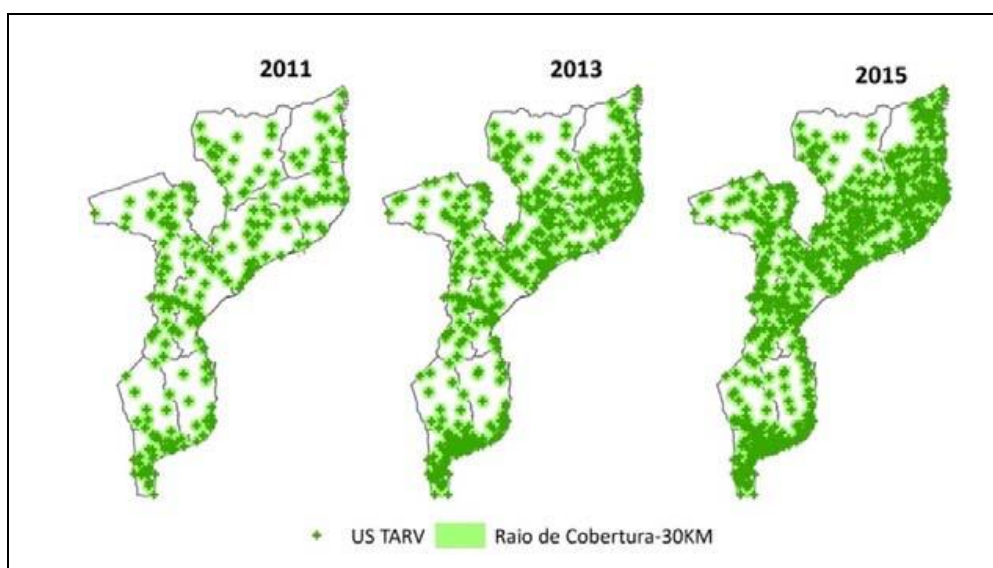


Figura 13. Expansão geográfica das Unidades de Saúde com oferta de Tratamento Antirretroviral em Moçambique entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

⁴²³ GARPR_2016:19.

Os desafios do PTMF são a ampliação e fortalecimento da Opção B+, a adesão e retenção, apoio psicossocial, a estratégia de consulta conjunta mãe-e-filho, envolvimento dos parceiros, qualidade dos dados, recursos humanos, revezamento e multiplicidade de tarefas, monitoramento regular, melhorar a qualidade e a implementação de duas estratégias concomitantes.

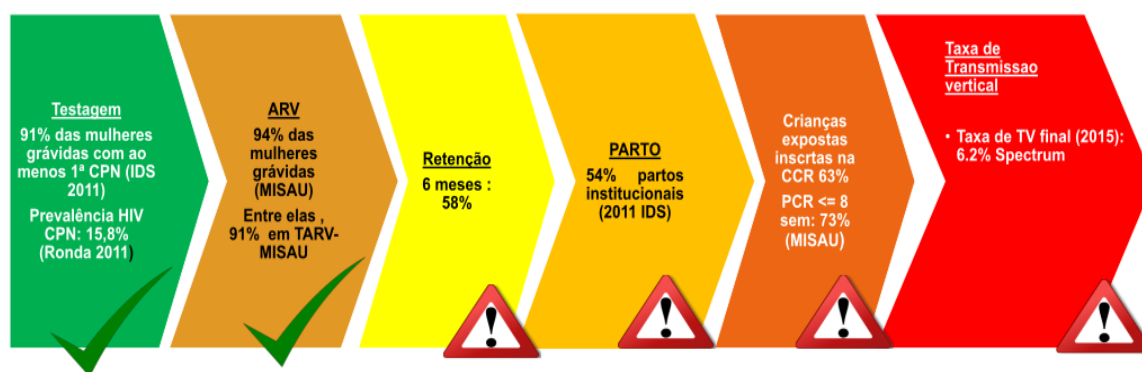


Figura14. Sucessos e desafios da Prevenção à Transmissão Vertical em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Já o Relatório Anual 2014 traz o dado de 93% das mulheres que realizaram a Consulta Pré-Natal tinha sorologia conhecida para o HIV. O GARPR 2016 traz como **94,8%** a cobertura em 2015.

Mulheres Grávidas – CPN 1	2012	2014
1ª consulta	1.208.672	1.423.520
Mulheres Grávidas c/ est sorológico conhecido	960.226	1.317.625
Total de mulheres grávidas HIV+	145.594	125.827
Total a receber CTZ	40.856	75.485
Total a iniciar a TARV	11.923	81.943
Total a receber biprofilaxia AZT	65.141	12.690

Tabela 15. Cascata da Maternidade: da CPN à TARV. Fonte: MISAU, 2016⁴²⁴.

Em 2013, mais de 85% das grávidas atendidas em consultas pré-natal, mais de 1,2 milhões, foram testadas para HIV em Moçambique.

A despeito dos grandes progressos nos últimos dois anos no trabalho de PTMF (2014-2016), Moçambique ainda procura um equilíbrio, uma distribuição equitativa da profilaxia com ARV.

O gráfico abaixo mostra a evolução da cascata da Consulta Pré-Natal no período 2014-2015, incluindo o total de mulheres grávidas que se apresentam na 1ª CPN, a percentagem daquelas que tiveram seu estado sorológico conhecido, assim como a percentagem daquelas diagnosticadas positivas.

⁴²⁴ ABUDOU, Munira. Paper, 2015.

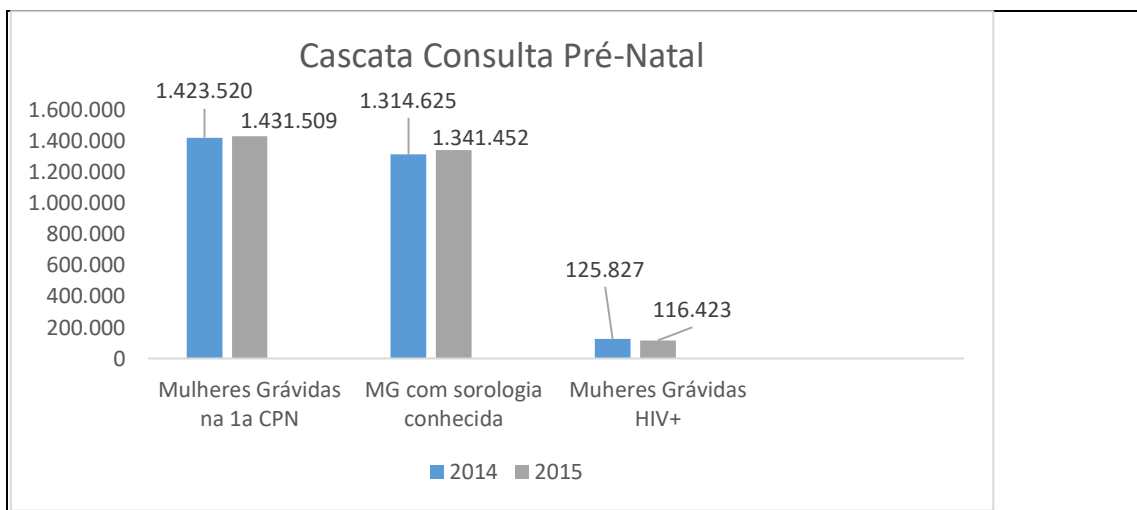


Gráfico 5. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas na 1ª CPN; Mulheres grávidas com sorologia conhecida; Mulheres grávidas HIV em Moçambique, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Ainda há dificuldades para realização de supervisão nos serviços, concebidas pelos próprios gestores e documentos pesquisados, sendo os principais os poucos recursos humanos (em quantidade e qualidade), fraca infraestrutura de saúde, baixo nível de conhecimento sobre o estatuto sorológico entre as mulheres grávidas, além do estigma e da discriminação⁴²⁵.

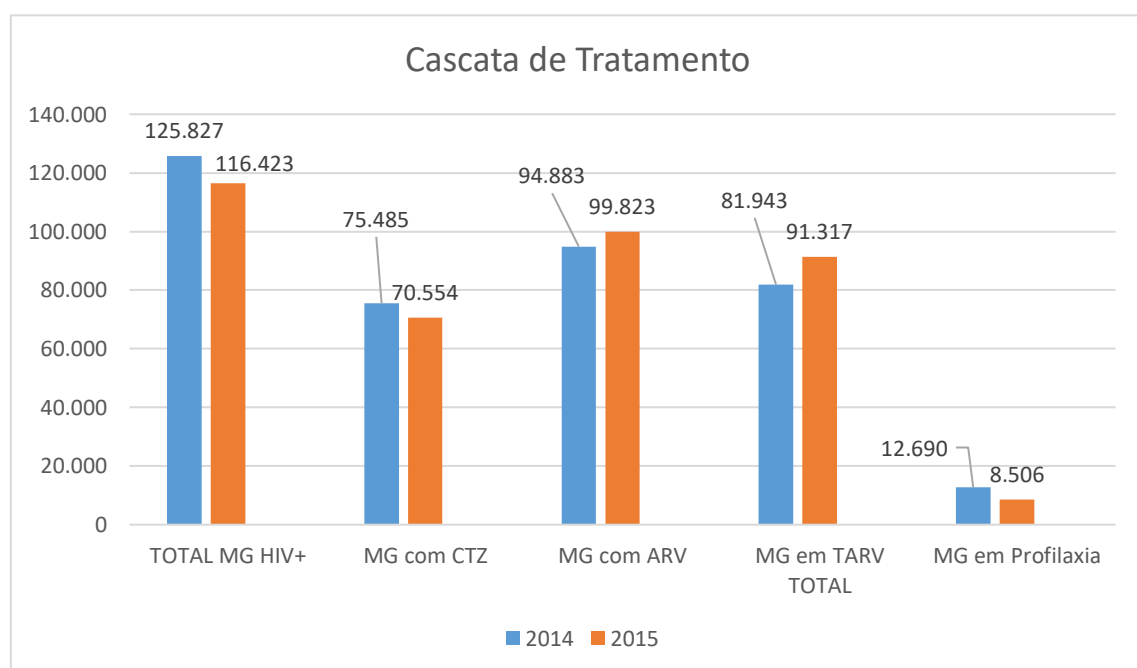


Gráfico 6. Cascata da CPN em Moçambique: Mulheres Grávidas HIV+; MG recebendo CTZ; MG em TARV; MG em bprofilaxia, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

⁴²⁵ http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3134&Itemid=2874

As dificuldades de retenção e adesão são decorrentes de diversos fatores, desde o acesso aos serviços até as questões culturais de estigma, não-revelação do diagnóstico ao parceiro e dificuldades em manter a rotina de tomada de remédios e realização de exames.

6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país

A Opção B+ está implantada em Moçambique, integrada ao Serviço de Saúde Materno-Infantil e ao Programa de Eliminação da Transmissão Vertical (PTV).

Embora haja dados divergentes e até contraditórios quanto ao número de unidades de saúde com PTV e com TARV/ Opção B+ nos diferentes documentos analisados, porém cabe destacar o esforço para ampliação da cobertura e melhoria dos índices de adesão ao tratamento tanto por parte da gestante como por parte da assistência à criança.

O gráfico abaixo também mostra a clara redução da *biprofilaxia*, com a introdução da Opção B+ em 2013.

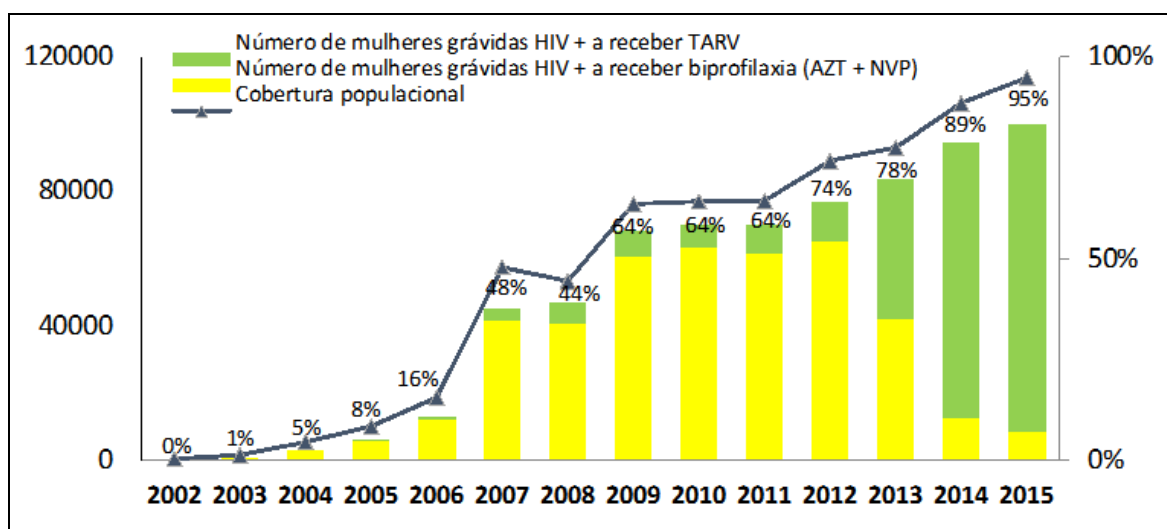


Gráfico 7. Mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV nas CPN, 2002-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Grupos de mães para mães, educação aos pares, capacitações para aprimoramento dos profissionais, são práticas bem-sucedidas. A rede de atenção à tuberculose, mais antiga do que a rede para atendimento ao HIV, pode ser melhorada e utilizada para cuidados a outros agravos, caso receba mais recursos.

As enfermeiras do programa de Saúde Materno-Infantil são habilitadas a testar, aconselhar, medicar e cuidar da adesão e retenção das pacientes e seus filhos. São os profissionais em maior número no país, e mesmo assim são poucas: 10 mil profissionais para uma população de quase 30 milhões de pessoas. O esforço dessas profissionais, ainda mais se considerarmos os salários médios da categoria, a jornada dupla com os afazeres domésticos, é um esforço digno de nota.

A Opção B+ é conhecida pelos profissionais dos serviços de saúde, embora nem sempre pelo nome “B+”, mas a estratégia da administração da medicação a partir do diagnóstico positivo para a sorologia de HIV já está assimilada. A diferença de cobertura refere-se às condições de disponibilidade de testes, medicamentos e estoques.

A inclusão da Opção B+ para grávidas soropositivas para HIV e o aumento da cobertura, junto à estratégia de circuncisão masculina, foram considerados importante fatores para a resposta nacional à epidemia de aids em Moçambique.

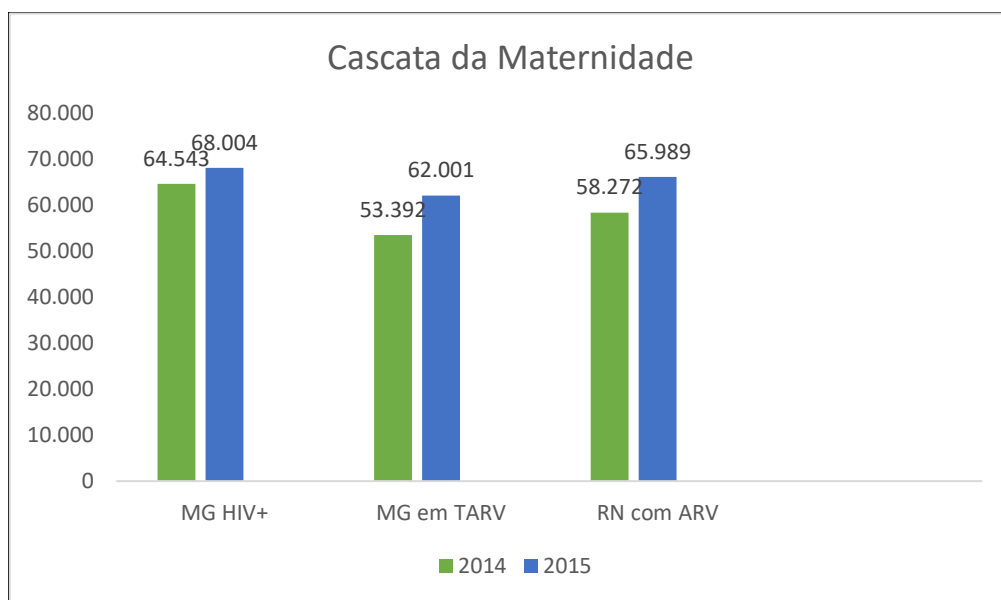


Gráfico 8. Cascata da Maternidade em Moçambique: Mulheres Grávidas HIV+; MG a receber TARV; MG a receber ARV, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

A percentagem de parceiros acessados pelos programas é muito pequena, de modo geral. Em três províncias, porém, os números foram significativos: Nampula (72%), Cabo Delgado (64%) e Niassa (42%). Nas províncias a sul do Zambeze, as percentagens são muito menores, desde 4% em Manica até 18% em Gaza⁴²⁶.

Ao se acessar e testar os parceiros, a percentagem destes que se revelaram HIV+ oscila entre 2% em Niassa a 17% em Manica, enquanto altas taxas são apresentadas em Maputo Cidade (14%) e Maputo Província (9%). Nas províncias restantes, a taxa oscilou entre 3% e 6%.

⁴²⁶ GARPR_2016:21;

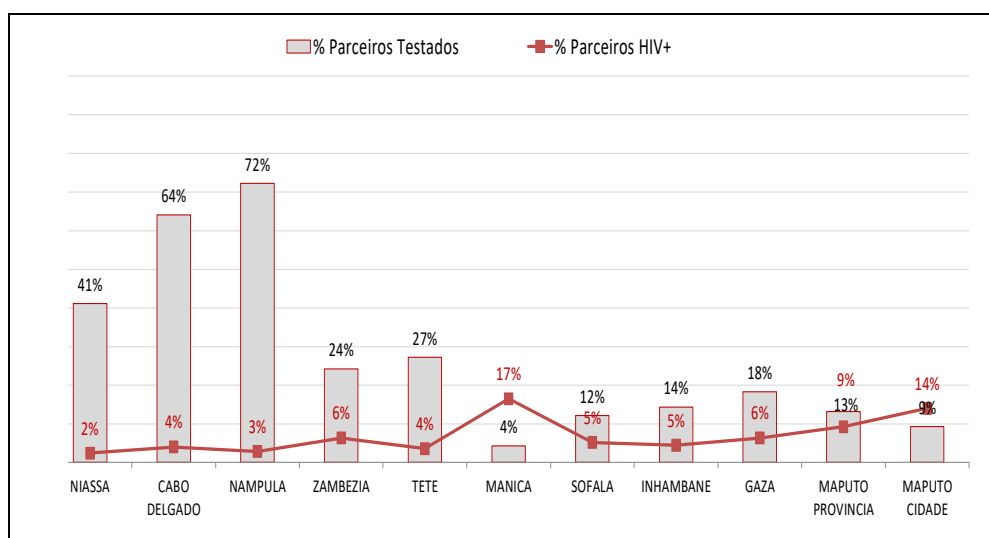


Gráfico 9. Parceiros de mulheres grávidas que frequentam CPN: porcentagem e soropositividade para HIV por província, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Assim, pode-se inferir que há necessidade de esforços adicionais para testagem de parceiros na zona sul, onde as suas taxas de soropositividade são mais elevadas, assim aumentando a probabilidade de identificação de parceiros positivos. Deste modo, poderão ser reduzidas as novas infecções por HIV nas mulheres grávidas e lactantes, providenciando tratamento aos parceiros soropositivos das mulheres grávidas e lactantes soronegativas, melhorando a cascata de cuidados para o tratamento de aids no país.

Gestante HIV+

Nos primeiros 28 dias após o parto, a mulher será seguida juntamente com seu bebê na Consulta Pós-Parto (CPP) e registrada no livro correspondente (da CPP). Após 28 dias pós-parto, se a mulher recebe métodos contraceptivos, será registrada no livro de Consulta de Planejamento Familiar; se não recebe, deve ser registrada no livro de Consulta de Criança em Risco (CCR)⁴²⁷.

Alimentação da criança exposta ao HIV: protocolo

A desnutrição é um problema grave e com alta prevalência em Moçambique. A suplementação/reabilitação nutricional é ponto-chave para tratamento e assistência a mães e bebês com HIV e/ou coinfeção com tuberculose.

O protocolo orienta que as mães soropositivas, cujos filhos não estejam infectados pelo HIV ou se desconheça seu estado sorológico, devem fazer aleitamento materno exclusivo aos bebês nos primeiros seis meses de vida.

Na ausência de intervenções específicas, o período de amamentação contribui com até 40% para a transmissão vertical do HIV, sendo as seguintes recomendações⁴²⁸:

- ✚ De 0 a 6 meses: aleitamento materno exclusivo;

⁴²⁷ Manual de Bolso, 2014:38.

⁴²⁸ Manual de Bolso, 2014.

- ✚ De 6 a 12 meses: introdução de alimentos complementares adequados, continuando a amamentação durante os 12 primeiros meses de vida;
- ✚ Após 12 meses: amamentação deve continuar até que uma dieta complementar e nutricionalmente adequada e segura possa ser oferecida sem leite materno. O desmame deve ser gradual, durante o período de um mês.

As crianças de 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses e receberem tratamento profilático contra parasitoses, também semestralmente, a partir dos 12 meses⁴²⁹.

Após o desmame os bebês devem receber alimentação de substituição segura e adequada. O protocolo enfatiza: *o uso de substitutos do leite materno deve ser recomendado, temporária ou permanentemente, APENAS na existência de razões médicas aceitáveis para tal, ou para crianças órfãs que não possam beneficiar-se de uma ama-de-leite. A sua administração deve ser através do copo e NÃO BIBERÃO*⁴³⁰.

Partos

Em relação aos partos, alguns dados de 2011 indicam a realização de 54% dos partos em ambiente institucional. Segundo a WHO, o número de partos atendidos por profissionais de saúde entre mulheres de 15 a 19 anos foi estimado entre 46% e 61%.

A questão do parto cesariana e hospitalar ou institucional é de grande importância, tanto para avaliação das condições sorológicas da mãe e do bebê como para realização da profilaxia para ambos.

As maternidades de referência possuem mosquiteiros, elementos essenciais na prevenção da Malária, enfermidade que mais mata crianças em Moçambique segundo a OMS.

6.4. Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) e seguimento de recém-nascidos

A implementação do diagnóstico precoce infantil (DPI) é uma iniciativa das mais importantes, e considerada estratégia prioritária para o governo de Moçambique.

O diagnóstico precoce nas crianças é considerado essencial, pois o pico de mortalidade de crianças na vida intrauterina ou perinatal é entre 3 e 4 meses de idade. Sem ação, 1/3 das crianças morrem até 1 ano, 1/2 das crianças até 2 anos⁴³¹. Segundo o GARPR 2016, a percentagem de crianças nascidas de mães soropositivas e que foram testadas em até dois meses após o nascimento foi de 46,8% em 2015. Os testes diagnósticos para a confirmação ou exclusão da infecção pelo HIV na criança exposta são o teste virológico da Proteína C- Reativa, o chamado PCR de HIV (a partir das 4 semanas até os 9 meses) e o teste rápido para o HIV⁴³², a partir dos 9 meses, aos 18 meses ou 2 meses após o desmame para confirmar ou excluir a infecção⁴³³.

⁴²⁹ Guião TARV, 2014:69.

⁴³⁰ Guião TARV, 2014:69.

⁴³¹ ABUDOU, M. – *Paper*, 2015.

⁴³² Determine e Unigold.

⁴³³ Manual de Bolso, 2014.

As autoridades moçambicanas referem que o país tem observado grandes avanços na luta contra o HIV pediátrico, o que se traduz também no aumento do número de laboratórios de referência, além da massiva expansão das unidades sanitárias a desenvolver essa atividade.

Em todo o país houve um aumento significativo no número de unidades sanitárias com PTV que recolhem PCR: de 597 em 2012, passou para 752 em 2013 e 1.120 em 2014, elevando para 71% a cobertura para colheita de PCR.

Mesmo assim, a cobertura para menores de 2 meses de idade ainda está em torno de 49%. Das 1.120 unidades sanitárias com PTV que colhem PCR (Proteína C-Reativa) de crianças expostas ao HIV, 460 já estão equipadas com impressoras para a emissão dos resultados laboratoriais.



Figura 15. Localização Geográfica dos laboratórios com capacidade para processar amostras para Carga Viral e respectivas províncias beneficiárias em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Quase todas as unidades sanitárias (US) públicas (98%) que oferecem PTV em Moçambique incluem no seu pacote a colheita de PCR (Polymerase Chain Reaction) DNA HIV para crianças expostas ao HIV; pouco menos de metade (44%) destas US (526) dispõe de impressora SMS⁴³⁴.

As evoluções da *cobertura populacional total* de PCR e da *aplicação antes dos dois meses de idade* para o período de 2012 a 2015 está ilustrada nas figuras abaixo:

⁴³⁴ GARPR, 2016:22.

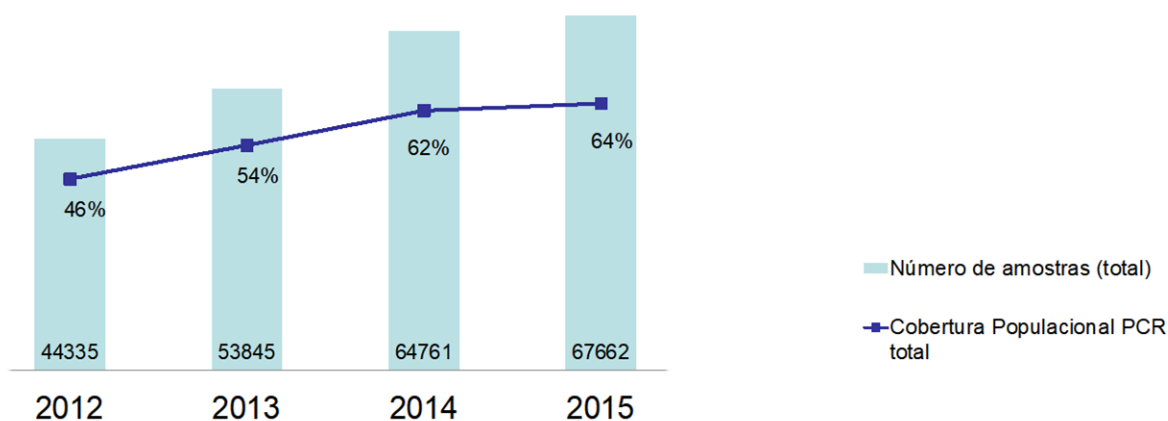


Gráfico 9. Cobertura populacional total do exame PCR (Polymerase Chain Reaction) em Moçambique, 2012 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

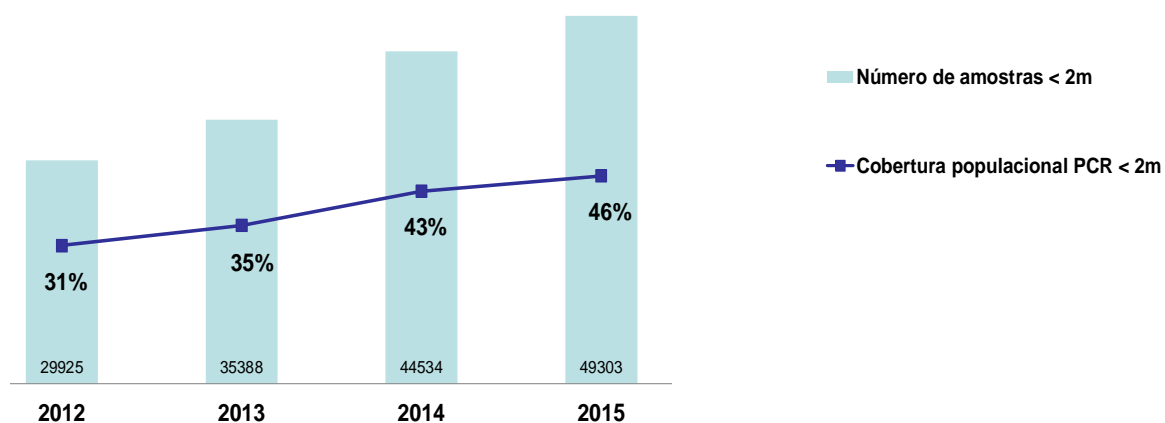


Gráfico 10. Cobertura populacional de PCR antes dos dois meses de idade em Moçambique, 2012-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Segundo o Relatório Anual de 2014, o fato de 1.120 Unidades de Saúde dentre as 1.250 de PTV que ofereciam diagnóstico precoce infantil trouxe como reflexo o aumento do número de amostras no total, e também um aumento na cobertura em todas as províncias, assim como a nível nacional, com 60% das amostras colhidas e 53,4% das amostras processadas realizadas em crianças menores de 2 meses.

O tempo entre coleta de sangue e fornecimento de resultado é superior a 28 dias, por conta de problemas de logística e fluxo irregular de transporte dentro da província e entre província e laboratório de referência. Porém, ainda há uma baixa coleta de amostras em algumas províncias, com chegada tardia de crianças aos centros de tratamento.

O diagnóstico precoce é essencial, pois o pico de mortalidade das crianças infectadas em transmissão vertical é entre 3 e 4 meses de idade. Foram processadas 51 mil amostras em 2012 (13,1% soropositivas) e 60 mil em 2013 (10,2% soropositivas).

Dos quatro laboratórios de referência que realizam esse exame, a saber, Maputo, Beira, Nampula e Queliman, passou-se a cinco, com a inclusão de Xai-Xai em 2015. Como protocolo, *todas as crianças com idade inferior a cinco anos e com diagnóstico de infecção por HIV confirmado devem iniciar o TARV independentemente do CD₄. Para iniciar o TARV não é preciso esperar o resultado do 2º PCR!*⁴³⁵.

Em 2015, a cascata do DPI mostra a taxa de 4% (1865) para PCR positivo no seio das quase 74 mil crianças expostas ao HIV que se apresentaram na Consulta da Criança de Risco (CCR), filhos de cerca de apenas 2/3 de todas as mulheres grávidas que atenderam as CPN. Este representa o elo mais fraco da cascata, com uma grande perda de oportunidades.

Outro ponto de vulnerabilidade a ser enfrentado é a relativamente baixa taxa de crianças expostas ao HIV que foram testadas com PCR antes das oito semanas de idade.

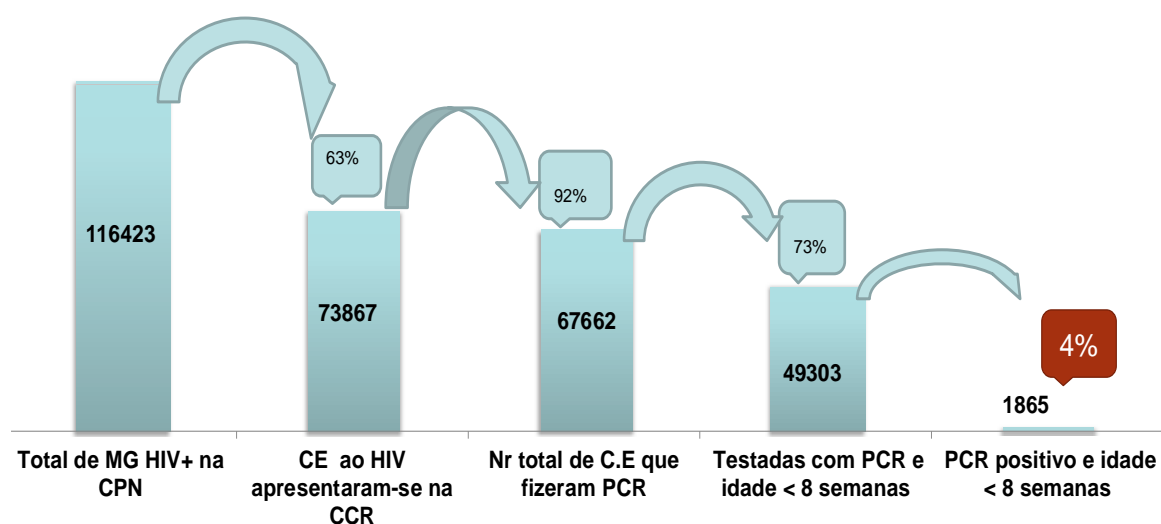


Figura 16. Cascata de DPI, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

6.5. ONG Parceiras

A sociedade civil é um parceiro cada vez mais importante na resposta nacional ao HIV e aids em Moçambique e a articulação tem crescido constantemente. O Governo reconhece que ela deve ter um papel crítico no planeamento, na implementação e no monitoramento das atividades de resposta ao VIH e à SIDA. Para tanto, faz-se necessária a melhoria da capacidade da sociedade civil com relação a sua própria coordenação e à cooperação efetiva com o Estado.

A sociedade civil responde por mais de 75 % dos serviços não-clínicos na resposta nacional, mas ainda há possibilidades de melhoria dos serviços, capacitando os ativistas, desenvolvendo mecanismos de busca ativa e incremento da adesão, aumento da participação no setor de saúde – planeamento, implementação e monitoramento e inovação de intervenções nos Grupos de Apoio à Adesão Comunitária – GAAC.

⁴³⁵ Manual de Bolso, 2014: p29.

Há uma Plataforma da Sociedade Civil que integra representantes de numerosas instituições, embora as populações-chave estejam pouco representadas. Essa Plataforma tem participação no desenvolvimento de políticas, planificação e implementação de serviços, embora com pouca participação na parte orçamentária e de monitoramento e avaliação.

A Sociedade Civil presta uma grande parte dos serviços de HIV dirigidos a PVHIV, HSH, PID e MTS, cuidados paliativos, direitos humanos, redução do estigma, cuidados domiciliares, apoio aos órfãos, mas ainda se considera que as populações-chave estejam pouco representadas na Plataforma e nas formulações de políticas⁴³⁶.

A associação Lambda, por exemplo, que defende as minorias sexuais, espera ser oficializada há oito anos.

Preservativos

Embora a maioria dos jovens em Moçambique já tenha ouvido falar sobre SIDA (mais de 95% em 2003) e o conhecimento sobre o VIH e as formas de prevenção tenham melhorado entre 1997 e 2003, este nível de conhecimento ainda é muito baixo.

A proporção de mulheres jovens na faixa etária de 15 a 24 anos que sabem que o uso de preservativos pode evitar a transmissão do VIH aumentou de 13% em 1997 para 25% em 2003. Apenas 47% das mulheres jovens e 63% dos homens jovens sabem identificar dois meios de proteção contra o VIH. Os níveis de conhecimento variam muito entre as províncias e dependem do nível de escolaridade.

Embora o uso de preservativos entre os jovens tenha aumentado, ainda segue sendo baixo. Em 2003, 12% das mulheres jovens e 27% dos homens jovens tinham utilizado preservativo na última relação sexual, comparativamente aos dados de 2% e 11%, respectivamente, em 1997. Em 2007, foram distribuídos 40,000,000 de preservativos pelo Programa Nacional de DST (em 2006 foram 21,000,000). Adicionalmente, 25.000.000 de preservativos foram distribuídos em cooperação com o Ministério da Saúde (em 2006 foram 21.000.000).

Em 2009 a pesquisa INSIDA encontrou em Moçambique um dado importante quanto ao uso de preservativos: apenas 8% das mulheres e 16% dos homens entre 15 e 49 anos haviam usado preservativo durante a última relação sexual. Preservativo feminino usado em 2%, relatos de homens e mulheres. Menos da metade dos jovens sexualmente ativos (46%) disseram que usaram preservativo na última relação sexual.

Direitos Humanos

Moçambique tem leis e regulações específicas para não-discriminação, com proteções específicas para PVHA, migrantes e população móvel, incluindo trabalhadores de minas, pessoas com deficiências, mulheres e crianças e idosos.

⁴³⁶ GARPR_2016:16.

Governo e Sociedade Civil concordam que não há proteções específicas para Homens que fazem sexo com Homens (HSH), população Transgênero e sua situação não mudou desde 2012⁴³⁷. A lei 5/2002 protege os direitos das PVHA em ambiente de trabalho e a lei 12/2009 defende os direitos das PVHA contra estigma e discriminação. O ponto fraco dessas leis foi reconhecido e em 2013 foram revisadas e submetidas a Assembleia Nacional para aprovação.

O processo foi coordenado pelo Escritório de HIV no Parlamento e incluiu Mozambican Network of Aids Services Organizations (MONASO), United Nations Development Programme (UNDP), Mozambique Workers' Organization (OTM), Confederation of Business Associations (CTA) e ECOSIDA. Governo e sociedade civil empreenderam esforços para disseminar essas leis via treinamentos, seminários, debates, considerando não ser possível medir o grau em que as leis estão implementadas e não há relatórios existentes.

A Sociedade Civil identifica leis, normas e políticas que representam obstáculos para efetivar os serviços de cuidado ao HIV para HSH, populações móveis/ migrantes, presos, profissionais do sexo, transgêneros, mulheres e jovens.

O código penal identifica e criminaliza os chamados "Ato não-naturais", modo arbitrário e que pode ser interpretado para criminalizar a homossexualidade.

O Governo reconhece que a interpretação de HSH como crime aumenta a discriminação desse grupo e trata o tema como uma séria questão social e política, com pouco progresso e muito lento. Hoje o Governo também reconhece que a política informal de não-distribuição de preservativos em presídios representa uma barreira para a prevenção do HIV. Por exemplo, a população de caminhoneiros representa uma população de alto risco, tendo 15,4% de prevalência em estudo feito pelo Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) em 2012⁴³⁸.

Financiamento

Segundo os documentos analisados e os dados obtidos em entrevistas, o financiamento dos programas de HIV/Aids em Moçambique baseia-se em três fontes financeiras principais: públicas, internacionais e privadas. Dessas, o financiamento internacional é o mais importante.

Os seguintes mecanismos foram utilizados para a transmissão dos fundos: ajuda orçamentária, abordagem setorial para o financiamento do setor de saúde, e/ou financiamento chamado vertical de projetos. O Governo continua a demonstrar liderança na resposta ao HIV em todos os níveis. A resposta multissetorial é coordenada pelo Conselho Nacional de Aids, liderada pelo Ministério da Saúde. Além do Fórum Nacional, há fóruns distritais e provinciais.

No ano de 2010, o President's Emergency Plan for Aids Relief and USAID/ Moçambique iniciaram trabalhos para aprimoramento da vigilância epidemiológica, aumentando a fidedignidade dos dados obtidos e analisados. A epidemiologia é fundamental para a formulação de políticas, planejamento, financiamento e ações de monitoramento e avaliação.

O Centers for Disease Control and Prevention também subvenciona projetos relacionados a esse tema.

⁴³⁷ GARPR, 2014.

⁴³⁸ MOZ_GARPR_2014.

Observa-se, porém, que há produção de grande quantidade de material oficial, com algumas informações repetidas, outras faltantes, e outras ainda contraditórias. No GARPR_2016, por exemplo, há informações diferentes no mesmo documento, nos gráficos sobre gestantes HIV+ em tratamento. Outros documentos apresentam nova data, atualizada, porém utilizando os mesmos dados de dois a quatro anos anteriores.

Para organização da tabela-síntese, padrão para todos os países participantes deste projeto, foram utilizados oito documentos oficiais e dois sítios eletrônicos de pesquisa, da Central de Inteligência Americana (CIA) e World Health Organization (WHO), incluindo planilhas em Excel enviadas pelos pontos focais em PTV de Moçambique, a quem agradecemos a generosa colaboração.

Portanto, ainda há que se construir um fórum de diálogo entre os diferentes parceiros responsáveis pelo monitoramento e avaliação da infecção pelo HIV, aids e sífilis congênita em Moçambique.

7. Tabela-síntese

A tabela-síntese de Moçambique traz os diferentes indicadores, apresentados nos diferentes documentos oficiais. Cada dado traz a respectiva fonte, e abaixo as siglas utilizadas para o preenchimento da tabela e as referências completas.

1. CIA_2016 = <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/mz.html>
2. GARPR_2014 = MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 31 March, 2014.
3. GARPR_2016 = *Resposta Global à SIDA. Relatório do Progresso, 2016- Moçambique*. República de Moçambique. Ministério da saúde -Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS); Ministério do Género, Criança e Acção Social. Maputo, Abril de 2016. 42p.
4. IDS_2011 = MOÇAMBIQUE. *Inquérito Demográfico e de Saúde – Moçambique – 2011*. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE E ICFI. Março, 2013. 430p.
5. INSIDA_2009 = MOÇAMBIQUE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA 2009) em Moçambique*. Relatório Final 2009. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde. Maputo, Moçambique. ICF Macro Calverton, MD, EUA: Novembro de 2010. 333p.
6. MOZ_2016 = dados enviados pelo Governo Moçambicano em Planilha Excel durante o ano de 2016 para atualização das informações. Entre parêntesis, as referências apresentadas pelo governo.
7. PN_ETV_2012 = MOÇAMBIQUE. *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012 – 2015 – PTV – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Maputo, 2012.
8. RA_MOZ_2015 = MOÇAMBIQUE. *Relatório Anual 2014 – Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA – Moçambique*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Serviço Nacional de Saúde. Março de 2015. 67p.
9. RVE_2011 = RVE_2013 = MOÇAMBIQUE. *Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV e Sífilis em Moçambique, 2011*. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, Outubro de 2013.
10. WHO_2015 = WHO_2012 = WHO_2008 = <http://www.who.int/gho/countries/moz.pdf?ua=1>

1 GERAL		Fontes	
1.1	População	27 900 327 13 590 706 (48,7%) Homens 14 309 621 (51,3%) Mulheres	WHO_2012
		25 051 922 12 082 792 Homens 12 939 140 Mulheres	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
		25.930.150	CIA_2016
1.2	População urbana	32,2 %	CIA_2016 = MOZ_2016
	Taxa de urbanização	3,27 %	CIA_2016 = MOZ_2016
1.3	Expectativa de vida ao nascimento – em anos	54 53 - homens e 55 - mulheres	WHO_2012
		53,5 51,3 - h e 55,6 - m	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
1.4	Taxa total de fertilidade por mulheres	5,9 geral 6,6 rural e 4,5 urbano	WHO_2012
	Taxa de fertilidade/1000 mulheres 15-19 anos	5,15 crianças/mulher	WHO_2012
		3,5 crianças/mulher (urbano) 6,3 crianças/mulher (rural)	MOZ_2016 (IDS 2011)
	Número de nascimentos / 1000 mulheres de 15 – 19 anos	141 [128,6 – 152,6] urbano 183 [171,9 – 191,1] rural	IDS 2011
		141 (urbano) 183 (rural)	MOZ_2016
	Idade média gestacional	18,7 – 18,9 anos 19 anos	WHO_2012 MOZ_2016
	Idade média do nasc 1º filho	18,9 anos - 19 anos	IDS 2011
1.5	Taxa de crescimento da população	2,7 %	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
		2,45%	WHO_2012
1.6	Taxa de nascimentos/ 1000	38,3 - 39,9	WHO_2012 = MOZ_2016
1.7	Prevalência de contracepção	11,6 geral 5,9 (15-19 anos)	WHO_2012 = IDS 2011
1.8	Crianças <5 anos abaixo do peso	4,70%	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
		15,6 %	WHO_2012
1.9	Mortalidade infantil – total/ 1.000 nasc vivos (13º/mundo)	67,9/1.000	WHO_2016
		64/1.000	MOZ_2016
	Mortalidade neonatal	31,4 (rural) e 34,0 (urbana)	MOZ_2016 = IDS 2011
	Número de mortes fetais	127	MOZ_2016 = IDS 2011
	Taxa de mortes fetais	27,1 [19,5 – 35,9]	WHO_2015
	Mortalidade infantil	72 (rural) e 68,7 – 69,0 (urbana)	MOZ_2016 = IDS 2011
1.11	Mortalidade materna/ 100 000 nascidos vivos	489 [360 – 686]	CIA_2016 = WHO_2016
		408	MOZ_2016 = RA_MOZ_2015
2 GESTANTES - PTV			
2.1	Cobertura de Pré-Natal	1288 US oferecendo PTV	GARPR_2016
		1109 US com pré-natal	RA_MOZ_2015
	Ao menos 1 consulta, geral	1.431.509	GARPR_2016
		91%	IDS 2011
	Ao menos 1 consulta, 15-19a	92,4%	RA_MOZ_2015
Pelo menos 4 consultas	50,6%	IDS 2011	
2.2	Cobertura de PTV	91%	GARPR 2014 = MOZ 2016
		91,5%	GARPR_2016
	Número de gestantes testadas	1.423.509	GARPR_2016
		1.248. 505	GARPR 2014 = MOZ 2016
	Gestantes testadas que souberam o resultado	1.341.452	GARPR_2016
	116.423	GARPR_2016	
	94.883 (91%)/ 125.827	WHO_2014	

	Incluídas no PTV (HIV+) = testadas positivas para HIV na 1ª consulta	85.404	GARPR 2014 = MOZ 2016
2.3	Taxa de transmissão vertical HIV	15,9%	GARPR 2014 = MOZ 2016
		8,70%	GARPR 2016
	% de crianças de mãe HIV+ testadas	60%	RA_MOZ_2015
		46,8%	GARPR_2016
		35,3%	WHO_2014
2.4	Soroprevalência HIV - gestantes	25,0	WHO_2014
		15,80%	RVE, 2011
	Soroprevalência Gestantes 15 – 29a	25,4%	WHO_2014
		13,20%	RVE, 2011
2.5	Início do programa PTV no país	2002	PN_ETV_2012
2.6	Unidades que realizam PTV	1288 US oferecendo PTV	GARPR_2016
		563	GARPR 2014
		1.250	MOZ_2016 = RA_MOZ_2015
3	HIV/AIDS e SÍFILIS –		
3.1	Sítios sentinela	574	MOZ_2016
		1.250	RA_MOZ_2015
	Pacote Estatístico	Spectrum	MOZ_2016
3.2	Conhecimento sorologia HIV – grávidas, na 1ª cons pré-natal	93%	GARPR 2014 = MOZ 2016 RA_MOZ_2015
		Nº total testes realizados	5.726.580
	Testes 15 – 49 anos	82% homens e 79% mulheres	MOZ_2016 (GARPR_2014) RA_MOZ_2015
	Testagem para mulheres	25,9 % teste+resultado	
		Testes em crianças	60 000
		Pessoas > 15 a: test e acons.	4 674 739
	Cobertura de testagem HIV entre gestantes	85% (mais de 1,2 milhões) 93%	RA_MOZ_2015
3.3	Prevalência Geral do HIV	15,80%	RVE 2011
	Prevalência do HIV/Aids 15 – 49 anos	11,5% (13,1% mulheres e 9,2% homens)	PN ETV 2012 = INSIDA 2009 = RA_MOZ_2015
		10,55%	WHO_2015
	Prevalência HIV/Aids entre mulheres jovens de 15 – 24 anos	15,8 [13% - 16%]	PNETV 2012
		16%	2011 2007
	Prevalência do HIV - gestantes	15,80% (13% - 16%)	PNETV_2012 = RVE_2011
	Taxa de transmissão vertical	8,7%	GARPR_2016
		11,9 % (2013)	
	% estimada de infecções por HIV em crianças filhas de mulheres HIV+ nos últimos 12 meses	6,2%	GARPR_2016
	Novos casos de infecção por ano	120 000	WHO_2016
		87.631	MOZ_2016 (Spectrum)
3.5	Número de pessoas HIV +	1.543.011	MOZ_2016 (Spectrum)
		1.505.900 [1. 400. 000 – 1. 800 000]	WHO_2015
		1.400.000 [1.200.000 – 1.600.000]	WHO_2015
	Adultos > 15 anos	1.378.572	MOZ_2016 (Spectrum)
		827.022	MOZ_2016 (Spectrum)
	Mulheres > 15 anos	820 000 [730 000 – 920 000]	WHO_2015
		190 000 [160 000 – 220 000]	WHO_2015
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	164.439	MOZ_2016 (Spectrum)
	Total de grávidas HIV+	68.004	GARPR_2016
	Casos de transmissão vertical do HIV	41 400	GARPR 2014
9.008		MOZ_2016 (Spectrum)	
3.6	Órfãos (aids)	373.161	MOZ_2016 (Spectrum)
3.7	Taxa de Mortalidade por aids	305/100.000	WHO_2012
	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	44.917 (5º país do mundo)	MOZ_2016 (Spectrum)

3.8	Nº de mulheres testadas para sífilis	826.000	GARPR_2016
	% de mulheres atendidas em pré-natal com resultado positivo para testagem de sífilis	59% 46,4% - 41% 5,8%	GARPR_2016 MOZ_2016 (Spectrum) WHO_2012
3.9	Cobertura de testagem de sífilis gestantes na 1ª cons pré-natal	46,3% 11,1%	GARPR_2014 WHO_2011
	Prevalência. de sífilis gestantes/ 100 000 nasc vivos	4% 2,2 % (1,2 – 8,2)	GARPR_2016 RVE_2011
	Mulheres com trat.sífilis PN	87,2 – 72,4%	GARPR_2014
	Casos de sífilis congênita	4.705 644	GARPR_2014 WHO_2013
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV (%)	84% 41,9% 67%	GARPR_2016 GARPR 2014 MOZ 2016 (Spectrum)
	Cobertura TARV -pessoas com infecção avançada	45 [36-55]	WHO_2012
	Cobertura de ARV para gestantes HIV+	94,8% (99.823 gestantes) 83,7 – 91%	GARPR_2016 GARPR 2014
	Cobertura ARV entre crianças	37 %	GARPR 2014
4.2	População em TARV	497 455 – 646.312 585.544	GARPR 2014 RA_MOZ_2015
	Pessoas vivendo com HIV, adultos e crianças, em TARV	53,3%	GARPR_2016
	Nº de Gestantes em TARV	82.160	MOZ_2016
	% Mulheres Grávidas HIV+ em TARV	94% (99.823) 91% (62.001)	GARPR_2016 GARPR_2016
		83 766/ 41.933 Opção B+ 41.833 AZT	GARPR 2014
	% estimada de gestantes HIV+ em TARV	91,5% (91.317 gestantes) 103.891	GARPR_2016 MOZ 2016 (Spectrum)
	% mulheres grávidas em Profilaxia	8.506 (9%)	GARPR_2016
	Crianças em TARV	41.400 60.768	GARPR_2014 = WHO_2013 MOZ_2016 = RA_MOZ_2015
	Taxa de Cobertura	8,3% 48%	GARPR_2014 = WHO_2013 RA_MOZ_2015
	% Recém-Nascidos com ARV	97% (65.989)	GARPR_2016
	% Adultos 15-24 anos	62,8 % - 67%	RA_MOZ_2015
	Taxa de retenção geral aos 12 meses	66% 67%	GARPR_2016 GARPR 2014
	Taxa de retenção geral aos 24 meses	55,9% 56,4% adultos 51,4% crianças	MOZ_2016
	Taxa de retenção geral aos 36 meses	51%	MOZ_2016
	Taxa de retenção 12 meses TARV çças filhas de HIV+	10,5%	MOZ_2016
	Taxa de retenção a 24 meses TARV	51 %	MOZ_2016
4.3	Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	103.891 100 000 [88 000 – 120 000]	MOZ 2016 (Spectrum) WHO_2013
	Número estimado de crianças precisando de TARV (critério UNAIDS/WHO)	72.081	MOZ 2016 (Spectrum)
		100 000 [88 000 – 12 000]	WHO_2013

5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	0,84	MOZ_ 2016
5.2	Profissionais de saúde:		
	Número total de médicos	1.712	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015)
	% médicos/ 10.000 habitantes	0,26/10.000	WHO_ 2008
	Número de enfermeiras	10.964	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015)
	Dentistas	178	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015)
	Farmacêuticos	1.699	MOZ_ 2016 (40 Anos de Saúde em Moçambique)
	Técnicos de laboratório	1.573	MOZ_ 2016 (40 Anos de Saúde em Moçambique)
	Outros profissionais de saúde	2660	WHO_ 2014
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0,04	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015) = WHO_ 2014
5.3	Serviços de teste e aconselhamento	1.250	MOZ 2016 = GARPR_ 2014
	Serviços que realizam TARV	1.288 Unidades 926 = Opção B+ 363 = Opção A	GARPR_ 2016
		753 (52% Cobertura) 742 das Un Saúde: Opção B+	RA_ MOZ_ 2015

8. Conclusões e Recomendações

Moçambique tem uma população jovem com profundos contrastes sociais e grande riqueza cultural. Os idiomas efetivamente falados no cotidiano, os rituais culturais de nascimento, casamento e morte tem peculiaridades ainda não integradas ao exercício da Saúde Coletiva. Ainda prevalecem valores e conceitos ocidentais europeus e americanos, desconsiderando a riqueza local e esse ponto – ao ser reconhecido – pode fortalecer ainda mais as ações que já existem e tem sucesso na capital e no interior.

A capilarização e integração das ações em Saúde Coletiva necessitam do aporte tanto dos líderes comunitários e religiosos como dos Praticantes de Medicina Tradicional, pois é a eles que a comunidade recorre de modo preferencial.

A Opção B+ está em fase de implementação em Moçambique, e segue em caráter progressivo integrando-se aos serviços de saúde pré-natal.

8.1. Aspectos Positivos a serem valorizados

Moçambique apresenta um claro compromisso de Alinhamento Técnico – conceitual e metodológico – da construção da Resposta Nacional à Epidemia com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde em seus princípios e metas. Os profissionais envolvidos na gestão e formulação de políticas estão sensibilizados para as principais estratégias contemporâneas, como a Cascata de Cuidados (90-90-90), ênfase ao atendimento e inclusão das populações-chave em aids, populações vulneráveis e a grande demanda de mortes e órfãos ainda presentes em sua população geral.

Um grande e importante mérito é a decisão política do país em pautar suas políticas com base na Ciência, nos achados e evidências científicos.

Considerando-se a importância dos profissionais de saúde qualificados para a construção de uma resposta à epidemia, pode-se afirmar que o país tem profissionais comprometidos com a causa pública, devotados, que superam limitações das mais variadas ordens para manter o cotidiano da saúde em funcionamento e rotina. Há falta de recursos humanos em quantidade, o que sobrecarrega os profissionais em ação. E os melhores profissionais, que se destacam na atuação cotidiana, são chamados para compor as equipes gestoras nos diferentes níveis hierárquicos. Mas a seriedade, o compromisso e a clareza dos profissionais em relação tanto aos méritos como em relação aos problemas e dificuldades são aspectos a se valorizar.

Há um evidente esforço para integração de ações dos profissionais dos equipamentos de saúde pública e a comunidade, com aguda sensibilidade para as questões da carência nutricional, da falta de condições para estudos da população e a alta vulnerabilidade social de grande parte da população urbana e rural.

O governo, através das parcerias, fornece os insumos para prevenção, testagem e tratamento para HIV e aids.

O Programa de Tuberculose é bastante estruturado no País, com capilarização das Ações pelos Agentes Comunitários de Saúde (mesmo com limitação de recursos de deslocamento e auxílio financeiro), e a testagem para HIV já faz parte da rotina dos serviços de Tuberculose.

A testagem do sangue é uma preocupação atual, e com a disponibilização dos testes rápidos iniciou-se uma rotina de cuidados com os bancos de sangue.

A publicação de dados é elemento fundamental para a resposta a qualquer epidemia. Moçambique é o país da África lusófona com maior quantidade de informações e esforço para contabilização das unidades em que se implementa a Opção B+ desde seu início em 2013, com riqueza de detalhes e referências. Há uma ampla documentação oficial sobre HIV, aids e transmissão vertical disponível e foi imediatamente disponibilizada para a realização do presente diagnóstico situacional.

Em Moçambique, a notificação e o registro dos casos de infecção por HIV e aids, mesmo com limites, é realizada sistematicamente e vem aperfeiçoando-se com o tempo. As parcerias internacionais, em que se realiza não apenas treinamento, mas efetivamente a presença de consultores nos locais, têm auxiliado a construção de um sistema de Avaliação e Monitoramento fidedigno, não apenas na área de aids, como nas áreas imediatamente correlatas de tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Os principais Inquéritos sociodemográficos nacionais, mencionados em todos os documentos oficiais internacionais, estão relativamente atualizados, datando de até cinco anos atrás (2011), porém com o agudo senso crítico dos profissionais e investimentos na atualização imediata.

Algumas das estratégias criativas, inovadoras e por isso mesmo importantes na resposta nacional à epidemia de HIV e aids, sífilis congênita e outras infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose, protagonizadas pelo Governo e algumas parcerias com as ONG são as seguintes:

a) Considerando-se a alta mortalidade entre os homens, a implementação de um consistente programa de Circuncisão Masculina (CM) tem sido uma estratégia que pode ser considerada uma Boa Prática. O projeto tem alta abrangência e realiza, não apenas o procedimento cirúrgico, mas toda uma abordagem de aproximação e construção de vínculo entre esses homens jovens e os serviços públicos de saúde. A expansão dessa ação pode beneficiar populações específicas como caminhoneiros, militares e homens que fazem sexo com homens.

b) Considerando-se a necessidade de integração dos serviços já existentes, para que a população em geral e as gestantes em particular tenham melhor acesso à saúde pública, é notável a soma de esforços entre os Programas de Saúde Materno-Infantil, tuberculose e aids para integração de serviços e estratégias. A estratégia de *Parada Única* simboliza essa ação.

c) Em relação à Prevenção a adesão, há farta documentação demonstrando a importância dos trabalhos com grupos. Nesse sentido, a realização dos Grupos de Mães para Mães é uma importante estratégia preventiva que não apenas aumenta a adesão ao tratamento antirretroviral, mas permite melhoria do nível de informação sobre a doença, tratamentos e prevenção, além do compartilhamento de experiências entre as mães que estão HIV+ e as relações destas com seus cônjuges/ parceiros, filhos, sua rede social de apoio e a possibilidade de construção de novos saberes pessoais a respeito de sua saúde em geral.

d) O seguimento dos recém-nascidos é um aspecto fundamental da Cascata de Cuidados: o primeiro passo, a saber, que todos conheçam sua sorologia para HIV. A estratégia do Diagnóstico Precoce Infantil (DIP) é essencial para a identificação dos casos de Transmissão Vertical. Em Moçambique, há centros para realização dos exames necessários e, mesmo com a limitação de recursos para a descentralização, a pedra fundamental foi lançada.

e) A significativa ampliação dos serviços de Testagem e Aconselhamento voluntários é um aspecto fundamental na resposta do país à epidemia de HIV e aids.

f) Posto que a adesão e a retenção fazem parte da eficácia da assistência, são dignas de nota a preocupação com as definições de *faltoso*, *abandonante* e *falência* e o início da mensuração dos dados de adesão e retenção para 12, 24 e 36 meses. Esse registro padece, como todos os outros em saúde pública em Moçambique, dos limites que serão apresentados a seguir, nos “Pontos de Vulnerabilidade a serem enfrentados”.

g) A realização de estudos e pesquisas com base científica tem trazido elementos importantes para subsidiar as políticas públicas, mapear os estigmas, novas práticas e novas dificuldades. Por exemplo, o recente estudo sobre usuários de drogas injetáveis. Recomenda-se a ampla divulgação destes estudos, não apenas em documentos oficiais, mas como parte das capacitações realizadas em saúde.

Os profissionais apontam como boa prática a realização de supervisões nos serviços. As supervisões, de caráter multiprofissional, realizadas pelos gestores em nível federal, seriam periódicas (mensais), abarcando Clínica, Vigilância, HIV, PTV, Farmácia, Assistência Social, Tuberculose, etc. Durante algum tempo essas supervisões foram realizadas de modo sistemático e todos os profissionais entrevistados referiram como um diferencial extremamente positivo em todos os aspectos.

Tanto para os gestores se aproximarem da realidade cotidiana da chamada “ponta”, como para os profissionais da ‘ponta’ sentirem amparo, cuidado e subsídios técnicos, atualizações teóricas e apoio por parte dos gestores hierarquicamente superiores. Recomenda-se o fortalecimento e a subvenção sustentável, permanente e inclusão da prática de supervisão como rotina para gestores e serviços em aids em Moçambique.

Em Moçambique, os profissionais de saúde poderiam capitalizar a seu favor e a favor da saúde pública como um todo a credibilidade que a população tem nos Praticantes de Medicina Tradicional. Esses curandeiros, benzedores, xamãs, carregam estratégias de respeito e escuta ao paciente que aumentam a adesão de modo inequívoco. Se essas pessoas estão há décadas – ou séculos – cuidando da saúde da população, seria importante sistematizar, na perspectiva científica, possíveis contribuições. Além disso, estruturar parcerias e capacitações não apenas doutrinárias e com primazia dos saberes ocidentais, mas os cientistas e profissionais de saúde abrirem espaços para compreender a lógica desses atendimentos. A bioquímica, a epidemiologia, os saberes científicos podem se instrumentalizar e receber apoio dos saberes tradicionais. Há diálogo estabelecido, mesmo que por vezes áridos, do Governo Federal com os líderes comunitários e religiosos. Pensar estratégias de intercâmbio pode ser importante na capilarização e aumento da efetividade das ações. As baixas taxas de adesão podem ser melhoradas com essa articulação.

8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

Os pontos de vulnerabilidade da resposta nacional à epidemia de aids em Moçambique são, em sua maioria, conhecidos dos gestores. Referem-se sobretudo à limitação de recursos financeiros e humanos, que determinam problemas sociais que vão desde a falta de alimentos até a falta de exames específicos, como Carga Viral.

A sustentabilidade das ações é outro ponto de preocupação para os gestores, posto que o financiamento para as ações é praticamente 95% externo. Essa grande dependência do capital externo e a baixa sustentabilidade das ações são preocupações de muitos profissionais, posto que Boas Práticas implementadas, com respostas positivas e alta eficácia – por exemplo, supervisões institucionais – precisaram ser interrompidas ou extintas por falta de verba.

A despeito das limitações financeiras, é notável o esforço do país para se adequar às diretrizes internacionais e contabilizar sua história em saúde do modo mais fidedigno possível.

Em relação à adequação das diretrizes de Moçambique para as diretrizes da Organização Mundial da Saúde à construção da resposta à epidemia de aids, as questões culturais de criminalização da homossexualidade (recém-revogada) e a exigência da maternidade são entraves significativos. A população *trans* ainda está invisível, tanto na documentação oficial analisada, como nas ações e estratégias preconizadas. Essa invisibilidade das populações mais vulneráveis é um ponto a ser enfrentado no país.

Quanto à documentação dos dados em HIV, aids, sífilis, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, ao mesmo tempo em que há muitos documentos produzidos, há uma falta de consenso sobre os dados numéricos, porcentagens, às vezes num mesmo documento.

Também não há fichas catalográficas, estando os documentos registrados apenas com os logotipos das instituições parceiras na maioria dos casos.

No *Global Aids Response Progress Report (GARPR)* de 2016 é feita uma referência explícita em relação a dicotomias, contradições e multiplicidade de dados.

Sem dúvida é o principal problema a ser resolvido em termos de efetivação da implementação da Opção B+, pois o número de gestantes testadas, estando ou não em TARV (posto que antes de 2013 havia critérios clínicos para inclusão das soropositivas no tratamento), bem como o número de recém-nascidos testados e recebendo medicação, são números extremamente variados não apenas nos documentos oficiais, como nos próprios documentos enviados pelos gestores para validação do presente relatório.

Um fator muito importante, decisivo para **todos** os cálculos em Epidemiologia, é o número de nascimentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em Moçambique o número de registros de nascimento estava em torno de 47,9% (2013). Esse número compõe o denominador de diversos indicadores epidemiológicos, cálculo de taxas e recomenda-se, para efetiva implementação da Opção B+, que seja realizada uma Força-Tarefa para que sejam registrados todos os nascimentos do país.

A taxa de transmissão vertical, por exemplo, é calculada com denominadores diversos, o que provoca dificuldade no estudo aprofundado da dinâmica da epidemia no país. Portanto, como recomendação, a **unificação** dos dados epidemiológicos sobre HIV, aids e sífilis é primordial para a construção de uma resposta fidedigna às epidemias.

Portanto, os dados podem e precisam ser melhor qualificados, pois demandam esforços, recursos e tempo para sua coleta, análise e divulgação. Recomenda-se a implementação, em todos os documentos oficiais, de uma Ficha Catalográfica com a síntese da publicação já nas primeiras páginas do documento, contendo título, autores ou instituições responsáveis, ano de publicação, registro, palavras-chave e se possível o link para disponibilização on line.

O discurso da saúde pública talvez precise ser incorporado pelas várias instituições executivas ministeriais que participam da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. A linguagem formal, complexa ainda parece pouco assimilada pela grande maioria dos líderes de outras instâncias, em especial as lideranças distritais.

Entende-se que as dificuldades no fluxo de notificação sejam muitas, por haver grande sobrecarga dos profissionais de enfermagem no atendimento dos pacientes e vários e diferentes livros para registro na rotina de atendimentos. O processo de registro, sendo muito burocratizado, dificulta a implementação deste registro como prática rotineira na atuação do profissional de saúde das Unidades de Saúde e portanto as ações de Vigilância, Monitoramento e Avaliação ficam prejudicadas e recorre-se a *estimativas*.

Sendo a Opção B+ uma estratégia que requer medicação vitalícia para a gestante soropositiva e acompanhamento de seu filho, a logística de medicamentos precisa ser transparente. Aquisição, armazenamento e distribuição são descritas como “centralizadas” – mas não há clareza sobre esse fluxo.

Um ponto extremamente delicado é a falta de profissionais de saúde mental no país. A ausência de um programa específico de saúde mental capilarizado nos Distritos de Saúde tem consequências negativas para toda a Cascata de Cuidados: abordagem para teste, busca de resultado, consultas iniciais, exames, adesão e vínculo aos serviços podem ser melhorados com a presença e atuação de profissionais da saúde mental.

A avaliação psiquiátrica e o acompanhamento psicológico muitas vezes são decisivos para o sucesso na adesão e no vínculo do paciente com o serviço. A recém-documentada presença de usuários de drogas injetáveis no país, por exemplo, requer a imediata implementação da estratégia de Redução de Danos no país, com disponibilização de insumos e acompanhamento médico clínico e psiquiátrico.

Ainda em relação aos recursos humanos em saúde, o baixo número de profissionais médicos no país traz evidente sobrecarga dos profissionais de enfermagem; os baixos salários para os profissionais da área de saúde, são fatores que dificultam ainda mais o desempenho, pois o profissional acumula às vezes duas ou três funções, dois ou mais vínculos (um oficial e outros extraoficiais). Esse acúmulo de trabalho demanda muito esforço para pouca possibilidade de motivação e incentivo, poucos resultados palpáveis e grande desânimo para implementação de novas abordagens, estratégias e parcerias.

Sendo a tuberculose referida como a mais importante coinfeção com HIV, as estratégias de adesão, vínculo e retenção precisam ser especificamente direcionadas para garantir o sucesso dos tratamentos, pois há consequente aumento do número de medicamentos, exames e condutas necessários e as interrupções e abandonos podem prejudicar não apenas o próprio doente, mas as respectivas histórias naturais das doenças como um todo.

Ainda há baixa testagem para tuberculose entre pacientes HIV+, embora o rastreio inverso, a saber, a testagem de HIV nos pacientes com tuberculose, atinge patamares de quase 100%.

Especificamente em relação a Opção B+, alguns pontos de vulnerabilidade e que demandam maior atenção são os seguintes:

a) Em relação ao Protocolo de assistência e tratamento a aids para gestantes, que preconiza realização de medicação pré-natal e/ou intraparto, parto cesariana e supressão da amamentação, observa-se ainda uma baixa cobertura dos partos institucionais (53%). A questão da fome e das más condições de saneamento do país subsidiam a indicação generalizada para a chamada *amamentação exclusiva*, ou seja, que essa mãe seja devidamente medicada e amamente seu filho. A indicação inclui o não-incentivo ao uso de fórmula láctea, pois a preparação da fórmula, muitas vezes com água insalubre ou com objetos sem assepsia, causam diarreia, cólera e outras doenças (muitas vezes fatais) para a criança.

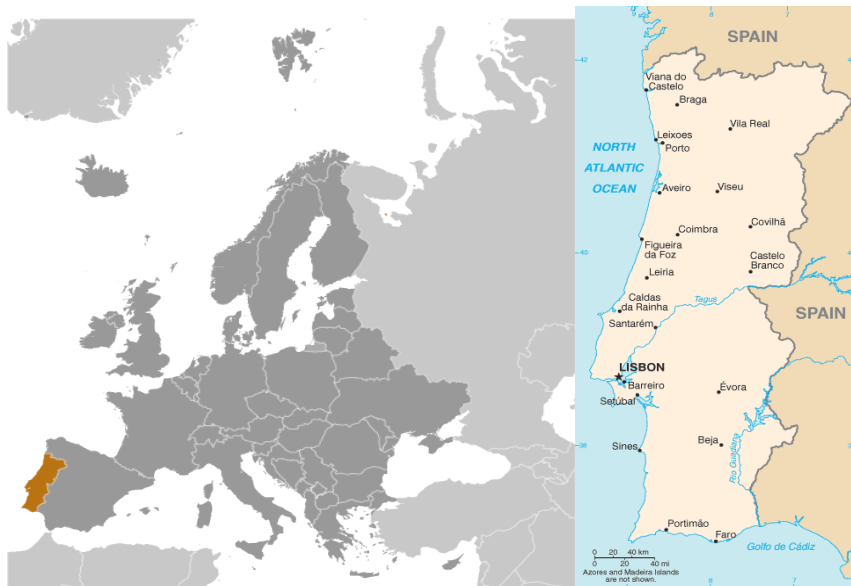
b) Embora conhecida e documentada, a Opção B+ ainda não foi efetivamente implementada em todos os serviços de PTV. A permanência da *Opção A* ou da chamada *biprofilaxia*, a questão do protocolo de amamentação e parto e o baixo seguimento dos recém-nascidos mostram que a Opção B+ está em *fase de implementação* no País.

c) A chamada *Centralização* do tratamento antirretroviral, em que os medicamentos ficam disponibilizados em serviços específicos, é um ponto de vulnerabilidade para a efetiva implementação da Opção B+. A distância desses serviços da residência das mulheres, a falta de subsídios para transporte e alimentação, além do perene estigma, são fatores que dificultam a adesão. O alto índice de “perdidos de vista”, abandonos, faltas, má adesão, tem a ver com a dificuldade básica de deslocamento e acesso.

d) A presença de vários idiomas prevalentes na capital é um ponto de vulnerabilidade, uma questão essencial na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, tanto para a prevenção como para a adesão. O material impresso de prevenção, por exemplo, é majoritariamente em Português, enquanto as mulheres da ampla maioria da população falam crioulo, etc. A escolarização em geral da população não é elevada, e não há métodos específicos pelos quais os profissionais de saúde poderiam verificar a compreensão do paciente em relação ao próprio tratamento, doença, prevenção e recursos.

Finalmente, o fraco acesso aos homens parceiros das grávidas com HIV ou aids é um problema crônico e universal. A estratégia de Circuncisão Masculina parece ser um meio importante e interessante para se acessar esses homens, além da introdução no país das estratégias de Prevenção Combinada, em que vários métodos são pensados e implementados para ser prevenir não apenas o HIV, mas diversos outros agravos preveníveis.

7. PORTUGAL



Siglas

ACES/ULS Agrupamentos de Centros de Saúde/ Unidades Locais de Saúde
 ACSS Administração Central do Sistema de Saúde
 ARS Administração Regional de Saúde
 CAD Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
 CDC Centers for Disease Control and Prevention (dos EUA)
 CFT Classificação Farmacoterapêutica
 CH Centro Hospitalar
 CHNM Código Hospitalar Nacional do Medicamento
 CID-10 Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.ª revisão
 CSP Cuidados de Saúde Primários
 CV Carga Vírica ou Carga Viral
 DC Day Case
 DDD Dose Diária Definida ou Defined Daily Dose
 DDI-URVE Departamento de Doenças Infecciosas, Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica
 DGS Direção-Geral da Saúde
 ECDC European Centre for Disease Prevention and Control
 EU-EEA European Union-European Economic Area
 HFA European Health for All Database
 HSH Homens que fazem Sexo com Homens
 HTA Hipertensão Arterial
 INE Instituto Nacional de Estatística
 INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
 INNTR Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa
 INSA Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
 INTR Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa
 IP Inibidores da protease
 IPSS Instituição Particular de Solidariedade Social
 IST Infecções Sexualmente Transmissíveis
 LVT Lisboa e Vale do Tejo
 MF Mãe/Filho (categoria de transmissão)
 MR Multirresistente
 NUTS Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
 OG Organizações Governamentais
 OMS Organização Mundial da Saúde
 ONG Organizações Não-governamentais
 ONUSIDA Joint United Nations Program on HIV/AIDS (ONUSIDA na sigla latina)
 PNT Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
 PPE Profilaxia Pós-Exposição
 RN Recém-Nascido
 SI.VIDA Sistema de Informação para o VIH/SIDA
 SICO Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
 SIDA Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
 SINAVE Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
 SNS Serviço Nacional de Saúde
 SVIG-TB Sistema de Vigilância da Tuberculose
 TARc Terapêutica Antirretrovírica Combinada
 TB Tuberculose/ TBMR Tuberculose Multirresistente/ TBXDR (= XDR) Tuberculose Extremamente resistente
 UDI Utilizadores de Drogas Injetáveis
 UE União Europeia
 UNAIDS Joint United Nations Program on HIV/AIDS (ONUSIDA na sigla latina)
 VHC Vírus da Hepatite C
 VIH (=HIV) Vírus da Imunodeficiência Humana
 WHO World Health Organization (OMS na sigla latina)

FIGURAS

- Figura 1: População de Portugal por faixa etária. Fonte: CIA, 2016.
- Figura 2: Pirâmide populacional em Portugal, 2016. Fonte: CIA, 2016.
- Figura 3: Página de acesso aos dados em Saúde Pública de Portugal, 2016. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 4: Organograma do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (PNIVS), Portugal. Fonte: PNIVS, 2016.
- Figura 5: Linha do tempo – Resposta Nacional à luta contra aids em Portugal, 1983 – 2007. Fonte: PNIVS, 2016.
- Figura 6: Principais ações - Resposta Nacional de Portugal à epidemia de HIV e aids, 1985-2015. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 7: Programa Nacional - Infecção VIH/SIDA em Portugal: organograma e resultados 2016. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 8: Número de efetivos do Ministério da Saúde segundo a carreira profissional/ grupo profissional em Portugal, 2005, 2011 e 2012. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.
- Figura 9: Médicos por 100.000 habitantes em Portugal 2000-2009, por região, com estimativa por regressão exponencial para 2010-2016. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.
- Figura 10: Número de Médicos especialistas e não-especialistas, por sexo, segundo a especialidade, 2011-2012. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.
- Figura 11: Enfermeiros por 100.000 habitantes em Portugal, 2000-2009, estimados para 2010-2016 por regressão exponencial. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.
- Figura 12: Caracterização das unidades hospitalares integrando o SI.VIDA em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.
- Figura 13: Distribuição das interrupções de gravidez em Portugal, por tipo de unidade, 2014. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.
- Figura 14: Interrupção da Gravidez por opção da mulher por tipo de encaminhamento e tipo de instituição em Portugal, 2015. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.
- Figura 15: Distribuição dos casos de infecção por HIV em seguimento ambulatorio hospitalar e constantes no SI.VIDA, por sexo, categoria de transmissão e tipo de HIV em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.
- Figura 16: Distribuição dos casos de infecção por HIV por ano de diagnóstico e em categorias de transmissão selecionadas em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2016.
- Figura 17: Distribuição dos casos de infecção por HIV por grupo etário, número de casos e % e por sexo em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.
- Figura 18: Distribuição dos casos de infecção pelo HIV, por ano diagnóstico, gênero e relação feminino/masculino em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.
- Figura 19: Infecção por HIV em 2014: Portugal, Grande Lisboa e Lisboa. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 20: Infecção por HIV: taxa de incidência e distribuição geográfica em Portugal, 2002-2013. Fonte: DGS, 2016. NUTS = Nomenclatura das Unidades Territoriais de Saúde – Divisão Administrativa.
- Figura 21: Número de novos casos notificados de infecção por HIV em 2014 e a respectiva taxa de incidência, por local de residência e de acordo com a NUTS III (versão 2013). Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.
- Figura 22: Novos casos notificados de aids em imigrantes, por região de origem e proporção dos casos notificados em imigrantes no total de casos notificados em pessoas com nacionalidade conhecida em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.
- Figura 23: HIV e as populações migrantes em Portugal, 2013. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 24: Distribuição geográfica dos casos de HIV e aids entre imigrantes em Portugal, 2015. Fonte: DGS, 2016.
- Figura 25: Interrupção da Gravidez por opção da mulher por nacionalidade da paciente, Portugal, 2014. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.
- Figura 26: Caracterização da morbilidade relacionada a aids em Portugal Continental de 2009 a 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 27. Episódios de internação associados a aids em Portugal Continental 2012-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 28. Distribuição dos casos de infecção por HIV em seguimento ambulatorial hospitalar e constantes no SI.VIDA, por concelho de residência (25 concelhos com maior número de casos) em 2014, Portugal. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 29. Distribuição de casos de HIV em seguimento ambulatorial, constantes no SI.VIDA, por grupo etário em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 30. Diagnósticos tardios: global e por principais categorias de transmissão (2014). Fonte: DGS, 2016.

Figura 31. Mortalidade por aids no total das causas de morte em Portugal, continente e ilhas, 2009-2013. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 32. Número de testes rápidos de diagnóstico para o HIV em Portugal, 2010-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 33. Total de casos de infecção por HIV por ano de diagnóstico e proporção de casos diagnosticados nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do HIV em Portugal, 2007 – 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 34. Distribuição dos casos de aids e respectivas coinfeções e comorbidades selecionadas em Portugal, 31.12.2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 35. Taxas de notificação e incidência de tuberculose em Portugal. Fonte: DGS, 2016.

Figura 36. Casos de tuberculose notificados em Portugal, por grupo etário e sexo, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 37. Casos de tuberculose extrapulmonar, 2014, Portugal. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 38. Taxa de incidência de tuberculose/100.000 pessoas por distrito em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 39. Taxa de incidência de tuberculose em imigrantes (/100.000) em Portugal, por ano de entrada no país 2008-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB, 2015.

Figura 40. Proporção de casos de tuberculose multi (MR) e extremamente resistente (XDR) em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 41. Proporção de casos com resistência medicamentosa ao tratamento de primeira linha em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB, 2015.

Figura 42. Retratamentos de tuberculose notificados em Portugal, 2013-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 43. Doentes que fizeram tratamento preventivo para tuberculose em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 44. Número de casos notificados de gonorreia, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 45. Número de casos notificados de infecção por clamídia – linfogranuloma venéreo, por classificação de caso e ano de notificação em Portugal, 2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 46. Número de casos notificados de infecção por clamídia – linfogranuloma venéreo por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 47. Número de casos notificados de infecção por clamídia, excluindo-se linfogranuloma, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 48. Doentes em tratamento antirretroviral combinado (TARc) em Portugal, 2016. Fonte: DGS, 2016.

Figura 49. Distribuição das interrupções da gravidez por motivo e região de Portugal, 2015. Fonte: Relatório Anual de Interrupção da Gravidez, MS, 2015.

Figura 50. Interrupções da gravidez por grupo etário da mulher em Portugal, 2015. Fonte: Relatório anual de interrupção da gravidez, MS, 2015.

Figura 51. Conhecimento das vias de transmissão da infecção por HIV e aids entre jovens em idade escolar (n=4.877). Portugal, 2006. Fonte: CPLP, 2010.

Figura 52. Número de casos de sífilis notificados em Portugal, excluindo-se sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015

Figura 53. Número de casos notificados de sífilis, excluindo-se a sífilis congênita, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 54. Número de casos de sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 55. Número de casos notificados de sífilis congênita, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Figura 56. Casos de transmissão mãe-filho do HIV em Portugal, 2007- 2014. Fonte: DGS, 2016.

Figura 57. Distribuição por ano e região dos Recém-Nascidos filhos de mães HIV+ em Portugal. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Figura 58. Casos de infecção pelo HIV por ano diagnóstico, Transmissão Vertical. Fonte: DGS, 2016.

Figura 59. Taxa anual de Transmissão Vertical 2006 – 2010 em estudo realizado em Portugal. Fonte: Pádua, 2012.

Figura 60. Logotipo temático da Casa Sol em Portugal, 2016. Fonte: sol-criancas.pt, 2016.

Figura 61. Home page da Casa Sol, 2016. Fonte: sol-criancas.pt, 2016.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Médicos por 100.000 habitantes em Portugal 2000-2009, por região, com estimativa por regressão exponencial para 2010-2016. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

Gráfico 2. Enfermeiros por 100.000 habitantes em Portugal, 2000-2009, estimados para 2010-2016 por regressão exponencial. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

Gráfico 3. Interrupção da Gravidez por opção da mulher por tipo de encaminhamento e tipo de instituição em Portugal, 2015. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

Gráfico 4. Novos casos de HIV e aids por ano diagnóstico em Portugal, 1983 -2014. Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 5. Infecção por HIV: principais categorias de transmissão em Portugal (2014). Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 6. Infecção por HIV: principais categorias de transmissão na União Europeia (2014). Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 7. Incidência de HIV em Portugal de 2007 a 2014. Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 8. Incidência de aids em Portugal, 2007 a 2014. Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 9. Distribuição dos novos casos de aids por grupos etários e por sexo em Portugal, 2014. Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 10. Interrupção da Gravidez por opção da mulher por nacionalidade da paciente, Portugal, 2014. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

Gráfico 11. Óbitos relacionados a aids em Portugal, 2014. Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 12. Taxa de notificação e incidência de tuberculose em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 13. Taxa de incidência de tuberculose por faixa etária em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 14. Casos de tuberculose notificados, distribuição por grupo etário e sexo em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 15. Proporção de casos de tuberculose confirmados por cultura em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 16. Distribuição dos casos de tuberculose notificados por país de origem em Portugal, 2000 – 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 17. Comorbidades nos doentes com tuberculose em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015

Gráfico 18. Proporção do conhecimento sorológico para HIV entre doentes com tuberculose em Portugal, 2000 – 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 19. Número de casos de tuberculose multi (MR) e extremamente resistente (XDR) em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 20. Distribuição dos Casos de tuberculose multirresistente por país de origem em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 21. Tempo entre início de sintomas e diagnóstico de tuberculose em Portugal, 2000-2014.

Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 22. Número de casos notificados de tratamento de infecção latente – tuberculose, em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Gráfico 23. Série Histórica: notificação de casos de Gonorreia por ano de notificação, Portugal, 1950-2015. Fonte: DDO, 2015.

Gráfico 24. Cascata de Cuidados, Portugal, 2014. Dados preliminares. Fonte: DGS, 2016.

Gráfico 25. Número de casos notificados de sífilis, excluindo-se a sífilis congênita, por ano de notificação em Portugal, 1950 – 2015. Fonte: DDO, 2015.

Gráfico 26. Número de casos notificados de sífilis congênita, por ano de notificação, em Portugal, 1999-2015. Fonte: DDO, 2015.

Gráfico 27. Epidemiologia do HIV entre gestantes e recém-nascidos em Portugal, 2007 -2014. Fonte: Grupo de trabalho sobre infeção VIH na criança, Sociedade de Infeciologia Pediátrica, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2016.

1. Contexto

1.1. Localização

Portugal localiza-se no sudoeste europeu, tem uma área de 92.117,5 Km², incluindo a Ilha da Madeira e Açores. Sua população é estimada em 10.833.816 milhões de habitantes⁴³⁹⁴⁴⁰.

Foi uma potência marítima global durante os séculos XV e XVI, sofreu grande impacto com a destruição de Lisboa com o terremoto de 1755, a ocupação durante as Guerras Napoleônicas e com a independência do Brasil em 1822.

Em 1910 uma revolução depôs a monarquia, e nas seis décadas seguintes, governos considerados repressores chefiaram o país. Em 1974 foram iniciadas reformas democráticas, e em 1975 Portugal teve a independência de todas as suas colônias africanas.

Em termos de grupos étnicos, Portugal tem ascendência de grupos do Mediterrâneo, cidadãos da África negra que imigraram durante a descolonização; desde os anos 1990 iniciou-se a imigração de europeus do Leste.

1.2. População

É um país com população com idade média de 41,8 anos (39,8 para homens e 44 anos para mulheres), sendo 72,8% da população acima dos 25 anos. A população urbana compreende 63,5% do total, sendo a taxa de urbanização de 0,97% ao ano. Lisboa é a cidade mais populosa, com 2.884.000 habitantes, seguida do Porto, com 1.299.000. Cerca de 2,1 milhões de portugueses tem 65 anos ou mais, sendo que 1 milhão tem idade superior aos 75 anos – e dentre estes, 260 mil tem mais de 85 anos. Mais de 4 mil pessoas tem 100 anos ou mais.

A estrutura por faixa etária é a seguinte:

Faixa Etária (anos)	Homens	Mulheres	Total	%
0 – 14	874.807	804.483	1.679.290	15,5%
15 – 24	655.234	579.669	1.234.903	11,4%
25 – 54	2.300.872	2.236.077	4.536.949	41,5%
55 – 64	610.886	697.287	1.308.173	12,1%
65 ou mais	849.506	1.224.995	2.074.501	19,2%
Total	5.291.305	5.542.511	10.833.816	100,00%

Figura 1: População de Portugal por faixa etária. Fonte: CIA, 2016.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas de Portugal, a expectativa de vida ao nascer no país é de 80,41 anos, sendo 77,36 para homens e 83,23 para as mulheres. Já em outros documentos internacionais, a expectativa de vida ao nascer é de 75 anos para homens e de 82 anos para mulheres, uma média estimada de 79,3 anos⁴⁴¹. De qualquer modo, é uma população longeva, e toda a população tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde.

⁴³⁹ Estimativa - julho de 2016.

⁴⁴⁰ <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/po.html#cntryLocatorModal>

⁴⁴¹ www.cia.gov.

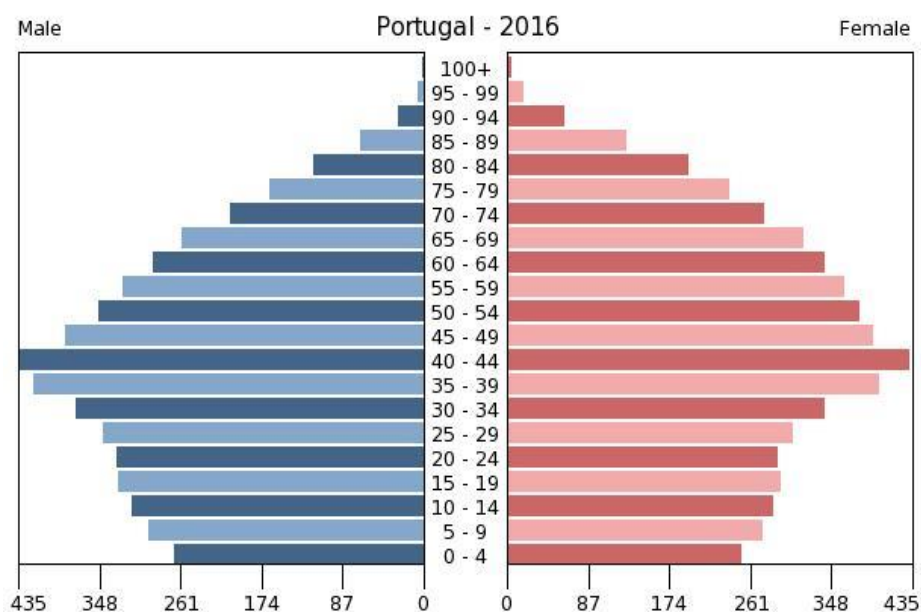


Figura 2. Pirâmide populacional em Portugal, 2016. Fonte: CIA, 2016.

- Crescimento Populacional

A taxa de crescimento populacional é de 0,07%; as taxas de natalidade e mortalidade são respectivamente 9,1 nascimentos/ 1000 habitantes e 11,1 mortes/1000 habitantes.

A transição demográfica que agora se verifica associa a baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos residentes com 65 anos ou mais.

A população decresceu 1,9% de 2009 para 2014⁴⁴², e o chamado “saldo natural” mantém-se negativo desde 2009, ou seja, os óbitos superam os nascidos vivos. O saldo migratório é igualmente negativo, uma vez que a emigração ultrapassa a imigração desde 2011.

A média de idade materna ao primeiro parto é de 29,5 anos – ou seja, no que se refere à evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, dos 15 aos 49 anos de idade), vem diminuindo ao longo do tempo, sendo em 2014 de 1,23. Esse valor é abaixo do índice de renovação geracional, que é estimado em 2,1.

A taxa de fertilidade é de 1,53 crianças nascidas/ mulher, com 86,8% de prevalência de contraceção. Há uma alta taxa de contraceção e programas de planeamento familiar acessíveis. Essa baixa natalidade ocorre desde 2004 a 2014, considerando a população média, a natalidade atingiu a taxa de 7,9 nascidos vivos/ 1.000 habitantes.

Em termos de mortalidade, a mortalidade infantil é estimada em 4,4 mortes/ 1.000 nascidos vivos. Já a mortalidade materna não constitui, desde há muito, um problema de Saúde Pública em Portugal, uma vez que diminuiu drasticamente junto com a mortalidade infantil.

⁴⁴²DGS, 2015 A Saúde dos Portugueses: 13.

Entre 2002-2013, a análise da evolução do número de mortes maternas demonstra que ocorreram em baixo número. Registaram-se, em 2004, um máximo de óbitos maternos (nove óbitos) e, em 2008 e 2013, um mínimo (quatro óbitos). A mortalidade materna em 2015 foi estimada em 10 mortes/ 100.000 nascidos vivos.

1.3. Idioma e Religião

A maioria dos portugueses tem a religião católica como escolha (81%), seguidos de outros cristãos (3,3%) e outras religiões incluindo judeus, muçulmanos, etc. (0,6%), ateus e agnósticos 6,8% e não declarados 8,3%⁴⁴³.

No presente documento é utilizada a grafia do Português “brasileiro” no decorrer do texto, HIV para o Vírus da Imunodeficiência Humana e aids para a doença, porém os nomes próprios e as designações de documentos e instâncias organizacionais trazem a grafia do Português de Portugal, nomeadamente VIH e sida.

2. Campo em Portugal

As visitas técnicas a Portugal para a realização do Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ foram realizadas entre 13 e 16 de abril de 2016⁴⁴⁴. Foram entrevistadas 25 pessoas, individualmente ou em grupo⁴⁴⁵.

Foram realizadas reuniões com os gestores em nível federal, também com o *Grupo de Trabalho sobre infecção VIH na Criança* – Comitê Científico, com o setor de Vigilância Epidemiológica e foram visitadas a Maternidade Alfredo da Costa, em Lisboa, e duas Organizações Não Governamentais parceiras: Associação Passo a Passo e Associação Sol.

Em cada instituição visitada os profissionais de saúde apresentaram formalmente os dados epidemiológicos e geopolíticos relacionados aos temas da Transmissão Vertical, Opção B+ e correlatos. Forneceram materiais impressos e os links digitais sobre a situação da epidemia de HIV e aids, sífilis congênita, tuberculose e agravos relacionados em Portugal.

As políticas na área de saúde em geral e aids em particular de Portugal tem como base evidências científicas, sendo os gestores proativos, atualizados e em completa sintonia com os parâmetros da Organização Mundial da Saúde para prevenção, assistência e vigilância epidemiológica – além de acompanhamento sistemático do que ocorre em outros países da Europa e do mundo.

A visita de campo foi imprescindível para atualização dos dados epidemiológicos e respectivas fontes, pois os dados disponibilizados nos sites dos organismos internacionais⁴⁴⁶, nem sempre estão atualizados.

⁴⁴³ <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/po.html#cntryLocatorModal>

⁴⁴⁴ Os mais sinceros e profundos agradecimentos ao Dr. Antonio Diniz, Joana Bettencourt e Maria Teresa Correia de Melo, que não pouparam esforços para nos auxiliar na visita de campo para complementar a coleta de dados para este projeto.

⁴⁴⁵ A relação dos participantes e respectivos cargos e instituições compõe o item 10 do presente relatório.

⁴⁴⁶ Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Unesco, Un aids, Onusida.

Muitos dados disponibilizados ainda são os dados obtidos de modo indireto e com pouca acurácia, produtos dos sistemas de vigilância anteriores ao atual SI.VIDA. Todos os dados podem ser encontrados no site da Direcção Geral de Saúde (DGS), em boletins e publicações de fácil acesso – porém, essa informação precisa ser divulgada a todos os organismos internacionais e os dados atualizados precisam alimentar os bancos de dados internacionais.

O país tem atualmente uma notificação fidedigna, programas de informática acurados e registros minuciosos sobre HIV, aids, sífilis (uma das mais longas séries históricas já sistematizadas), tuberculose e outros agravos. É importante que a divulgação internacional faça jus ao imenso esforço, investimento e trabalho empreendidos nessa tarefa.

A organização, a avaliação permanente das ações, com apurada autocrítica, a disponibilidade dos gestores e a presteza com o projeto foram perfeitos, bem cuidados pela equipe local, e permitiram a realização deste Diagnóstico do modo mais completo possível.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em particular

3.1. Ministério da Saúde - Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela regulação, coordenação e orientação das atividades em saúde pública, nomeadamente em promoção de saúde, vigilância, prevenção e controle de doenças. Define as condições técnicas para adequação da atenção à saúde nos sistemas de saúde. Coordena e Supervisiona todas as unidades nacionais de saúde pública, o controle das doenças notificadas e apoio a investigações e controle nos níveis local, regional e nacional. Também é responsável pela detecção, monitoramento e comunicação de alertas internacionais⁴⁴⁷.



Figura 3. Página de acesso aos dados em Saúde Pública de Portugal, 2016. Fonte: DGS, 2016.

⁴⁴⁷ <http://ecdc.europa.eu/en/epiet/institutes/pages/portugal-directorate-general-of-health.aspx#sthash.8enLBhEG.dpuf>

Em Portugal, toda a população tem acesso aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde. Em 2016, os dados relativos a diferentes agravos, boletins e dados de temas específicos, legislação e acervo completo dos dados em saúde do País estão disponibilizados na internet, no sítio da Direção Geral de Saúde, como ilustrado na figura acima⁴⁴⁸.

Desde a década de 80, Portugal acompanha os países ocidentais no combate à aids em termos de estratégias e ações. A participação portuguesa no sistema europeu de vigilância decorre desde 1985, possibilitando a comparação da evolução da epidemia nos diversos países da Europa⁴⁴⁹.

Em Portugal, a resposta nacional à epidemia de HIV e Aids é responsabilidade do *Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA*, que pertence à Direção Nacional da Saúde e tem a seguinte estrutura geral:



Figura 4. Organograma do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA (PNIVS), Portugal. Fonte: PNIVS, 2016.

Em 1985 foi constituído o **Grupo de Trabalho da SIDA**⁴⁵⁰ com o objetivo de recolher informação sobre novos casos de infeção, confirmar ou refutar os diagnósticos até aí estabelecidos e implementar estratégias nacionais de prevenção.

Esse grupo de trabalho incluía representantes da Direção-geral dos Cuidados de Saúde Primários, da Direção-geral dos Hospitais, do Instituto Nacional do Sangue, do Centro de Histocompatibilidade do Sul e do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Do grupo de trabalho saíram, em 1986, as primeiras medidas de prevenção nos centros de hemodiálise, com pesquisa obrigatória de HIV-1 nos doadores de sangue e, em 1989, também de HIV-2.

⁴⁴⁸ << <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos.aspx>>>

⁴⁴⁹ Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Infecção VIH/SIDA (CVEDT), 2011.

⁴⁵⁰ AVISO, Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, de 19 de outubro, D.R. nº 241, II Série, de 19 de outubro de 1985.

Portugal segue os países onde se garante a participação a 100% da medicação antirretroviral. Em 1987, foi garantido o fornecimento de **100% de medicação antirretroviral** para todos os pacientes elegíveis e em 1996 foram publicadas as regras relativas aos medicamentos antirretrovirais, quanto à sua prescrição, utilização e gratuidade.

Com o avanço da epidemia houve reformulação do Grupo de Trabalho, criando-se, em 1989, a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS), incumbida de implementar as ações nas áreas de prevenção, educação, assistência, pesquisa, vigilância e monitoramento.

Em 1993 foi implementada uma importante ação, a Introdução do Programa de Troca de Seringas (PTS). Este Programa, reconhecido internacionalmente, é produto de uma parceria do Ministério da Saúde com a Associação Nacional de Farmácias. Era assegurado em um terço pelas farmácias e em dois terços por organismos governamentais e Organizações Não Governamentais (ONG). Segundo esse protocolo, financiado pelo Estado e com base em evidências científicas, as farmácias distribuíam gratuitamente um kit de duas seringas e agulhas esterilizadas, dois toalhetes antissépticos, um preservativo, dois filtros, duas ampolas de água destilada, dois recipientes para a preparação da droga e dois embalagens de ácido cítrico, ou seja, todo o material para que o usuário de drogas injetáveis reduzisse seus danos e não se infectasse com outras doenças, como hepatites, por exemplo, seguindo as diretrizes implementadas na Holanda⁴⁵¹. Durante o período anterior ao início do Programa de Troca de Seringas (PTS), o consumo de drogas injetáveis era o principal responsável pela transmissão de infecções de origem sanguínea em Portugal. A proporção de casos relatados de aids atribuíveis ao uso de drogas injetáveis diminuiu de 49% em 2002 para 27% em 2008.

Além da eficácia do PTS, houve declínio do uso de drogas injetáveis no país, como tendência mundial, ocorrendo substituição pelo crack, além de um declínio consistente da participação das farmácias, que era de 82.1% em 1999 e passou a 57.9% em 2007⁴⁵², até cessar por completo em janeiro de 2013, sendo direcionado para os Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, sob orientação dos Departamentos de Saúde Pública – porém, ao constatar-se a importância das farmácias no sucesso da estratégia, a partir de 2014 o Programa voltaria a contar com as farmácias.

Entre 1993 e 2008 o Programa permitiu a distribuição gratuita (disponibilização) de mais de 43 milhões de seringas⁴⁵³ e a redução da incidência e prevalência de HIV e aids na população usuária de drogas diminuiu sensivelmente. Em 1998 foram nomeadas as comissões distritais como parte do desenvolvimento regional das estratégias nacionais. Em maio de 2000 a CNLCS sofre uma reestruturação orgânica e financeira, sendo nomeado seu coordenador Fernando Ventura.

A CNLCS adquire a natureza de Estrutura de Projeto. Surge o *Plano Estratégico de Luta Contra a Infecção pelo VIH/SIDA 2001-2003*, que apostava na criação de uma rede interdistrital de Centros de Aconselhamento e Detecção (CAD), já em 2002 como estruturas de apoio à prevenção, sendo atualmente 23 CAD ao nível nacional.

⁴⁵¹ Marlatt, Allan. *Redução de Danos*. SP: Martins Fontes ed., 1998.

⁴⁵² TORRE, Carla [et al.], 2010.

⁴⁵³ TORRE, Carla; LUCAS, Raquel e BARROS, Henrique, 2010.

Em agosto de 2003, a CNLCS é reestruturada orgânica e funcionalmente, adquirindo o estatuto de Unidade de Missão. Meliço Silvestre é nomeado Encarregado de Missão e concebe e dirige o Plano Nacional de Luta Contra Sida para o triénio 2004-2006, “*Diferentes, SIM! Indiferentes, NUNCA!*”⁴⁵⁴.

Em 16 de março de 2005, a infeção de HIV e aids passa a doença de declaração obrigatória.

Portugal regista separadamente os casos de HIV e aids, o que auxilia muito a análise epidemiológica dos dados, além da compreensão da dinâmica nacional da epidemia. Segundo a determinação política, deveriam todos os casos ser notificados “*aquando do diagnóstico, em qualquer estágio da infeção por VIH, seja portador assintomático, complexo relacionado com a Sida (CRS-LGP) e Sida, e sempre que se verifique mudança de estadiamento ou óbito*”⁴⁵⁵.

Em 2005 é constituída a *Plataforma Laboral contra a SIDA*, com o objetivo de priorizar a infeção pelo HIV como questão laboral, com a criação de uma rede de intervenientes de referência do setor para que fossem elaboradas políticas de empresa e diretrizes sobre a resposta organizacional ao HIV e aids para o local de trabalho. Um dos projetos desenvolvidos foi o Código de Conduta “*Empresas e VIH*”, destinado a obter o compromisso das empresas no sentido de garantirem condições de trabalho dignas a pessoas que vivem com a infeção pelo HIV em suas três vertentes: não discriminação, prevenção e acesso ao tratamento.

O *Plano Nacional de Saúde 2004-2010* de Portugal tratava aids como um dos problemas prioritários nacionais. Por conta disso, há uma reformulação: é extinta a CNLCS e, sob a designação de *Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida* (CNSIDA), é integrada no Alto Comissariado da Saúde⁴⁵⁶. O objetivo foi implementar um modelo organizativo que permitisse uma gestão eficiente de programas, uma melhor integração vertical das instituições envolvidas e uma eficaz articulação horizontal com outros agentes e setores.

É estruturado então o *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/Sida 2007-2010*, “um compromisso com o futuro”, cuja meta principal eram reduzir em 25% a incidência e a mortalidade por aids no País. O ano de 2007 foi muito importante para a Resposta Nacional em Portugal:

- ✚ Início do *Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional*⁴⁵⁷, com particular incidência dois estabelecimentos prisionais (Lisboa e Paços de Ferreira), onde se iniciou um programa de troca de seringas para reclusos usuários de drogas injetáveis.
- ✚ Realização da Reunião dos Coordenadores dos *Programas Nacionais VIH/Sida dos Países da União Europeia*, da Região OMS-EURO e Países Vizinhos, com a Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia⁴⁵⁸ em Lisboa, de 12 a 13 de outubro.

⁴⁵⁴ CNLCS, 2005.

⁴⁵⁵ Portaria nº 258/2005.

⁴⁵⁶ Sendo nomeado coordenador Henrique de Barros.

⁴⁵⁷ PORTARIA nº 258/2005, do Ministério da saúde. DR, 1ª Série B, de 16 de março. PORTARIA nº 258/2005, do Ministério da Saúde. DR, 2ª Série, de 16 de março. DECRETO REGULAMENTAR nº 7/2005, de 10 de agosto, D. R., nº 153, Série I-B, de 10/08 de 2005.

⁴⁵⁸ 1 de julho a 31 de dezembro.

- ✚ Aumento do investimento em medicamentos antirretrovirais, de 75 milhões de euros/ano em 2001 para quase 150 milhões de euros em 2007 em 2012, 213 milhões de Euros, enquanto para o câncer foram investidos 183 milhões⁴⁵⁹.
- ✚ Criação do Conselho Nacional para a Infecção VIH/Sida, estrutura consultiva destinada a melhorar a cooperação entre governo, autoridades públicas, serviços de saúde e organizações não-governamentais locais (ONG) que trabalhassem na área de HIV e aids.

Essa primeira linha do tempo está sintetizada na Figura 3:

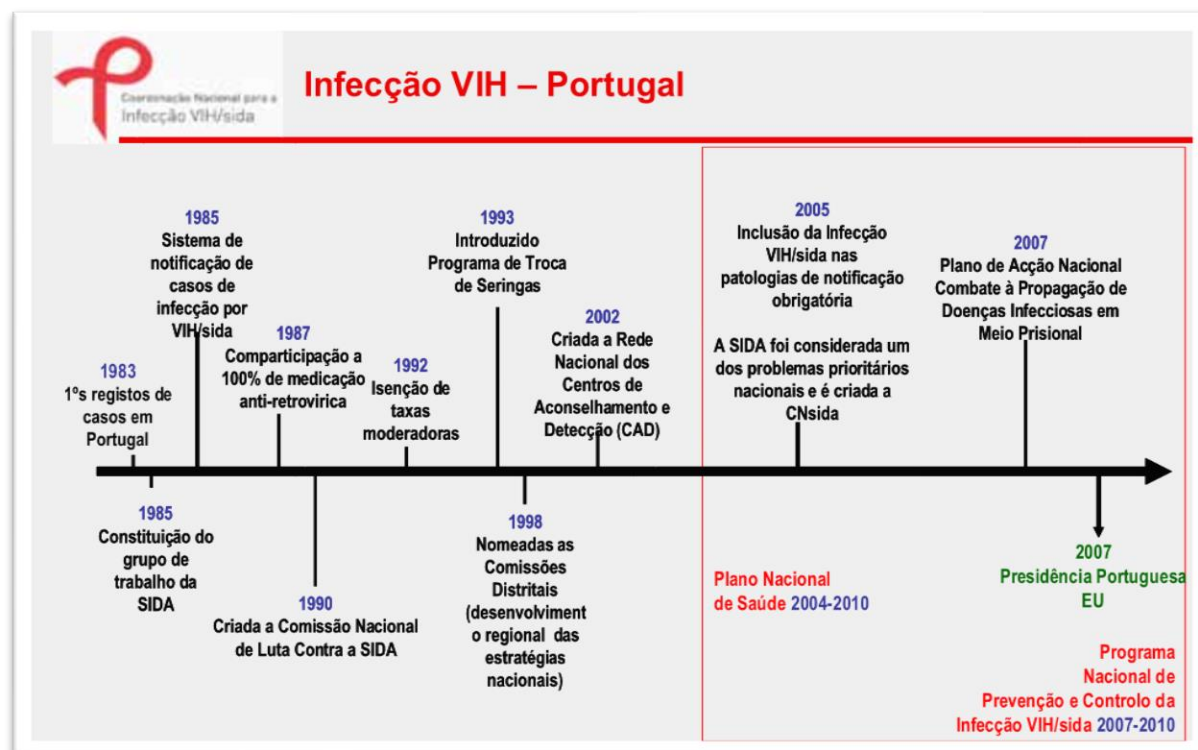


Figura 5. Linha do tempo – Resposta Nacional à luta contra a aids em Portugal, 1983 – 2007. Fonte: PNIVS, 2016.

Em 2009, dando cumprimento à Resolução do Parlamento Europeu⁴⁶⁰, e em consonância com o *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida*, é criado o *Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida*, de carácter consultivo, composto pelas seguintes organizações da sociedade civil: AIDS Portugal; Associação dos Jovens Promotores Amadora Saudável; Associação para o Planeamento da Família; Associação Passo a Passo; Associação Seres; Associação SOL; Associação Meio Caminho; Associação Cidadãos do Mundo; Fundação da Juventude; Fundação Portuguesa a Comunidade Contra a Sida; Grupo de Apoio e Desafio à SIDA; Grupo Português de Ativistas sobre Tratamento VIH/Sida (GAT); ILGA Portugal, Liga Portuguesa Contra a Sida; Liga Portuguesa Profilaxia Social; e Movimento de Apoio à SIDA, Positivo – Grupos de Apoio e Autoajuda⁴⁶¹.

⁴⁵⁹ CPLP/UNAIDS, 2010 e DGS_2016.

⁴⁶⁰ de 24 de abril de 2007.

⁴⁶¹ DESPACHO nº 22811/2009.

A Associação Sol e a Associação Passo a Passo fizeram parte da visita de campo realizada em abril de 2016, apresentando trabalhos que podem ser considerados de máxima relevância no combate à infecção pelo HIV e aids em Portugal, respectivamente prestando assistência a crianças HIV+ e a grávidas com aids. A atuação dessas duas ONG na resposta atual Portuguesa à epidemia de HIV e aids é exemplar e merece ser compartilhada com todos os países.

O resultado oficial do *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida 2007-2010* apresentou uma redução da mortalidade de apenas 10% entre 2006 e 2010, mas com uma redução de 34,4 % de novos casos de aids no mesmo período.

Em 2012, o XIX Governo Constitucional de Portugal manteve como prioritário o *Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida*, agora integrado na Direcção-Geral da Saúde, sob a coordenação do Dr. Antonio Coelho Diniz. Integradas ao *Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida*, são publicadas as “Recomendações Portuguesas para o tratamento da Infecção VIH-1 e VIH-2”, que assentavam em três princípios fundamentais de atuação clínica:

- (1) a universalidade, com a disponibilização de terapia antirretroviral a todos os portadores de HIV e aids elegíveis para tratamento;
- (2) a equidade, ou seja, a uniformidade de tratamento a nível nacional, em que doentes em situação clínica idêntica teriam acesso ao mesmo regime terapêutico e não excluir das opções terapêuticas nenhum fármaco antirretroviral, exceto por razões exclusivamente clínicas;
- (3) a qualidade, ou seja, a utilização dos regimes terapêuticos considerados mais adequados face à evidência científica disponível⁴⁶².

O *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2012-2016* tinha por objetivo reduzir em 25% a incidência e em 50% a mortalidade por HIV até 2016. Este Programa *“assume uma visão coincidente com a da ONUSIDA, na qual se marca um caminho que prevê: zero novas infeções e zero mortes relacionadas com a sida, bem como zero casos de discriminação”*. Para se aproximar dessa meta, projetou uma redução em 50% do número de anos de vida potencialmente perdidos e que passasse de 6,2 para 4,2/100 000 a taxa de mortalidade por aids em idades inferiores a 65 anos⁴⁶³.

Em maio de 2012, Portugal estabelece as regras específicas para a dispensa de terapêuticas com antirretrovirais às pessoas que vivem com HIV e aids e a adequada utilização do sistema informatizado denominado *Sistema de Informação para a Infecção VIH/Sida*, o SI.VIDA⁴⁶⁴. Importante destacar que diversos sistemas de Notificação e Registro de agravos em saúde foram adotados ao longo do tempo em Portugal. Durante muitos anos, nomeadamente até 2010, o país adotava notificação indireta para casos de agravos diversos, havia disparidade e contradição de índices e taxas, e em diversos documentos internacionais esse fato é referenciado. As formas de coleta e sistematização de dados não permitiam comparações internacionais. Esses problemas foram sanados com a implementação em caráter nacional do SI.VIDA.

⁴⁶² DGS, 2012a; DGS 2012b.

⁴⁶³ Direcção Geral de Saúde, 2012^a.

⁴⁶⁴ DESPACHO nº 6716/2012.

Principais marcos da resposta nacional de luta contra a aids em Portugal:

Ano/ Mês	Ação
1985 outubro	Constituído o Grupo de Trabalho da Sida; criado o sistema de notificação de casos de VIH/Sida.
1986 maio	Determinadas as medidas de profilaxia da Sida nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação (Despacho nº 11/86 do Ministério da Saúde)
1987	Comparticipação a 100% da medicação antirretroviral
1990 abril	Criada a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida – CNLCS (Despacho nº 5/90, Ministério da Saúde, de 13 de abril)
1991 setembro	Aprovado o Regulamento sobre Transfusão de Sangue (Despacho nº 19/91, Ministério da Saúde, de 12 de setembro)
1993 outubro	Introdução do Programa de Troca de Seringas
1996 outubro	Assinado Protocolo entre a CNLCS e o Programa de Promoção e Educação para a Saúde (Aviso, Ministério da Saúde, de 14 de outubro)
1999 setembro	Aprovadas medidas de combate à propagação de doenças infectocontagiosas em meio prisional (Lei nº 170/99, de 18 de setembro)
2001 julho	Aprovado o Manual de Boas Práticas de Hemodiálise, com a lista das doenças transmissíveis (Despacho nº 14391/2001, da ministra da Saúde, de 10 de julho).
2001 dezembro	Os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal passam aceder, em igualdade de tratamento com os beneficiários do SNS, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa (Despacho 25360/2001, do ministro da Saúde, de 12 de dezembro)
2002	Criação da Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção (CAD)
2003 agosto	Doentes com Sida e soropositivos ficam isentos do pagamento de taxas moderadoras (Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de agosto)
2004 julho	Criada a Comissão Toxicoddependência e Sida em Meio Prisional (Despacho conjunto, nº 421/2004, ministros da Justiça e da saúde, 13 de julho)
2005 março	Infeção VIH e Sida incluídas nas patologias de notificação obrigatória (Portaria nº 103/2005, de 25 de janeiro, alterada pela Portaria nº 258/2005, de 16 de março)
2005 agosto	Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida sucede à Comissão Nacional de Luta Contra a Sida
2007 janeiro	Adotadas medidas de combate à propagação de doenças infectocontagiosas em meio prisional (Lei nº 3/2007, de 16 de janeiro)
2007 setembro	Aprovado o Regulamento do Programa Específico de Trocas de Seringas (Despacho nº 22144/2007, ministros da Justiça e da Saúde, de 21 de setembro)
2007 dezembro	Criado o Conselho Nacional para a Infeção VIH/Sida – instrumento de coordenação e acompanhamento das políticas setoriais públicas de prevenção e controlo da infeção VIH (Despacho nº 27504/2007, ministro da Saúde, de 7 de dezembro).
2009 agosto	Regime da educação sexual em meio escolar (Lei nº 60/2009, de 6 de agosto)
2009 outubro	Criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida (Despacho nº 22811/2009, ministra da Saúde, de 15 de outubro)
2012 janeiro	Programa Nacional para a Infeção VIH/Sida constitui um dos oito programas de saúde prioritários a desenvolver pela DGS, tendo cada um deles um diretor (Despacho nº 404/2012, do secretário de Estado da Saúde)
2012 setembro	Publicado o “Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2012-2016: orientações programáticas”, a cargo da Direção-Geral da Saúde.
2012 dezembro	DGS publica as Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infeção por VIH1 e VIH2.
2013 maio	Publicado o “Programa Nacional de Saúde, 2012-2016, versão resumida”, que inclui o indicador “mortalidade por Sida antes dos 65 anos (por 100 000 habitantes)”, com uma meta de 3.1 até 2016 (contra 9.9 em 2001 e 6.2 em 2009)
2015 novembro	Publicada a Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH

Figura 6. Principais ações - Resposta Nacional de Portugal à epidemia de HIV e aids, 1985-2015. Fonte: DGS, 2016.

Dados de 2016 demonstram o alinhamento científico das estratégias da resposta nacional de Portugal à epidemia de HIV e aids com as diretrizes internacionais – e o que se pode considerar uma efetiva implementação e capilaridade do Programa Nacional:



Figura 7. Programa Nacional - Infecção VIH/SIDA em Portugal: organograma e resultados 2016. Fonte: DGS, 2016.

O Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida conta com diferentes setores:

- ✚ Conselho Consultivo: fórum de estruturas da sociedade,
- ✚ Conselho Científico: recomendações, rede de referenciação, pareceres, estudos e projetos,
- ✚ Relacionamento com a Sociedade Civil,
- ✚ Projetos para as Organizações de Base Comunitária (OBC): populações-chave, prevenção primária, diagnóstico precoce,
- ✚ Investigação: ciência básica, epidemiologia, ciência clínica
- ✚ Programa Laboral (PL) contra a SIDA, responsável pelo código de conduta, formação, adesão / empresas e relações internacionais
- ✚ Programa de Troca de Seringas (PTS),
- ✚ Distribuição de Preservativos: 3.899.297,
- ✚ Centros de Aconselhamento Diagnóstico: 15.989 testes realizados, 152 HIV+ e
- ✚ Testes Rápidos nos Cuidados de Saúde Primários: 3.547, com 23 HIV+.

Quanto à estrutura da do *Programa Nacional de VIH-Sida*, há um diretor, duas técnicas superiores e uma assessora administrativa, integrada à estrutura da Direção Nacional da Saúde, dentre os Programas Prioritários.

Além do Programa Nacional de VIH-SIDA, os outros programas prioritários são: Alimentação Saudável, Atividade Física, Controle da Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos, Controle do Tabagismo, Diabetes, Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas, Doenças Respiratórias, Hepatites Virais e Saúde Mental.

Considera-se que haja algum apoio e articulação com os outros serviços, e projetos e trabalhos. Uma estratégia utilizada é a das parcerias, peças fundamentais da Resposta Nacional: *quando é preciso fazer investigação, a parceria é com a Universidade, quando é preciso um trabalho de campo, são as organizações comunitárias as parceiras, tudo licitado e devidamente publicado em editais públicos*⁴⁶⁵.

3.2. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

Em Portugal não há uma queixa explícita de falta de profissionais de saúde. O número registrado de médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos é considerado satisfatório. Os dados mais recentes em relação aos médicos e enfermeiros são de 2012, apresentados nas figuras abaixo:

Efetivos segundo a carreira profissional / grupo profissional	2005	2011	2012
Total	129978	125761	124192
Corpos Especiais de Saúde	72804	73636	73619
Pessoal médico	25269	24074	24490
Pessoal de enfermagem	38034	39940	39526
Outro pessoal técnico superior de saúde	1767	1774	1779
Pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica	7734	7848	7824
Pessoal dirigente (a)	1255	927	773
Outro pessoal técnico superior	3275	3646	3833
Pessoal de informática	641	649	604
Pessoal docente / investigação (b)	192	70	69
Assistente Técnico	20473	17760	17266
Assistente Operacional	31001	28049	27081
Outro pessoal (c)	337	873	800
Prestadores de serviço	-	2765	2412
Total Geral	130256	128526	126604

Figura 8. Número de efetivos do Ministério da Saúde segundo a carreira profissional/ grupo profissional em Portugal, 2005, 2011 e 2012. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	PORTUGAL CONTINENTAL
Médicos	2000	281,4	311,8	410,4	153,8	228,7	323,7
	2009	351,2	386,8	447,6	215,9	304,4	383,7
	Projeção 2016	411,6	449,3	471,3	279,8	378,7	431,5
	Meta 2016	441,5	460,3	471,3	375,6	425,0	451,5

Figura 9. Médicos por 100.000 habitantes em Portugal 2000-2009, por região, com estimativa por regressão exponencial para 2010-2016. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

⁴⁶⁵ Trechos de entrevistas com gestores, profissionais de saúde e de ONG, Lisboa, 2016.

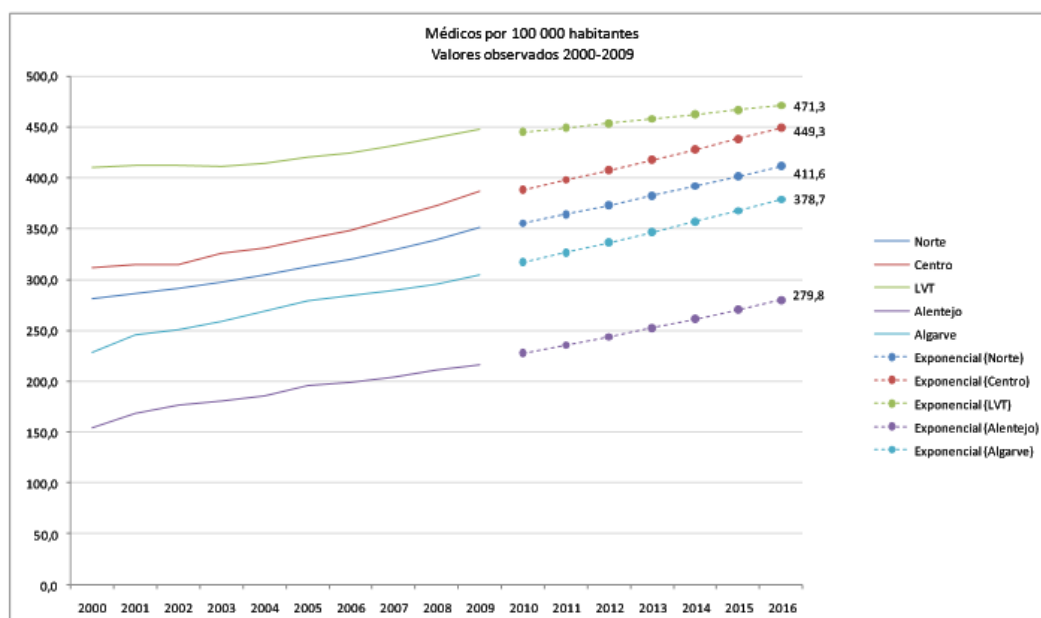


Gráfico 1. Médicos por 100.000 habitantes em Portugal 2000-2009, por região, com estimativa por regressão exponencial para 2010-2016. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

Especialidade médica	Total		2011		2012		P/ 100 000 hab.	
	2011	2012	Homem	Mulher	Homem	Mulher	2011	2012
Total Geral	47656	48859	24053	23603	24307	24552	452,0	463,5
Especialistas	30677	31960	16598	14079	16959	15001	291,0	303,2
Medicina Geral e Familiar	5429	5703	2242	3187	2323	3380	51,5	54,1
Medicina Interna	1900	2060	1006	894	1048	1012	18,0	19,5
Pediatria	1656	1782	592	1064	605	1177	15,7	16,9
Anestesiologia	1634	1692	558	1076	572	1120	15,5	16,0
Ginecologia/Obstetrícia	1547	1591	636	911	631	960	14,7	15,1
Cirurgia Geral	1539	1596	1200	339	1222	374	14,6	15,1
Ortopedia	1015	1039	936	79	954	85	9,6	9,9
Psiquiatria	994	1024	544	450	551	473	9,4	9,7
Medicina do Trabalho	913	913	575	338	573	340	8,7	8,7
Oftalmologia	913	935	623	290	629	306	8,7	8,9
Radiologia	885	908	530	355	540	368	8,4	8,6
Cardiologia	841	876	625	216	645	231	8,0	8,3
Gestão dos Serviços de saúde	790	805	491	299	497	308	7,5	7,6
Patologia Clínica	747	753	258	489	258	495	7,1	7,1
Estomatologia	655	650	508	147	504	146	6,2	6,2
Medicina Física e de Reabilitação	569	585	228	341	238	347	5,4	5,5
Pneumologia	543	571	269	274	270	301	5,2	5,4
Gastroenterologia	479	491	303	176	307	184	4,5	4,7
Saúde Pública	467	474	221	246	221	253	4,4	4,5
Emergência Médica	440	464	217	223	229	235	4,2	4,4
Neurologia	409	432	230	179	235	197	3,9	4,1
Dermatovenereologia	330	347	164	166	167	180	3,1	3,3
Nefrologia	263	275	151	112	155	120	2,5	2,6
Outras especialidades	5719	5994	3491	2228	3585	2409	54,2	56,9
Não especialistas	16979	16899	7455	9524	7348	9551	161,1	160,3

Figura 10. Número de Médicos especialistas e não-especialistas, por sexo, segundo a especialidade, 2011-2012. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

Quanto aos enfermeiros:

INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	PORTUGAL CONTINENTAL
Enfermeiros	2000	332,4	411,4	366,4	352,6	312,2	359,0
	2009	545,8	619,1	537,9	515,2	472,1	551,3
	Projeção 2016	794,9	836,4	735,2	663,4	617,5	764,7
	Meta 2016	815,7	836,4	785,8	749,9	727,0	801,1

Figura 11. Enfermeiros por 100.000 habitantes em Portugal, 2000-2009, estimados para 2010-2016 por regressão exponencial. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

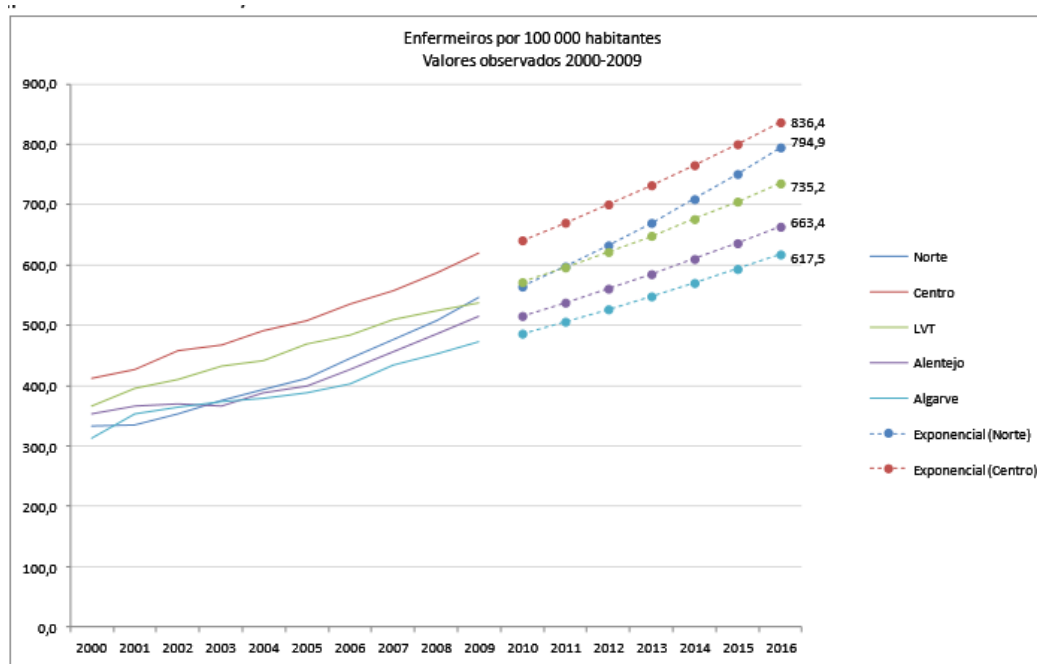


Gráfico 2. Enfermeiros por 100.000 habitantes em Portugal, 2000-2009, estimados para 2010-2016 por regressão exponencial. Fonte: Elementos Estatísticos de Saúde, 2012.

Notificação de casos:

Portugal tem um sistema de vigilância e controle da epidemia de HIV/Aids estruturado e hierarquizado, com a seguinte logística:

1. Notificação: a notificação gera um alerta, comunicado por e-mail ou mensagem *sms* às autoridades de saúde territorialmente competentes, nomeadamente de âmbito local, regional ou nacional, para adoção de medidas de prevenção e controle.
2. Autoridade de saúde local: preenchimento do formulário eletrônico relativo ao respectivo inquérito epidemiológico. A ausência de informação origina a emissão de alertas automáticos para as autoridades de saúde local, regional e para a DGS.

3. Autoridade de saúde Regional: tem como função monitorar e assegurar o cumprimento da etapa 2.

4. Direção Geral da Saúde: realiza a vigilância epidemiológica nacional, e tem como responsabilidade notificar ao Centro Europeu de Prevenção e Controle de doenças, OMS e outras instituições internacionais.

O sistema on line permite que os médicos façam o registro das doenças de notificação obrigatória diretamente na página da Direção Geral de Saúde. O sistema dá suporte ao processo clínico, permitindo registros de todas as etapas do tratamento. Os médicos dos hospitais conseguem acompanhar processos com prontuários eletrônicos. No software há um botão específico para o registro de uma doença de notificação obrigatória.

O sistema foi implementado em 2014 para a notificação em todas as unidades de saúde locais, regionais e nacionais. Funcionou durante sete meses em 2014, e em 2015 funcionou plenamente. A nível local é possível fazer a verificação epidemiológica, essa informação depois tem uma série de validações para definições de caso, depois é feita a compilação e a Direção Geral de Saúde faz a validação final dos casos e manda para organizações internacionais.

Os boletins nacionais têm base em três sistemas de informação: Instituto Nacional de Saúde (INSA), Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e SI.VIDA, tendo extrema acurácia na sistematização dos dados.

Sistema de Informação para o HIV/Aids (SI.VIDA)

Em 2014 o sistema de informação para o HIV/Aids (SI.VIDA) estava implementado em 25 unidades hospitalares, correspondendo a 93% do total de doentes em seguimento em Portugal Continental.

O início da implementação do SI.VIDA foi difícil, pois os profissionais consideravam “mais uma tarefa”. Os dados ficavam muito aquém da realidade. Houve uma grande resistência por parte dos profissionais em assumir.(...) Foi preciso fazer um trabalho de grande proximidade, reuniões muito pequenas, e depois em conjunto de despachos legais, de cada estado, no sentido de transformar o SI.VIDA no movimento que vai além da notificação, medicação ARV, controle dos prontuários. Isso muda tudo, fica muito mais fácil notificar – fica mais fácil apertar o botão!⁴⁶⁶

A informação agora disponibilizada pelo SI.VIDA constitui-se numa primeira abordagem de um sistema que constitui um avanço inegável no processo de monitoramento da infecção por HIV em Portugal - porém, ainda se encontra em desenvolvimento e implementação com significativa margem de otimização.

O sistema ainda é considerado novo, mas permite grande precisão na coleta de informações, com especificidades de local, unidade e número de casos, como exemplificado no quadro abaixo:

⁴⁶⁶ Trechos de entrevistas realizadas em campo, Lisboa, abril de 2016.

	Centro Hospitalar/Hospital/ULS	Unidades	Casos (N)	Notas
1	Hospital de Braga (HPP)	Hospital de Braga	582	
2	CH Tâmega e Sousa	H. Padre Américo	263	Ausência parcial de informação. Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
3	ULS Matosinhos	H Pedro Hispano	874	
4	CH do Porto	H. St ^o António H. Joaquim Urbano	2909	
5	CH S. João	H S. João	2308	
6	CH Gaia-Espinho	Unidade I - H Eduardo Santos Silva	1159	
7	CH Universitário Coimbra	H. Universidade Coimbra H. Pediátrico Coimbra	2026	
8	H. Distrital Santarém	H. Distrital Santarém	597	
9	H. Cascais Dr. José de Almeida	H. Cascais Dr. José de Almeida	1074	
10	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca	2761	Ausência parcial de informação. Não incluído na avaliação da TARc. Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
11	CH Lisboa Norte	H. St ^a Maria H. Pulido Valente	3542	
12	CH Lisboa Central	H. Curry Cabral H. St ^o António Capuchos H. S. José H. D. Estefânia Maternidade Alfredo da Costa	5109	
13	CH Lisboa Ocidental	H. Egas Moniz	2482	
14	H. Garcia de Orta	H. Garcia de Orta	1641	
15	CH Barreiro/Montijo	H N. Senhora Rosário	721	Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"
16	CH Setúbal	H. S. Bernardo	1165	
17	CH Algarve	H. Faro H. Portimão	1743	H. Portimão: ausência parcial de informação. H. Portimão: Não incluído na avaliação da TARc. H. Portimão: Incluído parcialmente na "cascata do tratamento"

Figura 12. Caracterização das unidades hospitalares integrando o SI.VIDA em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

A previsão é que até o final de 2016 seja implantado o sistema em mais duas unidades hospitalares e a conclusão da implantação nas dez restantes, incluindo a extensão aos Açores.

A fidedignidade dos dados depende do preenchimento dos dados referentes a cada indicador e da capacidade de integração automática dos sistemas de gestão hospitalar, laboratório e farmácia de cada hospital. Para compreender a abrangência e especificidade da terapia antirretroviral, integrou-se a esse sistema a informação proveniente do Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - INFARMED.

A qualidade da informação disponível já é considerada elevada em relação à maioria dos indicadores analisados, considerando-se também que durante um tempo significativo os dados eram obtidos indiretamente.

Notificação para Tuberculose

O processo de notificação para o Sistema de Vigilância em Tuberculose (SVIG-TB), pressupõe pelo menos três notificações:

1. A primeira, que permite caracterizar o caso e que deve ser feita quando o tratamento é iniciado;
2. A segunda, feita num período de transição da fase inicial do tratamento para a fase de manutenção, e que coincide com a receção dos resultados culturais das amostras que permitem confirmar o caso e o teste de susceptibilidade que permite ajustar o esquema terapêutico. Nesta fase, o estudo já efetuado ao doente, deve permitir, por exemplo, confirmar a presença de comorbidades ou coinfeções relevantes, nomeadamente infecção por HIV;
3. Se não ocorrerem efeitos adversos que obriguem à alteração do esquema terapêutico, o preenchimento final deve ocorrer no final do tratamento.

São estas três fases que nos permitem perceber antecipadamente a situação epidemiológica nacional em relação à tuberculose. Atualmente, há referência a um atraso importante, reconhecidamente já antigo, na notificação dos casos de tuberculose, particularmente na notificação da confirmação da doença, do perfil de suscetibilidade e do conhecimento do estado relativamente a HIV: a segunda fase de preenchimento não é, frequentemente, efetuada.

3.3. Saúde Privada

Segundo o material disponível, o sistema de saúde privada fornece os dados epidemiológicos para o Ministério da Saúde de acordo com a solicitação.

Um exemplo é a quantificação das interrupções de gravidez – legalizadas em Portugal com determinados requisitos – em que os dados são compilados em boletins anuais, incluindo intervenções realizadas no serviço público e no particular.

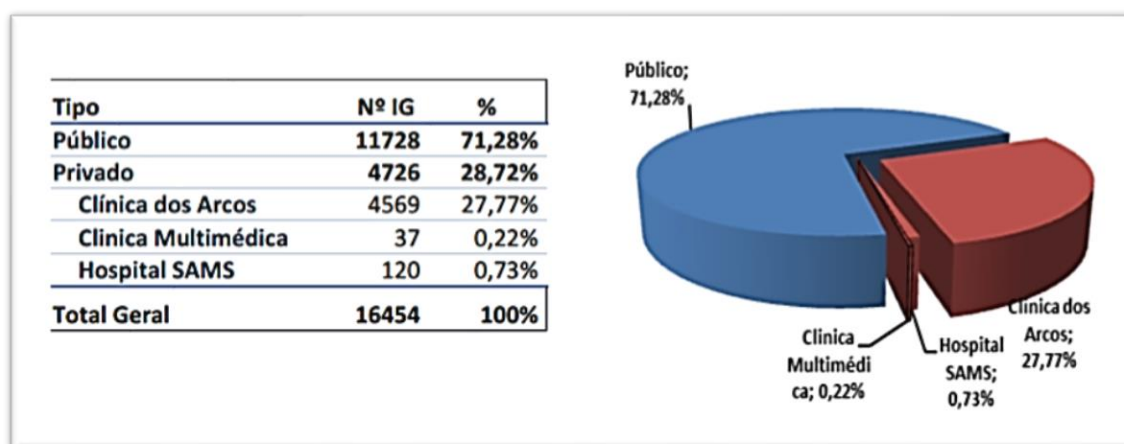


Figura 13. Distribuição das interrupções de gravidez em Portugal, por tipo de unidade, 2014. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

Em relação ao tipo de local em que foi realizada a interrupção da gravidez, os dados de 2015 são:

Tipo de encaminhamento	Local				Total Nº IG
	Público		Privado		
	Nº IG	%	Nº IG	%	
Encaminhamento de clínica/médico privado	440	3,90%	69	1,50%	509
Encaminhamento do Centro de Saúde	3830	33,94%	1922	41,88%	5752
Encaminhamento do Hospital Público	455	4,03%	1505	32,80%	1960
Iniciativa própria	6362	56,38%	1086	23,67%	7448
Outro	197	1,75%	7	0,15%	204
Total Geral	11284	100%	4589	100%	15873

Figura 14. Interrupção da Gravidez por opção da mulher por tipo de encaminhamento e tipo de instituição em Portugal, 2015. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

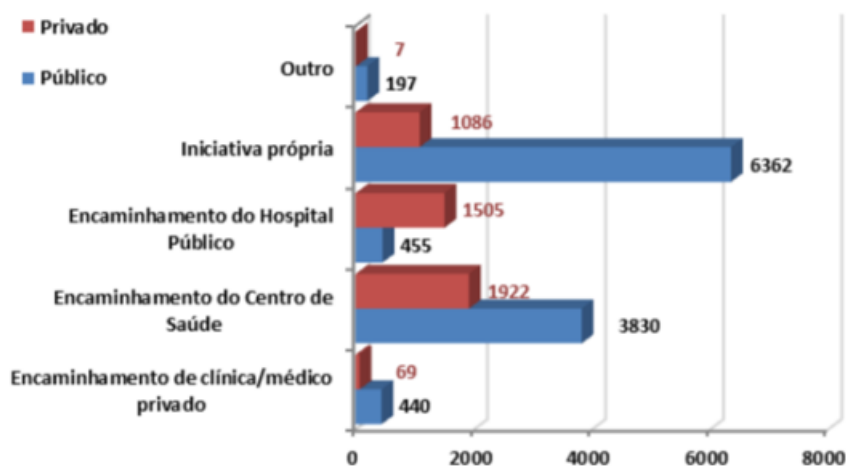


Gráfico 3. Interrupção da Gravidez por opção da mulher por tipo de encaminhamento e tipo de instituição em Portugal, 2015. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

A notificação minuciosa do tipo de interrupção, além do mapeamento da rede de referência e contrarreferência são de suma importância para as estratégias de saúde sexual e reprodutiva, capilaridade das ações em aconselhamento e podem ser utilizadas como recurso para abordagens em prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e aids.

Em relação a outros indicadores de Saúde Geral do País, não ficou clara a contribuição numérica e estatística relativa à Saúde Privada.

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

Dados da Direção Geral de Saúde apontam para a aids como 9ª causa de anos de vida potencialmente perdidos em Portugal. Desde o primeiro caso notificado, em 1983, até 2014, foram registrados 53.072 casos de infecção por HIV no país.

Desde 2013 há uma tendência de decréscimo nos indicadores de incidência, prevalência (de HIV e aids) e óbitos, que havia sido verificada de forma tênue no período de 2008 – 2013.

Segundo os gestores, considerando-se o ano-base em que foram projetadas as metas para 2016, a meta HIV foi alcançada; a meta aids está a 75% do objetivo definido e a meta *óbitos* já tem mais de 50% da meta cumprida⁴⁶⁷.

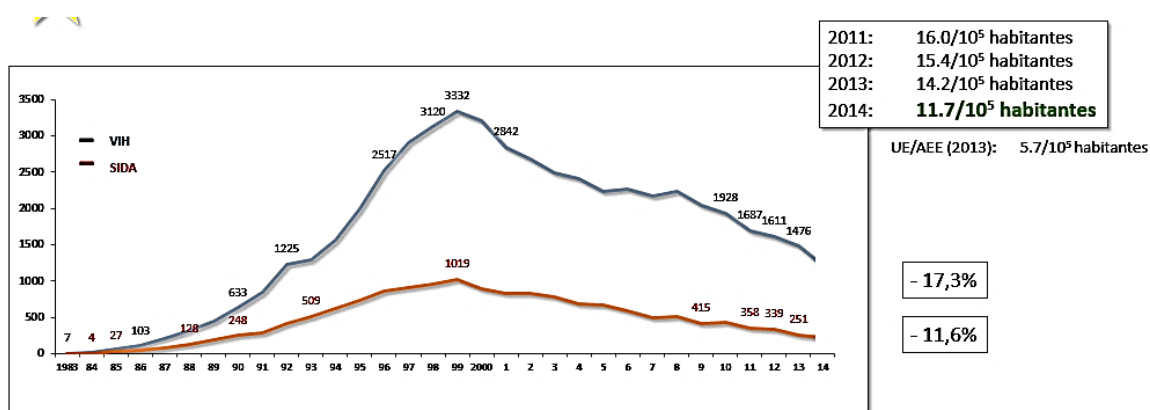


Gráfico 4. Novos casos de HIV e aids por ano diagnóstico em Portugal, 1983 -2014. Fonte: DGS, 2016.

4.1. Dados Epidemiológicos de HIV e aids em Portugal

A epidemia portuguesa do HIV é do tipo concentrado, isto é, a prevalência na população geral é inferior a 1% (0,6%), caracterizada por conter os dois tipos de vírus, HIV-1 e HIV-2.

A epidemia de HIV tem como característica em Portugal ser transmitida em mais de 90% por via sexual (92,3%). A transmissão heterossexual é estimada em 60,5% a 62%, seguido de transmissão entre homens que fazem sexo com homens (31,8% - 29%). Do total de casos em seguimento, 3,6% eram portadores de infecção pelo HIV-2, uma proporção que é considerada elevada no contexto europeu.

	Masculino	Feminino	Hetero	HSB	UDI	MF	VIH-1	VIH-2	VIH-1+2	NR
N	21006	9950	16986	5634	7360	214	29804	953	157	42
%	67,9	32,1	54,9	18,2	23,8	0,7	96,3	3,1	0,5	0,1

Figura 15. Distribuição dos casos de infecção por HIV em seguimento ambulatorial hospitalar e constantes no SI.VIDA, por sexo, categoria de transmissão e tipo de HIV em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

⁴⁶⁷ DGS, 2016.

Atinge sobretudo populações com comportamentos que determinam especial vulnerabilidade, a saber, Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), cuja prevalência já ficou acima dos 10% durante muitos anos, profissionais do sexo (8,9%), Homens que fazem sexo com Homens (7,7% - 10,2%) e pessoas em situação prisional, com prevalência superior a 5%.

Em relação às categorias de transmissão, a epidemia de HIV em Portugal tem o seguinte perfil:

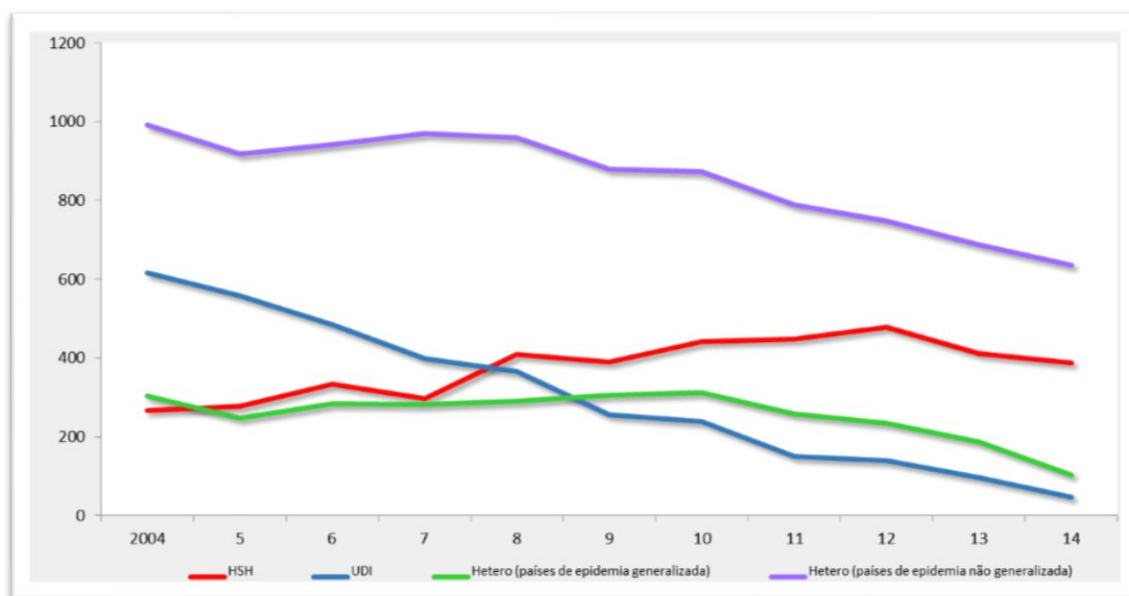


Gráfico 5. Infecção por HIV: principais categorias de transmissão em Portugal (2014). Fonte: DGS, 2016.

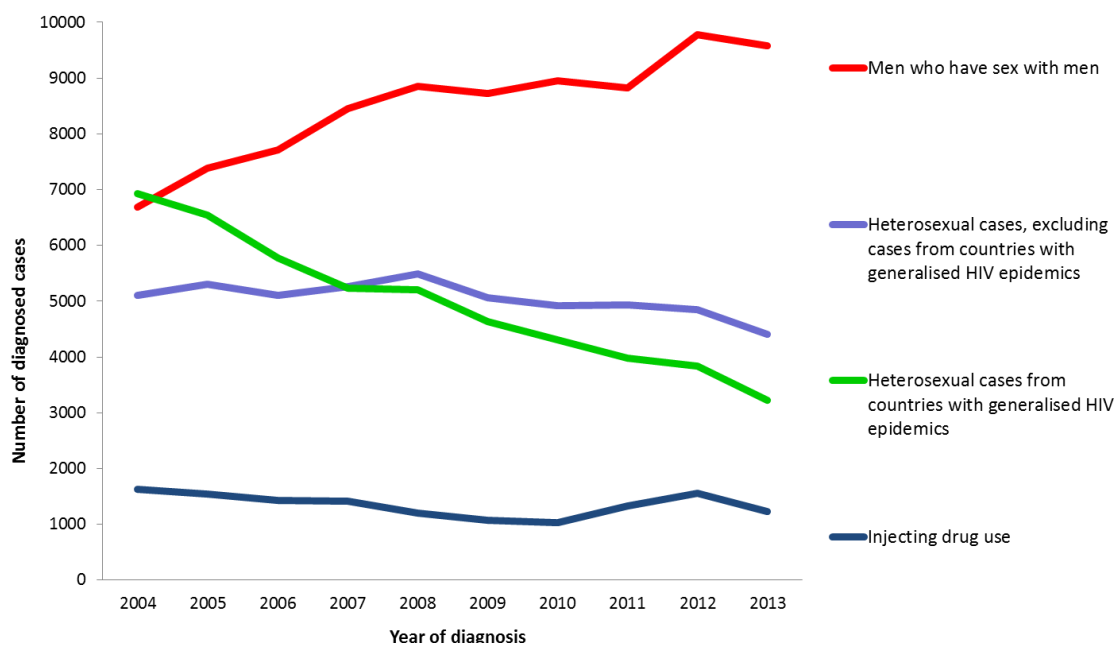


Gráfico 6. Infecção por HIV: principais categorias de transmissão na União Europeia (2014). Fonte: DGS, 2016.

Quando se avalia a categoria de transmissão do HIV ao longo do tempo, vê-se a tendência clara do aumento na categoria de Homens que fazem Sexo com Homens e a redução drástica da categoria Usuário de Drogas Injetáveis:

INFEÇÃO POR VIH									
Categoria de Transmissão									
Ano	Homens que fazem sexo com homens (HSH)		Utilizador de drogas injetáveis (UDI)		Heterossexual		Mãe/Filho		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2000	258	8,0	1591	49,5	1260	39,2	14	0,4	3214
2001	261	9,2	1191	41,9	1281	45,1	17	0,6	2842
2002	267	10,0	929	34,7	1396	52,1	33	1,2	2681
2003	302	12,1	780	31,4	1312	52,8	26	1,0	2486
2004	268	11,1	617	25,6	1296	53,8	23	1,0	2411
2005	277	12,4	588	26,4	1166	52,3	9	0,4	2231
2006	333	14,7	485	21,4	1227	54,2	12	0,5	2263
2007	297	13,7	398	18,3	1251	57,6	17	0,8	2171
2008	409	18,3	367	16,4	1249	55,8	15	0,7	2239
2009	389	19,1	256	12,6	1184	58,1	15	0,7	2037
2010	442	22,9	240	12,4	1185	61,5	17	0,9	1928
2011	448	26,6	150	8,9	1047	62,1	9	0,5	1687
2012	478	29,7	140	8,7	982	61,0	5	0,3	1611
2013	411	27,8	97	6,6	876	59,3	10	0,7	1476
2014	388	31,8	48	3,9	738	60,5	9	0,7	1220

Figura 16. Distribuição dos casos de infecção por HIV por ano de diagnóstico e em categorias de transmissão selecionadas em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2016.

Na década 2004 – 2014, houve aumento na transmissão entre HSH, na ordem de 44,8%, enquanto entre Usuários de Drogas Injetáveis houve um decréscimo significativo, -92,2%, permanecendo a taxa de transmissão abaixo de 3,9% - provável reflexo direto da implementação e efetivação das políticas de Redução de Danos no País.

Incidência e Prevalência

A incidência do HIV em Portugal é de 11,7/100.000 habitantes⁴⁶⁸.

Durante algumas décadas, houve uma tendência crescente na frequência de novos casos de infecção pelo HIV em Portugal, especialmente desde o ano 2000, e que atingiu o máximo em 2010 (26,4%).

A partir de então, com incremento na resposta nacional, houve decréscimo progressivo, correspondendo a 17,1% em 2014.

⁴⁶⁸ DGS, 2016 - 14,2/ 100.000 em 2013.

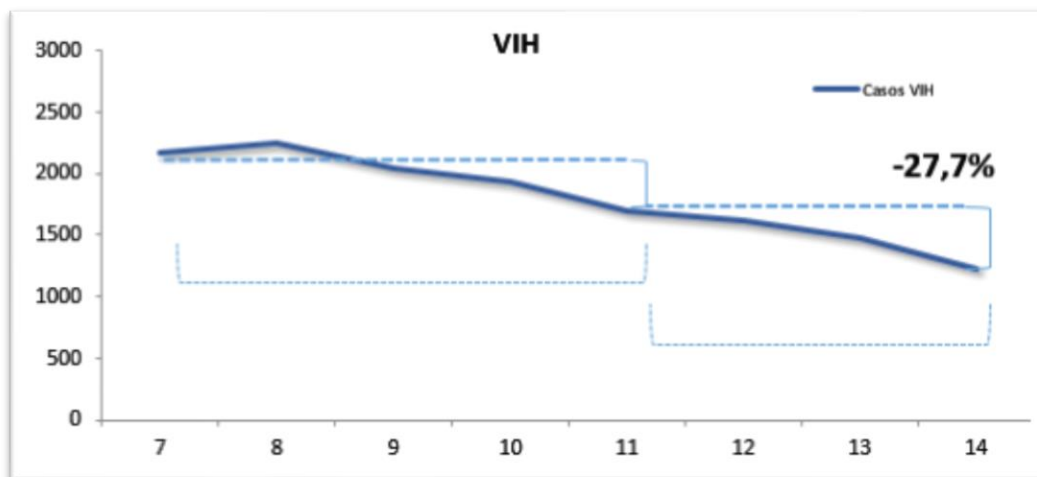


Gráfico 7. Incidência de HIV em Portugal de 2007 a 2014. Fonte: DGS, 2016.

A taxa de incidência de aids em Portugal situa-se em 2,1/100.000 habitantes. O primeiro caso de aids em Portugal foi notificado em 1983, e até 2015 foram diagnosticados **53.072** casos, sendo 38.369 em homens e 14.693 mulheres⁴⁶⁹.

Destes 53.072: 36% entre jovens dos 15-29 anos, 49% diagnósticos tardios e 18,3% em fase de aids.

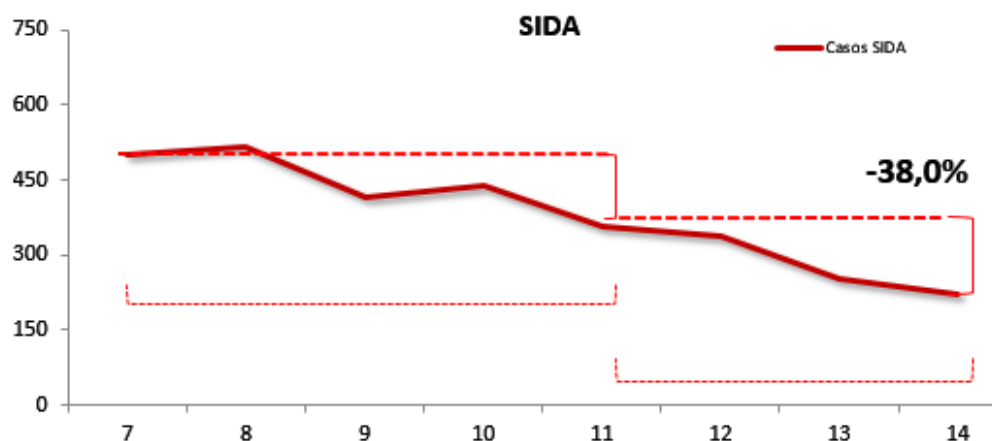


Gráfico 8. Incidência de aids em Portugal, 2007 a 2014. Fonte: DGS, 2016.

A questão do diagnóstico tardio é uma preocupação importante em Portugal, como será apresentado no tópico “Morbidade” no presente documento. Considerando-se que a principal estratégia para detecção precoce de casos seja pela testagem na gestação, as mulheres estão prioritariamente sendo testadas e tratadas.

⁴⁶⁹ PORTUGAL, Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números 2015: página 10. Dos casos, 10 não referidos (sic).

Porém, com os homens essa detecção não acontece e são muitos os casos em que o diagnóstico é feito e o paciente já apresenta resistência a determinada linha de tratamento, ou ainda, polii infecção com comorbidades, dificultando a escolha terapêutica.

A distribuição dos casos de infecção por HIV por grupo etário em 2014 era a seguinte:

CASOS DE INFEÇÃO POR VIH, POR GRUPO ETÁRIO, GÉNERO E TOTAL ACUMULADO (2014)				
Grupo Etário	Sexo		Total	% (Grupo Etário/Total)
	Masculino	Feminino		
0 -11 Meses	2	1	3	0,2
1 - 4 Anos	0	2	2	0,2
5 - 9 Anos	1	1	2	0,2
10 - 12 Anos	1	1	2	0,2
13 - 14 Anos	0	0	0	0,0
15 - 19 Anos	19	12	31	2,5
20 - 24 Anos	84	28	112	9,2
25 - 29 Anos	118	29	147	12,0
30 - 34 Anos	114	50	164	13,4
35 - 39 Anos	130	35	165	13,5
40 - 44 Anos	111	44	155	12,7
45 - 49 Anos	86	40	126	10,3
50 - 54 Anos	68	29	97	8,0
55 - 59 Anos	48	33	81	6,6
60 - 64 Anos	31	20	51	4,2
65 - 69 Anos	29	12	41	3,4
70 - 74 Anos	14	5	19	1,6
75 - 79 Anos	13	2	15	1,2
≥ 80 Anos	7	0	7	0,6
Total	876	344	1220	100,0

Figura 17. Distribuição dos casos de infecção por HIV por grupo etário, número de casos e % e por sexo em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Considera-se a proporção de comorbidades como inferior nos novos casos, quando comparada com o conjunto dos doentes em seguimento, o que se enquadra nas características demográficas: população mais jovem e como características clínicas menos tempo de evolução de doença e diagnóstico mais precoce desta população⁴⁷⁰.

Pode-se observar no gráfico abaixo que 25,6% das infecções ocorra entre pessoas com idade igual ou superior a 50 anos e quase 7% entre pessoas com mais de 65 anos, destaca-se os novos planeamentos estratégicos em relação a esse grupo etário, pois *essa é a população que menos realiza testes e que menos utiliza preservativos.(...) É uma população que em geral já está no serviço de saúde, por conta de doenças crônicas como diabetes, etc., mas não são testadas.(...) A questão do teste para HIV não está integrada aos cuidados de saúde básicos para a população acima de 50 anos em Portugal*⁴⁷¹.

⁴⁷⁰ DGS, 2015.

⁴⁷¹ Trechos de entrevistas realizadas com gestores e profissionais de saúde em Lisboa, abril de 2016.

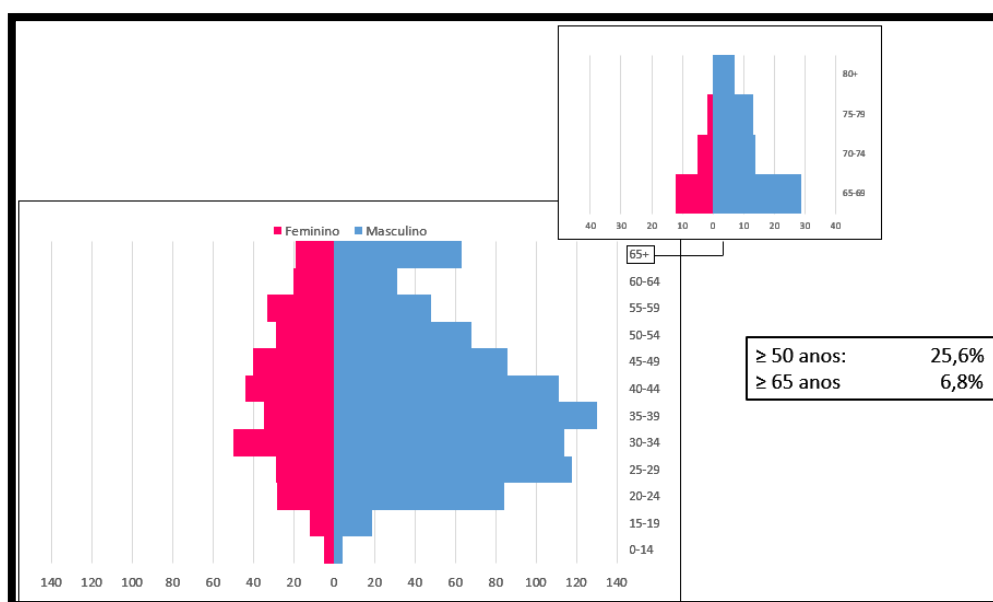


Gráfico 9. Distribuição dos novos casos de aids por grupos etários e por sexo em Portugal, 2014. Fonte: DGS, 2016.

Em relação aos *casos de aids/100.000 habitantes*, Portugal apresenta uma taxa de **2,1%**. Entre 2013 a 2015, houve um decréscimo de 17,3% no número de casos novos. A proporção homem-mulher sofreu variações ao longo do tempo, como no quadro a seguir:

Ano	Total casos	Sexo			Feminino/ Masculino %
		Masculino	Feminino	"Não referido"	
1983	7	5	2		40,0
1984	11	9	2		22,2
1985	56	51	5		9,8
1986	103	87	16		18,4
1987	200	163	36	1	18,4
1988	324	264	60		22,7
1989	448	376	72		19,1
1990	633	516	117		22,7
1991	844	663	181		27,3
1992	1225	979	244	2	24,9
1993	1298	1024	274		26,8
1994	1560	1212	347	1	28,6
1995	1997	1537	459	1	29,9
1996	2517	1895	622		32,8
1997	2900	2245	655		29,2
1998	3120	2332	787	1	33,7
1999	3332	2544	788		31,0
2000	3214	2382	831	1	34,9
2001	2842	2008	833	1	41,5
2002	2681	1840	840	1	45,7
2003	2486	1714	771	1	45,0
2004	2411	1601	810		50,6
2005	2231	1539	692		45,0
2006	2263	1518	745		49,1
2007	2171	1445	726		50,2
2008	2239	1529	710		46,4
2009	2037	1377	660		47,9
2010	1928	1292	636		49,2
2011	1687	1171	516		44,1
2012	1611	1133	478		42,2
2013	1476	1042	434		41,7
2014	1220	876	344		39,3
Total	53072	38369	14693	10	38,3

Figura 18. Distribuição dos casos de infecção pelo HIV, por ano diagnóstico, gênero e relação feminino/masculino em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em relação à distribuição geográfica, em 2014, Lisboa apresentava 5% da população nacional, a área metropolitana 20%, e quando se passa para novos casos da infecção HIV, Lisboa tem 14% de novos casos. Nos Heterossexuais tem 9%; nos HSH são 1/4 dos casos e nos UD 15%.

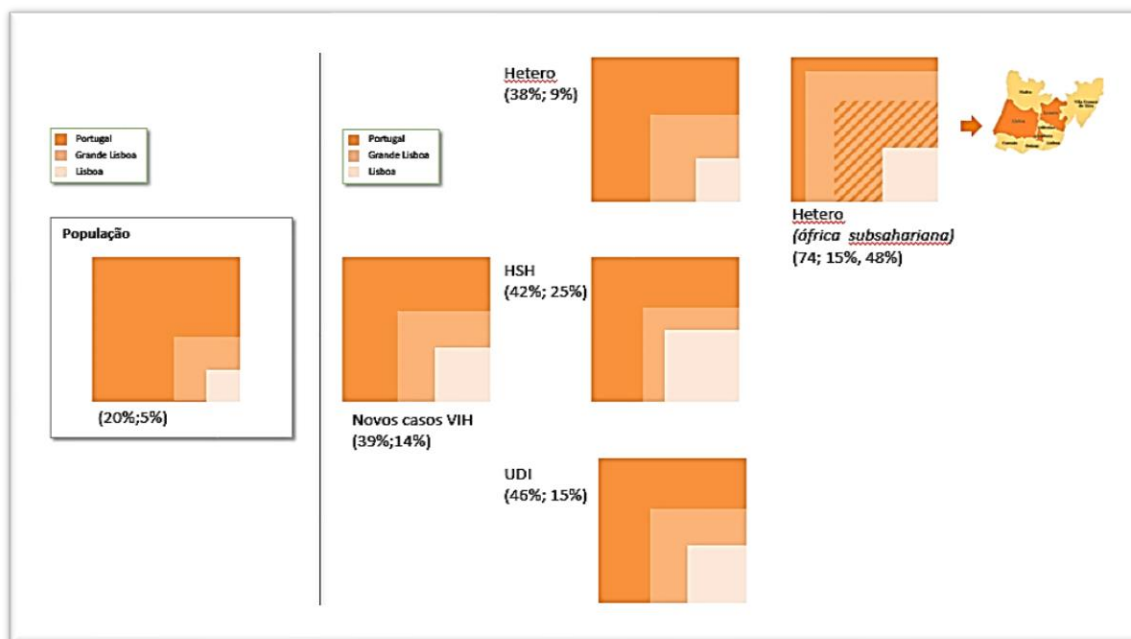


Figura 19. Infecção por HIV em 2014: Portugal, Grande Lisboa e Lisboa. Fonte: DGS, 2016.

No ano de 2014, cerca de 68,5% dos casos notificados de HIV e Aids em Portugal ocorreram na área de Lisboa e Porto e no Algarve. Há uma persistente assimetria na distribuição geográfica da infecção por HIV.

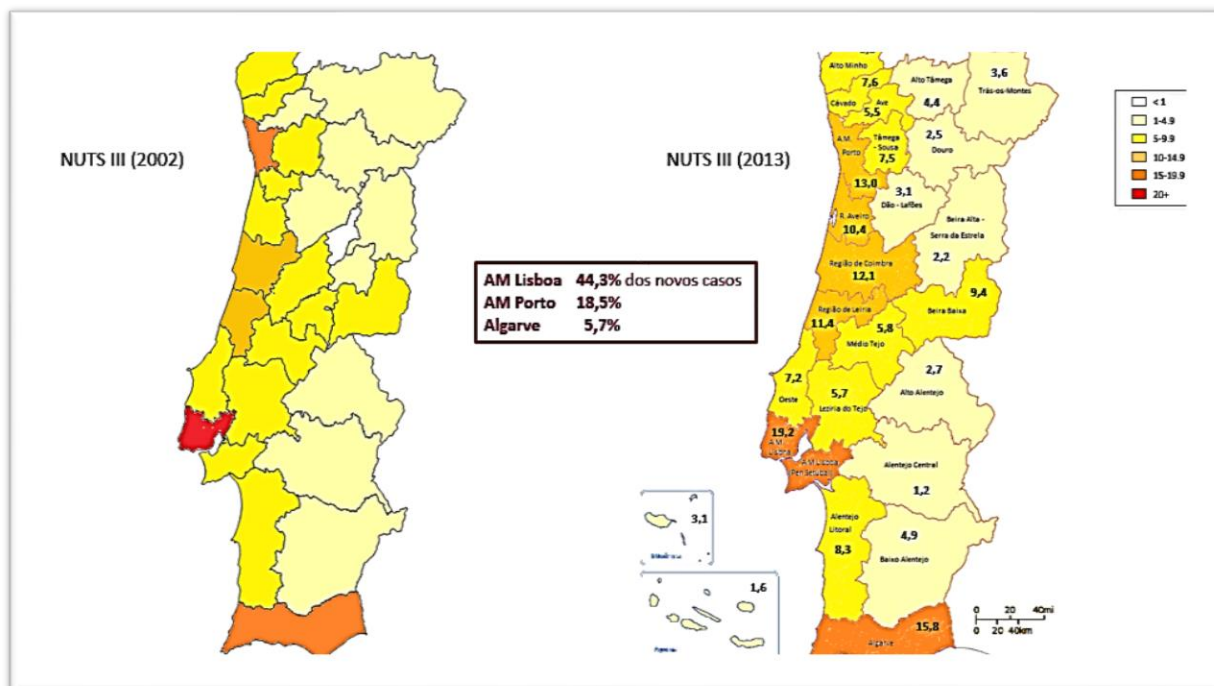


Figura 20. Infecção por HIV: taxa de incidência e distribuição geográfica em Portugal, 2002-2013. Fonte: DGS, 2016. NUTS = Nomenclatura das Unidades Territoriais de Saúde – Divisão Administrativa.

	NUTS III (versão 2013)	Nº novos casos	/10 ⁵ habitantes
1	Alto Minho	12	5,0
2	Cávado	31	7,6
3	Ave	23	5,5
4	Área Metropolitana do Porto	226	13,0
5	Alto Tâmega	4	4,4
6	Tâmega e Sousa	32	7,5
7	Douro	5	2,5
8	Terras de Trás-os-Montes	4	3,6
9	Oeste	26	7,2
10	Região de Aveiro	38	10,4
11	Região de Coimbra	54	12,1
12	Região de Leiria	33	11,4
13	Viseu Dão Lafões	8	3,1
14	Beira Baixa	8	9,4
15	Médio Tejo	14	5,8
16	Beiras e Serra da Estrela	5	2,2
17	Área Metropolitana de Lisboa	540	19,2
18	Alentejo Litoral	8	8,3
19	Baixo Alentejo	6	4,9
20	Lezíria do Tejo	14	5,7
21	Alto Alentejo	3	2,7
22	Alentejo Central	2	1,2
23	Algarve	70	15,8
24	Região Autónoma dos Açores	4	1,6
25	Região Autónoma da Madeira	8	3,1
	NR	42	-
	Total	1220	11,7

Figura 21. Número de novos casos notificados de infecção por HIV em 2014 e a respectiva taxa de incidência, por local de residência e de acordo com a NUTS III (versão 2013). Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

A questão dos imigrantes em Portugal

Grande parte do total dos novos casos notificados ocorre em imigrantes, em particular da África subsaariana e América Latina. Em 2013, 21% dos novos casos notificados de infecção pelo HIV ocorreram em populações migrantes, e em 2014, **17,1%**.

Origem dos novos casos*	Nº	%	
Nacionais	940	82,9	
Imigrantes	161	17,1	
Região de origem dos imigrantes	África Subsaariana	108	67,1
	América Latina	37	23,0
	União Europeia	10	6,2
	Europa de Leste	5	3,1
	Outros	1	0,6
Total	1101	100	

Figura 22. Novos casos notificados de aids em imigrantes, por região de origem e proporção dos casos notificados em imigrantes no total de casos notificados em pessoas com nacionalidade conhecida em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

O Programa Nacional defende a necessidade de uma estratégia nacional específica, tendo em vista os objetivos de prevenção, diagnóstico, acesso aos cuidados de saúde e tratamento para essas populações de imigrantes.

O grupo de imigrantes compreende pessoas que vem da África subsaariana de língua portuguesa, em que o modo de transmissão prioritariamente heterossexual, do Brasil, prioritariamente homens que fazem sexo com homens, sendo esta a segunda grande “fonte” dentro da população de imigrantes em Portugal.

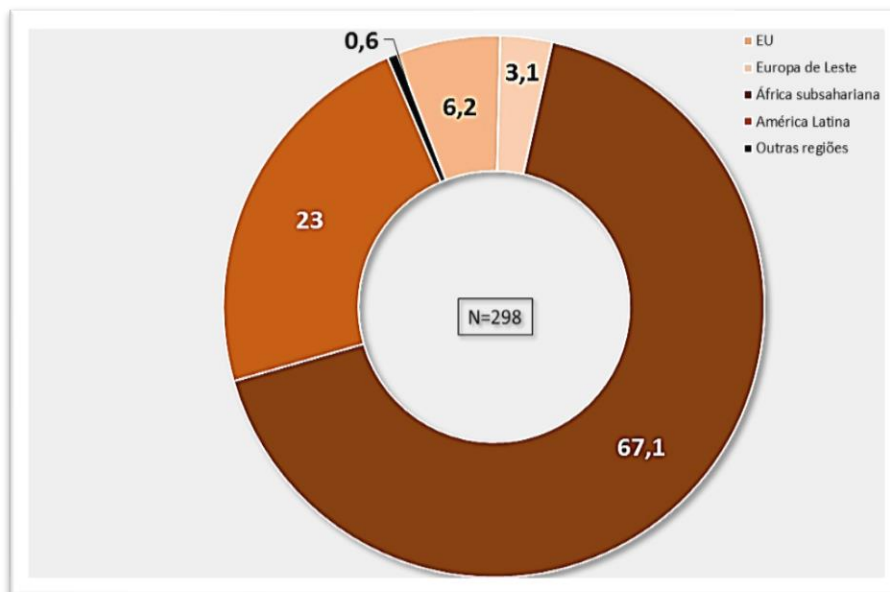


Figura 23 . HIV e as populações migrantes em Portugal, 2013. Fonte: DGS, 2016.

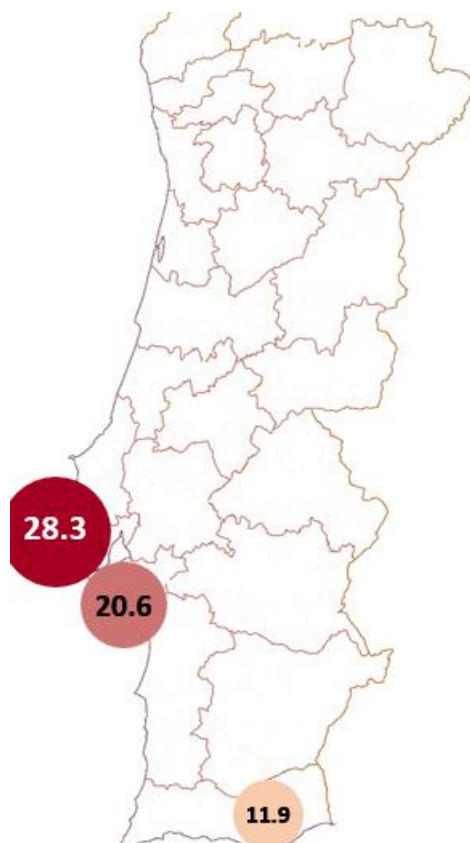


Figura 24. Distribuição geográfica dos casos de HIV e aids entre imigrantes em Portugal, 2015. Fonte: DGS, 2016.

Segundo dados disponíveis, a Resposta Nacional à Epidemia - do ponto de vista dos projetos - tem em 2016 como foco a população de imigrantes. Em termos epidemiológicos, é a população que está mais vulnerável ao HIV e outros agravos de saúde.

Algumas das ações preconizadas são a realização de testes rápidos em comunidades novas, encaminhamentos dos soropositivos para consulta integral nos serviços de saúde pública, legalização da condição civil e apoio socioeconômico. Na época da visita ao campo⁴⁷², estava sendo desenvolvido pelo setor de Prevenção uma série de folhetos dirigidos a imigrantes, com preocupações relacionadas a conteúdo, imagem, sendo um material também dirigido aos imigrantes irregulares.

Para os residentes em Portugal, o tratamento completo é gratuito; a legislação permite que as pessoas, independentemente de sua situação jurídica, tenham acesso à medicação para aids, tuberculose, insumos e orientações sobre planejamento familiar. Para os chamados “irregulares”, a legislação não é tão clara, fala na eventualidade de pagamento, que tem que se articular com o sistema central de saúde, que vai definir quem paga, quem não paga, de acordo com as condições da pessoa...⁴⁷³.

Em termos de Acolhimento e Tratamento, há preocupações específicas quanto às várias formas de acompanhar os imigrantes que se dirigem aos serviços de saúde e a resposta que é dada pelos profissionais de saúde. Quase 20% das mulheres que optam pela interrupção da gravidez são imigrantes, como mostram as figuras abaixo:

Nacionalidade	Nº IG	%
Portuguesa	12942	81,53%
Outra	2928	18,45%
Cabo-Verdiana	620	3,91%
Brasileira	441	2,78%
Angolana	348	2,19%
Guineense	189	1,19%
Santomense	164	1,03%
Romena	122	0,77%
Ucraniana	122	0,77%
Chinesa	101	0,64%
Nepalesa	72	0,45%
Moldava	62	0,39%
Moçambicana	53	0,33%
Outras	634	3,99%
Desconhecida	3	0,02%
Total	15873	100%

Figura 25. Interrupção da Gravidez por opção da mulher por nacionalidade da paciente, Portugal, 2014. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

População local e imigrantes tem direito a uma completa assistência em todas as áreas da saúde, em especial para as questões de saúde sexual e reprodutiva, com atendimento médico, disponibilização de insumos de prevenção e medicamentos.

⁴⁷² Abril de 2016.

⁴⁷³ Trecho de entrevista com gestor e profissional de saúde, Lisboa, abril de 2016.

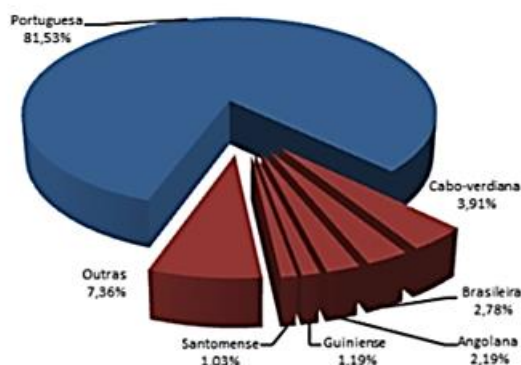


Gráfico 10. Interrupção da Gravidez por opção da mulher por nacionalidade da paciente, Portugal, 2014. Fonte: Relatório dos registos das interrupções da gravidez, Ministério da Saúde, 2015.

A Interrupção de gravidez em mulheres de nacionalidade estrangeira voltou a aumentar em 2015 (16% em 2013, 17,2% em 2014 e 18,5% em 2015). As barreiras ao acesso das mulheres estrangeiras aos cuidados de saúde podem incluir a educação, as diferenças culturais, as dificuldades de linguagem, a falta de conhecimento sobre o funcionamento dos serviços de saúde no geral e de saúde reprodutiva em particular.

É importante salvaguardar os princípios que decorrem da lei e de normativos da DGS onde está expresso que *“O acesso a essas consultas deve ser garantido, em igualdade de circunstâncias, às imigrantes, independentemente do seu estatuto legal”*.

O acesso universal a consultas e métodos contraceptivos constitui uma forma privilegiada de diminuir as gravidezes indesejadas. Há distribuição gratuita de métodos contraceptivos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), que facilita o acesso das mulheres à contraceção, e permite reduzir o número de gravidezes indesejadas.

Há uma lista nacional de contraceptivos para disponibilização gratuita no SNS, que tem sido progressivamente ampliada, no sentido de assegurar a diversidade de métodos, permitir uma escolha adaptada a um maior número de mulheres e garantir a liberdade de escolha da mulher e uma maior adesão à terapêutica⁴⁷⁴.

Eventualmente pode haver negativa de atendimento aos chamados “irregulares”, decorrente de má informação de alguns profissionais da saúde, em especial dos setores administrativos, quer pelo desconhecimento da legislação, pelo fato de alguns pacientes não terem residência fixa, não terem inscrição formal no sistema, poderiam ter mais dificuldade para serem atendidos.

De qualquer forma, o acesso é garantido: *ter recusa não é uma prática que estamos habituados...*⁴⁷⁵

⁴⁷⁴ Tal como expresso na Orientação da DGS nº 10 de 29.10.2015 – “Disponibilidade de Métodos Contraceptivos”.

⁴⁷⁵ Trecho de entrevista com gestor e profissional de saúde, Lisboa, abril de 2016.

É consensual que o enfrentamento da epidemia de HIV e aids em Portugal passa por questões sérias de imigração, adoção de práticas preventivas em saúde geral, protocolo para parto e amamentação e dificuldades de acesso que vão desde a compreensão da linguagem até a legalização cível das cidadãs imigrantes no País.

Nesse sentido, o papel das Organizações Não-Governamentais e suas articulações com os setores jurídicos do país é intenso e faz valer a legislação para todos os cidadãos, independentemente de cultura, crença religiosa, etnia, e prestando atendimento clínico, laboratorial e medicamentoso a todas as pessoas infectadas pelo HIV e aids no país.

Morbidade e Mortalidade: HIV e aids

Do total de 30.956 casos de aids em seguimento, 3,4% eram portadores de infeção pelo HIV-2, uma proporção que se mantém elevada no contexto europeu.

O SI.VIDA reporta ainda o registo de 338 óbitos, 25 dos quais em pessoas a quem o diagnóstico de infeção por HIV foi efetuado neste mesmo ano⁴⁷⁶.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes saídos*	4444	4448	4431	4438	4215	4300
Dias Internamento	76558	73726	70555	68264	61976	61524
Demora Média	17,23	16,58	15,92	15,38	14,70	14,31
Day Cases	119	205	292	353	435	674
Demora Média sem DC	17,7	17,38	17,05	16,71	16,40	16,97
Casos Ambulatório	23	76	95	136	142	122
Óbitos	586	564	511	461	431	382

Figura 26. Caracterização da morbilidade relacionada a aids em Portugal Continental de 2009 a 2014.
Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em 2014, o número de internações inverteu a tendência de decréscimo verificada no ano anterior, tendo registado um ligeiro acréscimo (+2%), embora o número de dias de internação tenha sido inferior (-0,7%), tal como a letalidade intra-hospitalar (-11,4%).

A leitura da informação disponível permite aos gestores a conclusão que o aumento do número de internações hospitalares nas pessoas infectadas por HIV não significa um maior número de indivíduos internados mas traduz, sobretudo, o maior número de segundos episódios de internamento, mesmo que, como foi afirmado anteriormente, com menor letalidade hospitalar, em relação a anos anteriores.

⁴⁷⁶ DGS, 2015.

	Episódios de internamento			Indivíduos internados			Indivíduos com 1 internamento			Indivíduos > 1 internamento			2.ºs episódios			%2.ºs episódios			Óbitos			Letalidade de internamento hospitalar (%)		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
P. Cont.	4302	4073	4178	2891	2829	2766	2123	2169	2135	768	660	631	1411	1244	1412	32,8	30,5	33,8	461	431	382	16	15,2	13,8
Norte	1105	1100	1119	742	686	677	569	529	517	173	157	160	363	414	442	32,9	37,6	39,5	108	98	79	14,6	14,3	11,7
Centro	478	411	393	320	281	283	226	209	215	94	72	68	158	130	110	33,1	31,6	28,0	43	31	29	13,4	11,0	10,2
LVT	2.420	2.258	2.452	1.633	1.655	1.652	1.195	1.279	1.281	438	376	371	787	603	800	32,5	26,7	32,6	276	267	250	16,9	16,1	15,1
Alent.	51	48	42	43	40	35	37	35	31	6	5	4	8	8	7	15,7	16,7	16,7	7	8	8	16,3	20	22,9
Algarve	248	256	172	175	181	136	127	139	116	48	42	20	73	75	36	29,4	29,3	20,9	27	27	16	15,4	14,9	11,8

Figura 27. Episódios de internação associados a aids em Portugal Continental 2012-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Lisboa apresenta o maior número de casos em seguimento hospitalar (16,1%). No seu conjunto, na área metropolitana de Lisboa residem cerca de 50% do total de pessoas em seguimento ambulatório. Há um número ainda significativo de casos sem identificação de local de residência.

	Concelho	Total	%		Concelho	Total	%
1	Lisboa	4992	16,1	16	Maia	394	1,3
2	Sintra	2319	7,5	17	Braga	387	1,3
3	Porto	1800	5,8	18	Valongo	326	1,1
4	Cascais	1363	4,4	19	Vila Franca de Xira	311	1,0
5	Amadora	1333	4,3	20	Faro	265	0,9
6	Vila Nova de Gaia	1237	4,0	21	Santa Maria da Feira	259	0,8
7	Loures	1090	3,5	22	Olhão	257	0,8
8	Almada	1078	3,5	23	Loulé	236	0,8
9	Oeiras	933	3,0	24	Leiria	218	0,7
10	Matosinhos	873	2,8	25	Palmela	200	0,6
11	Seixal	777	2,5		Outros	6037	19,5
12	Setúbal	700	2,2		NR (concelho de residência)	1882	6,1
13	Gondomar	661	2,1		Total	30956	100,0
14	Odivelas	605	2,0				
15	Coimbra	423	1,4				

Figura 28. Distribuição dos casos de infecção por HIV em seguimento ambulatório hospitalar e constantes no SI.VIDA, por concelho de residência (25 concelhos com maior número de casos) em 2014, Portugal. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em termos de morbilidade relacionada à faixa etária, do início da epidemia em Portugal, 74,2% dos casos notificados ocorreram no grupo etário entre 20-44 anos, e 14,6% em pessoas acima dos 49 anos. Em 2014, a proporção de casos entre os 20-44 anos continuou a diminuir – e, simultaneamente, mais de 25% dos casos notificados ocorreram em pessoas com 50 anos ou mais de idade. Cerca de 6,8% dos casos ocorreram em pessoas com idade acima de 65 anos.

Grupo Etário	Total de casos	%
0 - 11 Meses	1	-
1 - 4 Anos	7	-
5 - 14 Anos	64	0,2
15 - 24 Anos	571	1,8
25 - 34 Anos	3397	11,0
35 - 44 Anos	10165	32,8
45 - 54 Anos	9701	31,3
55 - 64 Anos	4492	14,5
65 - 84 Anos	2501	8,1
≥ 85 Anos	57	0,2
Total	30956	99,9

Figura 29. Distribuição de casos de HIV em seguimento ambulatorial, constantes no SI.VIDA, por grupo etário em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Portugal realiza notificação dos diagnósticos tardios de aids, um dado epidemiológico da máxima relevância quando se pensa nas linhas de tratamento e possibilidades terapêuticas.

No gráfico abaixo, a percentagem de diagnósticos tardios em Portugal (triângulos vermelhos) em comparação à União Europeia (quadrado azul) nas diferentes categorias de transmissão do HIV. Cerca de 49,1% dos pacientes apresentam $CD_4 < 350$ mm³, o que é considerado clinicamente um diagnóstico tardio. Considera-se ainda que os 49,1% de diagnósticos tardios possam ser reduzidos com um reforço específico para testagem e utilização do teste rápido.

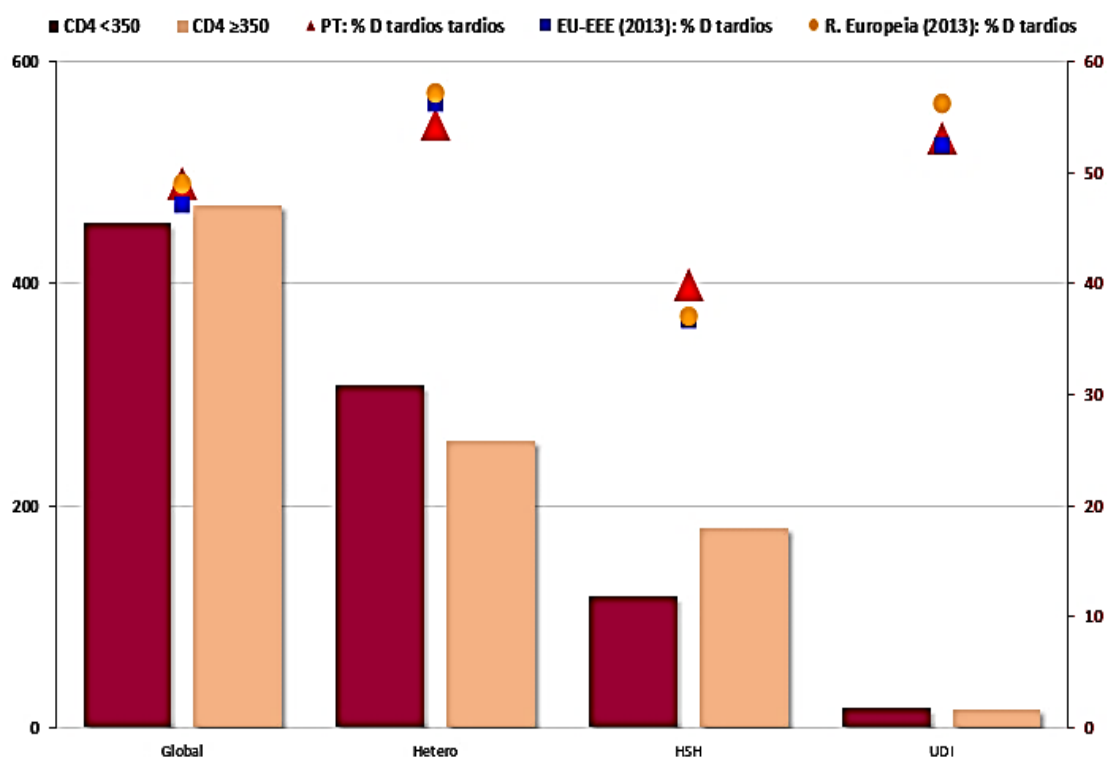


Figura 30. Diagnósticos tardios: global e por principais categorias de transmissão (2014). Fonte: DGS, 2016.

Segundo a Direção Nacional de Saúde, o número de internações registrou um ligeiro acréscimo, de 2% em relação a 2013. Houve redução do número de dias em internação (-0,7%) e letalidade intra-hospitalar (-11,4%). Foram 4.300 pacientes com alta hospitalar, com média de 14,31 dias em internação, 674 atendimentos em hospital-dia, 122 casos atendidos em ambulatório e 382 óbitos.

Mortalidade por aids em Portugal

A comparação dos óbitos por aids em Portugal em relação aos óbitos por todas as causas de morte está apresentada na figura abaixo:

		2009	2010	2011	2012	2013
Óbitos por todas as causas de morte	HM	104.434	105.954	102.848	107.612	106.545
	H	53.310	54.219	52.544	54.473	54.178
	M	51.124	51.734	50.301	53.139	52.366
Óbitos por doença pelo vírus da imunodeficiência humana	HM	657	638	557	501	457
	H	502	502	435	392	359
	M	155	136	122	109	98

Figura 31. Mortalidade por aids no total das causas de morte em Portugal, continente e ilhas, 2009-2013.

Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em relação ao ano de 2014, segundo a Direção Geral de Saúde, registraram-se 391 óbitos relacionados à infecção pelo HIV, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de **3,8/100.000** habitantes.

Ainda segundo a DGS, a queda nos óbitos entre 2007 e 2014 foi de 30,0%, como mostra o gráfico a seguir:

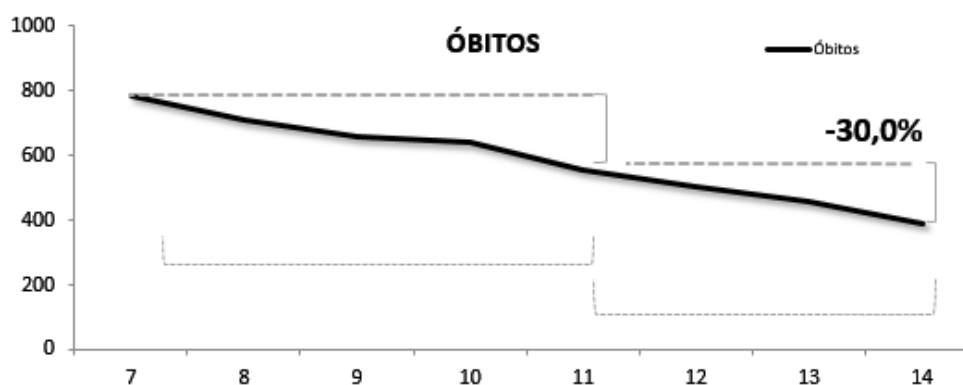


Gráfico 11. Óbitos relacionados a aids em Portugal, 2014. Fonte: DGS, 2016.

Pode-se inferir a mudança na dinâmica do adoecimento por aids, com maior complexidade clínica da população afetada, decorrente de fatores múltiplos - dentre os quais se pode-se mencionar a maior esperança de vida, o envelhecimento e a coexistência de patologia múltipla.

4.2. Testagem

A Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do HIV (CAD) apresenta em 2014 o total de 15.989 testes realizados, sendo destes 152 positivos⁴⁷⁷, nos 17 CAD em funcionamento.

Ano	N.º CAD em funcionamento	N.º Testes realizados	N.º Positivos	Proporção Testes Positivos
2010	18	23968	222	0,93
2011	18	19620	207	1,06
2012	17	18151	165	0,91
2013	17	16816	161	0,96
2014	17	15989	152	0,95

Figura 32. Número de testes rápidos de diagnóstico para o HIV em Portugal, 2010-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

A realização de testes rápidos de diagnóstico nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada em 2014, apresentou uma taxa de reatividade de 1:154 testes realizados – ou seja, a cada 154 testes realizados, um teve resultado positivo para HIV. Este valor sustenta a continuidade e ampliação desta medida, além das estratégias já implementadas em contextos de comunidade e nos CAD.

	N.º casos / ano diagnóstico	N.º casos identificados CAD	%
2007*	2003	223	11,1
2008*	2090	230	11,0
2009*	1901	219	11,5
2010*	1931	222	11,5
2011*	1688	208	12,3
2012*	1640	165	10,1
2013*	1476	161	10,9
2014	1220	152	12,5

Figura 33. Total de casos de infecção por HIV por ano de diagnóstico e proporção de casos diagnosticados nos Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do HIV em Portugal, 2007 – 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em Portugal, a implementação da testagem rápida teve início em 2004, em Algarve. Em 2007 já estava implementado de modo generalizado. São quatro marcas de testes rápidos que reúnem as especificações técnicas, como Vicckia, e testes de quarta geração já incluídos no catálogo do Ministério da Saúde, da Ler, Combo Agiv para HIV1-HIV2. (...) Já os testes de terceira geração pesquisam os anticorpos para os dois tipos de HIV, pois em Portugal, até pelo histórico com a África, há uma percentagem significativa de pessoas infectadas pelo HIV2. (...) A diferença dos testes da 4a. geração para os de 3a. é que, além dos anticorpos, também se verifica os antígenos T-24, o que permite fazer um diagnóstico muito mais preciso. (...) Alguns serviços que usam só 4a. geração, mas a relação custo-efetividade não é tão significativa para utilizar em todas as situações. Apenas primo-infecção, em determinados grupos que correm risco mais frequentemente, os grupos de maior vulnerabilidade, os de 3a. geração continuam a ser perfeitamente adequados⁴⁷⁸. Para aquisição, há um processo burocrático que passa pela formalização no catálogo de compras do Ministério da Saúde.

⁴⁷⁷ Proporção de 0,95%.

⁴⁷⁸ Trechos de entrevistas com gestores e profissionais de saúde, Lisboa, 2016.

4.3. Coinfecções mais prevalentes:

Em Portugal, além da notificação para HIV e aids, estão disponíveis dados fidedignos sobre as principais infecções relacionadas, como tuberculose, pneumocistose, sarcoma de Kaposi, linfoma não-Hodgkin e Hepatite C.

Em 2014, em relação às patologias selecionadas associadas à infeção por HIV, verificou-se uma diminuição do número de *internações* em relação às duas principais comorbidades associadas, tuberculose e pneumocistose. Porém, em relação à letalidade, foi verificado um acréscimo marcado na tuberculose, porém com diminuição nos casos de pneumocistose.

Quanto à Hepatite C, pela primeira vez, desde 2009, registou-se um acréscimo discreto no número de internações, embora com a menor taxa de letalidade.

Em comparação ao total de casos em seguimento no final de 2014, os novos casos apresentam menor proporção de coinfeção por Tuberculose e pelo Vírus da Hepatite C mas, simultaneamente, uma maior proporção de diagnósticos de Sífilis.

	Total	Coinfecções			Comorbidades		
		Tuberculose	Hepatite C	Sífilis	HTA	Diabetes	Insuficiência renal
N	30956	5327	3973	1351	1394	793	130
%	100	17,2	12,8	4,4	4,5	2,6	0,4

Figura 34. Distribuição dos casos de aids e respectivas coinfecções e comorbidades selecionadas em Portugal, 31.12.2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Considera-se a proporção de comorbidades como inferior nos novos casos, quando comparada com o conjunto dos doentes em seguimento.

a) Tuberculose

Em 2014 foram notificados 2.264 casos de tuberculose, dos quais 2.080 eram casos novos, ou seja, uma taxa de incidência de **20,0/100.000 habitantes**⁴⁷⁹.

Em 2013 foram 2403 casos – destes, 2203 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 23,0/100.000 habitantes e uma taxa de incidência de 21,1/100.000 habitantes⁴⁸⁰, ou seja, uma redução de cerca de 5% da taxa de notificação e de incidência entre 2013 e 2014, como mostram as figuras a seguir:

Ano	Nº de casos	Nº de casos novos	Taxa de Notificação	Taxa de incidência
2014	2.264	2.280	21,8/100.000	20,0/100.000
2013	2.403	2.203	23,0/100.000	21,1/100.000
Total	4.667	4.483		

Figura 35. Taxas de notificação e incidência de tuberculose em Portugal. Fonte: DGS, 2016.

⁴⁷⁹ Dados a 22 de setembro de 2015.

⁴⁸⁰ População residente em 2013 de 10.427.301 de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística.

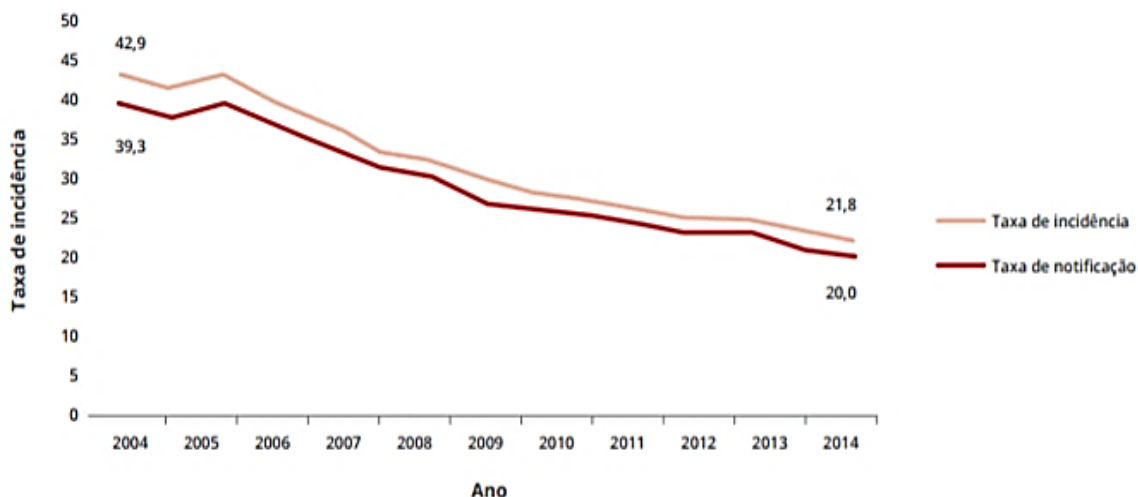


Gráfico 12. Taxa de notificação e incidência de tuberculose em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Ainda há necessidade de melhoria do rastreio dos pacientes HIV+ dentre os pacientes com tuberculose e vice-versa. Em relação às faixas etárias mais atingidas, a idade média geral foi de 48,5 anos; entre 35 aos 54 anos, o grupo mais prevalente (39,8% dos doentes). Cerca de 22,8% dos doentes tinham idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos de idade e 22% dos doentes tinha idade superior a 65 anos.

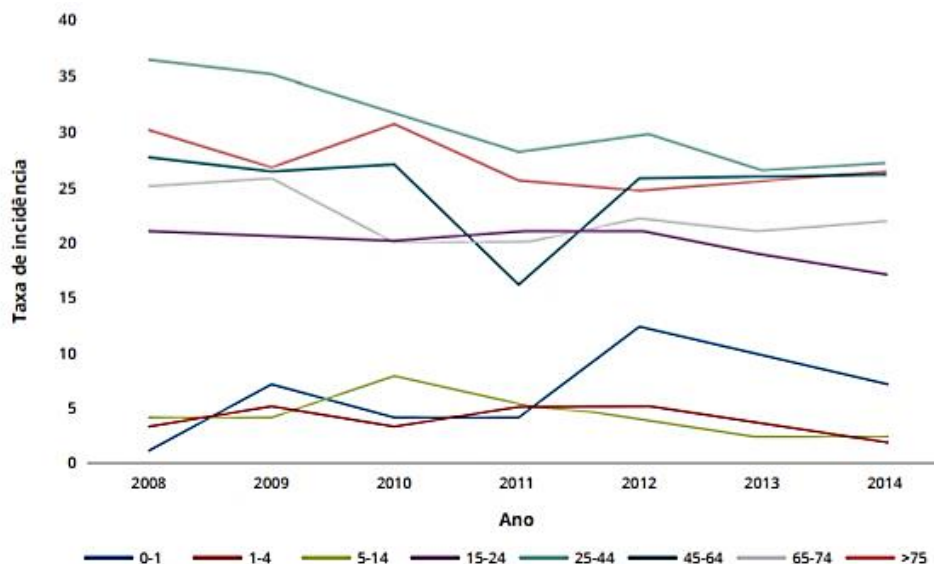


Gráfico 13. Taxa de incidência de tuberculose por faixa etária em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em relação ao gênero, cerca de 63,4% dos casos ocorreram em pessoas do sexo masculino.

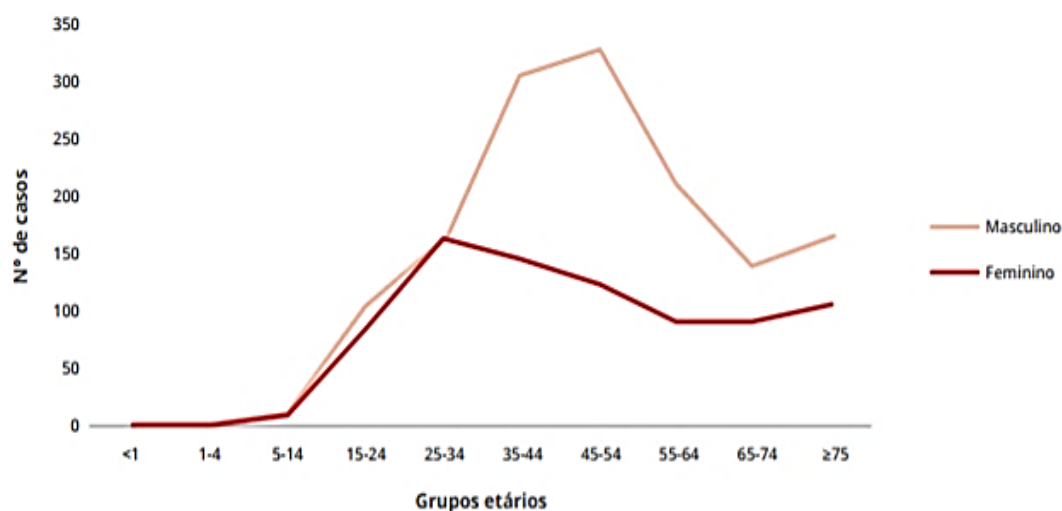


Gráfico 14. Casos de tuberculose notificados, distribuição por grupo etário e sexo em Portugal, 2014.
Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

As crianças com menos de 1 ano de idade (total de 6 crianças) representaram 1,1% dos doentes, e apresentaram uma diminuição da taxa de incidência de tuberculose em 2014, porém com valores superiores ao grupo etário de 1 a 4 anos. Eram crianças com nacionalidade portuguesa, três das quais identificadas no processo de testagem de um adulto doente.

	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Masculino	3	4	14	103	163	302	328	211	139	164
Feminino	3	4	11	86	164	146	124	90	93	107
Total	6	8	25	189	327	448	452	301	232	271

Figura 36. Casos de tuberculose notificados em Portugal, por grupo etário e sexo, 2014.
Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Quanto às formas de tuberculose mais prevalentes, a principal forma foi a pulmonar (71,3%); dos 1615 doentes com a forma pulmonar da doença, 746 (63,2%) tinham exames diretos de expectoração positivos, o que confere maior risco de transmissão da doença aos seus contactantes. Em 2013, 64,6% dos doentes com tuberculose pulmonar apresentavam exames diretos positivos das amostras respiratórias. Dos doentes com forma pulmonar da doença, 159 (9,8%) tiveram também formas extrapulmonares, sendo as mais frequentes a pleural e linfática extratorácica.

Génito-urinária N(%)	Linfática extratorácica N(%)	Linfática intratorácica N(%)	Pleural N(%)	Disseminada N(%)	Vertebral N(%)	Peritoneal ou Digestiva N(%)
32 (4,9%)	142 (21,9%)	39 (6,0%)	192 (29,6%)	30 (4,6%)	38 (5,9%)	23 (3,5%)

Figura 37. Casos de tuberculose extrapulmonar, 2014, Portugal. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em 2014, apenas 1174 (51,8%) casos de tuberculose foram confirmados por cultura, sendo que a proporção de confirmação foi maior quando se analisaram apenas os casos de tuberculose pulmonar – 1039 (64,3%) dos 1915 casos diagnosticados.

A proporção de casos confirmados tem diminuído, o que é considerado um fator negativo, pois pode colocar em risco a qualidade do tratamento prestado, dado que os doentes tratados apenas com base em critérios clínico-radiológicos podem estar a ser sujeitos a um tratamento que não necessitam ou, uma vez que o tratamento não é orientado por um teste de suscetibilidade a fármacos, podem estar sujeitos a um tratamento que não é adequado.

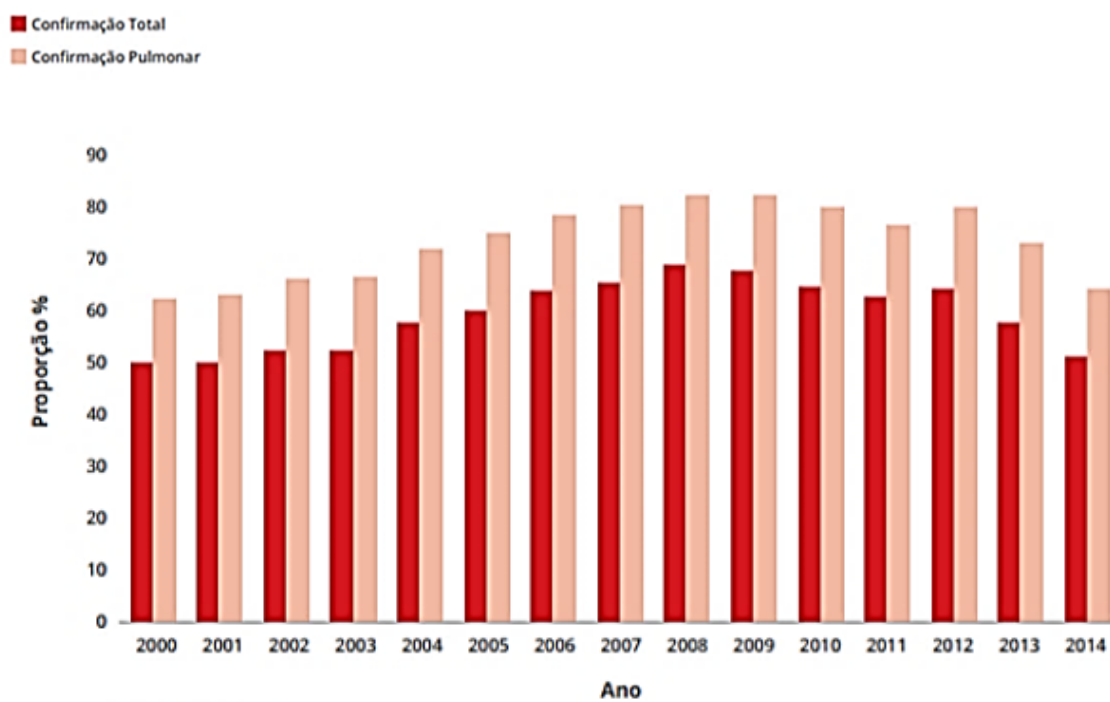


Gráfico 15. Proporção de casos de tuberculose confirmados por cultura em Portugal, 2000-2014.
Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Dos 1.174 casos de tuberculose confirmados, 955 completaram o tratamento, o que mostra uma taxa de adesão ou sucesso de 82,5%. Cerca de 2,5% (24 pacientes) interromperam o tratamento e 11% (105 pessoas) faleceram no decorrer do tratamento.

Em termos de distribuição geográfica, Porto, Lisboa, Setúbal e Algarve apresentaram incidência de tuberculose considerada intermediária, com número >20 casos/100000 e <50 casos/100000 habitantes.

Em 2014, ocorreram 224 casos de tuberculose na cidade de Lisboa (taxa de incidência de 44,0/100000 habitantes), 101 casos na cidade do Porto (taxa de incidência de 46,3/100000 habitantes).

Em relação ao diagnóstico e busca ativa de casos, a maior proporção de casos de doença (89,6%) foi detectado por rastreio passivo, sendo o rastreio de contactos responsável pela detecção de 4,6% dos casos.

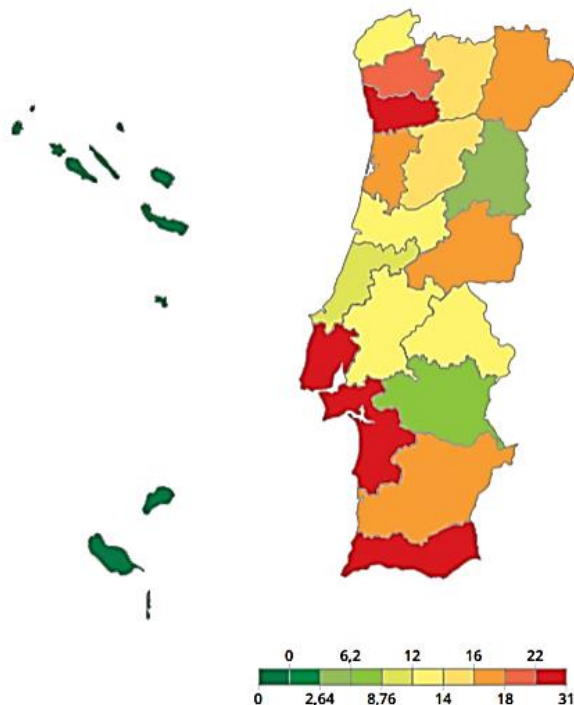


Figura 38. Taxa de incidência de tuberculose/100.000 pessoas por distrito em Portugal, 2014.
Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Cerca de 15,9% dos casos ocorreu em pessoas nascidas fora do país. Na sua grande maioria (79,2%), foram diagnosticadas com tuberculose após a permanência em Portugal por um período superior a 2 anos.

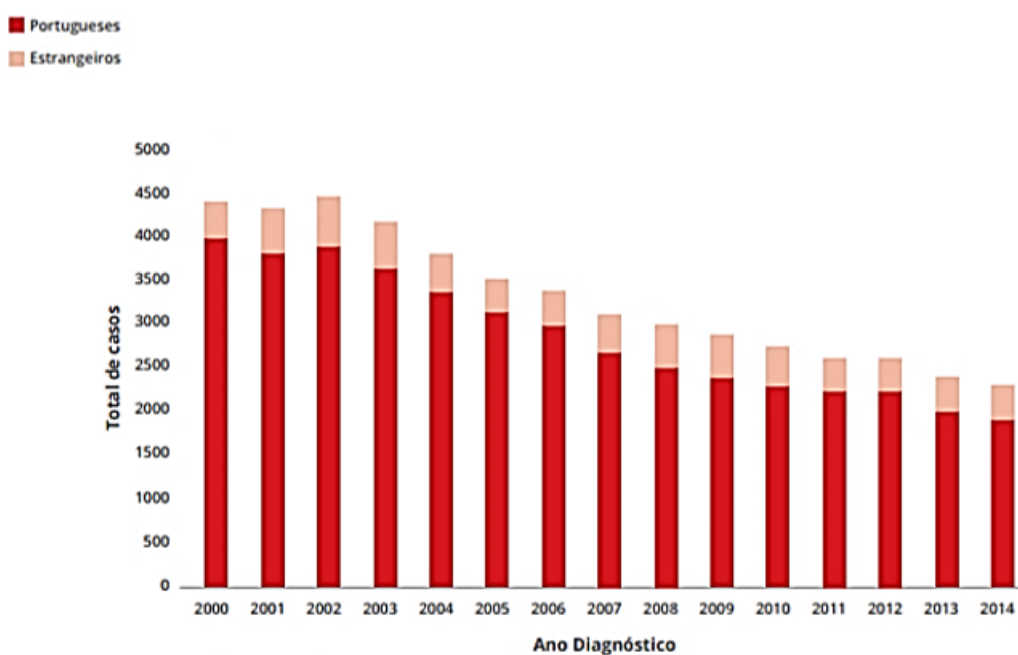


Gráfico 16. Distribuição dos casos de tuberculose notificados por país de origem em Portugal, 2000 – 2014.
Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Com o objetivo de estimar o risco relativo das comunidades estrangeiras e utilizando-se os dados oficiais dos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras relativos à essa população com títulos de residência ou com prorrogação de vistos de longa duração, estimou-se a taxa de incidência de TB na população estrangeira em 2014 em 95,4/100.000 habitantes, 4,8 vezes superior à incidência nacional.

Houve uma redução do número de casos diagnosticados em 2014, assim como uma redução do número de casos por ano de entrada, sendo que essa redução pode ser atribuída à redução geral do número de imigrantes.

Ano	Nº Imigrantes	Nº de casos de TB por ano de entrada ^a	Nº total de casos de TB diagnosticados ^b	Taxa de incidência
2008	422549	87	408	92,7
2009	436451	101	438	96,4
2010	427751	85	432	97
2011	419704	60	410	93,9
2012	403866	43	404	97,7
2013	401320	64	409	100,2
2014	377240	48	360	95,4

Figura 39. Taxa de incidência de tuberculose em imigrantes (/100.000) em Portugal, por ano de entrada no país 2008-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB, 2015.

Tuberculose: comorbidades

O Governo de Portugal considera relevante o tratamento da tuberculose latente nas pessoas infectadas por HIV, que atualmente é o maior fator de risco para o aparecimento da tuberculose, e a diminuição dos fatores de risco sociais associados a esta doença. Sabendo-se que a notificação da infecção pelo HIV é em geral efetuada no final do tratamento, a proporção de doentes, já com tratamento terminado e com estado sorológico para HIV conhecido em 22 de setembro de 2015: dos 1.428 doentes que tinham completado o tratamento para tuberculose, 1.265 – ou seja, 86,6% - conheciam sua sorologia para HIV.

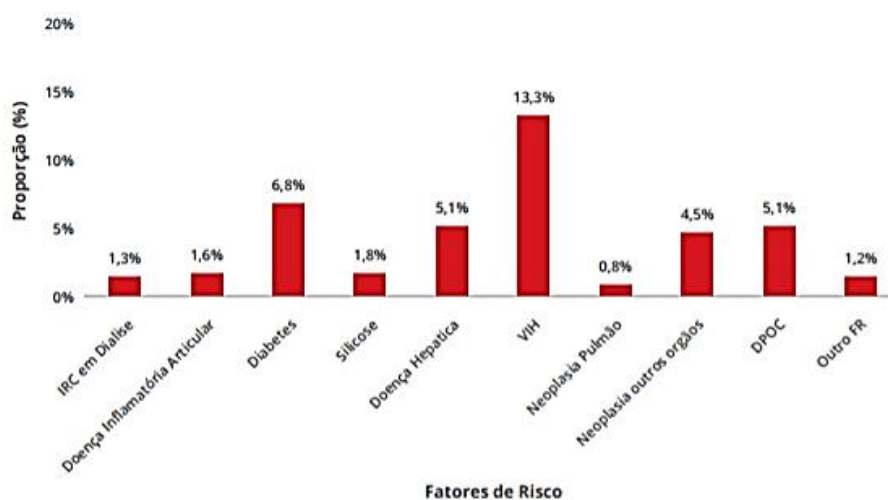


Gráfico 17. Comorbidades nos doentes com tuberculose em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Cerca de 862 (38%) doentes com tuberculose tinham comorbidades reconhecidas como de risco para tuberculose, sendo a mais representada a da infeção por vírus de imunodeficiência humana - HIV (13,3%). O diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão (5,3%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (5,1%) foram as outras comorbidades mais frequentes nos doentes diagnosticados com tuberculose durante o ano 2014.

Tuberculose, HIV e aids

O estado de infeção pelo HIV entre pessoas com tuberculose ainda não é conhecido na totalidade, segundo o DGS⁴⁸¹ - apenas **74,3%** dos doentes com tuberculose foram testados para HIV⁴⁸² em 2014. Sabendo-se que a notificação da infeção por HIV é frequentemente efetuada no final do tratamento, analisou-se qual a proporção de doentes, já com tratamento terminado e com estado HIV conhecido: dos 1428 doentes que tinham completado o tratamento, 1265 (88,6%) conheciam o estado sorológico para o HIV.

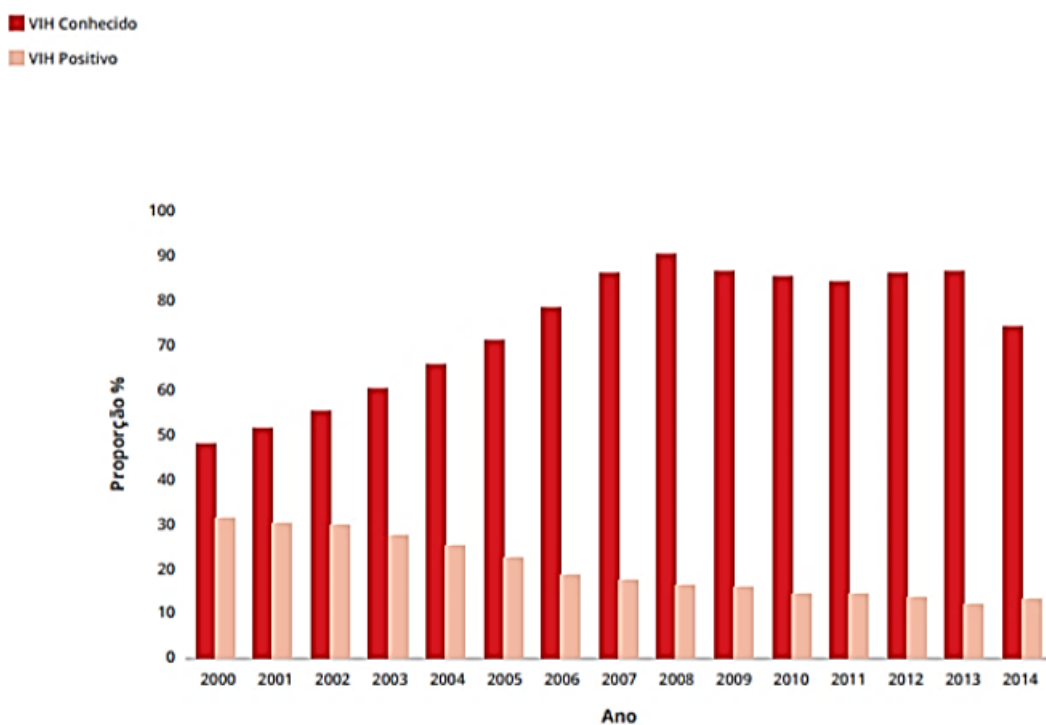


Gráfico 18. Proporção do conhecimento sorológico para HIV entre doentes com tuberculose em Portugal, 2000 – 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Cerca de 862 pessoas (38%) com tuberculose apresentavam comorbidades, sendo a mais importante a infeção pelo HIV (13,3%). A adesão aos tratamentos nesses casos precisa ser especialmente cuidada, pois além de serem muitos medicamentos em quantidade, ainda pode haver combinação de efeitos colaterais. Sendo as duas doenças, aids e tuberculose, doenças estigmatizadas, aumenta-se a dificuldade para aceitação social e redução de preconceitos⁴⁸³.

⁴⁸¹ PORTUGAL, 2015:44.

⁴⁸² A população prisional apresenta taxa de incidência de tuberculose de 385/100.000.

⁴⁸³ LIMA, 2010.

Em 2014, cerca de 557 doentes (24,6%) apresentaram fatores de risco sociais entre os quais o consumo de álcool (11%) e o consumo de drogas ilícitas (9,9%) - endovenosas e/ou inaladas - foram os mais representados. Cerca de 51 casos de tuberculose ocorreram em população reclusa. Apesar de não representar um peso muito grande no total de casos de tuberculose a nível nacional (2,5% do total de casos), trata-se de uma população onde o risco de transmissão de doença é alto. A taxa de incidência de tuberculose na população reclusa em 2014 foi de 385/100.000 reclusos⁴⁸⁴.

Embora haja uma diminuição significativa na incidência de tuberculose neste grupo (434/100.000 em 2013 e 531/100.000 em 2012), os valores ainda estão muito acima dos valores médios nacionais. Ou seja, apesar deste decréscimo, a taxa de incidência neste grupo é cerca de 19 vezes maior que a taxa de incidência nacional, sendo necessário manter as medidas de rastreio desta população e intensificar as medidas que permitam uma detecção mais rápida dos casos doentes.

A proporção de doentes que fazem tratamento preventivo no contexto da comorbidades por HIV é considerada muito reduzida, sendo que a taxa de coinfeção TB/HIV em Portugal é elevada.

Considera-se que o enfrentamento da tuberculose e da coinfeção com HIV só será possível com o envolvimento de entidades e setores exteriores ao próprio Serviço Nacional de Saúde. Por isso conseguir essa ligação, assegurando sustentabilidade e eficiência dos serviços de luta anti-tuberculose constitui um objetivo e um fator crítico de sucesso no controle da doença em Portugal. A meta para 2030, é que Portugal também seja um país onde a tuberculose não será uma ameaça de saúde pública.

Tuberculose multirresistente (TBMDR) e tuberculose extra resistente (TBXDR)

Dos 1174 casos com confirmação por cultura, 922 (78,5%) apresentaram resultados de teste de suscetibilidade aos antibacilares de 1ª linha. Ocorreu resistência à isoniazida em 10,5% dos casos de tuberculose com teste de suscetibilidade conhecido.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
MR	40	33	37	26	28	28	20	30	26	19	21	24	17	12	17
XDR	3	3	7	9	13	8	11	11	7	4	4	9	5	5	6

Figura 40. Proporção de casos de tuberculose multi (MR) e extremamente resistente (XDR) em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em 2014 ocorreram 23 casos de tuberculose multirresistente, representando 2,5% dos casos testados e 1% do total de casos notificados. Desses 23 casos, 6 eram casos extremamente resistentes⁴⁸⁵, representando 26% do total de casos multirresistentes.

⁴⁸⁴ Para um total de reclusos de 13996 a 31 de Dezembro de 2014, de acordo com os dados disponíveis pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais.

⁴⁸⁵ Resistência à isoniazida, à rifampicina, a uma quinolona e a um injetável de 2ª linha.

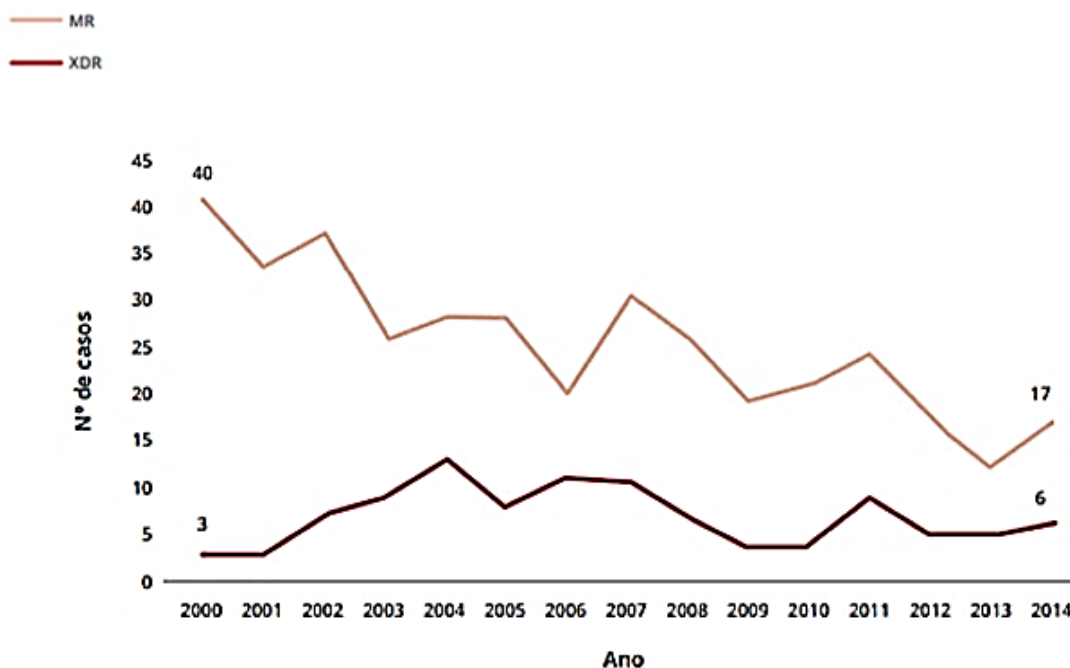


Gráfico 19. Número de casos de tuberculose multi (MR) e extremamente resistente (XDR) em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

O aumento da resistência à isoniazida pode ter várias causas: a redução da proporção de casos com confirmação diagnóstica, a própria melhoria de detecção de resistência com maior utilização de testes moleculares de resistência e melhor cobertura de testes de suscetibilidade.

Ano	Isoniazida	Rifampicina	Etambutol	Estreptomicina	Isoniazida+ Rifampicina
2014	97(10,5%)	25(2,7%)	15(1,6%)	124(13,4%)	23(2,5%)

Figura 41. Proporção de casos com resistência medicamentosa ao tratamento de primeira linha em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB, 2015.

Este resultado confirma a necessidade de se garantir a obtenção dos testes de suscetibilidade antes de se passar para a fase de manutenção do tratamento de forma a garantir que não se agrave o padrão de resistências.

Em relação à distribuição geográfica, em 2014 só foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (6 casos) e na região de Lisboa e Vale do Tejo (15 casos) e na região Centro (2). Só ocorreram casos de tuberculose extremamente resistente na região de Lisboa (83% dos casos) e na região Centro.

Cerca de 78% dos casos de tuberculose multirresistente tinham nascido em Portugal. Dos restantes casos, nascidos fora de Portugal (5 casos), 1 era oriundo de um país do Leste Europeu, outro da Europa ocidental, dois de um país africano e um de um país asiático.

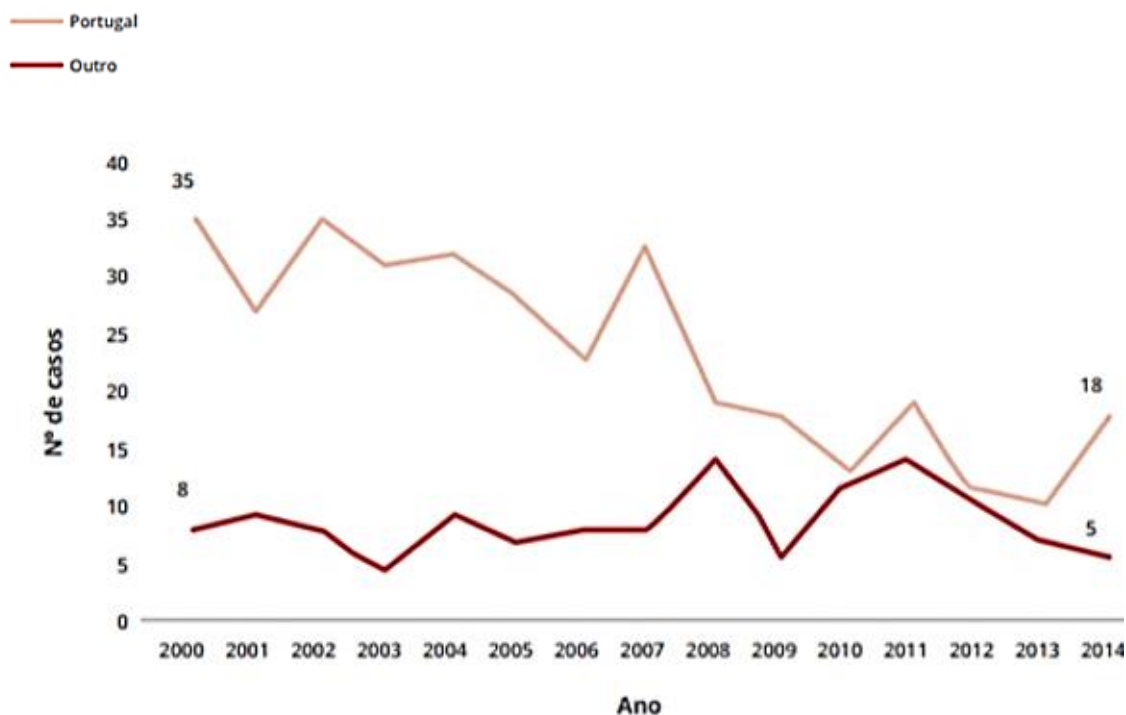


Gráfico 20. Distribuição dos Casos de tuberculose multirresistente por país de origem em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

O sucesso terapêutico dos casos de tuberculose multirresistente é analisado ao fim de dois anos, uma vez que o curso terapêutico é significativamente mais demorado do que as formas suscetíveis da doença. Em 2012, 17 dos 22 casos (77,3%) de tuberculose multirresistente notificados completaram com sucesso o tratamento. Verificou-se uma melhoria dos resultados do tratamento da coorte de 2011 - 24 dos 35 casos de tuberculose multirresistente notificados (68,6%) tinham completado o tratamento com sucesso.

Retratamentos ou Terapias de Resgate

Os retratamentos (ou terapias de resgate) foram realizados em 8,1% dos casos notificados (184/2.264 casos notificados); esses pacientes apresentam idade média de 51,7 anos, principalmente do sexo masculino (76,6%) e em sua maioria nascidos em Portugal (82,1%).

Característica	2013	2014
	Distribuição	Distribuição
Idade média	49,56 anos	51,7 anos
Distribuição por sexo		
Feminino	58 (30,3%)	43 (23,4%)
Masculino	140 (70,7%)	141 (76,6%)
Distribuição por país de origem		
Portugal	167 (84,3%)	151 (82,1%)
Estrangeiro	31 (15,7%)	33 (17,9%)
Resultado de tratamento anterior		
Tratamento completado	132 (66,7%)	111 (60,3%)
Interrompido/insucesso	66 (33,3%)	73 (39,7%)

Figura 42. Retratamentos de tuberculose notificados em Portugal, 2013-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Cerca de 60,3% dos casos de retratamento (111 casos) corresponderam a indivíduos com tratamento anterior classificado como “completo” (número inferior em relação a 2013), não se podendo excluir situações de reinfeção. Nas outras situações o retratamento esteve associado a um tratamento anterior irregular, interrompido ou ineficaz.

Reitera-se a importância das Organizações Não-Governamentais para o apoio aos pacientes com comorbidades, em especial tuberculose-aids, pois a má-adesão, as interrupções e os abandonos promovem seleção e desenvolvimento de microorganismos resistentes⁴⁸⁶, dificuldades em implementação de tratamentos de segunda e terceira linhas e piora do quadro clínico geral do paciente.

Tempo entre Início de Sintomas e diagnóstico

Em Portugal, o período entre o início de sintomas e o diagnóstico de tuberculose é de 104 dias, considerado elevado, o que é atribuído em parte ao doente, que demora a procurar os cuidados médicos, e também a uma baixa suspeita de tuberculose por parte dos clínicos.



Gráfico 21. Tempo entre início de sintomas e diagnóstico de tuberculose em Portugal, 2000-2014.

Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Infeção latente por *M. tuberculosis*

O rastreio de infeção latente, entre os grupos de maior risco de exposição, e o respetivo tratamento enquadra-se numa perspectiva de eliminação da tuberculose.

O sistema de notificação não permite identificar o número de pessoas rastreadas para tuberculose, nem quantas testaram positivas. É possível analisar o número de pessoas que iniciaram tratamento de infeção latente. É evidente, ao longo dos anos, um aumento do número de pessoas que fazem tratamento preventivo para a tuberculose.

⁴⁸⁶ LIMA, 2010.

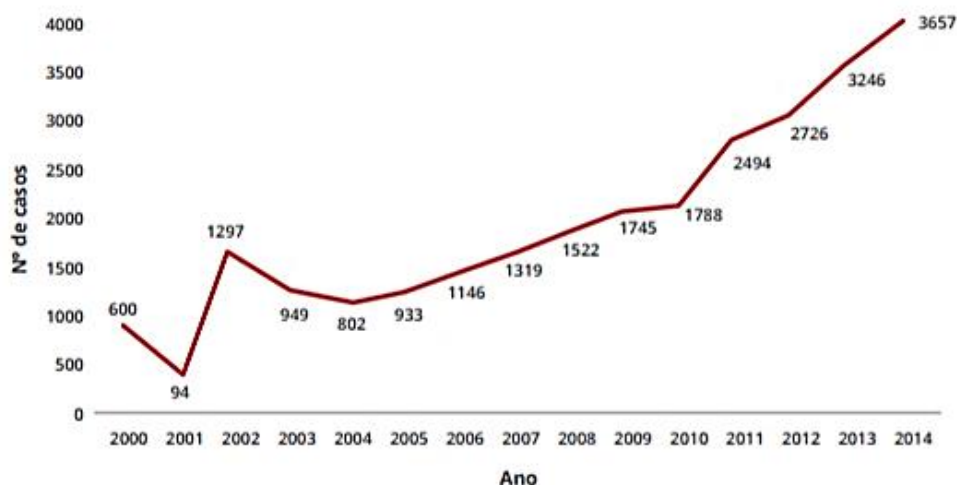


Gráfico 22. Número de casos notificados de tratamento de infecção latente – tuberculose, em Portugal, 2000-2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em 2014, 3657 pessoas fizeram tratamento preventivo. Apresentaram idade média de 40 anos; 2328 (63,7%) foram rastreadas no contexto de exposição a um doente com tuberculose e as restantes porque se incluíam noutros grupos de risco para tuberculose.

Dos outros grupos com indicação para rastreio e tratamento preventivo, para além da história de contato recente com doente com tuberculose, é importante destacar que o grupo que melhor aderiu ao tratamento preventivo apresentava doença inflamatória articular – e o grupo com menor adesão foi justamente o grupo de coinfectados pelo HIV, que tem maior indicação para que realize essa profilaxia.

Característica	Distribuição
Idade Média	40,1 anos
Distribuição por sexo	
Feminino	1936 (52,9%)
Masculino	1721 (47,1%)
Distribuição por país de origem	
Portugal	3404 (93,1%)
Estrangeiro	253 (6,9%)
Meio de deteção	
Rastreio de contactos	2328 (63,7%)
Rastreio de outros grupos	1117 (30,5%)
Outro	137 (4,7%)
Comorbilidades	
Outras	673 (18,4%)
Doença inflamatória articular	389 (10,6%)
Diabetes	84 (2,29%)
VIH	62 (1,7%)
Resultado do tratamento	
Tratamento completado	2697(73,7%)

Figura 43. Doentes que fizeram tratamento preventivo para tuberculose em Portugal, 2014. Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

b) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Com a mudança do sistema de notificação, todos os indicadores relacionados a várias doenças, não só Infecções Sexualmente Transmissíveis, como Doença dos Legionários (*Haemophilus*), malária, gonorreia, clamídia, sífilis, foram aumentados. A sífilis era considerada uma “doença do passado”. Segundo vários entrevistados, *até mesmo os médicos indagam: “hoje há sífilis?”, quase a duvidar dos casos*⁴⁸⁷.

Em termos de política nacional e resposta às doenças referidas, as IST, hepatites virais e tuberculose estariam centralizadas no programa de Prevenção e controle do HIV, porém isso não ocorre na prática. As IST são trabalhadas em todo o país pelas Organizações de Base Comunitária, em conjunto com as ações para prevenção e assistência ao HIV e aids. Algumas das IST são incluídas nas *Doenças de Declaração Obrigatória (DDO)*, cujo boletim mais recente traz informações do período de 2012 a 2015, sendo alguns agravos com notificações e linhas históricas com mais de meio século, como a gonorreia e a sífilis. Porém, essa referida publicação não traz os dados relativos a HIV e aids, tampouco tuberculose.

De qualquer modo, vale o registro da presença de infecções sexualmente transmissíveis por ser esse registro ser um importante indicador de exposição e vulnerabilidade da população a agravos cuja forma de transmissão é semelhante à transmissão do HIV e aids, e portanto merecem intervenção específica – e podem ser utilizados, estrategicamente, para se acessar essas populações.

a) Gonorreia

Como se pode observar no quadro abaixo que aproximadamente 70% dos 909 casos de gonorreia acumulados entre 2012 e 2015 atinge os homens, na faixa etária compreendida entre 15 a 34 anos. Essa população tem maior vulnerabilidade pelos fatores já elencados: maior exposição a infecções pela dificuldade cultural em incluir uma prática promotora de saúde em seu cotidiano, baixo uso de preservativos, desconhecimento das formas de contágio e tratamento da doença, dentre outros.

Ano e sexo Grupo etário	2012			2013			2014			2015			Total
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	
<1 ano	0	0	0	0	1	1	2	0	2	0	1	1	4
1-4 anos	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	3
5-14 anos	1	3	4	0	1	1	1	0	1	4	2	6	12
15-24 anos	33	8	41	32	15	47	61	8	69	159	14	173	330
25-34 anos	49	0	49	31	8	39	66	11	77	132	8	140	305
35-44 anos	16	1	17	12	0	12	38	2	40	66	11	77	146
45-54 anos	4	0	4	10	1	11	11	0	11	38	1	39	65
55-64 anos	2	1	3	2	1	3	6	0	6	18	6	24	36
65-74 anos	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6	0	6	7
75 ou+ anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Total	105	14	119	89	27	116	185	21	206	424	44	468	909

Figura 44. Número de casos notificados de gonorreia, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

⁴⁸⁷ Trecho de entrevista com gestor em saúde, Lisboa, abril de 2016.

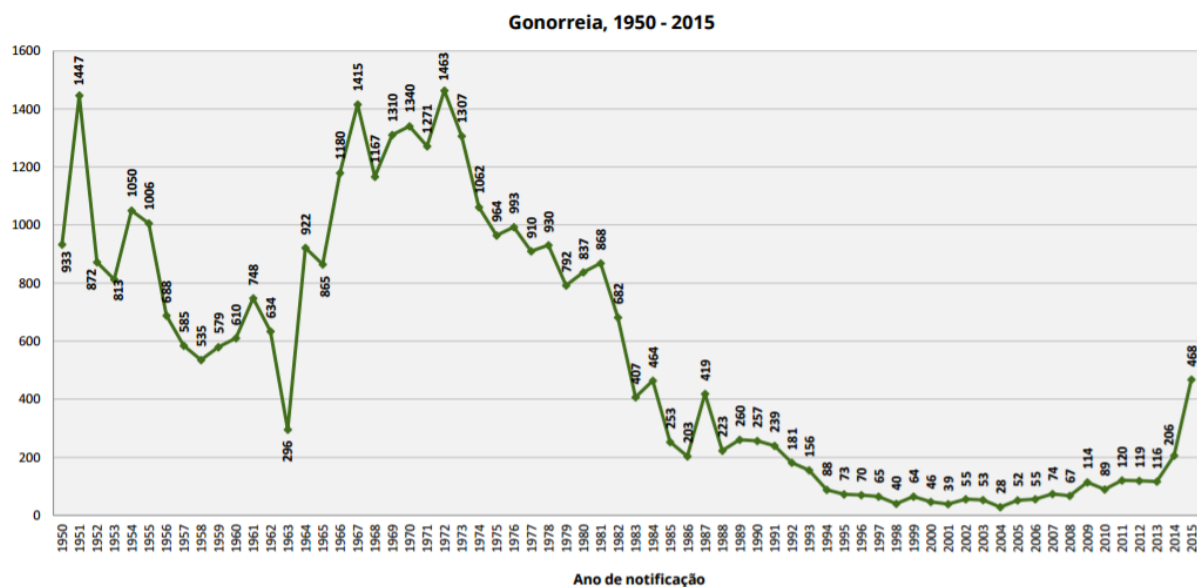


Gráfico 23. Série Histórica: notificação de casos de Gonorreia por ano de notificação, Portugal, 1950-2015.
Fonte: DDO, 2015.

b) Chlamydia

Dos 173 casos de *Chlamydia Trachomatis*, 11 são diagnosticados como Linfgranuloma venéreo (sendo todos em homens) e 162 não (aproximadamente 3:1 razão homem:mulher). A notificação para estes agravos teve início em 2014, apenas.

Ano	Classificação de caso		
	Confirmado	Provável	Total
2015	10	1	11

Figura 45. Número de casos notificados de infecção por clamídia – linfgranuloma venéreo, por classificação de caso e ano de notificação em Portugal, 2015. Fonte: DDO, 2015.

Grupo etário	Ano e sexo		MF
	M	F	
<1 ano	0	0	0
1-4 anos	0	0	0
5-14 anos	0	0	0
15-24 anos	3	0	3
25-34 anos	6	0	6
35-44 anos	2	0	2
45-54 anos	0	0	0
55-64 anos	0	0	0
65-74 anos	0	0	0
75 ou+ anos	0	0	0
Total	11	0	11

Figura 46. Número de casos notificados de infecção por clamídia – linfgranuloma venéreo por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2015. Fonte: DDO, 2015.

A infecção por *Chlamydia trachomatis*, exceto linfogranuloma venéreo, atinge homens e mulheres, sendo os homens em maior proporção:

Grupo etário	Ano e sexo		MF
	M	F	
<1 ano	2	2	4
1-4 anos	0	0	0
5-14 anos	0	1	1
15-24 anos	28	13	41
25-34 anos	51	18	69
35-44 anos	23	9	32
45-54 anos	10	0	10
55-64 anos	3	2	5
65-74 anos	0	0	0
75 ou+ anos	0	0	0
Total	117	45	162

Figura 47. Número de casos notificados de infecção por clamídia, excluindo-se linfogranuloma, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2015. Fonte: DDO, 2015.

c) Hepatites A, B, C e E

A notificação das hepatites B, C e E teve início em 2014. A Hepatite A tem uma série histórica mais longa. De qualquer modo, no total são 456 casos notificados até 2015, sendo 76 de Hepatite A, 133 de Hepatite B, 246 de Hepatite C e 1 caso notificado de Hepatite E.

Como foi mencionado, não há dados das comorbidades com HIV, porém, ao se acessar essas pessoas, pode-se aproveitar os serviços, publicações e insumos desenvolvidos para prevenir e tratar essas infecções para complementar a abordagem inserindo as medidas preventivas relativas ao HIV – e à tuberculose, que embora não tenha a mesma via de transmissibilidade, tem fatores comuns de prevalência em populações vulneráveis.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV):

Dos 26 580 doentes com infecções relacionadas ao HIV registados em hospitais integrando o SI.VIDA e cujo processo de registo automático incluiu a prescrição terapêutica e a informação laboratorial, 22.005 (82,4%) estão em Tratamento Antirretroviral - TARV. Destes doentes em tratamento, no final de 2014, 17.249 apresentavam carga viral indetectável (78,4%).

Em 2016, encontram-se em seguimento ambulatorial 30.956 pessoas HIV+, sendo em 2014 notificados 1317 óbitos e 426 casos de profilaxia pós-exposição ao HIV (PPE).

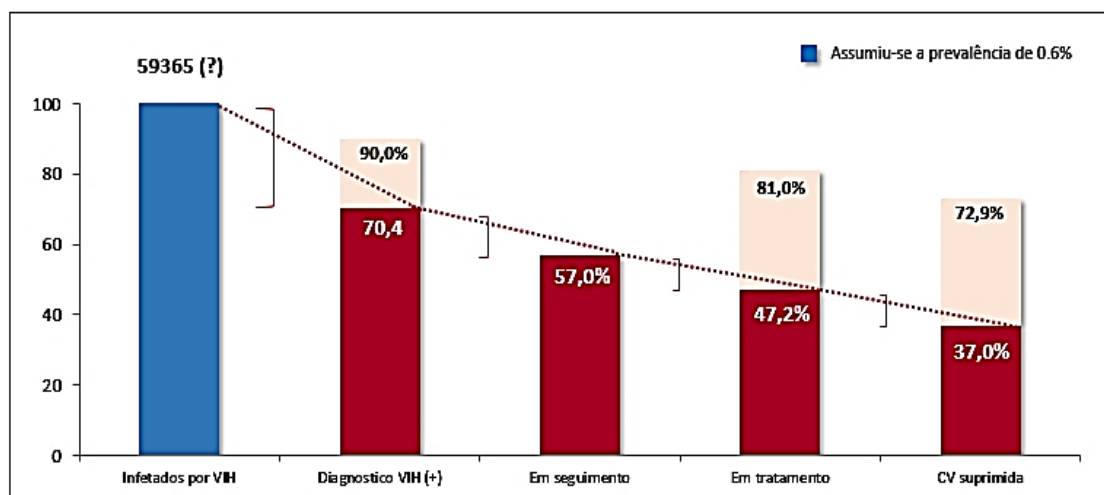


Gráfico 24. Cascata de Cuidados, Portugal, 2014. Dados preliminares. Fonte: DGS, 2016⁴⁸⁸.

Uma questão importante é a quantificação de cópias para se considerar a Carga Viral Suprimida. Os países têm valores díspares – na Europa, considera-se 200 cópias e em países do Leste Europeu, valores diversificados; no ponto de vista de transmissibilidade, não há diferença significativa para valores abaixo de 200. Em Portugal, por uma questão de qualidade, trabalha-se com o valor de **50 cópias**.

Quer no total de doentes que iniciaram TAR em 2014, quer no grupo mais restrito dos que tiveram diagnóstico em 2014, a proporção de casos com contagem viral < 50 cópias/ml, seis meses após o início da TAR, foi próxima de 80% (79,1% e 77,7%, respectivamente).

	Doentes em seguimento ¹			TARc		Carga vírica (CV) (em doentes sob TARc)
	Total	Sem registo de TARc e/ou CV ¹	Com registo de TARc e CV	Sem TARc	Com TARc	CV <50 cópias/mL
N	30956	3376	26580	4575	22005	17249
%	100	14,1	85,9	17,2	82,8	78,4

Figura 48. Doentes em tratamento antirretroviral combinado (TARc) em Portugal, 2016. Fonte: DGS, 2016.

⁴⁸⁸ Por ausência de dados, não foram considerados as seguintes unidades hospitalares nesta análise: CH Tâmega e Sousa, H. Fernando da Fonseca, CH Barreiro/Montijo e H. Portimão (CH Algarve).

Em 2014, foram ainda registados 150 casos de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (71 casos de profilaxia pós-exposição não profissional, 65 casos de profilaxia pós-exposição profissional e 14 situações não discriminadas), ocorridas em 138 pessoas⁴⁸⁹.

Em 2001, Portugal reconheceu aos cidadãos estrangeiros residentes o direito de terem tratamento com os beneficiários do Sistema Nacional de Saúde, direito aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa. Segundo os dados analisados, *a controvérsia sobre quando iniciar a TAR está resolvida em Portugal*: as últimas orientações da OMS sobre a infeção HIV recomendam que todas as pessoas diagnosticadas devem iniciar o tratamento independentemente do resultado da contagem de células CD4+.

Porém, ainda subsiste a falta de conhecimentos sobre o efeito da medicação a longo prazo. A questão da segurança da terapêutica está longe de estar encerrada⁴⁹⁰. Em Portugal a TAR está recomendada em todos os doentes com infeção crónica por HIV-1 com uma contagem de linfócitos T CD4+ ≤ 500 células/ μl ⁴⁹¹. Embora a proporção de esquemas terapêuticos de acordo com as “Recomendações portuguesas para o tratamento da infeção por HIV-1 e HIV-2” e a Norma de Orientação Clínica nº 27/2012 seja superior a 85%, ainda existe, globalmente, uma elevada proporção de esquemas terapêuticos iniciais baseados em inibidores da protease, discordantes do preconizado nessas recomendações.

Portugal participa na Semana Europeia do Teste de HIV, na qual se estabelece que os serviços de testagem e aconselhamento de HIV são promovidos continuamente, estando acessíveis a todos, para garantir o diagnóstico precoce, a articulação de cuidados e o início do tratamento.

As diretrizes para tratamento antirretroviral em Portugal estão incluídas nas estratégias de prevenção e diagnóstico, a saber:

- ✚ A articulação dos cuidados de saúde primários (CSP) com a população de utilizadores de drogas intravenosas, integrada no Programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”;
- ✚ A atualização das indicações para realização de teste de HIV;
- ✚ O início organizado da realização de testes rápidos de diagnóstico nos CSP;
- ✚ A indicação de tratamento para todas as pessoas infectadas (independentemente do estágio imunológico);
- ✚ A implementação de um sistema de monitoramento da infeção por HIV e aids (SI.VIDA) constituem a face mais visível de uma mudança em curso na abordagem desta infeção, e que se destina a atingir as metas definidas pela ONUSIDA.

A estratégia “Tratamento como Prevenção”, preconizada em 2012 e com orientações clínicas aprovadas em 2014, ainda enfrenta dificuldades para implementação como componente integral das estratégias preventivas do HIV. A implementação da Profilaxia Pré Exposição (PrEP) ainda está em fase inicial, mesmo em países onde as pesquisas são ativas e profícuas.

⁴⁸⁹ DGS, 2015.

⁴⁹⁰ LUNDGREN, Jens, 2015.

⁴⁹¹ DGS, 2015.

A despeito das evidências de custo-benefício, a implementação não é simples, tanto pela questão dos mecanismos de financiamento como pelas questões sócio comportamentais implicadas, que ainda não estão devidamente documentadas⁴⁹².

Em Portugal, não há um modelo de compra centralizada para os antirretrovirais. Há vários parceiros diretos e indiretos. Em 2003 um grupo de hospitais do Norte do país se reuniu para comprar de modo direto e centralizado, mas não houve sucesso. Um dos objetivos do Programa Nacional é centralizar as compras e estruturar um fluxograma ágil e transparente.

A logística dos medicamentos é coordenada pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde - INFARMED.

4.5. Populações Vulneráveis

a) **População prisional.** É mencionado algum atraso para a notificação da aids na população prisional em Portugal. As prevalências são estimadas em torno de 5%, sendo uma população em que a infecção está concentrada. O teste para HIV não é obrigatório, o diagnóstico é feito mediante consentimento, então cogita-se a possibilidade de dificuldades na precisão da notificação e das ações voltadas a essa população. Assumir que há uso de drogas no contexto prisional é a primeira e mais complexa barreira para qualquer ação promotora de saúde.

Reporta-se também algumas dificuldades para se implementar o programa de troca de seringas nesta população, que não evoluiu. *Um grupo de trabalho tentou um projeto, com foco na questão das tatuagens – pois no contexto prisional, pensa-se na seringa para injetar droga e não se pensa em outros comportamentos que podem ser promotores da infecção pelo HIV. Foi um projeto no âmbito da saúde e da Justiça, sendo que a Justiça estava aberta à experimentação*⁴⁹³.

Há várias formas de se trabalhar com essa população, uma delas é a distribuição de preservativos. Em Portugal há a chamada *Visita Conjugal*, equivalente ao Brasil à Visita Íntima, porém não há dados sobre o uso de preservativos nessas relações, pelo número de insumos disponibilizados e efetivamente retirados, considerado um número pequeno.

b) **Usuários de drogas.** Em 2001 Portugal descriminalizou o consumo de drogas. Essa legislação e o programa de troca de seringas fez com que a prevalência de HIV e aids entre usuários de drogas injetáveis caísse para praticamente zero no país. Além disso, uma mudança no hábito de consumo dos próprios usuários, da via endovenosa para a via inalada (crack), também é significativa no decréscimo da prevalência do HIV nessa população.

A prevalência geral de HIV entre usuários de drogas, na União Europeia, é estimada em torno de 10%. Os dados têm como base o universo das pessoas que estão em programa dentro do serviço de saúde - não é o universo total dos usuários de drogas, não representa todo o universo. Também se considera importante que a categoria “usuário de drogas” não é mais simples para se determinar em termos epidemiológicos, pois a droga, muitas vezes, funciona para um despertar de uma transmissão sexual, de um comportamento sexual e na notificação a infecção entra como causada por transmissão sexual e não há menção ao uso de drogas.

⁴⁹² CAIRNS, Gus, 2015.

⁴⁹³ Trechos de entrevistas com gestores e profissionais de saúde, Lisboa, Abril de 2016.

c) Homens que fazem sexo com homens (HSH)

A prevalência do HIV e da aids na população HSH é considerada elevada em relação à prevalência geral. Como medidas específicas de prevenção, há disponibilização de preservativos masculinos, preservativos femininos, o chamado "kit Sexy", para distribuição para essa população. O "kit" é composto pelo preservativo masculino extraforte com dois pacotes pequenos de gel lubrificante, e segundo os gestores tem boa aceitação.

Os adolescentes, HSH ou não, são seguidos pelo clínico de adultos. Há um processo de transição em que o adolescente é informado sobre a própria doença, o tratamento, comportamentos, sexualidade, e esse jovem é preparado para a transição para os cuidados adultos. Há acompanhamento próximo e investimento para evitar rupturas de tratamento.

4.6. Adesão e dinâmica da epidemia do HIV e aids entre as gestantes

Uma das questões importantes para a cascata de cuidados em Portugal é a melhoria do diagnóstico antes da concepção. Considera-se que na gravidez haja uma boa cobertura, porém, na pré-concepção ainda não há um investimento maciço na testagem para HIV e sífilis. O setor de Saúde Materna poderia incorporar essa rotina para melhorar o acesso à população.

A questão dos imigrantes é um tema da máxima relevância na dinâmica da epidemia de HIV e aids em Portugal. Embora no país seja adotado o protocolo internacional para as gestantes HIV+ à risca, há problemas de adesão com a população imigrante – por exemplo, quanto à amamentação.

Considera-se que as portuguesas natas tenham adesão 100% ao protocolo gestacional, seguindo à risca a não-amamentação e o parto cesariana, além da medicação sem interrupções. Porém, por questões culturais, as mães que vem de outros países não seguem o protocolo e amamentam seus filhos, dificultando a eficácia do tratamento e a redução da transmissão vertical para zero.

No aleitamento materno o HIV está presente nos linfócitos do leite de mulheres infectadas que podem apresentar ou não sintomas. A carga viral no leite materno é um importante determinante do risco de transmissão. No recém-nascido, a porta de entrada do vírus são as mucosas nasofaríngea e gastrointestinal.

Segundo as orientações da Organização Mundial da Saúde⁴⁹⁴ sobre o HIV e a alimentação dos lactentes, sempre que a substituição do leite materno por uma fórmula para lactentes seja **aceitável, exequível, acessível, sustentável e segura**, durante todo o tempo que a criança dela necessitar, é recomendável que as mulheres portadoras do HIV evitem completamente a amamentação. Independentemente do tipo de vigilância ou tratamento implementados antes, durante ou após o nascimento, o aleitamento misto (suplementação do leite materno com fórmula para lactentes) deve ser desencorajado, uma vez que agrava significativamente o risco de transmissão mãe-filho.

⁴⁹⁴ WHO 2009b; 2009a; 2008; 2006; 2003.

Ao longo da vigilância pré-natal, a grávida HIV+ deverá receber informação sobre aleitamento e formas de prevenção da transmissão vertical. Deverá ser assegurado à mãe, no momento da alta da maternidade, o acesso à supressão láctea e ao aconselhamento especializado em aleitamento.

Em conformidade com o Código Internacional de Marketing dos Substitutos do Leite Materno, Biberões e Tetinas⁴⁹⁵, esta doação ou entrega gratuita dependerá de prescrição médica e distribuição em farmácias hospitalares.

Mesmo tendo apenas quatro casos de transmissão vertical do HIV em 2014, a meta é zero. Que não haja caso algum. Porém, o zero absoluto está submetido a fatores considerados pelos gestores como incontroláveis e impraticáveis, frente à imigração ininterrupta a que Portugal está submetida.

Em Portugal o protocolo para gestantes HIV+ inclui a testagem do parceiro, e há relatos de parceiros não-infectados – e a necessidade de se manter práticas de proteção durante a gravidez.

Religião

Portugal apresenta associações que trabalham em zonas geográficas com comunidades migrantes, ainda muito ligadas a questões religiosas. Nesses grupos populacionais, há forte liderança dos curandeiros, a quem as pessoas recorrem prioritariamente. Considera-se, porém, que em termos de dimensão nacional não há expressividade.

Segundo dados apurados, já houve tentativa de envolver diferentes religiões na construção da Resposta Nacional à epidemia de HIV e aids em Portugal, porém *não passou de uma primeira reunião – há muita dificuldade em abordar esses temas com a religião*⁴⁹⁶

Saúde Mental

O primeiro estudo epidemiológico nacional de perturbações mentais em Portugal foi realizado em 2013 e integrou-se no World Mental Health Initiative, uma atividade da OMS que decorreu em mais de 30 países dos cinco continentes, com chancela científica da Universidade de Harvard⁴⁹⁷.

Em termos de prevalência anual, Portugal teve a terceira mais elevada taxa de perturbações do foro psiquiátrico, 23%, depois dos EUA (26%) e da República da Irlanda (23%), sendo o país com valor mais expressivo de perturbações de ansiedade (17%), à custa, sobretudo, das duas seguintes causas: fobias sociais e fobias específicas (ambas com baixa incapacidade psicossocial).

⁴⁹⁵ Publicado pela Direcção-Geral de Saúde em 2009, artigo 6.º ponto 6.6.

⁴⁹⁶ Trecho de entrevista com gestor e profissional de saúde, Lisboa, abril de 2016.

⁴⁹⁷ DGS, A saúde dos portugueses, 2015.

O estudo evidencia que é entre as perturbações depressivas que se apuram as situações de maior gravidade, com preocupante intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o início de tratamento médico – média geral de cinco anos, sendo de quatro anos nas perturbações depressivas maiores.

Estes dados, associados aos da prescrição de benzodiazepinas ser superior à de antidepressivos no respectivo grupo nosológico, reforçam a necessidade de aprofundar a articulação das Equipes Comunitárias de Saúde Mental com os Cuidados Saúde Primários, como definido na Lei de Saúde Mental e no respetivo Plano Nacional. A saúde mental é um dispositivo imprescindível tanto para a adoção de práticas preventivas como para adesão aos tratamentos.

Saúde Reprodutiva

Ao longo dos anos, a Lei Portuguesa tem incorporado, sucessivamente, critérios que excluem a ilicitude do aborto: a doença materna, a doença fetal e a violação/crimes contra a autodeterminação sexual constituem, há mais de 30 anos, motivos aceites para interrupção da gravidez.

Em 2007 deixou de ser ilícita a prática de aborto por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gestação, quando realizada em unidades oficiais ou oficialmente reconhecidas⁴⁹⁸.

Em 2015 foram realizadas 16454 interrupções de gravidez ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, que prevê cinco motivos de exclusão de ilicitude de aborto. Tal como já aconteceu em anos anteriores, as Interrupções da Gravidez (IG) por opção da mulher nas primeiras 10 semanas constituem cerca de 96,5% do total das interrupções realizadas. O segundo motivo mais frequente de IG é: “grave doença ou malformação congénita do nascituro” com 423 registos (2,6%).

Motivos	Regiões							Total	%
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira		
Único meio de remover perigo de morte ou grave lesão p/ o corpo ou p/ a saúde física ou psíqu. da grávida		3	5		1			9	0,05%
Evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida	3	5	127					135	0,82%
Grave doença ou malformação congénita do nascituro	87	131	172		26	3	4	423	2,57%
Gravidez resultante de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual	2	4	7				1	14	0,09%
Por opção da mulher	3604	1635	9186	190	1073	1	184	15873	96,47%
Total	3696	1778	9497	190	1100	4	189	16454	100%

Figura 49. Distribuição das interrupções da gravidez por motivo e região de Portugal, 2015. Fonte: Relatório Anual de Interrupção da Gravidez, MS, 2015.

⁴⁹⁸ Todas as IG efetuadas ao abrigo do artigo 142.º do Código Penal são de declaração obrigatória à DGS, conforme dispõe o artigo 8º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, através de um registo normalizado previsto no seu anexo II. Neste enquadramento, a DGS apenas tem acesso aos dados que decorrem dos itens pré-definidos no citado anexo, a cujo tratamento são garantidos o anonimato e a confidencialidade, sendo os dados de utilização exclusivamente para fins estatísticos de saúde pública.

No que diz respeito à evolução das interrupções de gravidez por opção da mulher até as 10 semanas, registou-se um aumento do número de intervenções até 2011 (valor máximo), que depois diminuiu de forma continuada nos anos seguintes (19%). Desde 2012 regista-se uma diminuição quer em números absolutos, quer no número de interrupções por 1 000 nascidos-vivos em Portugal. Mais de 60% das interrupções voluntárias da gravidez ocorrem, por ordem decrescente, nos grupos etários 20-24, 25-29 e 30-34 anos.

Para além das condições sociais e económicas do País, a possibilidade de interromper a gravidez em segurança, tal como o acesso à contraceção, ao aconselhamento pré-concepcional, à vigilância da gravidez, à assistência do parto em ambiente hospitalar e cuidados especializados puerperais estão entre os fatores que mais contribuíram para a diminuição das mortes maternas (morte relacionada com a gravidez, parto e no período de 42 dias após o parto).

Grupo etário	Nº IG	%
< 15	68	0,41%
15-19	1708	10,38%
20-24	3757	22,83%
25-29	3434	20,87%
30-34	3188	19,38%
35-39	2875	17,47%
40 - 45	1279	7,77%
45 - 49	106	0,64%
Desconhecido	39	0,24%
Total	16454	100%

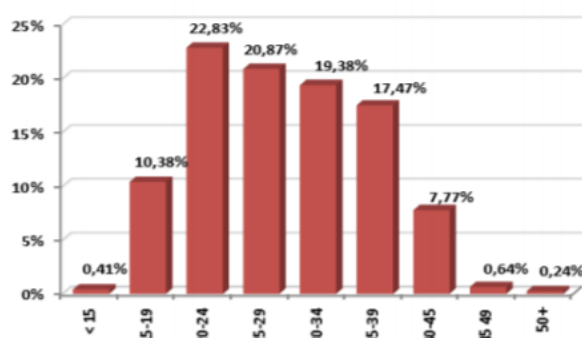


Figura 50. Interrupções da gravidez por grupo etário da mulher em Portugal, 2015. Fonte: Relatório anual de interrupção da gravidez, MS, 2015.

Em sentido inverso, não podem deixar de ser consideradas as gravidezes tardias e o aumento de nascimentos prematuros, dentre outros fatores que, cada vez mais, têm de ser equacionados no contexto dos programas de Saúde materno-infantil.

Conhecimentos em HIV/Aids em Portugal: da notícia à meta 90-90-90

Em 1982, o Diário de Notícias dava conta da nova doença em Portugal⁴⁹⁹. Como não tinha ainda nome próprio, as primeiras notícias referem indiretamente a doença como “cancro”, “doença misteriosa” ou “síndrome cubano”. O Correio da Manhã dá as primeiras notícias da nova doença em 1983, chamando-lhe “doença desconhecida”, depois “nova doença” e, ainda no mesmo ano, designa-a pelo acrónimo “SIDA”. O termo “Sida”, como nome comum, começa a impor-se na imprensa portuguesa em 1985⁵⁰⁰.

Embora designe apenas o estágio terminal da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH/ HIV), a palavra “Sida” tem sido utilizada de forma incorreta, representando, e simultaneamente ocultando, toda a problemática associada ao vírus da Sida.

⁴⁹⁹ Segundo Oliveira (2016).

⁵⁰⁰ PONTE, Cristina., 2005.

No campo das representações, esta sinédoque constitui um importante obstáculo comunicacional, já que oculta das preocupações imediatas a verdadeira origem e dimensão do problema. Assim, em 2011, a ONUSIDA desaconselhou o uso da expressão “VIH/Sida”, por ser geradora de confusão, propondo o uso separado de cada um dos termos.

A aids, de algum modo, veio pôr em questão as conquistas da revolução sexual dos anos 60 e 70 do século XX. Uma vez detectada, foi rapidamente associada às relações sexuais, primeiro no contexto da homossexualidade masculina, mas depressa atingindo também a população heterossexual.

Entretanto, o vírus transpunha as fronteiras dos chamados grupos de risco iniciais (praticantes de sexo comercial, homossexuais masculinos, hemofílicos e consumidores de drogas injetadas), transformando-se numa ameaça transversal e global. A descoberta e utilização clínica dos medicamentos antirretrovirais veio alterar a imagem ameaçadora, progressiva, degenerativa e fatal da doença⁵⁰¹.

A existência de um período-janela (“janela imunológica) entre o momento da infecção e a soropositividade, e o alongamento do tempo entre a soropositividade e a instalação da aids, faz com que pessoas infetadas transmitam a doença sem que elas e suas parcerias sexuais se apercebam disso.

A aids perdeu a sua visibilidade e o poder imediatamente ameaçador, sem ter deixado de ser um grave problema de saúde pública, responsável pela perda de um número cada vez maior de vidas e recursos. Tornou-se uma doença insidiosa, invisível, de evolução mais lenta, mas ainda assim um agravo relevante em termos de qualidade de vida e letalidade.

O ganho obtido em sobrevivência criou uma nova realidade. Grupos de opinião e de pressão na área da sexualidade começaram a preocupar-se com a qualidade de vida das pessoas infectadas, com o seu direito à sexualidade, com o peso dos “mitos” e fantasmas criados nos primeiros tempos da doença, e procuraram erradicar o perigo da marginalização e da exclusão das pessoas soropositivas⁵⁰².

Alguns desses mitos podem ser expressos nos seguintes resultados de um estudo realizado entre 2003 e 2006 em Portugal e União Europeia, sobre opiniões em relação a HIV e aids:

- Em 2006, 11% dos portugueses (contra 14% em 2003) pensavam que se podia contrair a aids num aperto de mão a um doente ou soropositivo, para uma média de 9 % (contra 3%) no conjunto da União Europeia a 25 (UE a 15 em 2003);

- Em 2006, 18% (contra 10% em 2003) pensavam que era possível contrair a aids ingerindo uma refeição preparada por um doente ou soropositivo, para uma média de 17% (3% em 2003) no conjunto da União;

⁵⁰¹ Oliveira, 2016:149.

⁵⁰² OLIVEIRA, Aliete, 2008.

- Em 2006, 55% (58% em 2003) dos europeus diziam que não é possível contrair a aids sentando-se num vaso sanitário previamente usado por um doente ou soropositivo, enquanto só 45% (35% em 2003) dos portugueses tinham a mesma opinião;

- Em 2006, 52% (54% em 2003) do conjunto dos cidadãos europeus achavam que não é possível contrair o HIV ou pegar aids 151 bebendo por um copo utilizado por um doente ou soropositivo; e 42% (11% em 2003) acham que essa é uma das formas de se ser infectado, enquanto as respostas dos portugueses atingiam 41% (em 2003 era superior à da UE a 15).

- Em 2006, quanto a cuidar de alguém com aids ou HIV positivo, 38% achavam perigoso, contra 37% da UE⁵⁰³.

Num estudo de 2006 com 4 877 jovens com idade média de 14 anos, verificou-se que só 48,1% dos inquiridos dizia que o HIV não se transmite através da partilha de uma refeição ou bebida e cerca de 22,8% não respondem corretamente ao item “mesmo pessoas de aparência saudável podem estar infectadas”⁵⁰⁴; indicam que o HIV pode ser transmitido ao partilhar uma refeição ou bebida com uma pessoa HIV+.

	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

Figura 51. Conhecimento das vias de transmissão da infecção por HIV e aids entre jovens em idade escolar (n=4.877). Portugal, 2006. Fonte: CPLP, 2010.

Um estudo numa população universitária de Portugal mostrou que as representações sociais do HIV e aids são uma fonte de ideias errôneas, que refletem expectativas irrealistas sobre a transmissão do vírus e o controle da infeção e da doença, criando uma barreira à penetração das mensagens preventivas.

São os chamados “novos mitos” sobre o HIV e aids.

⁵⁰³ EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL, 2003; EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL, 2006.

⁵⁰⁴ MATOS, Margarida [et al.], 2006.

Esses novos mitos têm como base uma deficiente leitura dos dados estatísticos ou numa interpretação apressada dos avanços terapêuticos. São eles: “o risco está nos heterossexuais”, “a aids não mata”, “ter relações sexuais não acarreta mais risco do que não ter”, “já existe vacina”, “o número de infectados será menor nos próximos anos”, “as pessoas infetadas estão muito doentes”, “o sexo oral não acarreta perigo”⁵⁰⁵. A ideia segundo a qual “o risco está nos heterossexuais” merece especial atenção. A propagação do HIV e aids entre bissexuais desviou as atenções para o grupo dos heterossexuais, hoje o mais atingido em números absolutos. Gerou-se a ideia de que já não há grupos sujeitos a vulnerabilidade especial, o que trata-se de um perigoso equívoco, porque, se os heterossexuais são hoje o grupo mais atingido pelo HIV e aids, são também, de longe, o grupo mais representado em termos sociodemográficos.

Entre as consequências deste novo “mito” estão a diminuição do uso do preservativo em relações homossexuais e o aumento consistente da incidência de HIV e de outras IST nesta população em muitos países. “Os homens gays e bissexuais de todas as raças continuam a ser o grupo mais afetado pela epidemia. Os HSH constituem 2% da população, mas representam mais de metade das novas infeções nos Estados Unidos”⁵⁰⁶.

Outra ideia errônea que merece atenção é a de que “não se morre de aids”. Na verdade, apesar das mil mortes anuais por aids em Portugal, a ideia persiste, tendo consequências óbvias na percepção da necessidade imperiosa de medidas individuais de prevenção. Este conceito errôneo poderá estar baseado no fato de muitas das mortes não serem diretamente resultantes da doença aids em si mesma, mas a doenças ou condições que resultam da imunossupressão ou do estado geral debilitado do doente, as quais, de qualquer modo, não estariam presentes sem a doença de base.

Estes dados traduzem o impacto dos fantasmas associados à doença, dizendo respeito ao potencial discriminatório, construção de estigmas em Portugal e na União Europeia.

Critérios para abandono e má adesão

Para os adultos, seis meses sem tratamento já são considerados abandono; para crianças, três meses. São 370 casos de crianças em acompanhamento. Em caso de falta, há busca ativa feita pela assistente social. Há vínculo direto entre consulta e medicação – se faltam à consulta, não pegam medicamentos.

O serviço de busca ativa não é uniforme no país; há hospitais e equipas que o fazem, partindo da iniciativa da equipa do próprio hospital, apoio do serviço social, psicólogo, nutricionista. Em outras regiões, essa busca é feita por Organizações de Base Comunitária.

Uma das estratégias é organizar encontros com crianças e famílias, incluindo componentes lúdicos e pedagógicos, em que as crianças falam sobre questões da vida cotidiana, escolar, e também da revelação diagnóstica, adesão, alimentação, estigma... vários temas. Essa estratégia tem auxiliado na melhoria da adesão e no não-abandono dos tratamentos de aids em Portugal.

⁵⁰⁵ OLIVEIRA, Aliete, 2008.

⁵⁰⁶ FRIEDEN, Thomas, 2011.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

A atenção completa à Sífilis em Portugal não pertence a um programa específico, com a estrutura que tem os programas de HIV e tuberculose. A Vigilância das doenças transmissíveis que se faz é nos pacientes com HIV, a intervenção ocorre na forma de sobreposição. Não há uma formalização de um “programa” de sífilis no diagnóstico pré-natal. Fica no âmbito da prevenção do HIV.

Segundo o Programa Nacional VIH/SIDA, em 2015 foram notificados **795** casos de sífilis, contra 367 do ano anterior. Em 2014, a proporção de novos casos de infecção por HIV coinfectados por outras IST, nomeadamente a sífilis, **6,3%**, foi mais elevada que a proporção apresentada pelo conjunto da população em seguimento hospitalar.

Segundo o documento *Doenças de Declaração Obrigatória*, de 2015, os números são os seguintes:

Ano	Classificação de caso				Total
	Confirmado	Provável	Possível	Desconhecido	
2012	235	0	32	0	267
2013	155	0	31	0	186
2014	92	235	0	40	367
2015	50	633	0	108	791
Total	532	868	63	148	1611

Figura 52. Número de casos de sífilis notificados em Portugal, excluindo-se sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Os casos de sífilis são notificados em Portugal desde 1950. É uma série com 60 anos, e mesmo com as várias alterações de sistemas, é possível perceber as tendências.

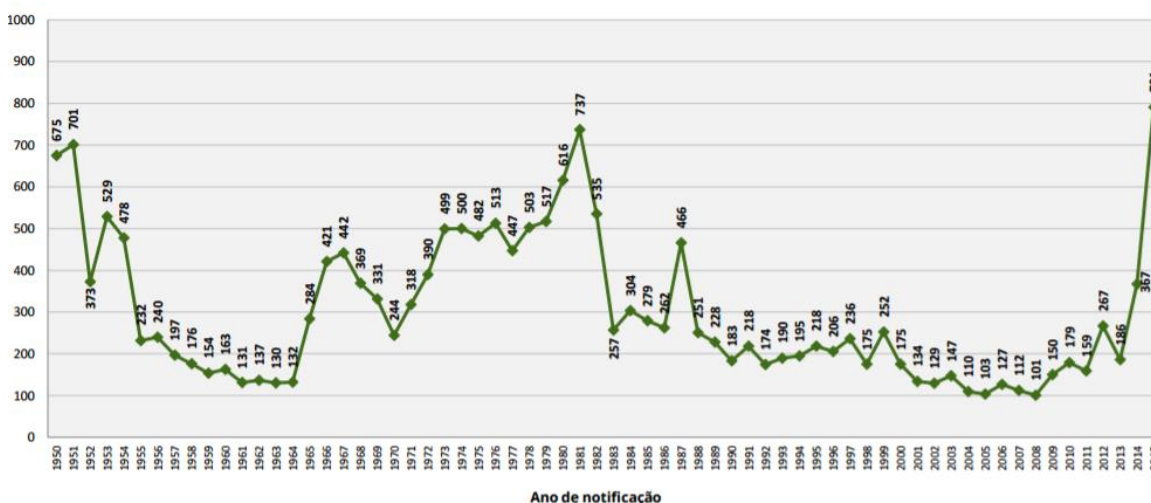


Gráfico 25. Número de casos notificados de sífilis, excluindo-se a sífilis congênita, por ano de notificação em Portugal, 1950 – 2015. Fonte: DDO, 2015.

Desde 2008 há uma tendência crescente do número de casos tanto em Portugal como na Europa como um todo. Nos casos em que há informação, a tendência de aumento na incidência entre os homens, sobretudo nos homossexuais.

Ano e sexo Grupo etário	2012			2013			2014			2015			Total
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	
<1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1-4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-14 anos	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1
15-24 anos	47	13	60	25	10	35	58	19	77	99	32	131	303
25-34 anos	81	12	93	45	14	59	72	27	99	164	44	208	459
35-44 anos	52	6	58	33	9	42	63	18	81	131	28	159	340
45-54 anos	27	6	33	17	6	23	37	20	57	108	33	141	254
55-64 anos	9	5	14	16	4	20	22	9	31	62	19	81	146
65-74 anos	6	0	6	5	0	5	9	7	16	28	11	39	66
75 ou+ anos	3	0	3	1	1	2	3	2	5	15	17	32	42
Total	225	42	267	142	44	186	265	102	367	607	184	791	1611

Figura 53. Número de casos notificados de sífilis, excluindo-se a sífilis congênita, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Há um padrão de distribuição etária entre os 20 e 34 anos; nos últimos três anos (a partir de 2013), tendência se mantido de aumento da incidência no grupo etário de 15-24 e 25-34 anos.

Em relação à sífilis congênita, a notificação é feita desde 1999, quando foram 46 casos e o dado mais atualizado, de 2015, contabilizando 9 casos.

Ano	Classificação de caso				Total
	Confirmado	Provável	Possível	Desconhecido	
2012	6	0	6	0	12
2013	0	0	5	0	5
2014	6	4	0	0	10
2015	5	2	0	2	9
Total	17	6	11	2	36

Figura 54. Número de casos de sífilis congênita, por classificação de caso e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Pela série histórica de Portugal, há uma diminuição do número de casos de sífilis congênita. Considera-se, porém, que haja dificuldades de recorte para sífilis, pois os sistemas de vigilância não captam essa informação tão bem, pois não há foco na importância de se recolher essa informação. Por exemplo, a informação sobre sífilis no sistema prisional não está incluída na rotina de notificação de casos do país.

O número de casos de sífilis congênita não aumentou em 2014-2015, está em torno de 10 casos em Portugal. Os pediatras notificam especialmente bem, sabe-se que a criança está na escola, há pouca subnotificação.

Ano e sexo Grupo etário	2012			2013			2014			2015			Total
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF	
<1 ano	2	10	12	3	2	5	6	4	10	3	6	9	36
1-4 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-14 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-24 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-34 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-44 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45-54 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
55-64 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65-74 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 ou+ anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	10	12	3	2	5	6	4	10	3	6	9	36

Figura 55. Número de casos notificados de sífilis congênita, por grupo etário, sexo e ano de notificação em Portugal, 2012-2015. Fonte: DDO, 2015.

Pode-se observar a redução drástica dos casos de sífilis congênita, desde os anos 1999-2000, em que o número de casos chegou a quase 50 em cada ano, até o valor mínimo em 2013 (5 casos), e o número atual, em torno de 9 ou 10 casos.

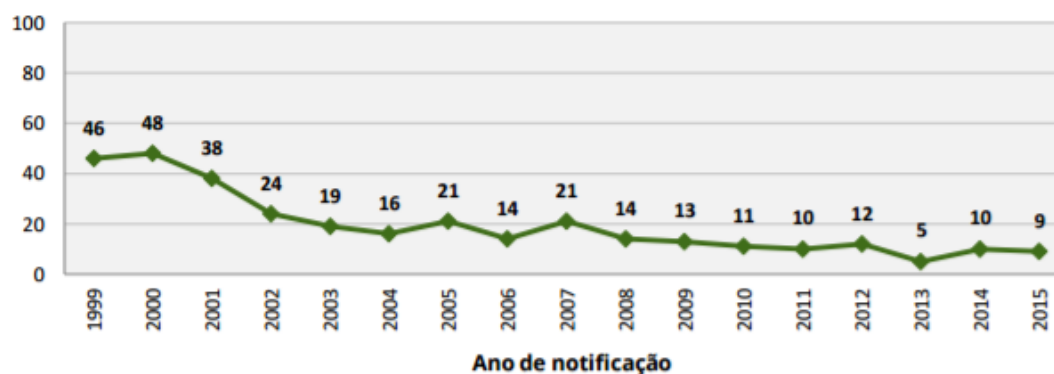


Gráfico 26. Número de casos notificados de sífilis congênita, por ano de notificação, em Portugal, 1999-2015. Fonte: DDO, 2015.

Considera-se que a incidência de sífilis seja maior nos grandes centros urbanos. *A sífilis ainda é considerada um diagnóstico que envergonha, e a questão da confidencialidade é muito importante para a notificação dos casos: o médico faz o registro com os dados básicos, depois o médico de saúde pública pega esses dados básicos e amplia o histórico com dados temporais, primeiros sintomas, enfim, toda a anamnese*⁵⁰⁷.

Nas maternidades de referência, é preconizada a realização do teste para sífilis no início de cada trimestre da gestação. O tratamento é a penicilina, com protocolo para dessensibilização em caso de alergia.

⁵⁰⁷ Trechos de entrevistas com profissionais de saúde e gestores, Lisboa, 2016.

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

Desde 1988 foi estruturado o *Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança, da Sociedade Infeciologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria*, com a participação de obstetras, infectologistas, médicos saúde pública, outras especialidades, psicólogas, serviço social, juristas, educadores, profissionais para informação diagnóstica, Instituto de Medicina Geral.

As prioridades do grupo foram reduzir a Transmissão Vertical, uniformizar a notificação, trabalhando diversas áreas correlacionadas. Em 2007 já trabalhavam com a indicação para profilaxia intraparto com medicamentos, e na época, metade das maternidades não conseguiam fazer. Realizaram estudos e perceberam que a origem dos pais, a cultura de ir direto para a maternidade, ignorando recomendações e pré-natal, influenciavam nessa atitude.

Esse Grupo indica que, em 2014 em Portugal, ocorreram 233 casos de gravidez em mães infectadas pelo HIV, com uma prevalência de **0,29%** no total de Recém-Nascidos no mesmo período. Consideram que o acesso amplo e gratuito à profilaxia, aos antirretrovirais, o desenvolvimento de ensaios clínicos, estudos de farmacocinética, todos os fatores contribuem para um bom resultado na resposta ao HIV.

Em relação a hepatite C, consideram a rapidez do tratamento como primordial para as pessoas HIV+.

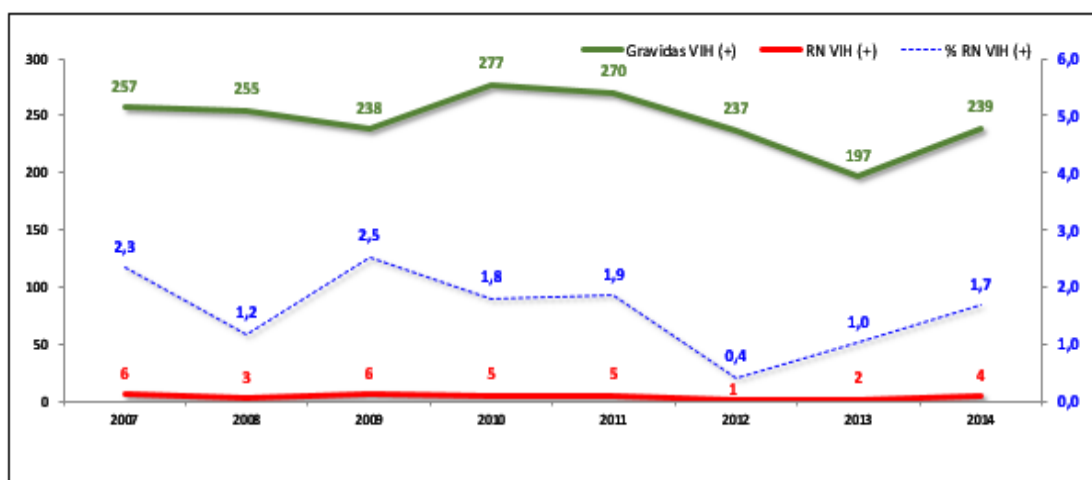


Gráfico 27. Epidemiologia do HIV entre gestantes e recém-nascidos em Portugal, 2007 -2014. Fonte: Grupo de trabalho sobre infecção VIH na criança, Sociedade de Infeciologia Pediátrica, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2016.

No período entre 2007 e 2014, o número de casos de infecção por HIV manteve-se baixo. Em 2014 foram quatro casos de crianças infectadas para 239 mulheres grávidas HIV+, e portanto a proporção de recém-nascidos infectados pelo HIV-1 foi de 1,7%, e nenhum caso de HIV-2.

Um dos objetivos do grupo foi eliminar a transmissão mãe-filho na perspectiva da Organização Mundial da Saúde, abaixo de 2%, porém considera-se difícil chegar ao zero absoluto, por conta das peculiaridades do país, dificuldades e problemas, porém o fator incontornável é a imigração de grávidas, advindas de países com epidemia generalizada, que vão parir em Portugal.

Alguns países excluem de seus dados epidemiológicos a população migrante, para que as porcentagens sejam reduzidas, porém Portugal inclui todas as pessoas afetadas, independentemente de sua origem e moradia.

6.2. Transmissão Vertical

Portanto, em 2014 a taxa de transmissão mãe-filho do HIV foi de **1,7%**, correspondendo a 4 casos de infecção pelo HIV-1 (nenhum caso HIV-2), sendo duas crianças filhas de mães portuguesas e dois filhos de mães com nacionalidade estrangeira.

Foram 233 casos de gravidez em mães infectadas por HIV, 239 recém-nascidos, o que equivale a prevalência de **0,29%** no total de RN no mesmo período.

Tal como em 2013, os dados foram recolhidos e analisados pelo *Grupo de Trabalho sobre infeção VIH na Criança*, da *Sociedade Infeciologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria*.

Os valores encontrados preenchem os critérios apresentados pela OMS para definir a eliminação da transmissão mãe-filho num país. O número de grávidas infectadas por HIV revelou um acréscimo em relação a 2013, situando-se ao nível registrado em 2012 (figura abaixo).

2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6	2,3	3	1,6	6	2,5	5	2,0	5	1,8	1	0,4	2	1,0	4	1,7

Figura 56. Casos de transmissão mãe-filho do HIV em Portugal, 2007- 2014. Fonte: DGS, 2016.

Em termos de distribuição geográfica, a região sul apresentou o maior número de Recém-Nascidos (177), seguida pela região norte, centro e ilhas (39, 19 e 4 casos, respectivamente). A Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital Prof. Dr. Fernando da Fonseca, o CH Lisboa Norte/Hospital St^a Maria e o Hospital Garcia de Orta apresentaram o maior número de Recém-Nascidos filhos de mães infectadas por HIV (39, 37, 17 e 16 casos, respectivamente).

Na zona norte, o CH Porto/Maternidade Júlio Dinis registou 16 casos e, na zona centro, o CH Universitário de Coimbra/Hospital Pediátrico de Coimbra notificou 13 casos. Doze grávidas estavam infetadas por HIV-2 (em 75% dos casos provenientes da Guiné-Bissau), o que corresponde a 5,1% do total. Considera-se que o Sul seja a região em que sempre há dados mais relevantes, desde 2011.

Regiões	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	53	46	46	32	32	36	30	39
Centro	20	17	18	19	18	14	17	19
Sul	184	192	174	226	218	186	149	177
Ilhas	0	0	0	0	2	1	1	4
Total	257	255	238	277	270	237	197	239

Figura 57. Distribuição por ano e região dos Recém-Nascidos filhos de mães HIV+ em Portugal.

Fonte: VIH/SIDA/TB_2015.

Em termos de partos assistidos por profissionais de saúde de nível superior, em 2013 foram 93,95% de todos os recém-nascidos assistidos em instituições de saúde. Há, portanto, um aumento no número de Recém-Nascidos infectados por HIV, em consequência de transmissão Mãe-Filho.

Se os valores encontrados continuam a preencher os critérios apresentados pela OMS para definir a eliminação da transmissão mãe-filho num país e se também se reconhece a impossibilidade controlar situações particulares de chegada ao país no período final de gravidez e não seguidas corretamente no seu país de origem, também se deve reconhecer o acréscimo do número de casos em residentes em Portugal (mesmo que valor numérico total seja reduzido).

Histórico

Importante lembrar que no período de 2006-2007, mais de 85% das mulheres grávidas vivendo com HIV estavam em TARV; mais de 96% das grávidas tinham feito pelo menos um teste de HIV durante a gravidez ou parto, e a incidência da transmissão vertical estava abaixo dos 0,5%. Entre 1999 e 2010 nasceram 2.656 crianças em risco de infecção, e em 73 casos houve transmissão vertical.

Em 2010 nasceram 264 crianças de mães com HIV, com uma taxa de transmissão de 1,9%, significando 5 casos HIV+. Em relação à Transmissão Mãe-Filho, os dados de 2000 a 2014 são os seguintes:

Ano	N	%	Ano	N	%
2000	14	0,4	2008	15	0,7
2001	17	0,6	2009	15	0,7
2002	33	1,2	2010	17	0,9
2003	26	1,0	2011	9	0,5
2004	23	1,0	2012	5	0,3
2005	9	0,4	2013	10	0,7
2006	12	0,5	2014	9	0,7
2007	17	0,8			

Figura 58. Casos de infecção pelo HIV por ano diagnóstico, Transmissão Vertical. Fonte: DGS, 2016⁵⁰⁸.

⁵⁰⁸ Infecção por VIH, SIDA e Tuberculose em números 2015. Extraído do Quadro 5, Página 14.

Em estudo apresentado em 2012⁵⁰⁹, foram estudadas as taxas de transmissão vertical do HIV 1 entre 1999 e 2010 em crianças nascidas de mães infectadas seguidas através de um protocolo laboratorial para diagnóstico precoce do HIV implementado pelo Laboratório Nacional de Referência do HIV. Foram coletadas amostras de 2.418 crianças em risco para infecção pelo HIV 1 provenientes de 38 maternidades e hospitais do continente e ilhas, e essas amostras foram testadas para pesquisa de DNA HIV1.

Ano	Taxa de Transmissão Vertical
2006	2%
2007	1,9%
2008	2,2%
2009	2,2%
2010	1,7%

Figura 59. Taxa anual de Transmissão Vertical 2006 – 2010 em estudo realizado em Portugal.

Fonte: Pádua et. a l, 2012.

Foi também analisada a informação disponível relacionada ao cumprimento ou não das medidas de prevenção da Transmissão Vertical preconizadas para a grávida e o recém-nascido.

Nesse período de 1999 a 2010, foram diagnosticados 69 casos de Transmissão Vertical do HIV 1. Em 87% destas crianças (n = 60), não foram seguidas as medidas de prevenção. O estudo mostrou uma associação estatisticamente significativa⁵¹⁰ entre ausência de medidas de prevenção e transmissão do HIV 1. A taxa anual de transmissão mais elevada foi de 7% em 1999 e a mais baixa de 0,5% em 2005.

Apesar dos benefícios comprovados da Terapia Antirretroviral na prevenção da Transmissão Vertical, foi observado no período de 2009-2012 uma proporção variando entre 18,1% e 14,6% dos casos de não-cumprimento da TARV de prevenção. Neste grupo, incluídos casos de gestação com falhas no cuidado e soroconversões na grávida durante a gestação.

O estudo conclui que houve uma evolução positiva na redução das taxas de Transmissão Vertical entre 1999 até 2005. Entre 2005 e 2010, uma média próxima a 2%. Afirmam: *embora se continue a diagnosticar casos de Transmissão Vertical no país, existem objetivos estratégicos específicos para a eliminação dessa via de transmissão – neste contexto, deve-se implementar uma ação concentrada para reduzir o número de gravidezes sem acompanhamento e promover a realização de rastreio de anticorpos HIV nos parceiros das grávidas, para evitar soroconversões durante a gestação.*

Estes resultados devem-se à implementação de um protocolo laboratorial de apoio aos pediatras infectologistas para o diagnóstico precoce da transmissão vertical. Como resposta, promove-se o fortalecimento da detecção proativa destas situações e promoção da adesão das grávidas à testagem e seguimento médico regular durante a gravidez, tendo o Programa Nacional como uma das metas principais a redução das taxas anuais desse tipo de transmissão para níveis próximos de 1% até o final de 2016⁵¹¹.

⁵⁰⁹ <http://hdl.handle.net/10400.18/1559> - PÁDUA, Elizabeth, LAMEIDA, Catarina, ÁGUA-DOCE, Ivone, CORTES MARTINS, Helena

⁵¹⁰ p<0,000001

⁵¹¹ DGS, 2012a.

6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país

A Opção B+ foi adotada em Portugal em 2013, antes mesmo das determinações internacionais. A logística para maternidade assistida, atendimento aos casais com HIV está implementada desde 2010 com a equipe⁵¹². São considerados pontos fortes o atendimento completo, desde hipertensão arterial até equipe de psicólogos, diferenciados para cada agravo. Todas as mulheres do centro hospitalar que são soropositivas para HIV são atendidas em sua integralidade.

Até abril de 2016 foram realizadas 68.000 consultas para gestantes. Em 2015 foram realizados 3.440 partos, com uma taxa de cesarianas de 38,28%.

As grávidas HIV+ já saem medicadas das consultas. A ONUSIDA mostrou que 7 em cada 10 grávidas estavam positivas para HIV e seis em cada 10 recém-nascidos estavam expostos. O tratamento medicamentoso modificou essa realidade.

A prevalência nacional das grávidas infectadas é de **0,2 a 0,3%**.

A ênfase às estratégias para redução da Transmissão Vertical começou em 1997. Com o AZT em 1995, medicação exclusiva, ficou evidente para os profissionais de saúde a necessidade de um espaço específico para a consulta das grávidas HIV+ que não entre as grávidas “de alto risco”. Iniciou-se um atendimento multiprofissional, em parceria com a ONG Passo a Passo, que trabalha com as mulheres após o parto, em especial as mulheres com dificuldades socioculturais.

A implementação do teste rápido para HIV foi outro avanço na redução da Transmissão Vertical.

Quando uma mulher está com aids, o medicamento fica disponibilizado na farmácia do Hospital em que ela está. Quando é uma grávida que não está sob terapêutica, há medicação na farmácia. Há um estoque para as mulheres que recebem diagnóstico de HIV+ nas farmácias do hospital.

Um fator motivacional para a adesão é a mulher perceber que o remédio vai impedir que seu filho tenha aids. *Um doente motivado é um doente aderente*⁵¹³. O apoio da ONG Passo a Passo é fundamental: *não descansam enquanto não veem essa mulher decidida*⁵¹⁴.

Em relação aos maridos e parceiros, eles são *convidados* (sic) a vir com a mulher na consulta. *Às vezes as pessoas não querem saber, preferem morrer!*

O Serviço Social tem uma escola de adultos para aprender a escrever, identificar figuras de sol e lua para compreender a tomada de medicamentos. Muitas mulheres imigrantes não compreendem o idioma. *Uma paciente foi diagnosticada com atraso mental – não tinha atraso mental algum, tinha é uma grande timidez! Como não sabia ler e escrever, foi tomada de início como tendo atraso mental*⁵¹⁵.

⁵¹² Dra. Fátima, Dra. Marta Trindade, Assistente Social; Dra. Graça Pinto; Dra. Lílian, Dr. Ricardo Mira.

⁵¹³ Trecho de entrevista com médico entrevistado em Lisboa, Abril de 2016.

⁵¹⁴ Trecho de entrevista com assistente social entrevistada em Lisboa, Abril de 2016.

⁵¹⁵ Trecho de entrevista com médica entrevistada em Lisboa, Abril de 2016

No Hospital de Referência de Lisboa, a equipe fez formação com a ONG Passo a Passo sobre contexto pré e pós revelação diagnóstica, o que é o HIV, parte médica, psicológica, qual é a terapêutica, qual o protocolo do parto e da amamentação...

A questão da amamentação suprimida é ainda uma questão em avaliação. Mulheres com carga viral indetectável talvez pudessem amamentar, mantendo-se sob medicação, para não serem estigmatizadas. Nas maternidades e centros urbanos, as mães HIV+ seguem o protocolo e não amamenta. Os profissionais de saúde afirmam que nas comunidades africanas da periferia é mais complicado, e muitas mulheres amamentam seus filhos.

Nas grávidas diagnosticadas e com carga viral indetectável antes de engravidarem, as maternidades de referência fazem parto eutócico. Só fazem cesariana quando a carga viral é superior ou quando há fatores de risco.

Toda a medicação para supressão do leite, toda aplicação de antirretrovirais é gratuita, com fornecimento feito na farmácia do hospital.

Os profissionais de saúde relatam dificuldades de adesão com mães toxicodependentes, que faltam às consultas, abandonam medicamentos, dentre outros comportamentos de não-adesão e até abandono.

Às vezes fazem o teste rápido na sala de parto para mãe e criança. Se for HIV+, faz-se o protocolo de AZT injetável durante o parto, e depois AZT oral para a criança.

Em relação às crianças, em casos de não-cuidado, há envolvimento do Tribunal de Menores e até afastamento da criança da tutela dos pais. A intervenção social é considerada grande, pois, em Portugal, se os pais não garantem o tratamento da criança no início da vida, podem perder a guarda dos filhos.

Alguns fatores de não-adesão são férias, abandonos esporádicos, e quando os pais sentem-se melhor por conta de não terem efeitos colaterais, não vão buscar a medicação. Adultos fazem exames 1 a 2 vezes por ano; no início da infecção, seis em seis meses; crianças pequenas, a cada 3 ou 4 meses – adolescentes, “se forem confiáveis”, seis meses.

No início são feitos exames de carga viral e CD₄. Cerca de 50% não tem a medicação integralmente cumprida. As equipes multiprofissionais têm como objetivo garantir os bons resultados, tanto da fase inicial como da manutenção.

6.4. Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos

O ano de 2014 representa um ano de mudança da estratégia de diagnóstico precoce da infecção por HIV, através da implementação organizada e faseada da realização de testes rápidos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)⁵¹⁶.

Essa estratégia permitiu maior acesso ao diagnóstico precoce e melhor tratamento.

⁵¹⁶ Este processo de redimensionamento da abordagem do diagnóstico precoce culminou na atualização da Norma de Orientação Clínica nº 58/2011, em dezembro de 2014.

Em Portugal nunca se usa Efavirenz em crianças com transtornos neurológicos. Se em algum caso é utilizado e a criança começa com algumas manifestações, o medicamento é substituído; algumas crianças não toleram essa medicação, com problemas de sono. Os efeitos neurológicos são descritos pelos profissionais de saúde como reais e intensos.

O Grupo que trabalha com crianças com HIV desenvolveu uma estratégia logo no início da epidemia no país: a equipe de saúde informava os responsáveis da escola, com autorização dos pais. Há relatos que em alguns lugares pais quiseram expulsar crianças HIV+ das escolas. Desde então, a equipe de saúde informa as autoridades escolares, porém isso fica incluído no sigilo profissional, junto às orientações de como a escola deve agir se houver algum acidente com essa criança, principalmente que envolva sangramento. São feitas palestras sobre *Higiene e Segurança na Escola*, em que se inclui temas como hepatites, tuberculose, outros agravos.

Ainda hoje alguns pais não autorizam a liberação da informação para a escola, pela questão do estigma – *alguém sempre conhece alguém*. Embora o conhecimento da infecção tenha aumentado, a discriminação tenha diminuído, ainda há muito medo em torno da questão da aids. A equipe multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, educadora trabalha para a família, com informações, suporte, orientações sobre a segurança das crianças para que haja condutas corretas e não-estigma.

Para algumas famílias essa abordagem não se constitui em problema, porém em alguns casos a exigência é de sigilo absoluto. Mães infectadas muitas vezes tem muita culpabilidade, não querem revelar o diagnóstico, e o apoio da psiquiatria nesses casos é imprescindível.

A estratégia principal para garantir a adesão entre as crianças é introduzir a medicação como uma rotina, como escovar os dentes, minimizando o impacto da doença.

6.5. ONG Parceiras

a) Associação Passo-a-Passo

A Associação Passo a Passo trabalha com mulheres grávidas soropositivas para HIV, no componente de apoio social e articulação com a Maternidade Alfredo da Costa. Complementa o tratamento da profilaxia e o apoio social na franja populacional que são as mulheres carentiadas. Apoio em geral, incluindo gênero alimentício. *Não adiante ter a profilaxia se depois não tem as condições básicas para dar um leite especial para não amamentar*, afirmam os entrevistados. Nos últimos anos, segundo depoimentos, *de todas as mulheres que foram acompanhadas, nenhuma deu à luz a uma criança infectada*.

A Associação já acompanhou mais de 1.800 crianças, no trabalho desenvolvido com grávidas HIV+ em todo o país.

Há passos que não podemos dar sozinhos, diz o slogan da Associação.

A missão da ONG é *apoiar a mulher em sua gravidez, vivências sociais, pobreza mental, HIV e aids, serviços*. Acompanham grávidas com várias doenças crônicas, enfatizando o *direito à decisão e escolha*, inclusive com amplo conhecimento dos *direitos de saúde sexual e reprodutiva*.

As ações e respostas esperadas são explícitas: *A Associação Passo a passo tem como objetivos a criação de uma rede social para diminuir a prevalência da Transmissão vertical do HIV, contribuir para o bem-estar físico, envolver os companheiros, prevenir a gravidez não-desejada, incentivar o uso do preservativo e amparar crianças em situação social vulnerável.*

As estratégias são dinâmicas de grupo com as grávidas, intervenção nos domicílios, com foco na discussão sobre sentimentos, do cuidado em essência dessas mulheres. O projeto não tem zona geográfica de abrangência, e a equipe é formada por Assistente Social, Psicólogo, Terapeuta Familiar, Obstetra, Enfermeira. Os atendimentos são supervisionados e as atividades desenvolvidas seguem o chamado *Protocolo Social*: entrevista social e psicológica, de acordo com seu contexto de vida; são realizados o aconselhamento, orientação, participação em seminários e outros.

Os profissionais envolvidos na ONG discutem em supervisão casos clínicos, articulações com o Serviço Social, participam de eventos nacionais e seminários temáticos, propõem capacitações – como por exemplo para os profissionais dos Hospitais de Referência de Lisboa.

O perfil das mulheres atendidas é: idade entre 19 e 41 anos, 35% sem companheiro, 53% com ensino básico incompleto, mais de 80% com sérias dificuldades socioeconômicas; mais da metade já estava com HIV+ na última gravidez anterior à atual (55%) e 15% são vítimas de violência doméstica. Não há qualquer distinção de cultura ou religião para ser atendido pela ONG.

Em casos graves – por exemplo, alcoolismo da mãe – é necessário reportar a situação ao Tribunal, e às vezes há necessidade de se aplicar medida de urgência, com retirada das crianças da tutela dessa mãe adoecida. A ONG tem uma assessoria jurídica com vínculo direto com o Tribunal, apoio do Gabinete. É uma ONG de referência para o próprio Tribunal, responsável também por pareceres, avaliação de situações-limítrofes.

A estimativa do envolvimento dos parceiros e maridos das mulheres atendidas na ONG é de 70%; as mulheres atendidas tem 100% de adesão às consultas, 0% de Transmissão Vertical.

Após o diagnóstico, cada mulher atendida tem um custo mensal de 300 euros, incluindo acompanhamento de crianças, leite. Em 2009 havia leite gratuito, mas o projeto foi suspenso.

No Hospital e Maternidade Alfredo da Costa há uma Associação de Mulheres contra a violência doméstica, que faz parceria com a Passo a Passo. Quando precisam ser hospitalizadas, a ONG apoia dando suporte a eventuais filhos que estejam já nascidos, apoio geral para a mulher. A ONG tem parceria e protocolos com as farmácias, as pessoas vão com a receita, o remédio é passado para elas e depois a ONG paga mensalmente a farmácia – o que garante o anonimato das usuárias e o recebimento da medicação extra ARV. Os antirretrovirais são administrados no hospital, mas outros medicamentos, como vitaminas para as crianças, são retirados nessas farmácias parceiras.

Banco Contra a Fome (BCF)

Esse projeto é uma entidade que existe em Portugal que faz protocolo de produtos alimentares, em acordo com o Serviço Social, União Europeia, e essa entidade gera tudo.

Instituições filantrópicas vão mensalmente buscar produtos alimentares, desde massa, atum, salsichas, arroz. Passo a Passo recebe cerca de 4 toneladas de alimentos por mês e distribuem para o país inteiro. É uma ONG do Governo Português. A colaboração é geral: *não há ninguém que não entre com um saquinho para entregar ao banco alimentar...associações participam com voluntariado para separar alimentos...*, afirmam as entrevistadas.

O BCF faz um trabalho de excelência: primeiro recolhem os alimentos, depois distribuem para as instituições, fazem relação de todas e controle minucioso, visitas. O dia semanal de visita na Passo a Passo é segunda-feira. Buscam os produtos frescos que são distribuídos semanalmente; mensalmente, distribuem os produtos secos.

Há algum tempo o Banco contra a Fome ampliou as atividades e incluíram os chamados *Bens Doados*, produtos de limpeza, higiene, roupas, e a ONG Passo a Passo também tem um protocolo/ parceria nesse sentido. Buscam insumos uma ou duas vezes por ano, ou quando há necessidade.

Em alguns casos há participação do Instituto Particular de Securidade Social (IPSS), em protocolo com Ministério da Securidade Social, para apoio a entidades sem fins lucrativos.

Adesão entre grávidas HIV+ em vulnerabilidade social

Os momentos de partilha em grupo são considerados muito importantes tanto para as grávidas atendidas pela ONG Passo a Passo como para a equipe de profissionais. A adesão reflete o respeito que essa Organização tem junto a essa população e junto à Sociedade em geral.

Segundo as entrevistadas, o grupo é o espaço em que as grávidas HIV+ conseguem falar sobre medos, receios, todas acham que os filhos vão morrer, ou elas vão morrer e os filhos ficarão órfãos. As estratégias para ocultar a não-amamentação são compartilhadas, por exemplo, dizerem “meu médico disse que tenho problema de saúde e não posso amamentar”, ideias e sugestões de lugares para esconder os remédios, como sótão, mala de viagem, embaixo da cama... retirada de rótulos das embalagens dos remédios, tanto delas como dos filhos. Há situações em que pessoas da mesma família tem o mesmo problema e não sabem umas das outras.

Nas maternidades, as placas com nomes dos médicos não trazem qualquer referência a aids. Ninguém sabe a especialidade daquele profissional a não ser quem está na consulta.

Considera-se que a excelência no atendimento tanto da Maternidade Alfredo Costa como na ONG Passo a Passo alterem comportamentos, aumentando o nível de crítica das mulheres em relação a direitos sexuais, reprodutivos e direito à não-violência, suporte psicológico, grupo, subsídios.

A adesão da grávida HIV+ à medicação durante o pré-natal tem como “mote” a mãe *ver o filho nascer sem aids*. Após o parto, *tomar remédio para ver o filho crescer*. O filho é o grande motivador para uma adesão completa ao tratamento. Como são mulheres vulneráveis, tem pouca autoestima, vivem sempre em função do outro, e em geral, quando a criança nasce, elas se esquecem de seguir em tratamento elas mesmas. O apoio multiprofissional é indispensável para que essa mulher, que em termos epidemiológicos não é mais “grávida HIV+”, mas sim após o parto uma “mulher HIV+”, siga o tratamento em adesão integral.

Muitas mulheres são abandonadas pelos parceiros, sem família, e não podem partilhar a angústia com ninguém – o trabalho da ONG é crucial.

Além do apoio psicológico e social, a ONG auxilia na regulamentação jurídica: documentação, regularização da situação no país – sem a situação regularizada, não podem obter emprego, apoio – preenchimento de papeis, encaminhamentos. Com a situação regularizada, a assistência em saúde está garantida para a mulher e para a criança.

As mulheres são atendidas pela ONG durante um tempo determinado. Os projetos têm início, meio e final e os subsídios do Governo tem prazo de quatro anos. As situações de vulnerabilidade, adoção, relacionamentos clandestinos ou ilegítimos, prisões, a heterogeneidade é a marca dos atendimentos.

Em 2016, cerca de sessenta mulheres estão sendo assistidas na Associação Passo a Passo, e destas, nenhuma deu à luz a uma criança infectada. Sessenta mulheres, com Transmissão Vertical zero.

b) Associação Sol ou Casa Sol

Fundada em 1992, é uma associação que apoia crianças soropositivas, que nasceram de mães que não tiveram apoio de uma associação como a Passo a Passo. *SOL, representa, solidariedade, luz, esperança, promoção da igualdade de tratamento e apoio na luta contra a discriminação e na promoção da cidadania e dos direitos do Homem e da Criança.*



Figura 60. Logotipo temático da Casa Sol em Portugal, 2016. Fonte: sol-criancas.pt, 2016.

As crianças vivem na sede da Associação, são residentes, e ali recebem alimentação, moradia, enfim, todos os cuidados, incluindo a administração da medicação prescrita. Todos vão à escola. A administração do tratamento para aids segue os moldes de Tratamento Diretamente Observado. Os jovens ali permanecem até sua organização de vida, em geral em torno dos 17, 18 anos.

A Associação Sol intervém a nível nacional, de norte a sul do país, mas com maior incidência na área metropolitana de Lisboa. A home page www.sol-criancas.pt tem a seguinte configuração:



Figura 61. Home page da Casa Sol, 2016. Fonte: sol-criancas.pt, 2016.

Com base no texto apresentado no site e nas entrevistas e na visita realizada à entidade em Abril de 2016, pode-se afirmar que a Associação SOL foi perscrutora ao criar uma filosofia própria diferente do que existia até então.

Com um número restrito de crianças, em que fomenta a proximidade afetiva, a confiança, a segurança, o sentimento de pertença e emergindo sempre o sentimento de família, neste caso uma família à antiga, numerosa.

A Casa SOL procura inovar em relação ao modelo tradicional de instituição.

Cria nas crianças um sentimento de conforto e pertença, como tal palavras como refeitório, dormitório e recreio são substituídas por casa de jantar, quarto dos meninos, das meninas e jardins. As crianças têm horários para as tarefas, e também tem liberdade para brincadeiras, televisão, jogos, numa vida em coletividade, mas com possibilidades de desenvolvimento identitário.

A relação entre os meninos e os adultos assume também uma forma particular. Não são “Preceptores ou Educadores” mas sim “Tias” e “Tios”, promovendo um relacionamento que pode ser considerado mais afetivo e familiar do que em instituições de assistência.

Não existe limite de idade para permanecer na Casa SOL. Alguns jovens planejam ir embora aos 18 anos, porém seguem vivendo mais tempo; outros, com progresso nos estudos e nas profissões escolhidas, saem antes do programado.

Estas crianças são consideradas “os donos da Casa”, e dela só saem quando um dia acharem que estão preparadas para isso, exceto em casos que se consegue que estas crianças sejam adotadas ou integradas na sua família de origem.

Por estas razões a Associação SOL foi distinguida na Sede da UNESCO em Paris em 15 de Outubro de 2000 pela sua filosofia piloto. A 10 de Dezembro de 2001, na Assembleia da República, foi laureada com a atribuição por unanimidade do Prémio dos Direitos Humanos.

Em 14 de Junho de 2003 teve a confirmação de ONG (Organização não Governamental) com o estatuto especial consultivo no Conselho Económico e Social das Nações Unidas.

Os encaminhamentos dos casos são realizados por entidades públicas, privadas, tribunais, comissões de proteção aos menores, centros de saúde, centros regionais de segurança social e outras instituições.

São crianças que nascem doentes, são negligenciadas, são abandonadas, tomam medicamentos várias vezes por dia, toda a vida, são sujeitos a internamentos prolongados, deslocam-se 3 a 4 vezes por mês ao hospital por questões de rotina – análises, tratamentos, consultas, apoio psiquiátrico e outros, provêm de famílias quase sempre disfuncionais, possuem ligações frágeis com a família, quando possuem, estão sujeitos a dietas rigorosas, vendo-se privados de alguns alimentos favoritos de todas as crianças, são órfãos ou vão sê-lo num futuro não muito longínquo, são preteridos no que respeita à adopção e por vezes, são discriminados

Após o contato inicial por um técnico com formação específica, que no caso da Associação é uma assistente social, são desencadeadas parcerias e articulações potenciando sempre os recursos comunitários e a participação ativa daqueles que os procuram, de forma a responder o melhor possível ao pedido de ajuda que é feito. À entidade referenciadora cabe o início de enquadramento legal junto do tribunal que depois de averiguada e confirmada a situação confere a tutela da criança à Associação SOL.

Independentemente da esperança de vida que uma criança possa ter, o princípio orientador da ação da SOL é a qualidade de vida com que ela vive os seus dias.

Para os idealizadores da Casa Sol, o Projeto de vida de uma criança infectada e afetada pelo vírus da aids é encarado nesta associação na mesma perspectiva com que se enquadra o de uma criança saudável. Tendo sempre presente as suas necessidades específicas, há que proporcionar-lhes tudo aquilo que ela, como criança, tem direito, a saber a possibilidade de crescer num ambiente familiar em clima de felicidade, amor e compreensão.

A Casa Sol proporciona cidadania às crianças que foram abandonadas por conta de sua sorologia positiva para HIV, num trabalho de inclusão, promoção de saúde e assistência completa. A forma de tratamento pessoal e as possibilidades de Tratamento Diretamente Observado são simbolizados, por exemplo, na “sala do Piu Piu”, em que todos os medicamentos são acondicionados em recipientes apropriados, com os respectivos nomes e horários de ingesta de cada uma das crianças e jovens.

7. Tabela-síntese

FONTES:

1. CIA_2016: www.cia.gov/worldfactbook
2. UNICEF_2016 = http://www.unicef.org/infobycountry/portugal_statistics.html#116
3. DDO_2015 = Doenças de Declaração Obrigatória, MS, 2015.
4. DGS_2016 = Documento: apresentação formal do Programa Nacional, Abril de 2016. Paper.
5. DGS_INE_2016 = Inquérito aos Hospitais e Centros de Saúde = <http://www.dgs.pt/publicacoes/estatisticas-da-saude.aspx>
6. EE_2012 = PORTUGAL. *Elementos Estatísticos de Saúde 2011/2012*. Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização - Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção-Geral da Saúde, 2011-2012. Governo de Portugal. Ministério da Saúde. 138p
7. PD/PT_2016 = www.pordata.pt
8. VIH/SIDA/TB_2015 = PORTUGAL. *Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números 2015*. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. Governo de Portugal, Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Lisboa, Novembro de 2015.

1	GERAL		FONTE
1.1	População residente	10.833.816	CIA_2016
		10.341.300	DGS_INE_2016
	Homens	5.291.305	CIA_2016
		Mulheres	5.542.511
1.2	População urbana	63,5%	CIA_2016
	Taxa de urbanização	0,97% ao ano	CIA_2016
1.3	Expectativa de vida ao nascer (em anos)	79,3 anos	CIA_2016
		80,41	DGS_INE_2016
	Homens	75	CIA_2016
		Mulheres	77,36
1.4	Taxa de fertilidade	1,53 crianças/mulher	CIA_2016
		1,30 crianças/mulher	DGS_INE_2016
	Taxa de fecundidade geral	36,0/1000 mulheres /idade fértil	DGS_INE_2016
	Índice sintético de fecundidade	1,23	DGS_INE_2016
	Idade média gestacional	29,5 anos	DGS_INE_2016
1.5	Taxa de crescimento da população	0,07%	DGS_INE_2016
1.6	Número de nascidos vivos	49.490	DGS_INE_2016
	Taxa de nascimentos	9,1/ 1.000 habitantes	CIA_2016
	Taxa de natalidade	8,25/1.000 habitantes	DGS_INE_2016
1.7	Prevalência de contraceção	86,8%	CIA_2016
1.8	Partos com especialistas (%)	99,37	PD/PT_2016
	Total de Partos/ Atendidos em estabelecimentos de saúde	81.591/ 81.077	PD/PT_2016
	Partos - estabelecimentos de saúde	65,3	PD/PT_2016
	Taxa de cesarianas	38,28%	VIH/SIDA/TB_2015
		33,5%	PD/PT_2016
1.9	Crianças menores de 5 anos abaixo do peso	8%	UNICEF_2016
	Mortalidade < 5 anos de idade	3,60/ 1.000 nascidos vivos	UNICEF_2016
1.10	Taxa Bruta de Mortalidade/ 1.000 habitantes	10,48	DGS_INE_2016
		11,1	CIA_2016
	Mortalidade Fetal	2,3/ 1.000 nascidos vivos	DGS_INE_2016
	Taxa de Mortalidade infantil	2,92/1.000 nascidos vivos	DGS_INE_2016
		4,4/1.000 nascidos vivos	CIA_2016
	Taxa de Mortalidade Neonatal	2,05/1.000 nascidos vivos	DGS_INE_2016
Taxa de Mortalidade. Neonatal Precoce	1,37/1.000 nascidos vivos	DGS_INE_2016	
	Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal	0,88/ 1.000 nascidos vivos	DGS_INE_2016
1.11	Mortalidade materna/ 100.000 nascidos vivos	0,00	DGS_INE_2016

2 GESTANTES - PTV			
2.1	Cobertura de Pré-Natal	100%	DGS_2016
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	68.000	VIH/SIDA/TB_2015
2.2	Cobertura de PTV	100%	VIH/SIDA/TB_2015
	% de gestantes testadas	100%	VIH/SIDA/TB_2015
	HIV positivas na testagem	233	VIH/SIDA/TB_2015
	Incluídas no PTV	233	VIH/SIDA/TB_2015
2.3	Estimativa de % de gestantes HIV+ TARV	86,6%	DGS_2016
2.4	Taxa de transmissão vertical HIV	1,7%	DGS_2016
2.5	Soroprevalência do HIV entre gestantes	0,20 – 0,30	VIH/SIDA/TB_2015
2.6	Início do programa Prevenção Transmissão Vertical no país	1999	DSG_2016
2.7	Unidades que realizam PTV	17	VIH/SIDA/TB_2015
3 HIV/AIDS e SÍFILIS			
3.1	Sítios sentinela	25	
	Pacote Estatístico	SI.VIDA	VIH/SIDA/TB_2015
	Tipo de epidemia	Concentrado	VIH/SIDA/TB_2015
3.2	Conhecimento sorologia	70%	DGS_2016
	Centros de Aconselhamento e Testagem (CAD)	23	EE_2012
	Testagem para HIV	15.989	DGS_2016
	Resultados positivos	152 (0,95%)	DGS_2016
	Testes em crianças	100%	DGS_2016
	Cobertura testagem HIV gestantes	100%	VIH/SIDA/TB_2015
3.3	Incidência do HIV e Aids	11,7/100.000 habitantes (HIV) 2,1/100.000 (Aids)	DGS_2016
	Homens	38.369	VIH/SIDA/TB_2015
	Mulheres	14.693	VIH/SIDA/TB_2015
	Prevalência do HIV - Geral	0,6%	VIH/SIDA/TB_2015
	Prev. do HIV adultos 15- 49 anos	0,6%	VIH/SIDA/TB_2015
	Número de casos de aids	322	PD/PT_2016
	Prevalência do HIV entre gestantes	0,29% (0,2% - 0,3%)	VIH/SIDA/TB_2015
3.4	Transmissão sexual	96,0%	VIH/SIDA/TB_2015
		92,3%	DGS_2016
	Transmissão vertical	1,7% (4 casos)	VIH/SIDA/TB_2015
3.5	Número de pessoas vivendo com HIV	53.072	VIH/SIDA/TB_2015
	Adultos > 15 anos	7.777	VIH/SIDA/TB_2015
	Grávidas soropositivas para HIV	233	VIH/SIDA/TB_2015
	Casos de transmissão vertical do HIV	4	DGS_2016
3.6	Órfãos por causa da doença	s/d	
3.7	Mortes relacionadas ao HIV/Aids/ 100 000	1.317 3,8/100.000	DGS_2016
3.8	Casos de sífilis notificados	795	DGS_2016
	Taxa de coinfeção HIV-sífilis	6,3%	DGS_2016
	Número total de casos de sífilis congênita notificados	9	DGS_2016 DDO_2015
4 TARV			
4.1	Cobertura de TARV	82,5%	DGS_2016
	Administração de TARV	Hospitais	DGS_2016
	HIV+ registrados em hospitais	26.580	VIH/SIDA/TB_2015
	Cobertura ARV para gestantes HIV+	100%	DGS_2016
	Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas	100%	DGS_2016
4.2	População em TARV	30.956	VIH/SIDA/TB_2015
	Adultos	22.005	VIH/SIDA/TB_2015
	Pessoas com carga viral indetectável (< 50 cópias/ML)	17.249 (78,4%)	VIH/SIDA/TB_2015
	Gestantes HIV+ em TARV	239	VIH/SIDA/TB_2015

	Crianças	4	VIH/SIDA/TB_2015
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	3,4/1.000 – 203,2/100.000 Habitantes - 22,5/ 100.000 leitos em hospitais especializados	CIA_2016 PD/PT_2016 PD/PT_2016
	Número de Hospitais	226	PD/PT_2016
	Número de Centros de Saúde	388	PD/PT_2016
5.2	Profissionais de saúde	TOTAL: 124.192 – elementos estatísticos 2012	
	Número total de médicos	24.490	EE_2012
	Número de médicos/ 100.000 habitantes	468,1/100.000 habitantes	PD/PT_2016
	Número de enfermeiros	39.526	EE_2012
	Número de enfermeiros/ 100.000 habitantes	653,9/ 100.000 habitantes	PD/PT_2016
	Dentistas	8.773	PD/PT_2016
	Número de dentistas/ 100.000 habitantes	84,7/100.000 habitantes	PD/PT_2016
	Farmacêuticos	12.119	PD/PT_2016 e EE_2012
	Número de farmacêuticos/ 100.000 habitantes	117,0/100.000 habitantes	EE_2012
	Técnicos de laboratório	7.587	PD/PT_2016
	Outros profissionais de saúde (médicos – outras especialidades)	19.761	PD/PT_2016
	Outro pessoal técnico superior	3.833	EE_2012
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	1.071	PD/PT_2016
6.	ONG PARCEIRAS	Passo a Passo Associação Sol	DGS_2016

8. Conclusões e Recomendações

8.1. Aspectos a serem valorizados - Pontos Positivos

Considerando-se a importância de se pautar as políticas públicas em evidências científicas, Portugal tem esse mérito: as políticas e ações tem como base as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde.

A implementação do novo sistema de notificação, o *Sistema de Informação para o VIH/SIDA - SI.VIDA*, foi um passo extraordinário em direção a uma nova compreensão da dinâmica nacional da epidemia de HIV e aids: os dados melhor qualificados permitem também comparação com outras dinâmicas de epidemias em outros países, formas de transmissão, grupos vulneráveis, e portanto maneiras de se construir respostas a nível nacional que sejam eficazes.

A introdução do sistema SI.VIDA e a harmonização da informação epidemiológica entre este sistema, o *Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica - SINAVE* e a informação proveniente diretamente do *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge - INSA* constituem um avanço significativo na qualidade da informação disponível relativamente à infeção por HIV. Em 2016, o esforço deve ser dirigido para a conclusão da sua implantação, para a melhoria da qualidade de introdução da informação e da integração dos sistemas informáticos hospitalares e para a análise desagregada da informação, por região de saúde e por unidade hospitalar.

A notificação é separada, para HIV e para aids, uma especificidade importante.

Portugal inclui os imigrantes, legalizados ou irregulares, em todas as estruturas de atenção à saúde, inclusive com disponibilização de medicamentos e exames, o que nem todos os países fazem.

Um aspecto muito positivo na Resposta Nacional à epidemia de HIV e aids em Portugal é a possibilidade de amparo legal às ações de prevenção e assistência. Por exemplo, o Programa de Troca de Seringas foi decisivo para que a transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis passasse de mais de 50% (1999-2000) para 3,9% (2015). Mesmo considerando-se a mudança comportamental dos usuários, a redução é significativa.

Também em relação à possibilidade da interrupção da gravidez amparada pelo Governo, respeitadas as condições determinadas, o aspecto positivo da assistência plena à mulher que faz essa escolha até a 10ª. semana de gestação. Importante pensar na articulação das estratégias de Saúde Sexual, Reprodutiva e Prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis e aids.

Nos últimos cinco anos, com a reestruturação do Programa Nacional, houve melhoria da notificação e um notável decréscimo em todos os indicadores epidemiológicos: incidência, prevalência e mortalidade. O diagnóstico está sendo efetuado mais precocemente, em cerca de 51% da população, e a inclusão dos testes rápidos como rotina nos atendimentos permite a amplificação do conhecimento da sorologia por parte da população.

Com o conhecimento apurado da distribuição geográfica da epidemia, em que Lisboa e as áreas metropolitanas, além Porto e Algarve, concentram quase 70% dos novos casos, o Programa tem instrumentos para construir respostas eficazes de controle e prevenção.

Em relação à prevenção e assistência, Portugal tem uma preocupação específica com a população prisional. Mesmo enfrentando dificuldades, algumas estratégias como disponibilização de insumos e movimentos de assistência são realizados. A população privada de liberdade não é uma “população invisível”, dentro das populações vulneráveis.

O desenvolvimento de materiais específicos para população imigrante, com figuras, com preocupação em acessar o público que não entende o idioma, é uma ação positiva e que terá impacto direto, posto que essa população está especialmente suscetível a infecção pelo HIV e outros agravos em Portugal.

O desenvolvimento de insumos de prevenção específicos, como o “kit sexy” para HSH é um exemplo de ação direcionada a população vulnerável com grande possibilidade de impacto positivo na redução das infecções sexualmente transmissíveis (não apenas HIV e aids), bem como aumento da adoção de comportamentos preventivos.

O papel das Organizações Não-Governamentais na resposta nacional é digno de nota. A assistência não se limita a uma simples disponibilização de insumos, mas abrange desde legalização jurídica do cidadão até o acompanhamento da pessoa durante o tratamento, permitindo reconhecimento da doença, dos estigmas, e movimentos para redução dos preconceitos e problemas inerentes.

Tanto a ONG Passo a Passo, que cuida das gestantes HIV+, como a ONG Casa Sol, tem atuações relevantes, complexas e que vão mais-além do que uma intermediação entre governo e doentes. Construíram ações significativas, integradas, completas, abrangendo todos os aspectos da vulnerabilidade das pessoas acometidas pelo vírus.

A Opção B+ está efetivamente implementada no país, e a estruturação do *Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança, da Sociedade Infeciologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria* logo no início das ações governamentais traz consistência no acompanhamento das gestantes e crianças infectadas pelo HIV no país.

Em relação ao Protocolo de Amamentação e Parto para mulheres HIV+, o parto realizado por especialistas em ambiente hospitalar tem elevada percentagem. A questão da cesariana ainda é tema para discussões e estudos, sendo no momento realizada a cesariana eletiva. Em relação à amamentação, segue-se à risca a administração do supressor de leite e o fornecimento da fórmula láctea para toda gestante HIV+, enfrentando inclusive os tabus e questões culturais inerentes a esse procedimento.

Outra estratégia importante, positiva e digna de compartilhamento é o trabalho de Educação realizado nas escolas pelos membros do mencionado Grupo de Trabalho: ações de esclarecimento, informações, orientações e o envolvimento da escola, família e equipe médica nos cuidados à criança, informando e dando todo suporte clínico, deve ser considerado um diferencial relevante.

O aumento do acesso das pessoas infectadas por HIV à Terapia antirretroviral combinada (TARc) ultrapassou 80% e, destes, cerca de 80% apresentava-se em supressão virológica, no final de 2014. Portugal adota o critério de supressão de carga viral em 50 cópias/mL, porém para efeitos comparativos, ao se adotar o critério de 200 cópias/mL, os índices de supressão atingem patamares mais elevados. A Cascata de Cuidados em Portugal encontra-se em pleno desenvolvimento e implementação: aumento da testagem, aumento da adesão aos tratamentos, aumento da supressão da carga viral, caminhando a passos largos para a completude da meta 90-90-90.

Em relação a tuberculose, a resposta nacional é consistente e o respectivo Programa Nacional tem muito a contribuir para o Programa de combate a aids.

Nos últimos anos, tem ocorrido uma diminuição da incidência da tuberculose no país, atingindo em 2014 o limiar de 20/100.000 habitantes. Há evidência da redução de transmissão recente da tuberculose e notificação precisa de suas diferentes formas extrapulmonares, assim como o conhecimento dos fatores de risco associados.

Essa compreensão da dinâmica da epidemia de tuberculose, os fatores de risco associados e a elevada prevalência entre pessoas com HIV e aids é um fator positivo e que merece ser compartilhado, mesmo com as possíveis melhorias no rastreio e comprovação por meio laboratorial.

8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

Em relação à notificação e publicação dos dados epidemiológicos, como até 2010 os dados eram secundários, Portugal foi duramente criticada em diversos organismos internacionais pelo fato de seus dados não serem facilmente comparáveis com dados de outros países. Porém, há que se destacar que a implementação de sistemas fidedignos sempre foi uma preocupação para os gestores.

Nesse momento, recomenda-se que seja feita a divulgação maciça do site da Direcção Geral de Saúde, em que importantes documentos oficiais estão disponíveis e acessíveis, e todos os dados epidemiológicos de todos os agravos em saúde, além dos dados demográficos e geopolíticos, estão apresentados.

O esforço empreendido para a implementação do sistema de notificação, os custos, investimentos e trabalho coletivo incansável merecem esse reconhecimento internacional.

Os dados coletados pelo sistema e incluídos nos boletins de *Doenças de Declaração Obrigatória* não incluem os dados das coinfeções com HIV e vice-versa, assim como a relação de coinfeção com a tuberculose. Essa é uma lacuna importante, pois a adesão aos respectivos tratamentos precisa ser pensada, assim como as estratégias para definição de linha de tratamento, de acordo com os quadros clínicos apresentados. Recomenda-se a integração dos respectivos bancos de dados e atualização dos dados epidemiológicos.

Em relação à transmissão mãe-filho da infecção por HIV houve, em 2014, um acréscimo do número de casos.

Mesmo considerando a reduzida expressão numérica (4 casos) e a dificuldade de controle de situações de afluxo de pessoas provenientes de outros países no período final de gravidez, este acréscimo deve incentivar a melhoria da estratégia de diagnóstico e adesão ao seguimento médico regular durante a gravidez das mulheres infectadas pelo HIV. Recomenda-se a intensificação das ações de busca ativa de parceiros de grávidas infectadas, bem como acompanhamento sistemático das gestantes para reduzir ou zerar a porcentagem das “perdas de vista”.

Não foi possível obter dados gerais sobre os “órfãos da aids” em documentos oficiais tanto de Portugal como de organismos como UNICEF, WHO e outros. Recomenda-se algum esclarecimento a respeito.

Em 2014, a proporção de novos casos de infecção por HIV coinfectados por outras IST (nomeadamente a sífilis – 6,3%) foi mais elevada que a proporção apresentada pelo conjunto da população em seguimento hospitalar, facto que deve merecer atenção particular e a adoção de medidas específicas em relação a outras infeções sexualmente transmissíveis.

Em relação à tuberculose, há uma notável demora entre o início de sintomas, o diagnóstico e o início de tratamento. É necessário aumentar a suspeição nas comunidades de maior risco, entre os profissionais de saúde e melhorar o acesso a serviços de tuberculose (centros de diagnóstico de tuberculose ou consultas de tuberculose).

Uma redução mais acentuada vai exigir melhorias em termos de diagnóstico mais precoce, rastreio de contatos e definição de estratégias que garantam que os doentes fazem o tratamento até ao fim de forma adequada.

Para aumentar o sucesso terapêutico e redução das formas resistentes é importante garantir que se obtenha o teste de suscetibilidade aos fármacos antibacilares, assim como garantir que o doente efetua o tratamento de forma adequada. O sucesso terapêutico das formas multirresistentes tem melhorado, provavelmente traduzindo já o efeito da centralização destes casos em centros de referência para a tuberculose multirresistente

Apesar da diminuição, o número de casos de tuberculose é ainda elevado. O rastreio de infecção latente nas populações de risco identificadas, particularmente contatos de doentes com tuberculose, populações infetadas por HIV, pessoas candidatas a terapêuticas biológicas, é fundamental para que se mantenha a redução de casos de doença no país.

A proporção de doentes que fazem tratamento preventivo no contexto de comorbidades por HIV é muito reduzida, particularmente tendo em consideração que Portugal apresenta uma taxa elevada de coinfeção TB/HIV. O rastreio para casos de HIV entre os doentes de tuberculose e vice-versa, o rastreio para casos de tuberculose entre pacientes HIV+, precisa ser intensificado.

Pelo menos um fator de risco social esteve presente em 24,6% dos doentes de tuberculose. Assim como na resposta nacional à epidemia de HIV, uma estratégia importante pode ser a criação de redes sustentadas de partilha de ações com outras entidades fora do sistema nacional de saúde, de forma a atingir as populações mais vulneráveis à doença.

A sustentabilidade dos serviços de luta anti-tuberculose é fundamental, garantindo o conhecimento dos seus profissionais, de forma a assegurar a contínua redução de casos, a melhoria do sucesso terapêutico, a redução das formas multirresistentes e o sucesso terapêutico destas formas de tuberculose mais complicadas.

Em relação à saúde privada, embora em alguns dados epidemiológicos fique explícito o fornecimento dos dados relativos a determinados agravos e intervenções, como por exemplo a questão da interrupção da gravidez, não fica claro em outros temas o quanto é relativo a esse setor. Toma-se como se todos os dados epidemiológicos oficiais em HIV, aids e tuberculose fossem relativos às estruturas de saúde pública. Recomenda-se maior explicitação dessa integração em todos os boletins oficiais. Também se recomenda que todo o material oficial contenha ficha catalográfica, com os dados completos da publicação.

8. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE



Siglas

AG - Agua Grande
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV - Antirretroviral
ATV - Aconselhamento e Testagem Voluntário
CNE - Centro Nacional de Endemias
CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CPN - Mulheres em consulta pré-natal
CT - Cantagalo
CU - Cauê
DS - Distritos Sanitários
FG - Fundo Global
GARPR – Global Aids Response Progress Report
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH - Homens que fazem sexo com homens
IDS - Inquérito Demográfico e Sanitário
IST - Infecções sexualmente transmissíveis
LE - Lembá
LO - Lobata
M – Militares
MICS - *Multiple Indicator Cluster Survey*
MZ - Mé Zochi
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA - Organização das Nações Unidas para o SIDA
PNLS - Programa Nacional de Luta Contra o Sida
PS - Profissionais do sexo
PTMF - Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho
PVVIH - Pessoas vivendo com o VIH
R - Reclusos
RAP - Região Autónoma do Príncipe
RDE – Responsável Distrital de Epidemiologia
S&A - Seguimento e Avaliação
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SSR - Serviço de Saúde Reprodutiva
STP - São Tomé e Príncipe
TARV - Tratamento antirretroviral
TB - Tuberculose
UDIV - Usuários de drogas intravenosas
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e aids
VIH - Vírus da imunodeficiência humana
WHO – World Health Organization – Organização Mundial da Saúde

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1. Porcentagem de crianças menores de 5 anos com certidão de nascimento em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS_2014: 275.

Figura 2. Unidades de Saúde em São Tomé e Príncipe. Fonte: Saúde para Todos – IMVF 1988-2011.

Figura 3. Principais apoiadores e parceiros para a resposta nacional à epidemia de HIV e aids em São Tomé e Príncipe. Fonte: GARPR_2014.

Figura 4. Número e densidade de profissionais de saúde em São Tomé e Príncipe, 2002. Fonte: WHO_2016.

Figura 5. Número de médicos capacitados em TARV em São Tomé e Príncipe, 2005-2007. Fonte: ONUSIDA, 2010.

Figura 6. Número de relatórios enviados a tempo e completos pelos distritos sanitários ao PNLs, STP, 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Figura 7. Grau de pontualidade e completude dos relatórios mensais enviados pelos distritos sanitários em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: RA/STP_2014.

Figura 8. Modos de transmissão do HIV em São Tomé e Príncipe entre 2006 e 2007. Fonte: Country Process Report, São Tomé e Príncipe, 2009, adaptado por ONUSIDA, 2010.

Figura 9. Número de casos novos de aids notificados durante os trimestres em 2013, São Tomé e Príncipe. Fonte: RA/STP_2014.

Figura 10. Casos de tuberculose notificados em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 11. Incidência de tuberculose em São Tomé e Príncipe: estimativas por idade e sexo, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 12. Casos notificados de tuberculose por idade e sexo em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 13. Estimativas – tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 14. Número de casos de tuberculose multidrogarresistente em STP, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 15. Casos de coinfeção tuberculose-HIV em São Tomé e Príncipe em 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 16. Porcentagem de pessoas HIV+ em tratamento preventivo para tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Figura 17. Mapa com a prevalência de HIV entre as profissionais do sexo, segundo distritos de residência, em São Tomé e Príncipe. Fonte: Estudo Sentinela, 2013.

Figura 18. Mapa com a prevalência de HIV entre a população privada de liberdade, segundo distritos de residência, em São Tomé e Príncipe. Fonte: Estudo Sentinela, 2013.

Figura 19. Segurança transfusional em São Tomé e Príncipe, 2008-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Figura 20. Número de doentes com aids sob terapia antirretroviral que abandonaram o tratamento em 2013 em São Tomé e Príncipe. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Figura 21. Comportamentos sexuais que aumentam o risco (sic) para HIV entre jovens de 15 a 24 anos – relações sexuais antes dos 15 anos e relações sexuais com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses. Fonte: MICS, 2014:244.

Figura 22. Porcentagem de homens entre 15 e 49 anos que realizaram circuncisão em São Tomé e Príncipe em 2014. Fonte: MICS, 2014:246.

Figura 23. Mapa da Prevalência da sífilis nas grávidas por distrito em STP, 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Figura 24. Prevalência do HIV nas mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe, segundo os distritos de residência. Fonte: Relatório Estudo Sentinela, STP, 2014.

Figura 25. Número total de grávidas por trimestre em São Tomé e Príncipe, no ano de 2013, que foram testadas e aconselhadas para realizar teste de HIV. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Figura 26. Número de mulheres grávidas registadas como HIV+ e número de mulheres grávidas HIV+ em tratamento com ARV, São Tomé e Príncipe, 2007-2009. Fonte: CPLP, 2010.

GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de casos novos de HIV+ entre mulheres em São Tomé e Príncipe, por trimestre, em 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Gráfico 2. Número de casos novos de HIV+ entre homens em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Gráfico 3. Casos novos de aids em São Tomé e Príncipe, 2010-2013, por sexo. Fonte: RA/STP, 2014.

Gráfico 4. Evolução da taxa de mortalidade por aids em São Tomé e Príncipe, 2010-2013. Fonte: PNLS/S&A CNE - RA/STP_2014.

Gráfico 5. Infecções por HIV confirmadas em São Tomé e Príncipe por sexo (2007-2009). Fonte: CPLP, 2010.

Gráfico 6. Evolução dos casos de aids por sexo em São Tomé e Príncipe, 1990-2008 (1º. Trimestre). Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe, 2009.

Gráfico 7. Taxa de Prevalência entre mulheres grávidas em São Tomé e Príncipe, 2001 a 2005. Fonte: CPLP, 2010.

Gráfico 8. Mortalidade nos doentes de aids sob tratamento com ARV- 2005 a 2009, S. Tomé e Príncipe. Fonte: CPLP, 2010.

Gráfico 9. Número de testes para HIV voluntários realizados em São Tomé e Príncipe em 2013, segundo o trimestre (T1-T4) e o sexo. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Gráfico 10: Mulheres grávidas aconselhadas e testadas para HIV e aids e que foram informadas sobre o seu resultado. Fonte: MICS, 2014.

Gráfico 11. Número de serviços de saúde em São Tomé e Príncipe que ofereciam testes voluntários do HIV entre 2004-2007. Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA de STP, 2010.

Gráfico 12. Número de pessoas aconselhadas e testadas para HIV em São Tomé e Príncipe, 2006-2007, por instituição que ofereceu o serviço, Estado ou ONG. Fonte: Country Progress Report, STP, processado por ONUSIDA, 2010.

Gráfico 13. Estimativas das Taxas de incidência de tuberculose em São Tomé e Príncipe (/100.000 habitantes/ano), 2000-2014. Estimativas de coinfeção HIV-Tuberculose 2003-2014. Fonte: WHO, 2015.

Gráfico 14. Taxas de mortalidade por tuberculose em São Tomé e Príncipe, excluindo-se coinfeção com HIV, do ano 2000 até 2014. Fonte: WHO, 2016.

Gráfico 15. Número de pacientes com tuberculose, atendidos nas estruturas sanitárias, que realizaram teste para HIV, receberam o resultado e o aconselhamento em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Gráfico 16. Proporção de pacientes novos com tuberculose positivos para HIV em São Tomé e Príncipe, segundo o trimestre (T1-T4), em 2014. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Gráfico 17. Porcentagem de coinfeções tuberculose-HIV em São Tomé e Príncipe de 2005 a 2014. Fonte: UNAIDS, 2016.

Gráfico 18. Pacientes com tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2000-2014, segundo tipo de caso, coinfeção e resistência a medicamentos. Fonte: Programa de Tuberculose de São Tomé e Príncipe, 2015.

Gráfico 19. Pacientes tratados de Infecções Sexualmente Transmissíveis em São Tomé e Príncipe em 2014, por trimestre. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Gráfico 20. Pacientes tratados por IST em STP por ano, entre 2008-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Gráfico 21. Pacientes tratados de Infecções Sexualmente Transmissíveis em STP 2013, segundo sexo e trimestre. Fonte: CNE/S&A PNLS. Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Gráfico 22. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo os distritos de residência. Fonte: EESTP, 2013.

Gráfico 24. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a média de idade dos participantes, por grupos. Fonte: EESTP, 2013.

Gráfico 25. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a situação conjugal dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

Gráfico 26. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo o nível de instrução dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

Gráfico 27. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a situação socioeconômica dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

Gráfico 28. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo característica socioprofissional dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

Gráfico 29. Porcentagem de testes positivos para o HIV, sífilis, Hepatite C e hepatite B (HBS), entre os doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, em 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Gráfico 30. Distribuição de doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, 2014.

Gráfico 31. Retenção em tratamento antirretroviral por 12 meses em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: UNAIDS_2016.

Gráfico 32. Abandono do Tratamento antirretroviral (TARV) em São Tomé e Príncipe, 2010-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Gráfico 33. Proporção de mulheres grávidas com testes de sífilis positivo em São Tomé e Príncipe, por trimestre (T1-T4), no ano de 2013. Fonte: Relatório Estudo Sentinela, STP, 2014.

Gráfico 34. Tendência da prevalência estimada do HIV em mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe, entre 1989-2013. Fonte: Relatório Estudo Sentinela STP, 2014.

Gráfico 35. Número de grávidas testadas e aconselhadas para HIV em São Tomé e Príncipe no ano de 2013, por trimestre (T1-T4), segundo resultado negativo (neg) ou positivo (pos). Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Gráfico 36 : Mulheres grávidas aconselhadas e testadas para HIV e aids e que foram informadas sobre o seu resultado em 2013, por faixa etária. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Gráfico 37. Número acumulado de gestantes soropositivas que participaram do PTMF em São Tomé e Príncipe no período de 2005 a 2008. Fonte: CPLP, 2010.

QUADROS

Quadro 1. Prevalência do HIV por idade em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS_2014:208.

Quadro 2. Prevalência do HIV em São Tomé e Príncipe por características socioeconômicas, 2014. Fonte: MICS_2014: 253.

Quadro 3. Prevalência de HIV em São Tomé e Príncipe, 2014, segundo características sócio demográficas. Fonte: MICS_2014.

Quadro 4. Prevalência do HIV por comportamento sexual e realização de teste de HIV em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS_2014.

Quadro 5. Óbitos nos doentes de aids sob TARV em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Quadro 6. Evolução dos óbitos por Distritos em São Tomé e Príncipe entre 2010-2013. Fonte: RA/STP, 2014.

Quadro 7. Cobertura de testes HIV por características sócio econômicas e sexo em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS, 2014.

Quadro 8. Número de pessoas vivendo com HIV que mudaram o tratamento de 1ª. para segunda linha em São Tomé e Príncipe em 2013. Fonte: CNE/ Dados Faé/PNLS.

Quadro 9. Pessoas HIV+ que iniciaram tratamento profilático em São Tomé e Príncipe em 2014, segundo os trimestres. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Quadro 10. Número de pessoas em estado avançado de aids que iniciaram TARV segundo as normas nacionais em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Quadro 11: Mulheres grávidas infectadas pelo HIV e que se beneficiam da profilaxia com ARV/PTMF, STP-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Quadro 12. Porcentagem de unidades de sangue transfundidos em 2013 e que foram testados para HIV, Hepatite C, Hepatite B e sífilis, de acordo com normas nacionais ou com o guia da Organização Mundial da Saúde. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Quadro 13. Tipos de doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, 2012-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Quadro 14. Crianças nascidas vivas de mães HIV+ em São Tomé e Príncipe, seguidas por trimestre (T1-T4) no ano de 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Quadro 15. Crianças HIV+ a partir de 12 meses, nascidas de mães HIV+ em São Tomé e Príncipe, 2013.
Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

TABELAS

Tabela 1 – Pirâmide populacional São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: CIA, 2016.

Tabela 2. Número de doentes de aids sob TARV que abandonaram o tratamento em São Tomé e Príncipe entre 2010-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Tabela 3. Número de mulheres grávidas que realizaram o teste de sífilis por Distritos/ONG STP, 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Tabela 4. Evolução da prevalência de Sífilis nas grávidas em STP, 2010 -2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Tabela 5. Crianças de mães soropositivas após 18 meses de idade, São Tomé e Príncipe, 2008. Fonte: CPLP/UNGASS,2010.

1. Contexto

O arquipélago de São Tomé e Príncipe é constituído por duas ilhas, São Tomé e Príncipe, com uma superfície terrestre total de cerca 1.001 Km², sendo 859 Km² para São Tomé e 142 Km² para Príncipe. O país não tem fronteiras terrestres, mas situa-se relativamente próximo as costas do Gabão, Guiné Equatorial, Camarões e Nigéria.

As ilhas de São Tomé e Príncipe distam respectivamente 360 e 269 km da costa oeste do Continente Africano, sendo que a ilha do Príncipe está a 160 km ao norte de São Tomé.

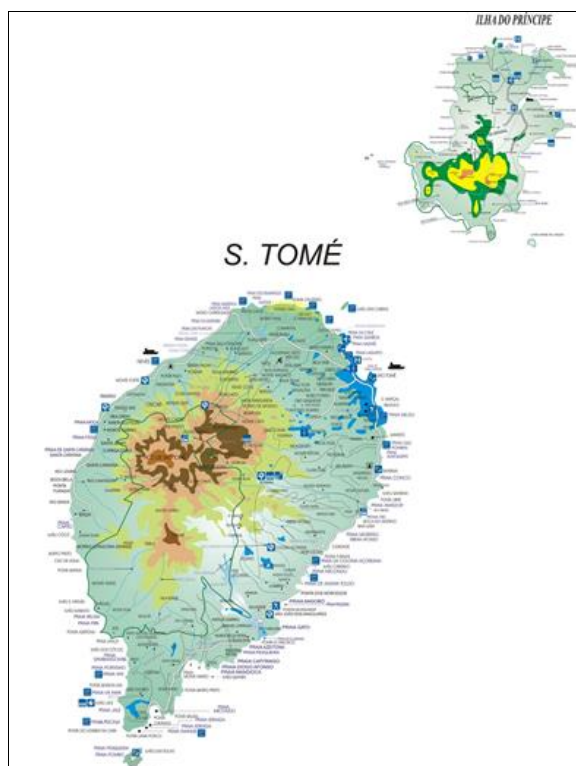


Figura 1. São Tomé e ilha do Príncipe. Fonte: RA_STP, 2016.⁵¹⁷

O país é dividido em sete distritos sanitários: Água Grande, Mé-Zochi, Lembá, Lobata, Cantagalo, Caué e a Região Autónoma do Príncipe (RAP).

As ilhas de São Tomé e Príncipe estiveram desabitadas até 1470, quando os navegadores portugueses João de Santarém, Pedro Escobar e João de Paiva as descobriram, na zona do Golfo da Guiné.

Descobertas pelos Portugueses no final do século XV, as ilhas de São Tomé e Príncipe tinham sua economia baseada no açúcar. A concorrência brasileira e as constantes rebeliões locais levaram a cultura agrícola ao declínio no século XVI. A decadência açucareira tornou as ilhas entrepostos de escravos.

A agricultura só foi incentivada no século XIX, pelo cultivo de café e cacau. Todas as plantações feitas com trabalho escravo, até o início do século XX.

⁵¹⁷ Relatório Anual das Actividades de Luta Contra VIH/SIDA, STP. 2014 (=RA/STP_2014).

Até a independência, em 12 de julho de 1975, foram feitas reformas políticas democráticas que só começaram a tomar forma no final dos anos 1980. O país teve suas primeiras eleições livres em 1991, mas frequentes disputas internas entre os vários partidos políticos precipitaram súbitas mudanças na liderança e dois atentados fracassados em 1995 e 2003. Em 2012, três partidos de oposição combinados depuseram o governo do Primeiro Ministro Partrice Trovoada. O novo governo do Primeiro Ministro Gabriel Arcanjo Ferreira da Costa foi inteiramente composto por membros do partido de oposição, com limitada experiência de governo.

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. A taxa de desemprego teve diminuição de 0,9% ao nível nacional, nos distritos mais populosos: Água Grande, 2,6% e Mé-Zochi, 4,3%⁵¹⁸. Novas descobertas de petróleo no Golfo da Guiné tem atraído a atenção para o País. A Taxa de analfabetismo é de 14,5% das mulheres e 5,06% nos homens⁵¹⁹.

1.1. População

São Tomé e Príncipe tem uma população jovem, com média de idade de 17,9 a 19 anos, sendo 17,5 para homens e 18,4 para as mulheres. Cerca de 42% da população tem menos de 15 anos de idade, e apenas 5% tem mais de 60 anos.

A população em julho de 2016 era de 194.006 pessoas, sendo a seguinte pirâmide etária:

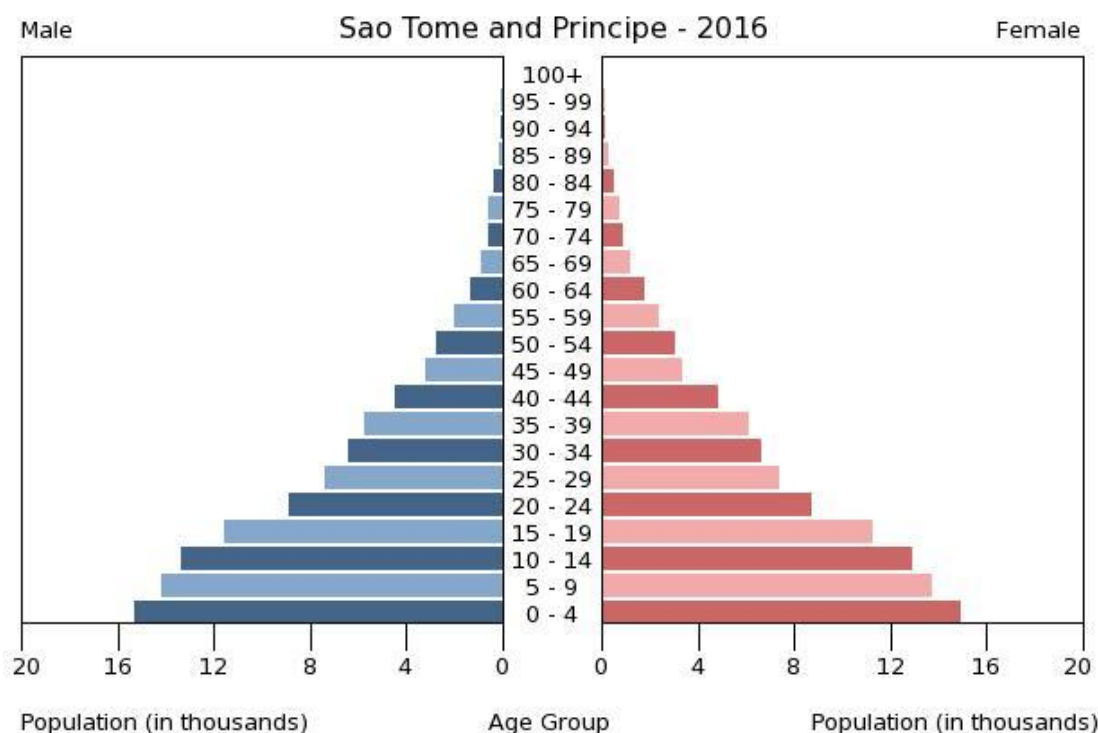


Tabela 1 – Pirâmide populacional São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: CIA, 2016.

⁵¹⁸ GARPR_2014.

⁵¹⁹ GARPR_2014.

Em São Tomé e Príncipe é feito um censo de famílias: de 33.772 famílias em 1992 para 44.535 famílias em 2014, ou seja, um aumento de 10.763 famílias nos últimos 12 anos⁵²⁰.

A questão da poligamia é um tema importante. Cerca de 23,1% das mulheres entre 15-29 anos são casadas ou estão em união com poligamia, e 17,3% das mulheres entre 20 e 24 anos. As mulheres se casam jovens: 32,2% das mulheres casaram-se antes dos 18 anos e 7,5% dos homens.

Apenas 3,0% das crianças entre 36 e 59 meses tem o pai biológico comprometido com suas atividades de crescimento e desenvolvimento⁵²¹.

Outro tema importante é o dos registros civis de nascimento e óbito. A porcentagem de registros de crianças recém-nascidas é de 75% a 88,5%, porém, não há cobertura das causas de óbito.

	Child has birth certificate		Child does not have birth certificate	DK/Missing	Total	Percentage of birth certificates seen by the interviewer (1)/(1+2)*100	Number of children under age 5
	Seen by the interviewer (1)	Not seen by the interviewer (2)					
Total	83.4	10.6	6.0	0.0	100.0	88.7	2,030
Region							
R. Centre East	85.3	9.3	5.3	0.1	100.0	90.2	916
R. North West	79.1	12.5	8.4	0.0	100.0	86.3	526
R. South East	85.8	8.5	5.7	0.0	100.0	91.0	436
A. R. Principe	80.3	17.8	2.0	0.0	100.0	81.9	152
Area							
Urban	85.7	9.3	5.0	0.1	100.0	90.3	1,210
Rural	80.0	12.6	7.4	0.0	100.0	86.4	820
Child's age							
0-5 months	81.7	10.7	7.7	0.0	100.0	88.5	169
6-11 months	86.7	7.2	6.1	0.0	100.0	92.3	180
12-23 months	82.9	10.2	6.9	0.0	100.0	89.0	391
24-35 months	84.9	10.2	5.0	0.0	100.0	89.3	423
36-47 months	82.8	11.9	5.4	0.0	100.0	87.4	429
48-59 months	82.4	11.4	5.9	0.2	100.0	87.8	438

Figura 1. Porcentagem de crianças menores de 5 anos com certidão de nascimento em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS_2014: 275⁵²².

Na década de 1970 houve dois fluxos populacionais considerados significativos: o êxodo da maior parte dos então 4.000 residentes portugueses e o influxo de centenas de refugiados são-tomenses vindos de Angola.

Os grupos étnicos presentes em São Tomé e Príncipe são os mestiços, angolanos (descendentes de escravos angolanos), forros, serviçais (trabalhadores de Angola, Moçambique e Cabo Verde), tongas (crianças filhas dos serviçais nascidas nas ilhas), europeus (portugueses) e asiáticos (chineses, em sua maioria).

O epíteto “Somos Todos Primos” decorre da restrita população da ilha e do grau de parentesco entre as pessoas, mesmo em diferentes regiões.

⁵²⁰ GARPR_2014.

⁵²¹ MICS_2014:8.

⁵²² Todas as tabelas derivadas do MICS estão no original inglês no presente documento.

- Crescimento Populacional

A taxa de crescimento populacional é de 1,84% - 2,05%, sendo 34.23 nascimentos a cada 1000 pessoas.

Taxa de Crescimento Populacional:

1981 – 96.991/2,15%

1991 – 120.154/ 2,35%

2001 – 141.783/ 1,69%

2011 – 183.177/ 2,78%

Num intervalo de doze anos (2001-2012), a taxa de crescimento médio anual da população são-tomense passou de 1,59% a 2,78%⁵²³. Entre os distritos com maior incremento populacional estão Lobata (0,60% a 2,28%), Lemba (1,72% a 2,96%) e RAP (0,86% a 1,92%).

A expectativa de vida ao nascimento na população em geral é de 64,58 anos, sendo 63,27 para os homens e 65,92 para as mulheres⁵²⁴. Já segundo o GARPR_2014, a esperança média de vida ao nascer passou de 66,5 a 68,7 nas mulheres e de 61,3 a 62,1 nos homens.

A média de gestações é de 4,54 crianças nascidas/mulher, com uma prevalência de contracepção de 38,4%. A taxa de mortalidade infantil é de 47,88mortes/1000 nascidos vivos, sendo 49.85/1000 meninos e 45,85/1000 meninas.

A taxa de mortalidade geral é alta: 7,24/1000 e especialmente entre os homens.

Cerca de 65,1% da população é urbana, sendo a capital São Tomé a região mais populosa, com 71 mil habitantes.

1.2. Idioma e Religião

O idioma oficial falado em São Tomé e Príncipe é Português (98,4%, dados oficiais). Porém, toda a população fala o *forro* (lê-se “fôrro”), uma mistura de português, idiomas das diferentes etnias, francês e crioulo. São três crioulos de base portuguesa diferentes falados nas ilhas. Também são falados francês (6,8%), inglês (4,9%) e crioulo cabo-verdiano (8,5%).

Os ilhéus, nos anos 1970, foram em sua parte absorvidos por uma cultura comum luso-africana. Quase todos pertencem às Igrejas Católica Romana, Evangélica, Nazarena, Congregação Cristã ou Adventista do sétimo dia.

⁵²³ GARPR_2014:2.

⁵²⁴ CIA_2016.

2. Campo em São Tomé e Príncipe

A visita de campo de São Tomé e Príncipe teve duração total de três dias, entre 10 e 13 de setembro de 2015⁵²⁵. Como foi um campo realizado à visita a Cabo Verde - onde o furacão *Fred* alterou todos os voos e horários - a consultora teve apenas um único dia para realizar todas as visitas e entrevistas.

A direção do Programa Nacional de Luta Contra Sida (PNLS) disponibilizou uma enfermeira, Paulina, para nos acompanhar. A relação completa dos lugares visitados e das pessoas entrevistadas está no item 10 do presente relatório.

A visita ao Instituto da Mulher e da Criança, que em setembro de 2015 era coordenado por profissionais de saúde de Taiwan - referido como o principal local para se compreender a implementação da Opção B+ em São Tomé e Príncipe - não foi autorizada e não foi realizada.

Foi visitado um Centro em Lobata, considerado um distrito com muitas dificuldades e limitações e a ONG parceira ASPF. Foram disponibilizados, pelo PNLS, para a redação deste documento, o Relatório Anual de 2014 e o Estudo Sentinela de 2013, ambos em português⁵²⁶.

A comunicação pós-campo foi efetiva, com troca de e-mails e esclarecimento de informações e atualização dos dados epidemiológicos para 2016.

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids em particular

3.1. Ministério da Saúde – Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

O Sistema Nacional de Saúde Público é composto por: Ministério da Saúde, Direção Administrativa e Financeira, Direção dos Cuidados de Saúde, Fundo Nacional de medicamentos, Centros Distritais de Saúde, Postos de Saúde e Postos Comunitários.

A Nível central, o principal hospital é o Hospital Dr. Ayres de Menezes, situado na capital. Além dessa estrutura, o sistema de saúde possui unidades de internamento distritais em Caué, Lembá e na ilha do Príncipe. Também há centros de saúde nos distritos restantes.

O Programa Nacional pela Luta contra a SIDA foi implementado no ano de 1987 em STP, direcionado à informação sobre HIV e aids e à prevenção da transmissão do vírus.

Foram executados planos de curto prazo anuais e bienais.

Para melhorar a resposta à epidemia, foi desenvolvido um Plano Estratégico de Luta contra a SIDA (PEN), para o período de 2004 a 2008, cujos objetivos foram (1) reduzir o risco de infecção pelo HIV e aids, (2) diminuir a vulnerabilidade à infecção e (3) diminuir o impacto da epidemia. Em 2006, o Governo de ST assumiu o compromisso de acelerar a prevenção ao HIV.

O acompanhamento médico de pacientes com aids começou em 2001, com o tratamento das infecções oportunistas. O TARV foi iniciado em 2005, após o desenvolvimento de um protocolo para tratamento em 004, no âmbito dos objetivos do programa “3 x 5”.

O país se comprometeu, à época, a aumentar a disponibilidade do TARV.

⁵²⁵ O apoio da Embaixada Brasileira, na pessoa de Carlos Considera, foi imprescindível. Os mais sinceros agradecimentos!

⁵²⁶ Já o MICS estava integralmente em inglês, com suas respectivas tabelas e quadros aqui reproduzidos *ipsis literis*.

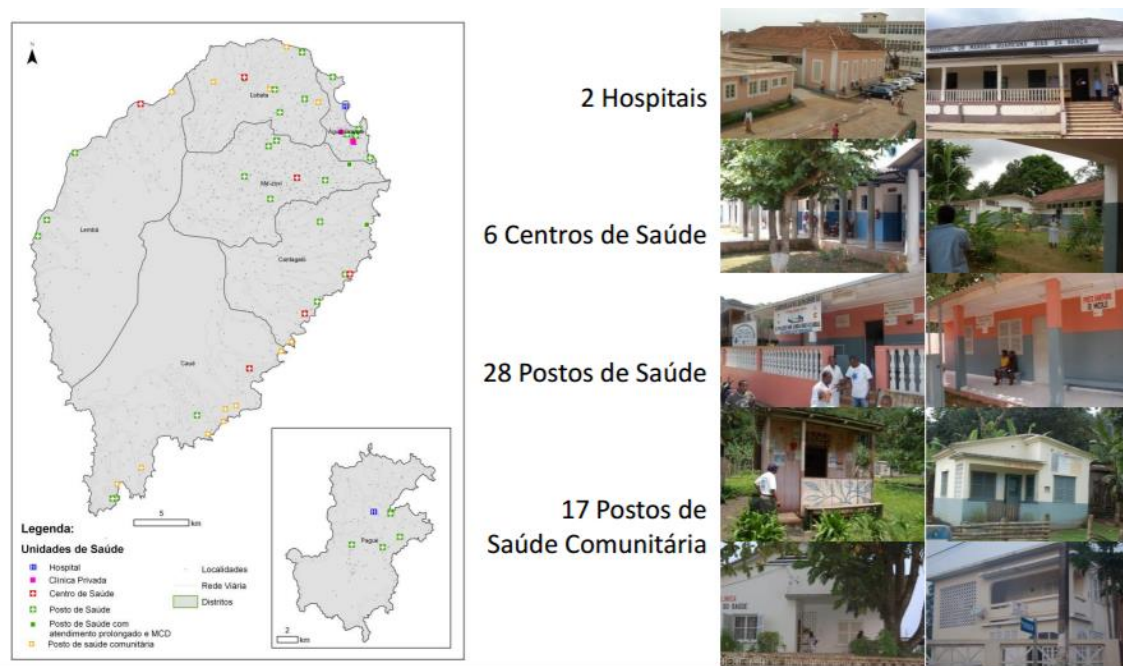


Figura 2. Unidades de Saúde em São Tomé e Príncipe. Fonte: Saúde para Todos – IMVF 1988-2011.

A resposta são-tomense à epidemia de HIV e aids depende essencialmente das parcerias externas, a saber:

Parceiros/Colaboradores	Áreas de intervenção
FG	Assistência técnica e financeira, elaboração de políticas estratégias, diretrizes, formação de quadros, compra de ARVs
IMVF	Compra de ARVs
OMS	Assistência técnica e financeira, elaboração de políticas estratégias, diretrizes, formação de quadros
Brasil	Assistência técnica e financeira, elaboração de políticas estratégias, diretrizes, formação de quadros, compra de ARVs
UNICEF	Assistência técnica e financeira
Distritos Sanitários	Diagnostico e Manejo de casos de VIH/SIDA, ações de sensibilização
FNM	Gestão de medicamentos
ASPF	Testagem voluntaria, apoio nas ações de sensibilização
HAM	Testagem, Manejo de casos de SIDA
Cruz Vermelha	Ações de sensibilização, testagem voluntaria

Figura 3. Principais apoiadores e parceiros para a resposta nacional à epidemia de HIV e aids em São Tomé e Príncipe. Fonte: GARPR_2014.

3.2. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

Os recursos humanos e materiais em São Tomé e Príncipe são escassos, sendo parcialmente realizados pelo trabalho de várias Organizações Não-Governamentais. A escassez de meios é agravada pelas dificuldades de mobilidade e transporte.

Em caso de necessidade de algum tratamento mais diferenciado existe a possibilidade de ida ao Gabão ou mesmo Portugal. A situação sanitária é considerada precária, com mortalidade infantil elevada e peso importante das doenças infecciosas e carências nutricionais nas causas de óbitos. Muitos profissionais saem do arquipélago para estudar no exterior e não retornam mais ao país.

Como São Tomé e Príncipe passou por um período de regime político comunista, vários então jovens foram estudar em Moscou, Leningrado e outras localidades na então União Soviética, tendo formação específica bastante peculiar, priorizando as políticas de Estado, intervenções em massa, com promoção de saúde voltada para o coletivo.

O número de médicos, enfermeiras e profissionais de saúde está apresentado no quadro abaixo:

	Total number SAO TOME AND PRINCIPE	Density per 1000 SAO TOME AND PRINCIPE	Density per 1000 AFRO
Physicians	81	0.491	0.217
Nurses and midwives	308	1.867	1.172
Dentists and technicians	11	0.067	0.035
Pharmacists and technicians	24	0.145	0.063
Environmental and public health workers	19	0.115	0.049
Laboratory technicians	51	0.309	0.057
Other health workers	291	1.764	0.173
Community health workers	374	2.267	0.449
Health management and support	288	1.745	0.411
Sum total	1447	8.770	2.626

Figura 4. Número e densidade de profissionais de saúde em São Tomé e Príncipe, 2002.

Fonte: WHO_2016.

Na virada do século XXI considera-se que tenham sido atingidos progressos nos setores de saúde e de educação em São Tomé e Príncipe. Reformas estruturais visando a Conclusão Primária Universal foram implementadas.

Em termos de saúde, 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.

O número de partos realizados em instituições de saúde chegou a quase 90% em 2013, embora não tenha sido grande o número de cesarianas entre as mulheres HIV+.

No início do ano 2013 foi elaborado um programa de formação (que só foi aprovado no quarto trimestre), onde estavam programadas 21 formações a serem realizadas ao longo do ano.

Dessas 21 (100%), apenas 7 (33,3%) foram realizadas, e dessas, 5 foram realizadas parcialmente (não abrangeram a totalidade de participantes) e apenas 2 (28,5%) foram realizadas completamente. Isto deve-se provavelmente ao desbloqueamento muito tardio de verbas para a realização dessas formações⁵²⁷.

São poucos os profissionais capacitados para atendimento em HIV e aids, mesmo com esforços consideráveis por parte do governo e parceiros em efetivar cursos.

⁵²⁷ RA/STP_2014:29.

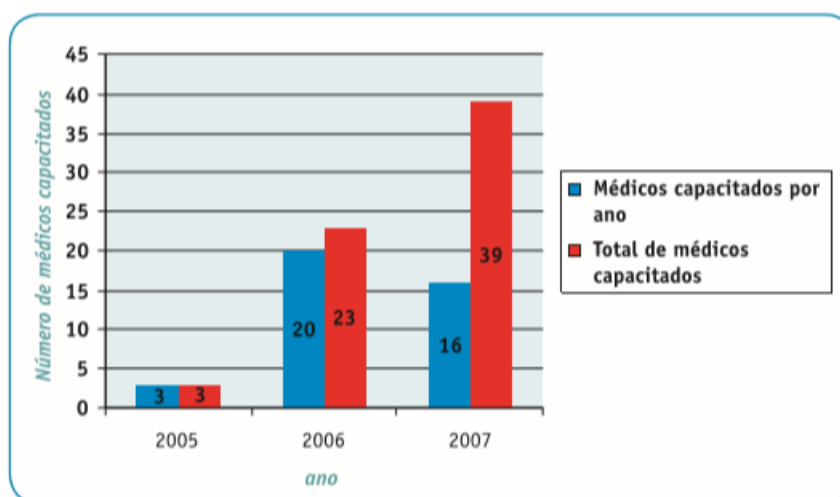


Figura 5. Número de médicos capacitados em TARV em São Tomé e Príncipe, 2005-2007.

Fonte: ONUSIDA, 2010.

Fluxo de informações e notificações em HIV e aids:

A base de dados utiliza o programa Epi Info. A mesma base de dados foi dada a todos os distritos sanitários incluindo a Região Autónoma do Príncipe (RAP) para um melhor acompanhamento e seguimento dos indicadores e para uma uniformização de fontes de dados.

No entanto, segundo o relatório anual de atividades, apenas o distrito de Água Grande tem feito a introdução dos dados por postos sanitários como recomendado pelo programa.

O fluxo de informações é o seguinte:

1. As fichas dos Distritos Sanitários e os Relatórios das estruturas extra-saúde (ONG ASPF) são preenchidas mensalmente pelos Responsáveis de Epidemiologia dos Distritos (RDE), com base na recolha de informações do Centro de Saúde em todos os Postos de Saúde e confirmados/visados pelo Médico Delegado do Distrito.

2. A Ficha sobre segurança transfusional é preenchida mensalmente pelo técnico do Banco de Sangue encarregado, sendo posteriormente visada pelo Responsável do setor.

3. Todas as fichas são encaminhadas para o Programa Nacional de Luta contra Sida (PNLS) e entregues à responsável do setor de Seguimento-Avaliação, que supervisiona e introduz os dados na base Epi Info e arquivadas em pastas específicas (fichas de saúde e extra-saúde).

4. As fichas de testagem voluntária e de Programa de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho (PTMF) são enviadas à Saúde Reprodutiva Central, pelos Distritos Sanitários, e posteriormente enviadas para o PNLS. No entanto, algumas das informações constantes nas referidas fichas são compiladas e incluídas, pelos RDE, nas fichas dos Distritos Sanitários enviadas mensalmente ao Programa Nacional de SIDA.

5. Os dados referentes aos indicadores de manejo de casos são fornecidos pelos médicos responsáveis pelo seguimento das pessoas sob tratamento.

6. Os relatórios semestrais, efetuados pelo PNLS, são enviados para todos os parceiros implicados no Programa Nacional.

Em termos de seguimento e avaliação, durante o ano 2013, foram realizadas 150 visitas de seguimento pela equipe central nos postos sanitários. O distrito de Mé-Zochi aparece em primeiro lugar, com 55 visitas realizadas (36,7%), seguido de Lembá com 35 (23,3%), Água Grande com 21 (14%) e Cantagalo com 19 (12,7%). O distrito de Cauê e a RAP realizaram apenas 3 visitas aos postos com 2% cada.

Durante o ano 2013, segundo os dados dos relatórios mensais recebidos dos Distritos Sanitários, foram realizadas 48 reuniões ao nível dos distritos em que o tema do HIV e aids foi discutido. Dessas, 27 (56,3%) foram realizadas no distrito de Lembá, seguido de Cantagalo com 12 (25%). Os DS onde se realizou menor número de reuniões foram RAP (4,2%), Água Grande e Cauê ambos 2,1%. Já no distrito de Mé-Zochi não foi realizada nenhuma reunião em que o tema acima citado foi discutido.

Durante o ano 2013 o PNLS recebeu algumas visitas de Seguimento & Avaliação do nível internacional. *No entanto, não se tem um registo do número real dessas visitas recebidas*⁵²⁸.

No decorrer do ano foram realizadas três visitas de supervisão do nível central aos Distritos de Saúde. No primeiro trimestre, por razões de desbloqueio tardio da verba, não foi possível a realização da supervisão.

Realizou-se supervisões nos trimestres seguintes - no entanto, só há resultado da supervisão do segundo trimestre, *pois para as outras duas não se produziu um relatório*⁵²⁹. No trimestre correspondente ao período de junho a julho de 2013, realizou-se uma supervisão nas unidades sanitárias de São Tomé onde efetuou-se as seguintes atividades: avaliação da performance dos técnicos do domínio de testagem, manejos de casos de IST, PTMF e ARVs, controle do registo de casos e os seus seguimentos, verificação da existência em todos os serviços dos protocolos de TARV, IST, Pós-Exposição, PTMF; verificação dos processos clínicos dos pacientes; verificação do livro de registo dos casos de TARV/PTMF/Pós Exposição/IST; verificação do estoque dos produtos e consumíveis, assim como a verificação das fichas de estoque e controlo dos testes laboratoriais; correção das possíveis falhas constatadas; fornecimento de alguns documentos quando necessário (fichas de estoque, protocolos, fichas de notificação, etc.).

Em todos os distritos do País foram constatadas algumas lacunas, como a inexistência de protocolos terapêuticos, de PTMF e de AZT injetável, fichas de confidencialidade e de seguimento dos pacientes, inexistência de livro de registo de casos pós exposição, inexistência de microtubos nos laboratórios, inexistência em alguns postos do algoritmo de tratamento das IST, inexistência de AZT em xarope na maternidade, inexistência de mascaras de proteção, fichas de seguimentos dos pacientes não preenchidas, e inexistência de testes *Determine*, HBS na maternidade central⁵³⁰.

As tabelas a seguir ilustram-nos o grau de pontualidade e de completude dos relatórios enviados pelos distritos: quanto à pontualidade, situa-se nos 83,3%, pois, dos 7 distritos, 6 deles não entregaram os relatórios no prazo estabelecido (dia 10 de cada mês).

⁵²⁸ RA/STP_2014.

⁵²⁹ RA/STP_2014.

⁵³⁰ Médico supervisor do PNLS, relatório da supervisão no segundo trimestre (T2).

Os distritos de Lembá e Mé Zochi atrasaram-se uma vez na entrega dos relatórios. Apenas o distrito de Lobata teve 100% de pontualidade na entrega dos relatórios.

A Região Autônoma do Príncipe atrasou-se sete vezes na entrega destes relatórios e aparece com uma pontualidade inferior a 50%.

Já em relação à completude, apenas o distrito de Lembá atingiu 91,7% com apenas um relatório incompleto.

Distritos	Atraso na entrega de relatórios (depois do dia 10 de cada mês)	Relatórios completos (preenchidos todos os itens)
Agua Grande	1	5
Mé Zochi	2	5
Cantagalo	2	0
Lobata	0	2
Lemba	1	11
Cauê	1	0
R.A. Príncipe	7	2
Total	14	25

Figura 6: Número de relatórios enviados a tempo e completos pelos distritos sanitários ao PNLS, STP, 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Indicador	ANO 2013
% Relatórios reportados no prazo (até 10 de cada mês)	83,3%
% relatórios reportados completos (preenchidos todos os itens)	29,8%

Figura 7. Grau de pontualidade e completude dos relatórios mensais enviados pelos distritos sanitários em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: RA/STP_2014.

3.3. Saúde Privada

O Sistema Nacional de Saúde Privado é considerado incipiente, reduzindo-se a pequenos consultórios com algumas práticas de cuidados clínicos⁵³¹.

Na visita realizada ao distrito de Lobata, houve referência a um projeto denominado “DIPS”, que seria um programa de voluntários do laboratório farmacêutico BioLab para testagem de medicamentos em pessoas HIV+, incluindo gestantes. Porém, foi apenas mencionado, e quando se procurou um aprofundamento, não foram fornecidos quaisquer detalhes.

⁵³¹ <http://eportuguese.blogspot.com.br/2014/02/a-saude-em-sao-tome-e-principe.html>.

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

4.1. Dados Epidemiológicos

A epidemia de HIV e aids em São Tomé e Príncipe é do tipo concentrado, com prevalência de 1,7% nos homens e 1,3% nas mulheres. A transmissão é por via sexual em 92% dos casos, seguido de transmissão vertical – 5% dos casos – e via sanguínea, 2%. Em 4,3% dos casos a via de transmissão é desconhecida⁵³². Com a resposta nacional à epidemia, a tendência de transmissão por via sanguínea, que era de quase 5%, baixou sensivelmente. A proporção de casos com via de transmissão desconhecida ainda permanece no patamar em torno de 4,0%.

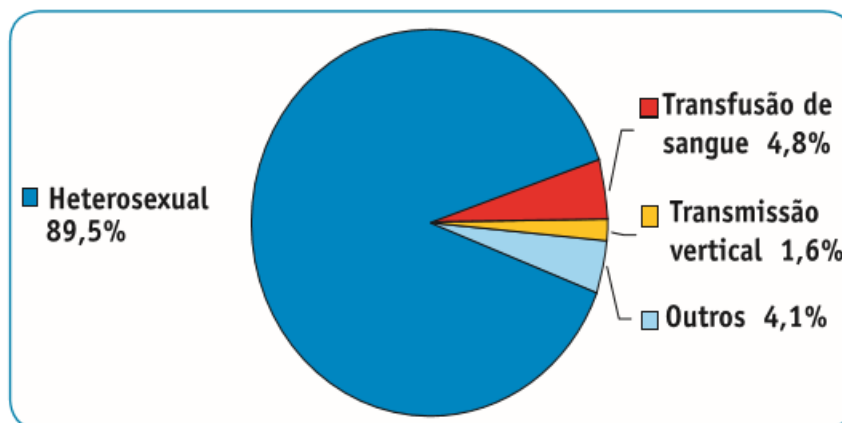


Figura 8. Modos de transmissão do HIV em São Tomé e Príncipe entre 2006 e 2007. Fonte: Country Process Report, São Tomé e Príncipe, 2009, adaptado por ONUSIDA, 2010.

Segundo estudo sentinela de 2012, a prevalência de HIV nas grávidas era 0,5%. No final de dezembro de 2012 havia 296 pessoas em TARV, sendo 271 delas (92,8%) em tratamento de primeira linha e 25 em tratamento de segunda linha⁵³³.

Incidência e Prevalência

A incidência do HIV passou de 0,52/1.000 habitantes em 2012 para 0,97/1.000 habitantes em 2013, quando foram notificados 69 casos novos de aids, sendo 42 (60,85%) do sexo feminino e 27 (39,1%) do sexo masculino.

Resultados	1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	TOTAL
Mulher	7	9	12	14	42
Homens	3	7	5	12	27
Total	10	16	17	26	69

Figura 9. Numero de casos novos de aids notificados durante os trimestres em 2013, São Tomé e Príncipe. Fonte: RA/STP_2014.

⁵³² GARPR_2014.

⁵³³ GARPR_2014.

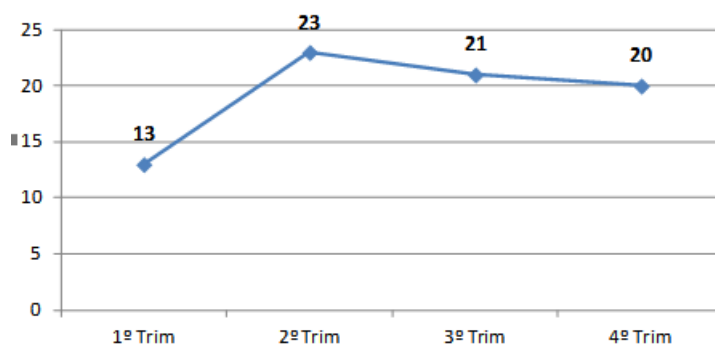


Gráfico 1. Número de casos novos de HIV+ entre mulheres em São Tomé e Príncipe, por trimestre, em 2013. Fonte: RA/STP_2014.

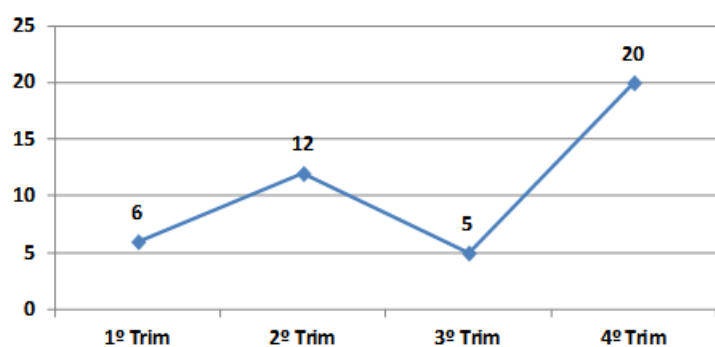


Gráfico 2. Número de casos novos de HIV+ entre homens em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Em relação aos 3 anos anteriores, houve um aumento considerável no número de casos notificados, o que se deve à implementação de uma das estratégias de acesso universal, que é ampliar a testagem pelo HIV a nível nacional, como forma de aumentar a taxa de captação.

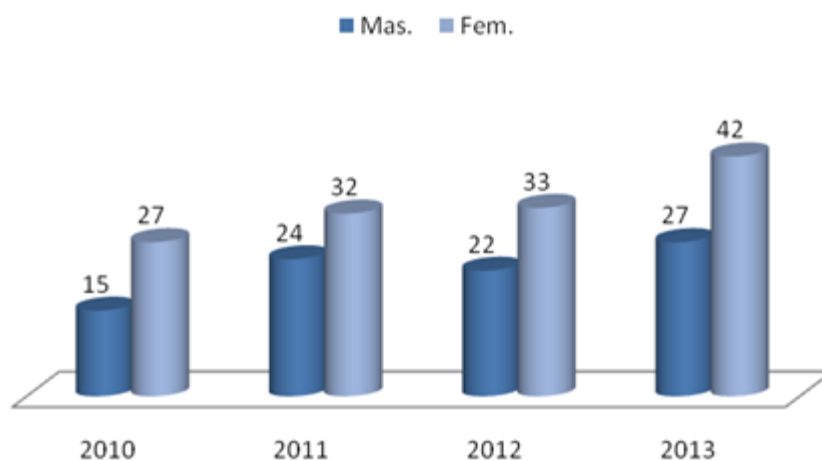


Gráfico 3. Casos novos de aids em São Tomé e Príncipe, 2010-2013, por sexo. Fonte: RA/STP, 2014.

Os resultados do MICS 2014 indicam que a prevalência da infecção por HIV na população entre 15-49 anos é de **0,5%** em homens e mulheres.

As diferenças por grupos etários também são pequenas.

	Women		Men		Overall	
	Percent HIV positive	Number of women age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of men age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of individuals age 15-49 years
Total	0.5	2518	0.5	2201	0.5	4719
Age						
15-19 years	0.0	595	0.0	577	0.0	1172
20-24 years	0.3	408	0.0	356	0.1	764
25-29 years	0.5	422	0.2	342	0.4	765
30-34 years	0.4	379	0.5	327	0.4	705
35-39 years	0.4	296	1.2	271	0.8	567
40-44 years	1.2	247	0.3	170	0.8	417
45-49 years	1.7	171	3.0	158	2.3	330

Quadro 1. Prevalência do HIV por idade em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS_2014:208.

Em relação às características socioeconômicas das pessoas com HIV, há maior prevalência entre a população pobre, com nível de instrução primário, como mostra o quadro abaixo:

	Women		Men		Overall	
	Percent HIV positive	Number of women age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of men age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of individuals age 15-49 years
Total	0.5	2518	0.5	2201	0.5	4719
Area						
Urban	0.3	1727	0.4	1482	0.3	3209
Rural	0.8	791	0.7	719	0.8	1510
Region						
Centre East	0.4	1668	0.3	1312	0.3	2980
North West	0.6	482	0.7	473	0.6	955
South East	0.6	275	0.2	305	0.4	580
Autonomous of Principe	0.6	92	2.7	112	1.7	204
Education						
None	0.0	79	(*)	18	1.5	97
Primary	0.9	1230	0.5	929	0.7	2159
Secondary	0.0	1125	0.4	1155	0.2	2280
Higher	0.0	84	0.0	99	0.0	183
Wealth quintiles						
Poorest	2.0	313	1.0	323	1.5	635
Second	0.5	418	0.2	389	0.3	807
Middle	0.6	470	0.8	392	0.7	862
Fourth	0.1	545	0.6	491	0.3	1037
Richest	0.0	772	0.1	605	0.1	1378

Quadro 2. Prevalência do HIV em São Tomé e Príncipe por características socioeconômicas, 2014. Fonte: MICS_2014: 253.

Os resultados sugerem algumas variações por status marital, com uma prevalência levemente mais alta prevalência entre divorciados ou separados (1,5%), enquanto o índice de 0,4% entre casados ou em união, e 0,2% entre solteiros.

	Women		Men		Overall	
	Percent HIV positive	Number of women age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of men age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of individuals age 15-49 years
Total	0.5	2518	0.5	2201	0.5	4719
Marital status						
Single	0.0	646	0.3	919	0.2	1565
Has had sexual intercourse	0.0	301	0.3	569	0.2	869
Never had sexual intercourse	0.0	345	0.2	350	0.1	695
Married/in union	0.4	1411	0.4	1055	0.4	2466
Divorced/separated	1.3	450	1.8	225	1.5	675
Widowed	(*)	11	(*)	3	(*)	13
Type of union						
Polygynous	0.2	289	0.0	131	0.1	420
Monogamous	0.5	1098	0.5	922	0.5	2020
Not in union	0.5	1106	0.6	1146	0.5	2253
Missing	(*)	25	(*)	1	(*)	27
Pregnancy status						
Pregnant	0.0	208	na	na	na	na
Not pregnant/DK	0.5	2287	na	na	na	na
Missing	(1.8)	23	na	na	na	na
Male circumcision status						
Circumcised	na	na	0.0	72	na	na
Not circumcised	na	na	0.5	2128	na	na
Missing	na	na	(*)	1	na	na

Quadro 3. Prevalência de HIV em São Tomé e Príncipe, 2014, segundo características sócio demográficas. Fonte: MICS_2014.

Quanto aos comportamentos sexuais e a relação com o risco de infecção pelo HIV, a tabela mostra a prevalência de HIV de acordo com características de comportamentos sexuais e de acordo com ter feito ou não teste de HIV antes de responder ao questionário.

As questões relacionadas ao comportamento sexual são muito complexas e é possível que vários comportamentos não tenham sido reportados durante as entrevistas. A maioria das informações que foram gravadas referem-se a práticas compreendendo 1 mês antes do survey e pode não refletir os comportamentos principais – ouse já, cautela na interpretação dos resultados.

A prevalência de HIV entre jovens de 15-24 anos é um indicador indireto de infecções recentes em países onde a epidemia é generalizada e a transmissão sexual é a principal, o que não é o caso de STP.

De acordo com este survey, a prevalência nessa faixa etária é apenas 0,1%. As diferenças entre as características são pequenas e não são dignas de nota, o que inclui uma prevalência de 0,3% em mulheres jovens e 0,2% entre homens jovens, que não utilizaram preservativo na última relação sexual nos 12 meses anteriores, comparados ao 0,0% de prevalência entre aqueles que utilizaram.

	Women		Men		Overall	
	Percent HIV positive	Number of women age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of men age 15-49 years	Percent HIV positive	Number of individuals age 15-49 years
Total	0.5	2169	0.5	1851	0.5	4020
Age at first sex						
<16 years	1.5	496	0.4	580	0.9	1077
16-17 years	0.2	743	0.5	600	0.3	1342
18-19 years	0.5	640	0.7	401	0.6	1040
>20 years	0.0	291	0.8	270	0.4	561
Use of condom at last sexual intercourse in last 12 months						
Used a condom	0.8	426	0.8	649	0.8	1075
Did not use a condom	0.5	1553	0.5	1002	0.5	2555
No sex in last 12 months	0.4	183	0.0	121	0.2	304
DK/Missing	(*)	7	0.0	79	0.0	86
Number of lifetime sexual partners						
1	0.1	899	0.0	226	0.1	1125
2	0.7	668	0.3	232	0.6	900
3-4	0.8	507	0.2	416	0.5	923
5-9	3.2	80	0.4	418	0.8	498
>10	(*)	4	1.2	430	1.2	434
DK/Missing	(*)	11	1.3	129	1.2	140
HIV test prior to the survey						
Tested	0.6	1819	0.7	1114	0.6	2934
Knew the result	0.5	1770	0.5	1041	0.5	2811
Did not know the result	4.5	49	2.9	73	3.5	122
Never tested	0.4	323	0.3	735	0.3	1058
Missing	(0.0)	27	(*)	1	(0.0)	28

Quadro 4. Prevalência do HIV por comportamento sexual e realização de teste de HIV em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS_2014.

Mortalidade

Durante o ano 2013, registou-se um total de 25 óbitos dentre os doentes de aids em São Tomé e Príncipe, sendo 17 homens e 8 mulheres. Destes, 15 estavam sob TARV, como figura a tabela abaixo; 6 no primeiro trimestre, 3 no segundo trimestre, 2 no terceiro trimestre e 4 no quarto trimestre. Quatro pessoas faleceram uma a duas semanas depois do início do tratamento, 4 eram coinfectados (TB/VIH), e 2 faleceram sem seguimento nem tratamento.

ÓBITOS	1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	Total
Homens	4	3	1	2	10
Mulheres	2	0	1	2	5
Total	6	3	2	4	15

Quadro 5. Óbitos nos doentes de aids sob TARV em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: RA/STP_2014.

Ao observarmos a tabela da evolução de óbitos por distritos nos últimos 4 anos, pode-se constatar que o número de óbitos vem aumentando consideravelmente. Esse problema deve-se provavelmente ao diagnóstico tardio e a baixa adesão dos pacientes aos ARV. Os distritos de Mé-Zochi e sobre tudo de Água Grande são onde registou-se o maior número de óbitos durante os últimos 4 anos.

A taxa de mortalidade por HIV e aids sofreu um aumento importante, de 0,09 em 2010 para 0,13 em 2013. Em valores absolutos, o número de óbitos por região está apresentado na figura abaixo.

Distritos	Óbitos			
	Ano			
	2010	2011	2012	2013
Água Grande	6	5	18	23
Mé-zochi	2	-	2	1
Lobata	1	2	1	1
Cantagalo	1	2	3	0
Lemba	1	0	0	0
Caué	0	0	1	0
Príncipe	4	0	0	0
TOTAL	15	9	25	25

Quadro 6. Evolução dos obitos por Distritos em São Tomé e Príncipe entre 2010-2013. Fonte: RA/STP, 2014.

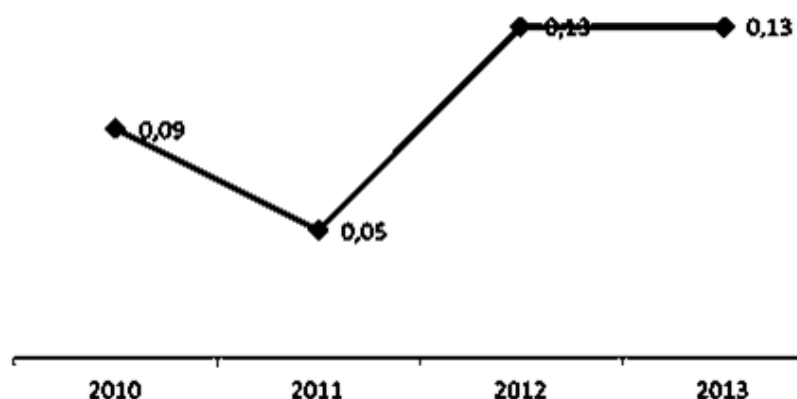


Gráfico 4. Evolução da taxa de mortalidade por aids em São Tomé e Príncipe, 2010-2013. Fonte: PNL/S&A CNE - RA/STP_2014.

Histórico: incidência e prevalência

Em 2007 foram confirmados, no laboratório de referência e pelas ONGs, 114 casos novos de HIV positivos: 25 grávidas, 43 homens e 46 mulheres não grávidas; em 2008 os novos casos confirmados totalizaram 118, sendo 32 grávidas, 37 homens e 49 mulheres não grávidas.

Em 2009, o total foi de 125 pessoas, sendo 24 grávidas, 34 homens, 67 mulheres não grávidas.

O gráfico abaixo mostra as infecções de HIV confirmadas por ano e sexo entre 2007 e 2009.

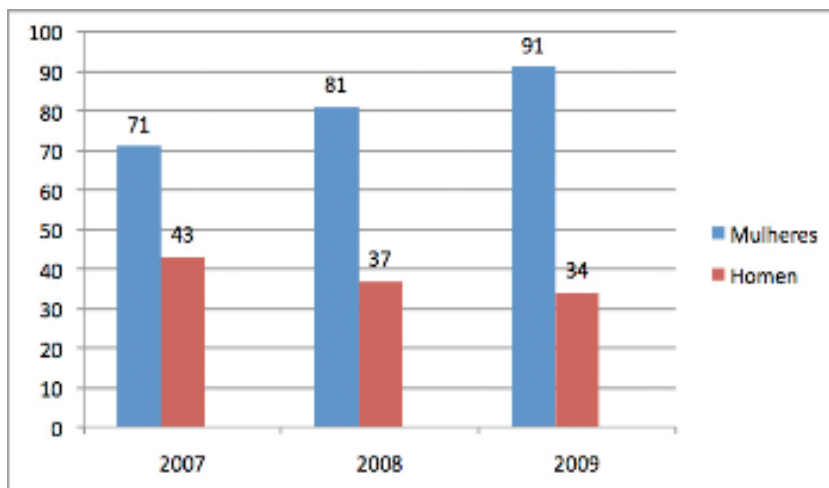


Gráfico 5. Infecções por HIV confirmados em São Tomé e Príncipe por sexo (2007-2009).
Fonte: CPLP, 2010.

O total de casos de aids notificados de 2005 até 2009 (excluindo os óbitos e abandono) foi de 159, sendo 64 masculinos e 95 femininos. No ano de 2007, foram notificados 34 casos novos de aids (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).

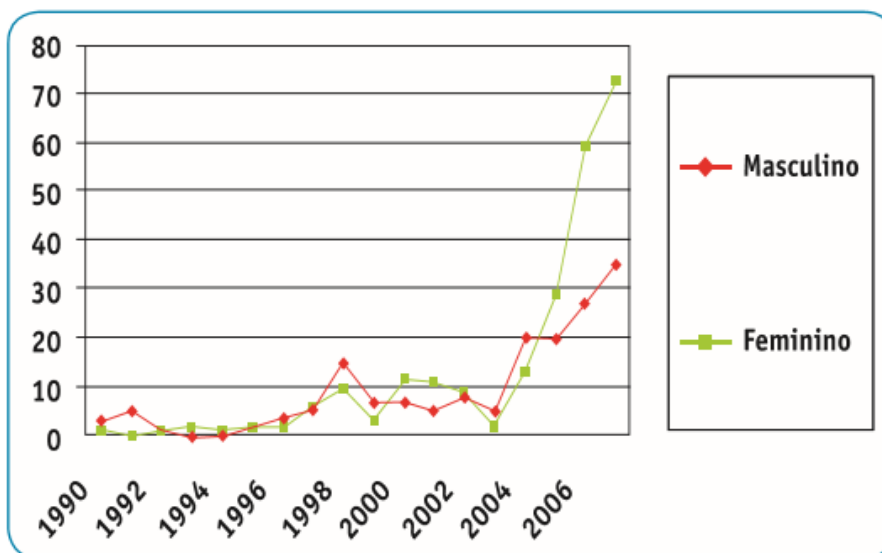


Gráfico 6. Evolução dos casos de aids por sexo em São Tomé e Príncipe, 1990-2008 (1º. Trimestre). Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe, 2009.

Com a ampliação da testagem, incluindo a oferta nos Cuidados Pré-Natais, entre 2001 e 2005, a taxa de prevalência em mulheres grávidas teve um aumento vertiginoso, passando de 0,1% para 1,5%, como mostra o gráfico a seguir:

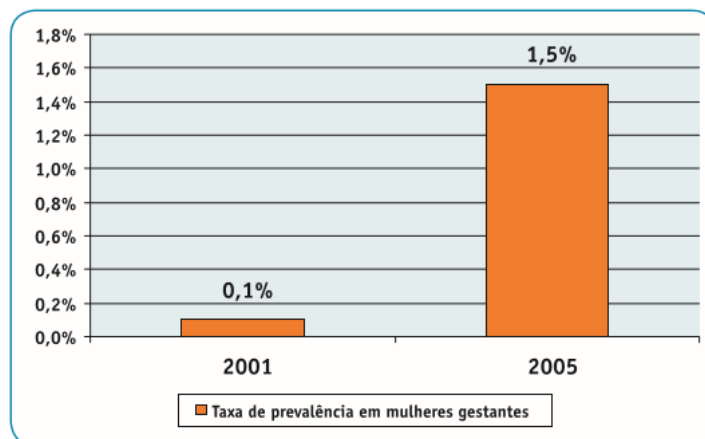


Gráfico 7. Taxa de Prevalência entre mulheres grávidas em São Tomé e Príncipe, 2001 a 2005. Fonte: CPLP, 2010.

O aumento da prevalência teve como uma das respostas a intensificação dos cuidados pré-natais e ampliação do resgate das mulheres “perdidas de vista” em São Tomé e Príncipe.

Histórico – Mortalidade

De 2005 a 2009, foi notificado um total cumulativo de 80 óbitos devido ao HIV e aids, atingindo maioritariamente os homens, número este aumentado para 100 casos em 2014.

Dos 80 óbitos de 2010, 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 HIV e aids passou de 22% em 2005 para 5,7% em 2009.

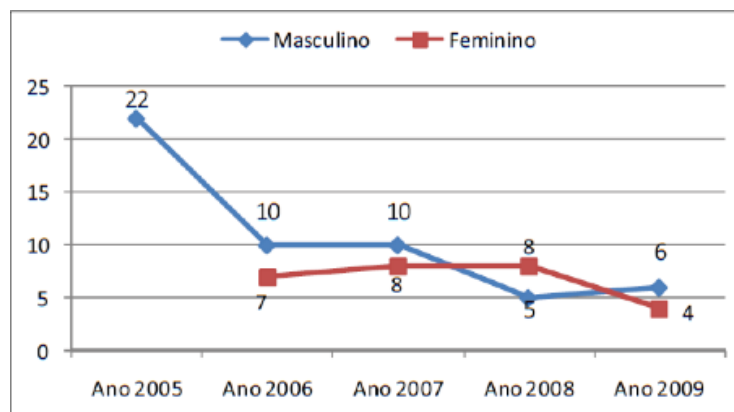


Gráfico 8. Mortalidade nos doentes de aids sob tratamento com ARV- 2005 a 2009, S. Tomé e Príncipe. Fonte: CPLP, 2010.

Com a oferta do tratamento antirretroviral, as taxas de mortalidade foram reduzidas, embora ainda sejam elevados os números de *Perdidos de Vista* e pessoas que abandonam o tratamento sem explicação, um aspecto a ser trabalhado ainda na atualidade.

4.2. Testagem

O aconselhamento e testagem Voluntária (ATV) é considerado em STP uma das componentes fundamentais para a prevenção do HIV e aids, vista como sendo uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento. Durante o ano de 2013, foram realizados 8.650 testes para HIV em São Tomé e Príncipe, sendo 3.333 em homens e 5.317 em mulheres.

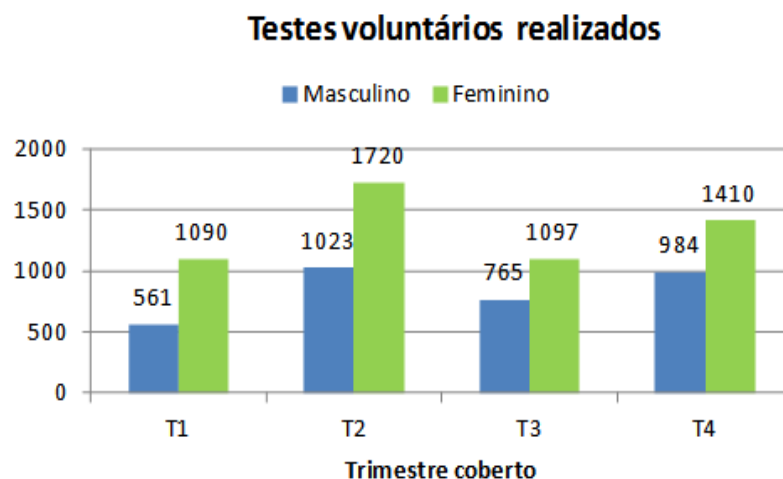


Gráfico 9. Número de testes para HIV voluntários realizados em São Tomé e Príncipe em 2013, segundo o trimestre (T1-T4) e o sexo. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

A cobertura da testagem para HIV é decisiva para se definir a prevalência na população geral entre 15 – 49 anos. Em 2014, todos os homens e mulheres em São Tomé e Príncipe nessa idade foram elegíveis para o teste. Foi realizado um grande estudo, em que as amostras foram coletadas de quem aceitou voluntariamente a ser testado. O protocolo para detecção do HIV é anônimo e aprovado pela *International Review Board* da *ICF International and by the Ethics Committee* do MICS.

As amostras eram anônimas e, portanto, sem nome ou qualquer característica geográfica que pudesse identificar o indivíduo. O Comitê de Ética aprovou o protocolo MICS de São Tomé e Príncipe em 2014, e na versão final foi estabelecido o Consentimento Livre e Esclarecido. Como os testes eram anônimos, não era possível informar os participantes sobre o resultado de seus testes. Uma carta mencionando a aceitação de aconselhamento voluntário foi entregue às pessoas, enquanto aceitavam ou não serem submetidas ao teste, e então poderiam ter acesso ao aconselhamento e testagem gratuitos.

As amostras foram armazenadas no laboratório em condições apropriadas, a 20 graus Celsius. A testagem para anticorpos anti-HIV e os resultados foram realizados pela LHAR, o laboratório de referência no país. As testagens foram feitas entre 18 e 31 de janeiro de 2015. O protocolo especificava o uso de ELISA⁵³⁴ como primeiro teste para detecção do HIV. Todos os testes negativos foram classificados como “negativos”, e depois 10% foram submetidos a outro teste ELISA⁵³⁵ para controle de qualidade.

⁵³⁴ Vironostika®VIH Ag/Ab

⁵³⁵ Enzygnost®VIH Integral II

Todos os casos positivos foram submetidos a um segundo teste ELISA. As amostras em que o segundo ELISA era positivo foram classificadas como “positivos”.

Todos os resultados discordantes entre primeiro e segundo ELISA foram reanalisados usando o mesmo teste ELISA. Resultados discordantes depois desse duplo procedimento eram analisados com Western Blot 2.2.

	Blood sample collected		Refused test		Absent for blood collection		Other/ Missing		Total	Number of eligible men and women age 15-49 years
	Surveyed		Surveyed		Surveyed		Surveyed			
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No		
OVERALL										
Total	80.4	0.5	6.0	4.0	1.6	5.7	0.6	1.2	100.0	5,873
Region										
Centre East	75.6	0.5	6.8	3.9	2.6	9.0	0.6	1.0	100.0	2,702
North West	88.4	0.4	3.2	2.1	0.8	3.4	0.5	1.2	100.0	1,458
South East	78.6	0.9	6.6	7.2	0.9	3.3	0.3	2.1	100.0	1,297
Aut. of Principe	88.7	0.0	8.7	0.5	0.0	0.0	2.2	0.0	100.0	416
Area										
Urban	81.1	0.6	5.7	4.6	2.1	4.3	0.6	0.8	100.0	3,539
Rural	79.2	0.4	6.5	2.9	0.8	7.9	0.6	1.8	100.0	2,334
WOMEN										
Total	89.3	0.5	3.9	1.8	0.9	2.0	0.5	1.0	100.0	3,101
Region										
Centre East	86.2	0.3	5.5	2.0	1.6	3.2	0.5	0.8	100.0	1,482
North West	95.5	0.4	1.6	0.4	0.4	0.8	0.3	0.8	100.0	774
South East	88.1	1.1	2.8	3.8	0.5	1.4	0.2	2.2	100.0	636
Aut. of Principe	92.3	0.0	4.8	0.5	0.0	0.0	2.4	0.0	100.0	209
Area										
Urban	90.0	0.6	3.9	2.0	1.2	1.2	0.5	0.7	100.0	1,895
Rural	88.2	0.2	4.0	1.6	0.6	3.3	0.5	1.6	100.0	1,206
MEN										
Total	70.3	0.6	8.4	6.3	2.3	9.9	0.7	1.4	100.0	2,772
Region										
Centre East	62.6	0.7	8.5	6.3	3.9	16.1	0.7	1.1	100.0	1,220
North West	80.4	0.4	5.1	3.9	1.2	6.4	0.7	1.8	100.0	684
South East	69.4	0.8	10.3	10.6	1.4	5.1	0.5	2.0	100.0	661
Aut. of Principe	85.0	0.0	12.6	0.5	0.0	0.0	1.9	0.0	100.0	207
Area										
Urban	70.9	0.6	7.9	7.7	3.2	8.0	0.7	1.0	100.0	1,644
Rural	69.5	0.5	9.1	4.3	1.1	12.8	0.7	2.0	100.0	1,128

Quadro 7. Cobertura de testagem para HIV por área e região em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: MICS, 2014.

Até o final do processo, 261 amostras, incluindo todas as positivas, foram enviadas ao Centro Pasteur em Camarões, para um controle de qualidade externo. Os resultados do Centro Pasteur confirmaram 100% os resultados obtidos em STP⁵³⁶. Das pessoas entre 15 e 49 anos que foram testadas para o HIV e souberam dos resultados, 38,5% eram mulheres e 27,3% homens.

Das pessoas entre 15 e 24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, que foram testadas para o HIV e souberam seus resultados, 48% eram mulheres e 21,6% eram homens.

Ou seja, mais da metade das mulheres e 78,4% dos homens não souberam seus resultados - há uma imensa porcentagem de “perdidos de vista”, e é imprescindível recuperá-los.

A questão essencial para São Tomé e Príncipe, compartilhada por todos os outros países de Língua Portuguesa participantes deste estudo, é a forma de acessar a população masculina para o diagnóstico completo e o tratamento.

⁵³⁶ MICS_2014:204.

Um registro minucioso da cobertura de testagem do HIV por características sociodemográficas da população de STP foi feito em relação ao ano de 2014, sintetizada nos quadros a seguir:

	Blood sample collected		Refused test		Absent for blood collection		Other/ Missing		Total	Number of eligible men and women age 15-49 years
	Surveyed	Surveyed	Surveyed	Surveyed	Surveyed	Surveyed	Surveyed	Surveyed		
	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No		
WOMEN										
Total	89.3	0.5	3.9	1.8	0.9	2.0	0.5	1.0	100.0	3,101
Age										
15-19 years	88.1	0.7	3.6	1.6	1.5	1.9	0.8	1.8	100.0	732
20-24 years	90.5	0.4	3.3	1.2	0.6	1.9	0.6	1.4	100.0	486
25-29 years	90.3	0.6	2.9	2.9	1.2	1.4	0.4	0.4	100.0	513
30-34 years	89.4	0.4	5.2	1.5	0.8	1.9	0.0	0.8	100.0	481
35-39 years	88.2	0.6	4.7	1.4	0.8	3.0	0.3	1.1	100.0	363
40-44 years	89.0	0.3	4.9	1.6	0.3	2.9	0.6	0.3	100.0	309
45-49 years	90.8	0.0	3.2	3.2	0.5	1.4	0.5	0.5	100.0	217
Education										
None	82.7	3.1	3.1	1.6	0.8	0.8	0.0	7.9	100.0	127
Primary	90.4	0.3	3.4	2.4	0.8	1.5	0.5	0.8	100.0	1,600
Secondary	89.0	0.5	4.5	1.2	1.2	2.5	0.5	0.7	100.0	1,297
Higher	84.4	0.0	6.5	2.6	0.0	5.2	1.3	0.0	100.0	77
Missing	-	-	-	-	-	-	-	-	0.0	0
Wealth quintiles										
Poorest	92.4	0.2	2.2	1.8	0.4	1.3	0.0	1.6	100.0	450
Second	90.2	0.3	4.1	1.7	0.5	1.5	0.5	1.0	100.0	581
Middle	89.0	0.3	4.0	1.8	1.3	1.9	0.6	1.0	100.0	620
Fourth	88.6	0.7	4.5	2.1	0.7	1.9	0.7	0.7	100.0	674
Richest	87.8	0.6	4.1	1.8	1.4	2.8	0.4	1.0	100.0	776
MEN										
Total	70.3	0.6	8.4	6.3	2.3	9.9	0.7	1.4	100.0	2,772
Age										
15-19 years	78.3	0.5	7.4	3.6	2.2	5.2	0.8	2.0	100.0	635
20-24 years	68.9	0.4	8.0	6.6	3.0	9.7	0.8	2.5	100.0	473
25-29 years	67.5	0.2	9.4	6.4	1.9	12.7	0.9	0.9	100.0	425
30-34 years	66.9	0.9	8.4	8.4	2.7	11.1	0.4	1.1	100.0	450
35-39 years	69.1	1.2	10.4	6.1	2.0	10.4	0.3	0.6	100.0	346
40-44 years	65.6	0.4	8.7	7.9	2.1	14.1	0.8	0.4	100.0	241
45-49 years	69.8	0.5	6.4	7.9	2.5	10.9	1.0	1.0	100.0	202
Education										
None	40.7	1.9	7.4	14.8	1.9	20.4	1.9	11.1	100.0	54
Primary	70.7	0.5	8.2	7.0	2.4	9.6	0.6	1.1	100.0	1,275
Secondary	72.7	0.5	8.7	4.7	2.4	8.7	0.8	1.4	100.0	1,327
Higher	61.6	1.0	10.1	8.1	2.0	17.2	0.0	0.0	100.0	99
Missing	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	(*)	100.0	17
Wealth quintiles										
Poorest	75.6	0.7	7.8	6.2	1.1	5.8	0.7	2.2	100.0	451
Second	72.4	0.0	7.2	5.9	2.4	10.1	0.2	1.8	100.0	543
Middle	69.5	0.4	9.7	6.6	2.2	9.7	1.1	0.7	100.0	544
Fourth	69.2	1.0	7.7	5.5	2.8	11.9	1.2	0.7	100.0	597
Richest	66.6	0.8	9.4	7.2	2.8	11.0	0.5	1.7	100.0	637

Quadro 7. Cobertura de testes HIV por características sócio econômicas e sexo em São Tomé e Príncipe, 2014.

Fonte: MICS, 2014.

Durante o ano de 2013 não se realizou testes de CD4 em São Tomé e Príncipe devido à falta de reagentes⁵³⁷; porém, foram realizadas várias sessões de atividades de sensibilização e testagem voluntária nas comunidades que abrangeu todos os Distritos Sanitários.

Num total de 836 testagens realizadas no segundo trimestre, 47,7% foram no sexo masculino e 52,3% no sexo feminino, com **uma taxa de positividade dos testes de 0,2%** que se observou apenas no distrito de Água Grande.

Para o quarto trimestre de 2013 as atividades foram realizadas no mês de Novembro e Dezembro, onde se registou o total de 870 pessoas testadas; delas, 482 de sexo masculino (1 positivo) e 388 do sexo feminino (2 positivos). *Neste último trimestre a taxa de positividade foi de 0,3% registada nos distritos de Mé-Zochi, Lobata e Cantagalo todos no sexo feminino*⁵³⁸.

Grávidas

Ao longo do ano 2013, 6.579 mulheres grávidas beneficiaram de aconselhamento e foram submetidas ao teste do HIV no âmbito da PTMF e todas foram informadas sobre o seu resultado após a testagem. Delas, 57% na faixa etária de 25+, 25,9% na faixa etária de 20-24 anos, 16,5% na faixa etária de 15-19 anos e 0,7% na faixa etária de <15 anos.

Quanto à taxa de positividade do teste nestas testadas é de 0,4% (28 das 6579 foram positivas), com maior percentagem para a faixa etária 25+ anos (Gráfico 06).

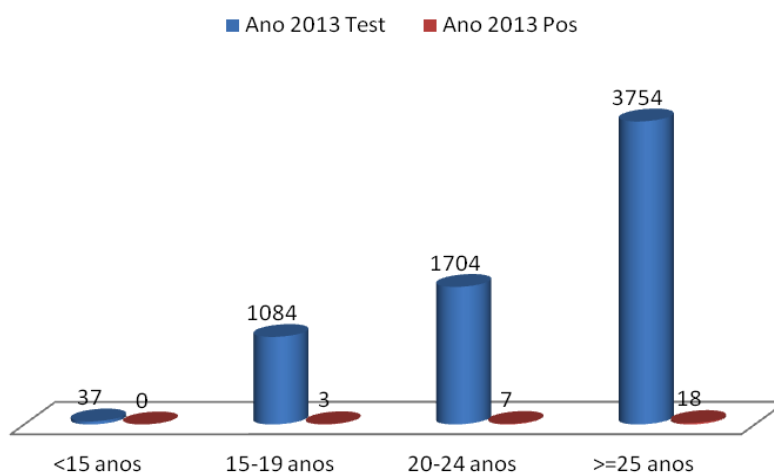


Gráfico 10: Mulheres grávidas aconselhadas e testadas para HIV e aids e que foram informadas sobre o seu resultado. Fonte: MICS, 2014.

Estes dados mostram que 100% das mulheres grávidas que se apresentam foram submetidas ao teste de HIV e informadas sobre o seu resultado após a testagem.

⁵³⁷ (RA/STP_2014):50.

⁵³⁸ RA/STP_2014:30.

Histórico – Testagem

O número de pessoas que procuraram Aconselhamento e Testagem Voluntária para o HIV e que foram informadas sobre o seu resultado aumentou desde o início do serviço, em 2011 - serviço de aconselhamento e testagem nas comunidades realizada pela equipa do PNLS, com exceção do ano 2012 ,em que se registou uma diminuição de demanda (de 7089 em 2011 para 5689 em 2012).

As instituições parceiras, ONGs ASPF e MDM tiveram e ainda têm papel decisivo no Aconselhamento e Testagem Voluntária. pois aconselham, testam e informam sobre o resultado.

Os testes voluntários para HIV foram iniciados em 2003 e foram rapidamente estendidos, conforme mostra o gráfico 8. Em 2010, eram 32 serviços de saúde com ATV.

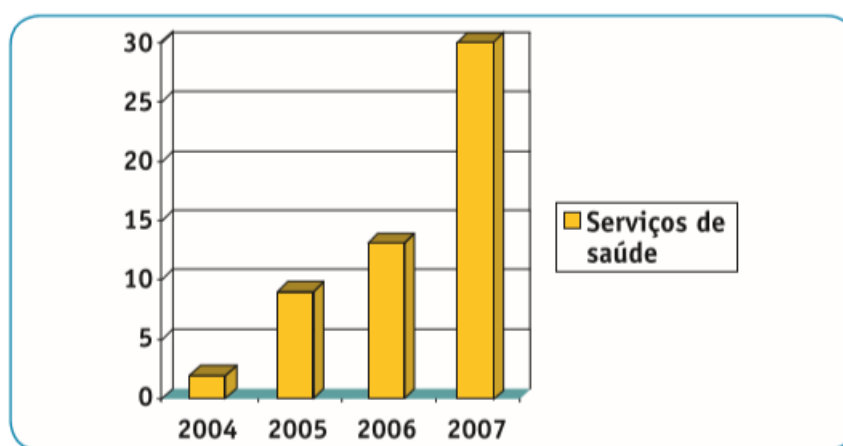


Gráfico 11. Número de serviços de saúde em São Tomé e Príncipe que ofereciam testes voluntários do HIV entre 2004-2007. Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA de STP, 2010.

O número de pessoas aconselhadas e testadas aumentou em 15% entre 2006 e 2007. O gráfico 9 apresenta a importante participação de ONG neste processo.

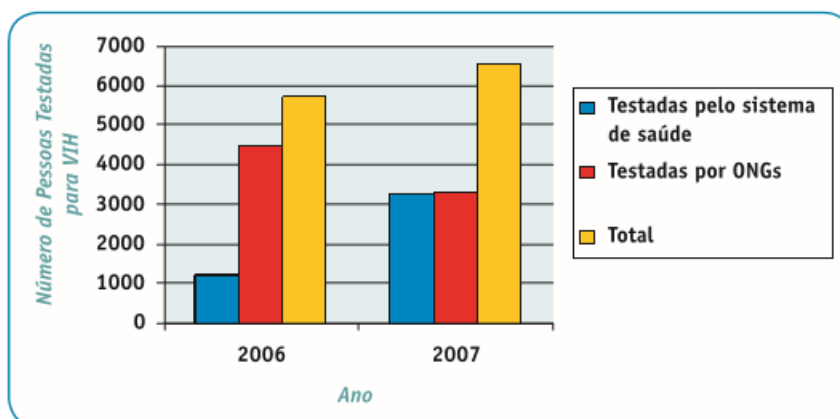


Gráfico 12. Número de pessoas aconselhadas e testadas para HIV em São Tomé e Príncipe, 2006-2007, por instituição que ofereceu o serviço, Estado ou ONG. Fonte: Country Progress Report, STP, processado por ONUSIDA, 2010.

4.3. Coinfecções mais prevalentes:

a) Tuberculose

Em São Tomé e Príncipe, foram notificados 207 casos de tuberculose em 2015, sendo todos os pacientes também testados para HIV e com seu estatuto sorológico conhecido⁵³⁹.

TB case notifications, 2015	
Total cases notified	207
Total new and relapse	178
- % tested with rapid diagnostics at time of diagnosis	
- % with known HIV status	100%
- % pulmonary	89%
- % bacteriologically confirmed among pulmonary	38%

Figura 10. Casos de tuberculose notificados em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

A incidência de tuberculose multirresistente em São Tomé e Príncipe em 2015 foi de 97/100.000 habitantes (taxa de mortalidade 3,6/100.000), sendo a incidência de coinfecção com HIV 15/100.000 (com taxa de mortalidade de 1,3/100.000)⁵⁴⁰, com maior incidência entre homens e maiores de 14 anos, como mostram as figuras abaixo:

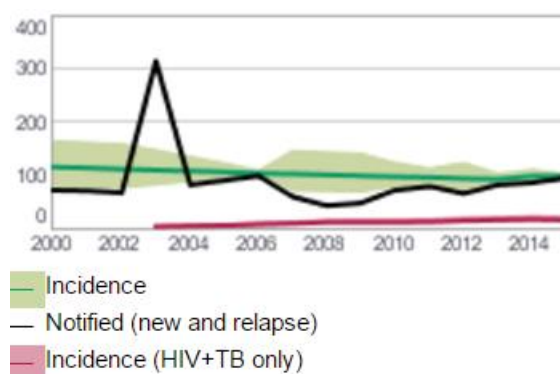


Gráfico 13. Estimativas das Taxas de incidência de tuberculose em São Tomé e Príncipe (/100.000 habitantes/ano), 2000-2014. Estimativas de coinfecção HIV-Tuberculose 2003-2014. Fonte: WHO, 2015.

A incidência de tuberculose em São Tomé e Príncipe é maior nos homens do que nas mulheres, como mostram as figuras abaixo:

Estimated TB incidence by age and sex (thousands)*, 2015			
	0-14 years	> 14 years	Total
Females	0.012 (<0.01–0.016)	0.056 (0.042–0.07)	0.068 (0.05–0.086)
Males	<0.01 (<0.01–0.01)	0.11 (0.088–0.13)	0.12 (0.092–0.14)
Total	0.019 (0.014–0.024)	0.17 (0.16–0.17)	0.18 (0.18–0.19)

Figura 11. Incidência de tuberculose em São Tomé e Príncipe: estimativas por idade e sexo, 2015. Fonte: WHO, 2015.

⁵³⁹ WHO, 2015.

⁵⁴⁰ WHO_2015.

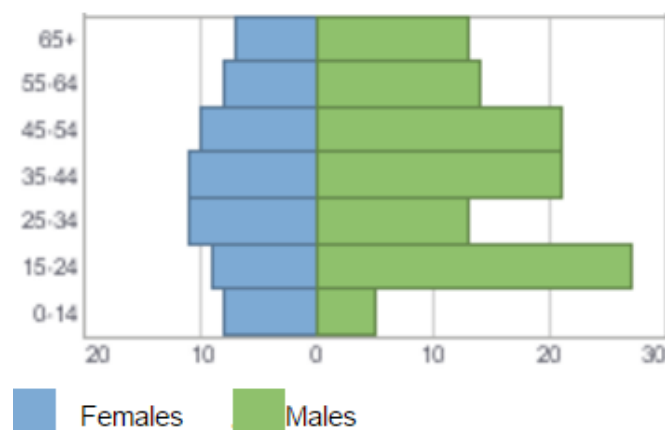


Figura 12. Casos notificados de tuberculose por idade e sexo em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

As estimativas de mortalidade e incidência, com e sem coinfecção com HIV estão apresentadas no quadro abaixo:

Estimates of TB burden*, 2015	Number (thousands)	Rate (per 100 000 population)
Mortality (excludes HIV+TB)	<0.01 (<0.01–0.013)	3.6 (1.4–6.9)
Mortality (HIV+TB only)	<0.01 (0–0.015)	1.3 (0–8)
Incidence (includes HIV+TB)	0.18 (0.18–0.19)	97 (94–100)
Incidence (HIV+TB only)	0.028 (0.018–0.041)	15 (9.7–21)
Incidence (MDR/RR-TB)**	0.036 (0.026–0.046)	19 (14–24)

Figura 13. Estimativas – tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Em termos de mortalidade por Tuberculose (excluindo-se coinfecção com HIV), a linha do tempo do ano 2000 até 2014 é a seguinte:

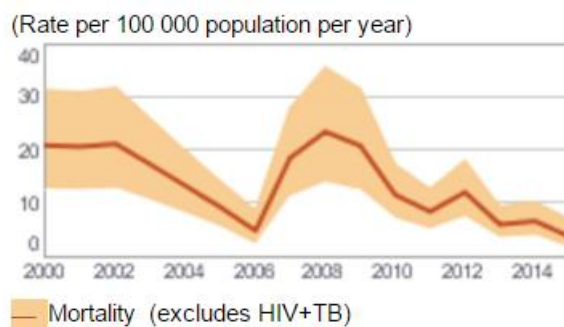


Gráfico 14. Taxas de mortalidade por tuberculose em São Tomé e Príncipe, excluindo-se coinfecção com HIV, do ano 2000 até 2014. Fonte: WHO, 2016.

Em relação à resistência aos medicamentos para o tratamento de tuberculose, foram estimados 38 casos em 2015, dentre os casos notificados de tuberculose pulmonar. O desenvolvimento de resistência está associado a má adesão, abandono e falhas no tratamento⁵⁴¹

⁵⁴¹ LIMA, 2010.

Drug-resistant TB care, 2015	New cases	Previously treated cases	Total number***
Estimated MDR/RR-TB cases among notified pulmonary TB cases			38 (28–49)
Estimated % of TB cases with MDR/RR-TB	2.8% (0.1–6.7)	88% (47–100)	
% notified tested for rifampicin resistance	1%	69%	29
MDR/RR-TB cases tested for resistance to second-line drugs			0
Laboratory-confirmed cases		MDR/RR-TB: 0, XDR-TB: 0	
Patients started on treatment ****		MDR/RR-TB: 0, XDR-TB: 0	

Figura 14. Número de casos de tuberculose multidrogarresistente em STP, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Coinfecção tuberculose-HIV

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2015 foram notificados em São Tomé e Príncipe 24 casos de pacientes HIV+ dentre os pacientes com tuberculose rastreados, estando todos em terapia antirretroviral. Ocorreram cinco óbitos de pessoas por tuberculose, dentre as pessoas vivendo com HIV em São Tomé e Príncipe.

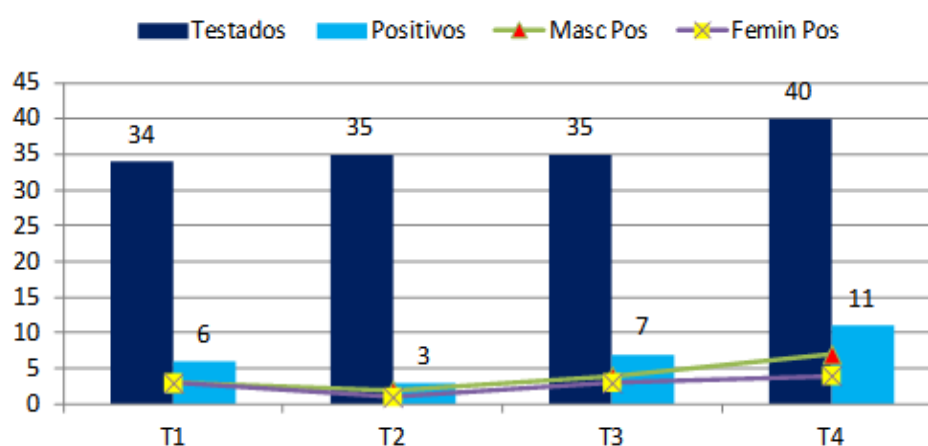


Gráfico 15. Número de pacientes com tuberculose, atendidos nas estruturas sanitárias, que realizaram teste para HIV, receberam o resultado e o aconselhamento em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

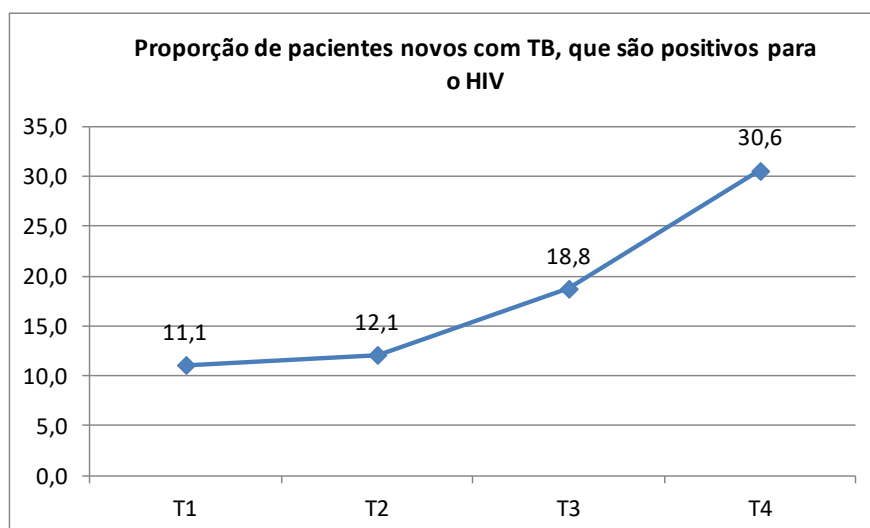


Gráfico 16. Proporção de pacientes novos com tuberculose positivos para HIV em São Tomé e Príncipe, segundo o trimestre (T1-T4), em 2014. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

TB/HIV care in new and relapse TB patients, 2015	Number	(%)
Patients with known HIV-status who are HIV-positive	24	13%
- on antiretroviral therapy	24	100%

Figura 15. Casos de coinfeção tuberculose-HIV em São Tomé e Príncipe em 2015. Fonte: WHO, 2015.

Dos pacientes HIV+ com tuberculose, 4% começaram o tratamento preventivo em 2015:

TB preventive treatment, 2015	
% of HIV-positive people (newly enrolled in care) on preventive treatment	4%
% of children (aged < 5) household contacts of bacteriologically-confirmed TB cases on preventive treatment	

Figura 16. Porcentagem de pessoas HIV+ em tratamento preventivo para tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015.

Portanto, há que se manter a alta percentagem de rastreio de HIV entre os pacientes com tuberculose e aumentar o rastreio de tuberculose entre pessoas HIV+, ampliando as medidas profiláticas entre as pessoas com tuberculose latente.

Em 2014 foram notificados 21 casos de HIV+ dentre os pacientes com tuberculose. Em relação à testagem, foram testadas para HIV 158 pessoas, dentre os pacientes com tuberculose e 28 coinfectados estavam em terapia antirretroviral. Nenhum paciente com HIV estava recebendo terapia medicamentosa profilática para tuberculose⁵⁴². Em relação à testagem, dentre as pessoas com HIV, 150 foram testadas para tuberculose.

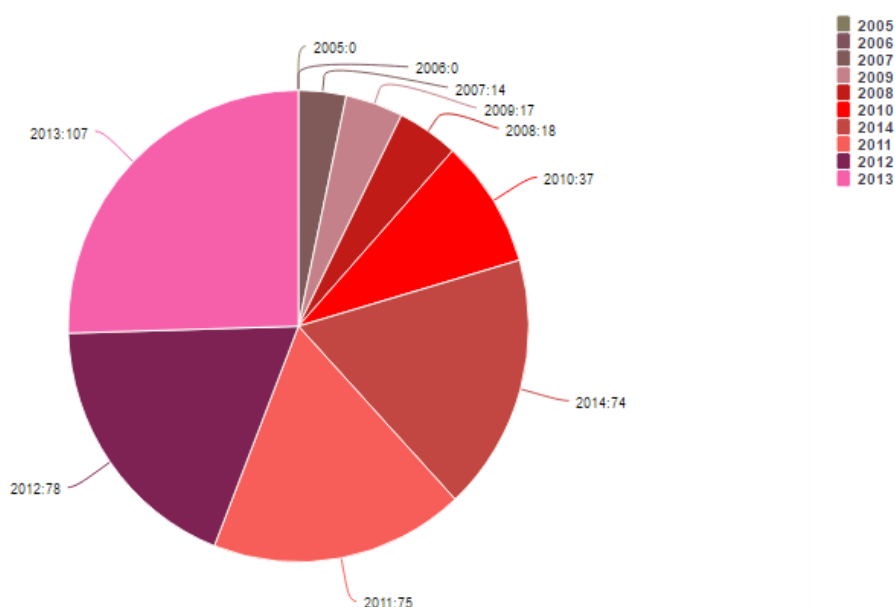


Gráfico 17. Porcentagem de coinfeções tuberculose-HIV em São Tomé e Príncipe de 2005 a 2014. Fonte: UNAIDS, 2016⁵⁴³.

⁵⁴² UNAIDS, 2016.

⁵⁴³ <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/dataview.aspx>.

De 2009 a 2013, todos os pacientes diagnosticados com tuberculose em São Tomé e Príncipe (147, sendo 74 do sexo masculino e 70 do sexo feminino) foram beneficiados de aconselhamento pré-teste e foram testados para HIV e informados do seu resultado, beneficiando-se também do aconselhamento pós-teste.

Entre o ano 2000 e 2014, o número de pacientes com tuberculose que foram atendidos nas unidades de saúde, realizaram teste para HIV, receberam resultado e aconselhamento pós-teste estão apresentados no gráfico abaixo:

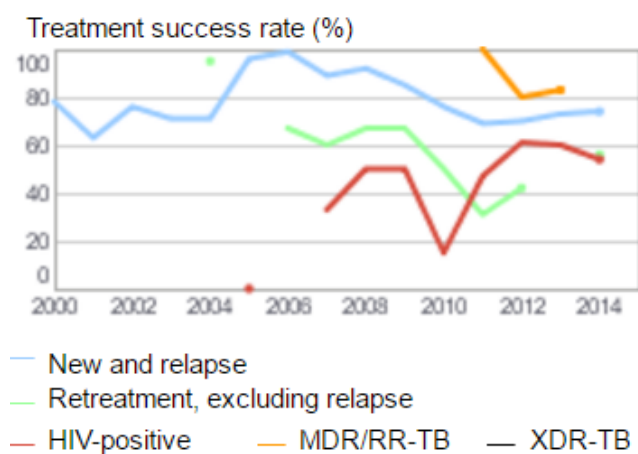


Gráfico 18. Pacientes com tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2000-2014, segundo tipo de caso, coinfeção e resistência a medicamentos. Fonte: Programa de Tuberculose de São Tomé e Príncipe, 2015.

Em 2014, dos 147 doentes de TB, 30 foram diagnosticados positivos para o HIV - desses 30, 27 ou seja, 90% estavam sob TARV até 31 de Dezembro de 2013, e 3 deles não iniciaram o tratamento. Registou-se um aumento significativo da taxa da coinfeção quando comparado com o ano anterior: de 14,2 para 20,4% em 2013. Este aumento evidencia a necessidade urgente de introduzir o tratamento preventivo com isoniazida a todos os PVVIH sem TB ativa.

Histórico

Em 2007, cerca de 97,8% (91/93) dos pacientes com Tuberculose (TB) atendidos nas estruturas sanitárias durante o ano 2007 realizaram teste para HIV, tendo recebido o respectivo resultado e aconselhamento.

A partir de 2008, todos os pacientes com tuberculose realizaram o teste para HIV. A prevalência de pacientes novos de TB e positivos para o HIV foi de 9,67% em 2007; 8,57% em 2008 e 12,82% em 2009.

O Programa de Tuberculose, em parceria com o Programa Nacional de Luta contra a Sida, tem realizado o rastreio para HIV na população diagnosticada com tuberculose, a despeito das limitações para medicação e confirmação clínico-laboartorial dos casos.

b) Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

São Tomé e Príncipe, até o ano de 2015, não dispunha de dados relativos aos casos novos de IST notificados, visto que *a fonte primária de dados - que é o livro de registo das consultas - não permite efetuar a distinção entre os casos novos e os casos antigos*⁵⁴⁴.

Os dados de 2014, apresentados no Relatório de Seguimento e Avaliação estão representados no gráfico abaixo:

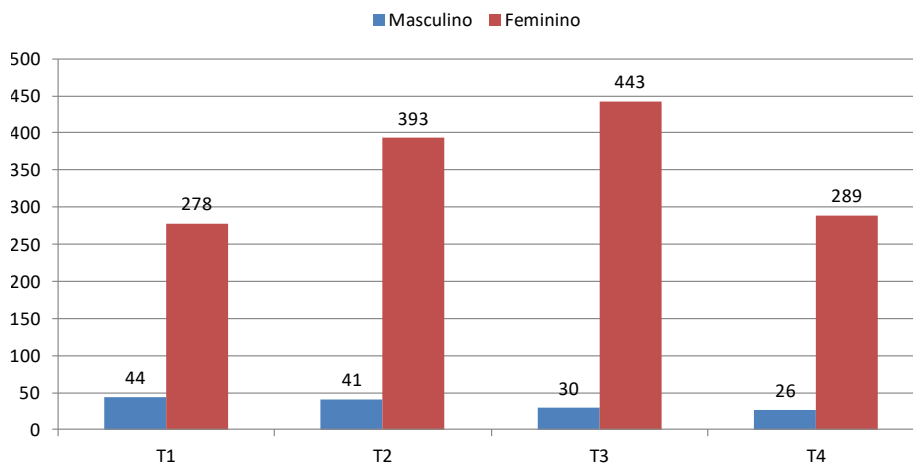


Gráfico 19. Pacientes tratados de Infecções Sexualmente Transmissíveis em São Tomé e Príncipe em 2014, por trimestre. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Os gráficos abaixo, referentes ao período de 2008 a 2013, mostram uma diminuição no número de casos de IST tratados. O governo interpreta essa diminuição como uma diminuição de casos diagnosticados. Observa-se uma diferença significativa entre homens e mulheres, o que confirma a resistência por parte dos homens para procurar os serviços de saúde ao nível nacional, principalmente quando se trata das IST.

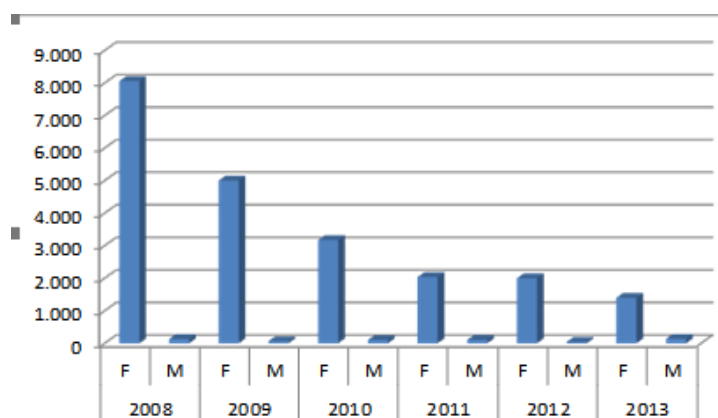


Gráfico 20. Pacientes tratados por IST em STP por ano, entre 2008-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

⁵⁴⁴ Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

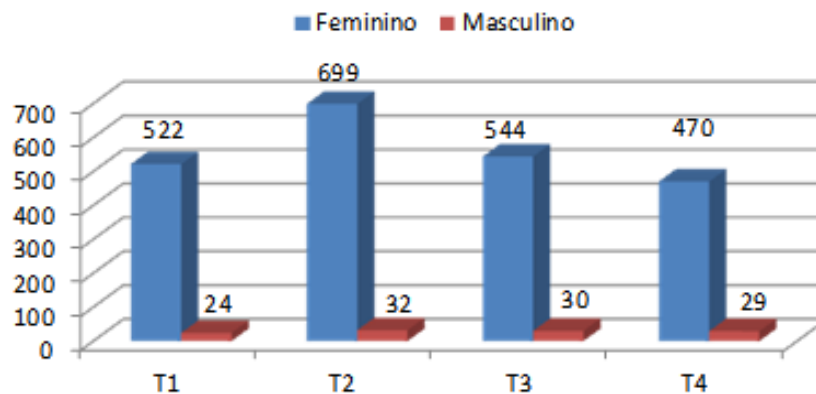


Gráfico 21. Pacientes tratados de Infecções Sexualmente Transmissíveis em STP 2013, segundo sexo e trimestre. Fonte: CNE/S&A PNLS. Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Não foram obtidos dados durante o ano 2013 quanto ao número de pacientes tratados por IST que beneficiaram de testagem HIV, foram informados sobre o respectivo resultado e receberam o pós-aconselhamento.

Reitera-se a necessidade de introduzir o sistema de notificação obrigatória das IST e também incluir os homens dentro dos Serviços de Saúde Reprodutiva.

4.4. Tratamento antirretroviral (TARV):

A TARV foi introduzida em São Tomé e Príncipe em 2005, sendo sua subvenção dependente de capital externo e doações de outros países.

Em 2013, 332 pessoas estavam em tratamento antirretroviral no país, sendo 116 homens e 216 mulheres. Cerca de 69 casos novos iniciaram o tratamento neste mesmo ano, sendo 42 homens e 27 mulheres⁵⁴⁵.

Os dados a seguir referem-se ao número de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) em tratamento antirretroviral, a quem o tratamento foi mudado de primeira linha para segunda linha no ano de 2013. Dentre os PVHIV que se encontravam sob o tratamento com os medicamentos de 1ª linha, 10 deles foram mudados para o tratamento de 2ª linha, sendo 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Dentre os 10 pacientes, 50% (ou seja, 5) eram crianças menores de 15 anos. Segundo as constatações feitas pelos gestores, essas mudanças devem-se a resistência aos fármacos originadas sobretudo pela má adesão aos ARVs, principalmente nas mulheres. A tabela a seguir ilustra esta distribuição por trimestre.

Resultados	1 Trimestre		2 Trimestre		3 Trimestre		4 Trimestre		Total Ano	
	Masc	Femin	Masc	Femin	Masc	Femin	Masc	Femin	Masc	Femin
Mudança: 1ª - 2ª	1	1	2	1	0	2	0	3	3	7
%	33,3	14,3	28,6	11,1	0,0	16,7	0,0	21,4	11,1	16,7
% por trimestre	20		18,8		11,8		11,5		14,5	

Quadro 8. Número de pessoas vivendo com HIV que mudaram o tratamento de 1ª. para segunda linha em São Tomé e Príncipe em 2013. Fonte: CNE/ Dados Faé/PNLS.

O número de PVHIV que iniciaram o tratamento profilático com cotrimoxazol para as infecções oportunistas no ano de 2014 foi de 37, sendo 43 homens, 48 mulheres e 3 crianças.

Os 325 restantes correspondem ao acumulado dos anos anteriores. Até 31 de Dezembro de 2013 foram registradas 362 PVHIV (adultos e crianças acumulados) em profilaxia com cotrimoxazol para prevenir as infecções oportunistas.

ITEMS/MESES	1 Trimestre			Total	2 Trimestre			Total	3 Trimestre			Total	4 Trimestre			Total
	Mulh	Hom	Criança		Mulh	Hom	Criança		Mulh	Hom	Criança		Mulh	Hom	Criança	
INICIAÇÃO COTRI:	6	9	1	16	10	7	1	18	15	7	1	23	17	20	0	37
em tratamento profilactica /Cotrimoxazol e	284				302				325				362			

Quadro 9. Pessoas HIV+ que iniciaram tratamento profilático em São Tomé e Príncipe em 2014, segundo os trimestres. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Dos 69 casos que iniciaram TARV em 2013, 42 eram do sexo masculino (60,8%) e 27 do sexo feminino (39,2%).

⁵⁴⁵ Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014: 21.

Até 31 de Dezembro de 2013, 332 PVVH em estado avançado de aids estavam em tratamento com os ARVs sendo 116 (34,9%) homens (5 menores de 15 anos) e 216 (65,1%) mulheres (6 menores de 15 anos).

PVHIV	1 Trimestre		2 Trimestre		3 Trimestre		4 Trimestre		Total Ano	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
<u>em</u>	7	3	9	7	12	5	14	12	42	27
<u>tratamento:</u>	10		16		17		26		69	

Quadro 10. Número de pessoas em estado avançado de aids que iniciaram TARV segundo as normas nacionais em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Grávidas

Em 2013 foram registadas 31 grávidas no Programa de Prevenção à Transmissão Mãe e Filho, PTMF, sendo 25 novas captadas e 6 que já conheciam o seu estado. Destas, 23 (74,2%) realizaram o tratamento completo para reduzir o risco de transmissão mãe-filho, 4 (12,9%) delas não terminaram o tratamento (*perdidos de vista*), 3 (9,7%) ainda se encontravam sob tratamento até 31 de dezembro e 1 (3,2%) teve um aborto.

Quando comparado com o ano 2012, a taxa de perdas de vista foi de 17,9%. Apesar da diminuição de casos de “perdidos de vista”, considera-se necessário reforçar muito mais a busca ativa para que essa taxa seja 0% (Tabela abaixo).

Ano	GRÁVIDAS novas captadas	Total de grávidas sob PTMF registradas	Grávidas que completaram o TARV	Grávidas ainda em profilaxia	Abandono	Perdas de vista
2013	25	31	23	3	1 (aborto)	4

Quadro 11: Mulheres grávidas infectadas pelo HIV e que se beneficiam da profilaxia com ARV/PTMF, STP-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Breve Histórico - tratamento

No decorrer do ano 2008, 516 pessoas que vivem com HIV receberam apoio médico, psicossocial, escolar, nutricional, jurídico e de atividades geradoras de recursos, incluindo 274 que receberam apoio nutricional da Cruz Vermelha.

Até finais de 2009, de 109 PVHIV encontravam-se sob tratamento profilático com cotrimoxazole para as infecções oportunistas (retirando os que faleceram e os que abandonaram o tratamento).

O total acumulado de PVHIV e aids sob tratamento com ARV até final de 2009 foi de 159, dos quais 147 recebem o medicamento de 1a linha e 12 receberam a 2a linha de tratamento.

O apoio das ONG e da Cruz Vermelha para aumento da adesão entre os pacientes foi e continua sendo imprescindível em São Tomé e Príncipe.

4.5. Populações Vulneráveis

Os dados mais atuais relativos a populações vulneráveis de São Tomé e Príncipe datam de 2013, oriundos de um Estudo Sentinela realizado no país com gestantes, profissionais do sexo, população em situação prisional e militares. Sendo este o principal estudo realizado no país até a data da visita de campo, em 2015, aqui será apresentado um detalhamento, com objetivo de aprofundar a compreensão da dinâmica da epidemia de HIV no país e oferecer novos aportes para futuros estudos com o mesmo desenho.

Neste estudo, constatou-se uma prevalência do HIV de **0,3% nas mulheres grávidas**, 1,1% nas profissionais de sexo feminino, 4% na população prisional e 0% nos militares.

Com base neste resultado, os gestores concluíram que a epidemia de HIV em São Tomé é concentrada ou de baixa prevalência, onde o HIV tende a ser focado num pequeno número de grupos com elevado risco comportamental e o seu parceiro sexual. As informações têm como base os dados das populações consideradas “chave”: usuários de drogas injetáveis (UDI), homens que fazem sexo com homens (HSH, denominados “de alto risco” em STP), profissionais do sexo feminino (PS) e seus clientes. No entanto, estas populações não são frequentemente estáticas ou suficientemente conhecidas e acessadas.

Estudo sentinela em São Tomé e Príncipe – amostragem:

Os gráficos a seguir resumem a distribuição da amostragem participante do Estudo Sentinela, segundo (a) região, (b) idade, (c) situação conjugal, (d) nível de instrução e (e) situação socioeconômica:

a) Distribuição por região:

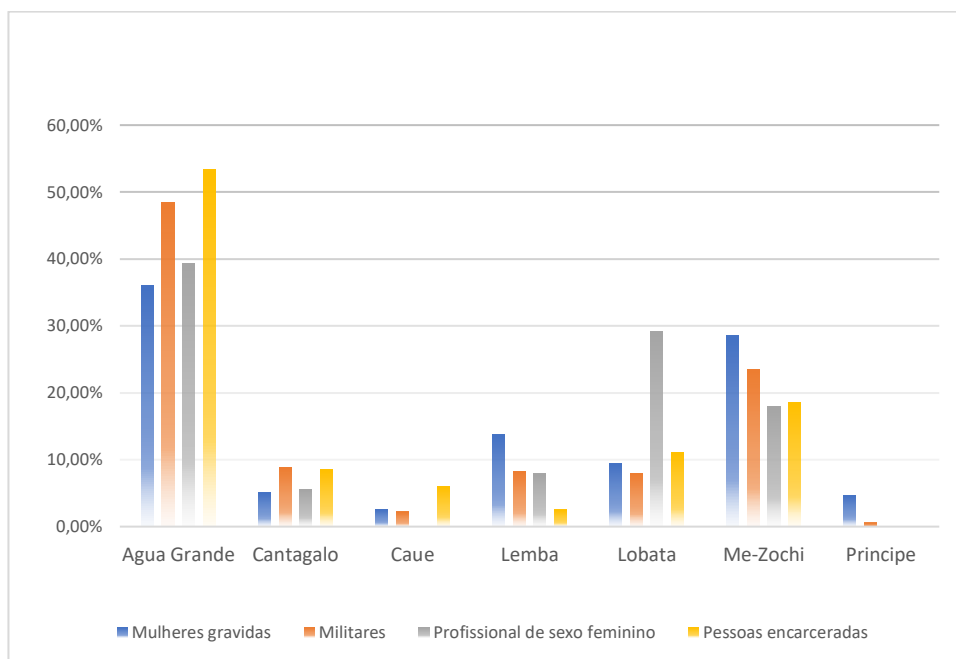


Gráfico 22. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo os distritos de residência. Fonte: EESTP, 2013.

b) Por idade e grupos

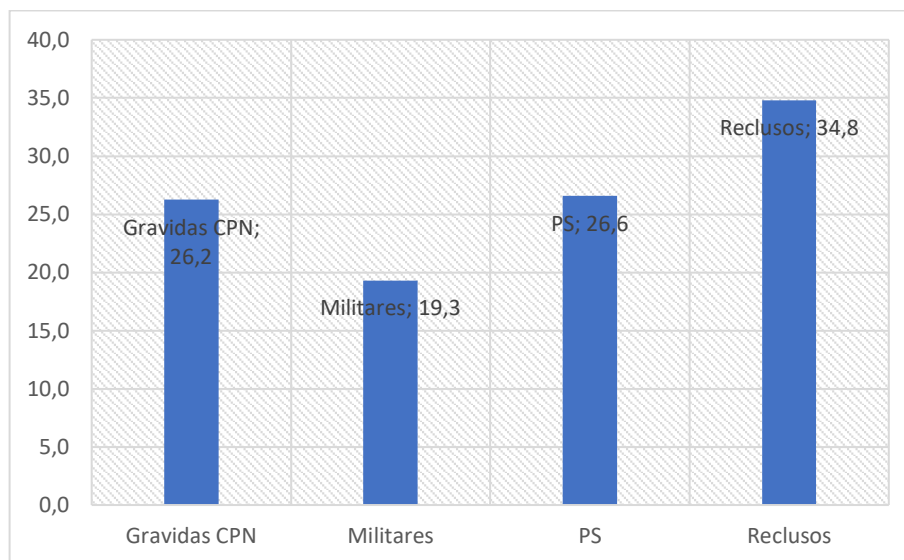


Gráfico 23. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a média de idade dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

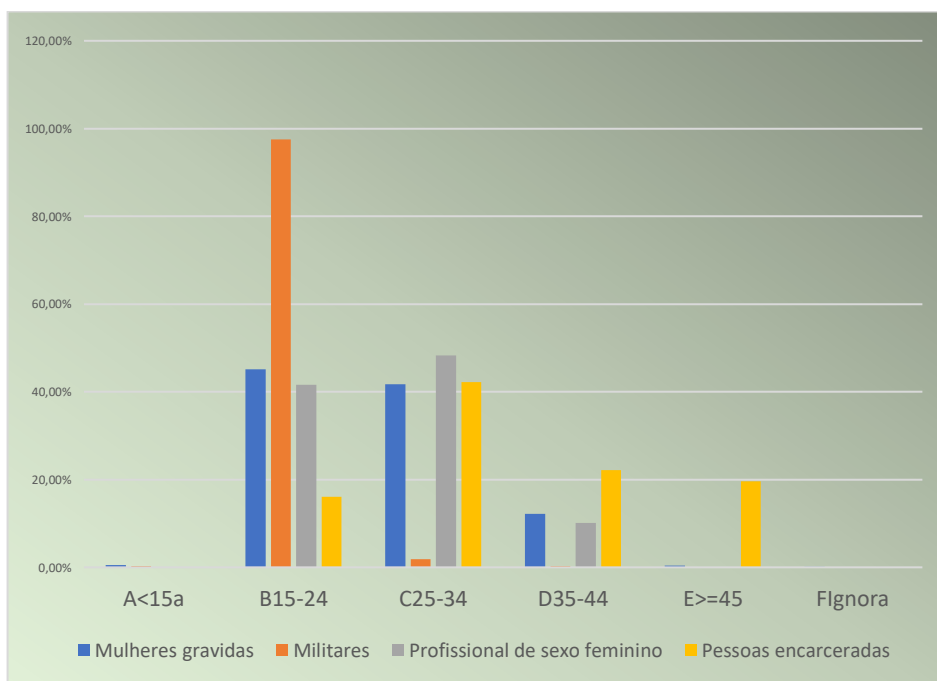


Gráfico 24. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a média de idade dos participantes, por grupos. Fonte: EESTP, 2013.

c) Por situação conjugal:

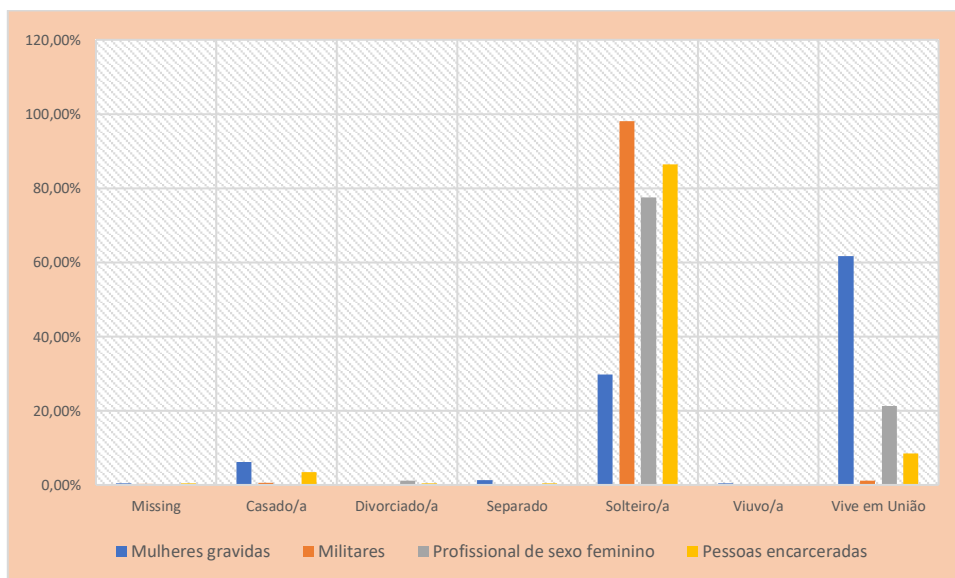


Gráfico 25. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a situação conjugal dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

d) Por nível de instrução:

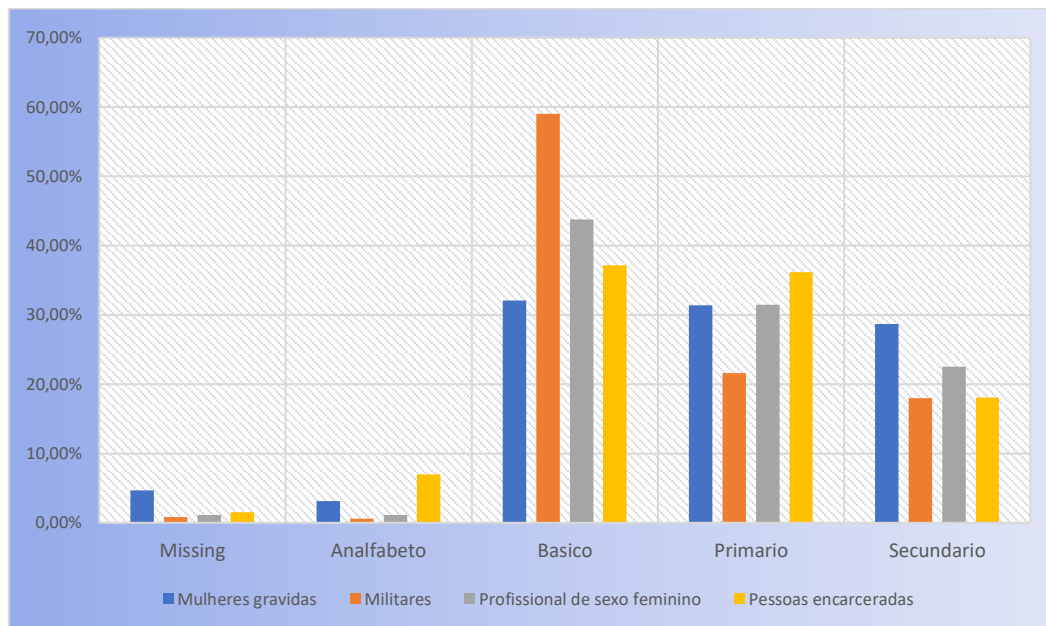


Gráfico 26. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo o nível de instrução dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

e) Segundo a situação socioeconômica:

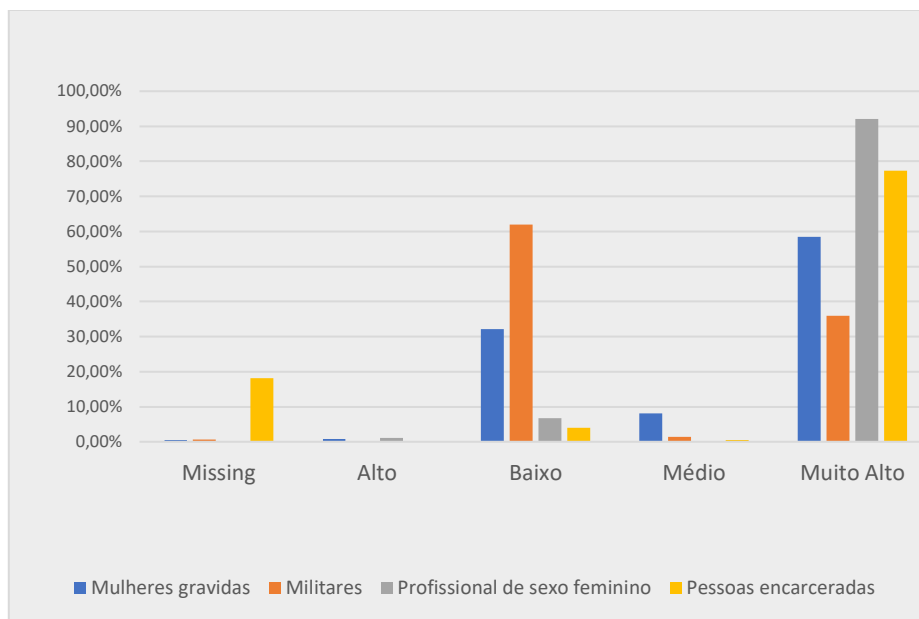


Gráfico 27. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo a situação socioeconômica dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

f) Segundo a característica socioprofissional:

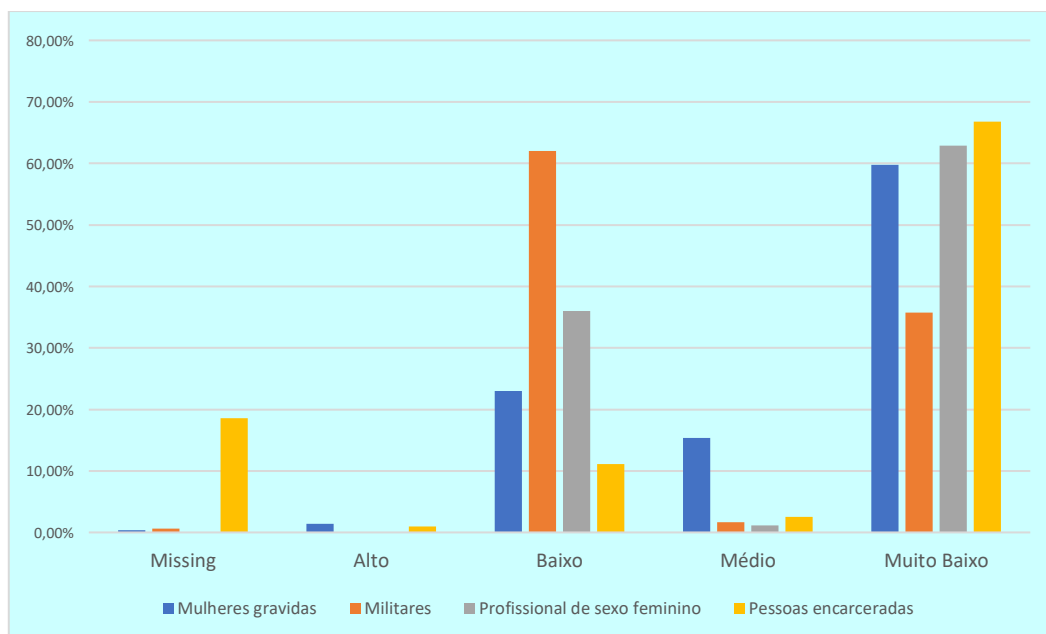


Gráfico 28. Distribuição da amostragem do Estudo Sentinela em São Tomé e Príncipe segundo característica socioprofissional dos participantes. Fonte: EESTP, 2013.

4.5.1) Profissionais do Sexo

Em relação às profissionais de sexo 39,4% eram do distrito de Agua Grande; 29,2% de Lobata; 18% de Me-Zochi; 7,9% de Lemba e 5,6% de Canataglo. Não se identificou profissionais de sexo em Caué e na Região Autônoma do Príncipe. Em relação à escolaridade, 43,8% tinham nível básico, 31,5% primário, 22,5% secundário e 1,1% analfabetas. Quanto ao estado civil, 77,5% eram solteiras, 21,3% viviam em união e 1,1% divorciada. Mais de 92% das profissionais de sexo tinham um nível socioeconômico considerado muito alto e 6,7% das mesmas com um nível baixo.

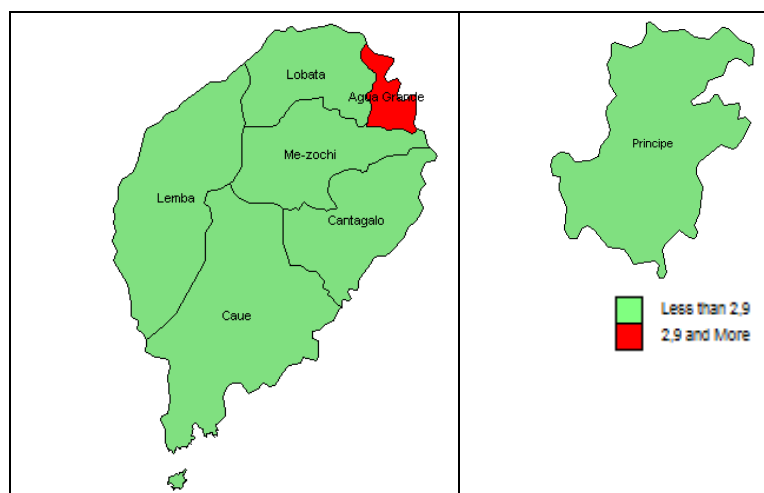


Figura 17. Mapa com a prevalência de HIV entre as profissionais do sexo, segundo distritos de residência, em São Tomé e Príncipe. Fonte: Estudo Sentinela, 2013.

Das 35 profissionais de sexo do Distrito de Agua Grande estudadas, apenas 1 foi positiva, o que representa uma prevalência de 2,9%. Nos outros distritos, a prevalência foi zero. Não se tem observação da prevalência na Região Autónoma do Príncipe porque não foi possível entrevista-las

A estimativa global da prevalência de HIV nas profissionais de sexo de São Tomé e Príncipe está compreendida num intervalo de 0,01 a 6,0%, segundo esse inquérito de 2013. Com tamanha amplitude do dado epidemiológico, recomenda-se que seja realizado novo inquérito, mais abrangente e atualizado.

4.5.2) População prisional

Das pessoas privadas de liberdade entrevistadas, 53,5% são do distrito de Água Grande; 18,6% do distrito de Me-zochi; 11,1% do Distrito de Lobata; 8,5% do Distrito de Cantagalo; 6% do Distrito de Caué e 2,5% do Distrito de Lemba. Também não se identificou nenhum caso de presos da Região Autónoma do Príncipe.

Em relação à escolaridade, 37,2% tinham nível básico, 36,2% primário, 18,1% secundário e 7% analfabetos. Quanto à situação conjugal, mais de 86% eram solteiros, 8,5% viviam em união, 3,5% eram casados e 0,5% declararam estar divorciados ou separados; 77,4% tinham um nível socioeconômico muito alto, 4% com um nível baixo e 0,5% com um nível médio. 18,1% dos presos não prestaram declarações ou abstiveram-se.

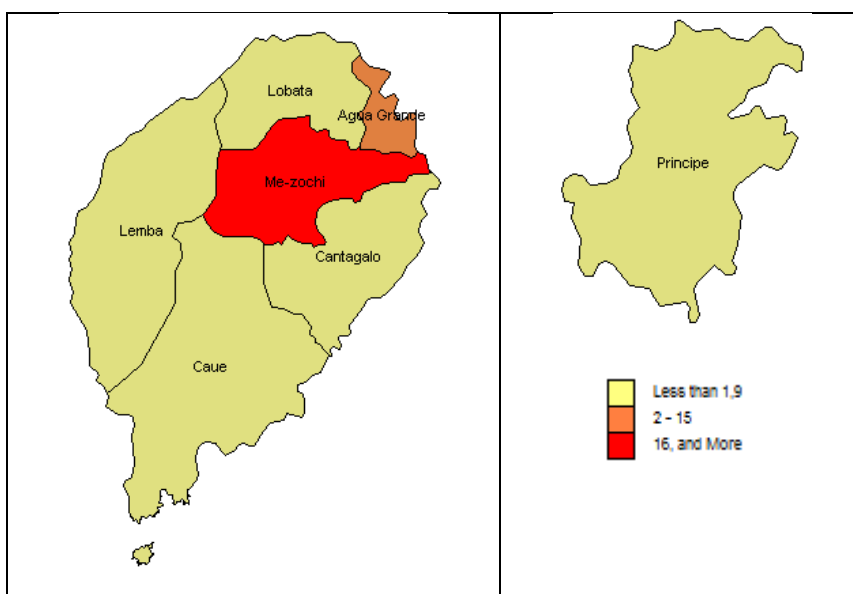


Figura 18. Mapa com a prevalência de HIV entre a população privada de liberdade, segundo distritos de residência, em São Tomé e Príncipe. Fonte: Estudo Sentinela, 2013.

A prevalência do HIV no grupo do Distrito de Água Grande foi de 1,9% e no Distrito de Mezochi 16,2%, como se vê no mapa acima. A prevalência global observada nesta população é de 4% e, quando estimada para todo o grupo, flutua entre 0,8 a 7,8%. Com tamanha amplitude, é necessário retomar o inquérito e ampliar para toda a população privada de liberdade.

4.5.3) Militares

De modo similar, no grupo de Militares o maior número de participantes era do distrito de Água Grande, com 39,3%, seguido de Distrito de Mezochi com 23,5%, Cantagalo com 8,9%, Lembá com 8,3%, Lobata com 8%. Em Caue a proporção de militares entrevistados representou 2,2% e Príncipe 0,6%. Em relação à escolaridade, 59% tem nível básico, 21,6% nível primário, 18% para secundário e 0,6% para o grupo de analfabetos. Quanto ao estado civil, mais de 98% declararam estar solteiros, 1,1% vivem em união e 0,6% divorciado; cerca de 62% apresentaram um nível socioprofissional baixo, 35% com um nível muito baixo e apenas 1,7% tiveram um nível médio.

O estudo concluiu que a prevalência de HIV entre os militares é de 0,0%, enquanto a prevalência de sífilis é de 1,7%. Essa prevalência de sífilis é considerada bastante elevada nos jovens residentes em Lembá (6,7%), com um número percentual menor nos distritos de Água Grande e Mé-zochi (1,7% e 1,2%) e zero nos restantes distritos.

Sendo os militares uma população bastante móvel, seria importante que se continuasse a vigilância do HIV e da sífilis nesta população.

4.6. Bancos de sangue

São Tomé e Príncipe teve um processo de redução de doadores de sangue remunerados, investindo e incentivando a doação voluntária.

Segundo dados oficiais, 835 unidades de sangue foram transfundidas durante o ano de 2013, sendo todas elas (100%) transfusões com sangue seguro, segundo as normas nacionais da política nacional da transfusão de sangue, ou seja, para o conjunto dos quatro antígenos (HIV, HBS, HCV e Sífilis). Desde 2008 é feita a testagem do sangue dos bancos para transfusão, seguindo a tabela abaixo:

ANTIGENOS TESTADOS	ANO					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
transfusões seguras						
HIV, HBS, HCV, RPR (Sífilis)	52,05% 684/1314	100% 1.362/1.363	100% 977/977	100% 1023/1023	100% 971/971	100% 835/835
HIV, HBS, HCV	96,80% 1272/1314	100% 1.362/1.362	100% 977/977	100% 1023/1023	100% 971/971	100% 835/835

Figura 19. Segurança transfusional em São Tomé e Príncipe, 2008-2013.

Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

E no ano de 2013 foram testadas as seguintes amostras:

Mês	Nº TRANSFUSÕES	HIV,HBS, HCV,Sífilis	%	HIV, HBS,HCV	%	HBS,HIV, Sífilis	%
Jan	77	77	100	77	100	77	100
Fev	82	82	100	82	100	82	100
Mar	87	87	100	87	100	87	100
TOTAL	246	246	100	246	100	246	100
Abr	66	66	100	66	100	66	100
Mai	85	85	100	85	100	85	100
Jun	73	73	100	73	100	73	100
TOTAL	224	224	100	224	100	224	100
Jul	68	68	100	68	100	68	100
Ago	64	64	100	64	100	64	100
Set	34	34	100	34	100	34	100
TOTAL	166	166	100	166	100	166	100
Out	66	66	100	66	100	66	100
Nov	61	61	100	61	100	61	100
Dez	72	72	100	72	100	72	100
TOTAL	199	199	100	199	100	199	100

Quadro 12. Porcentagem de unidades de sangue transfundidos em 2013 e que foram testados para HIV, Hepatite C, Hepatite B e sífilis, de acordo com normas nacionais ou com o guia da Organização Mundial da Saúde. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

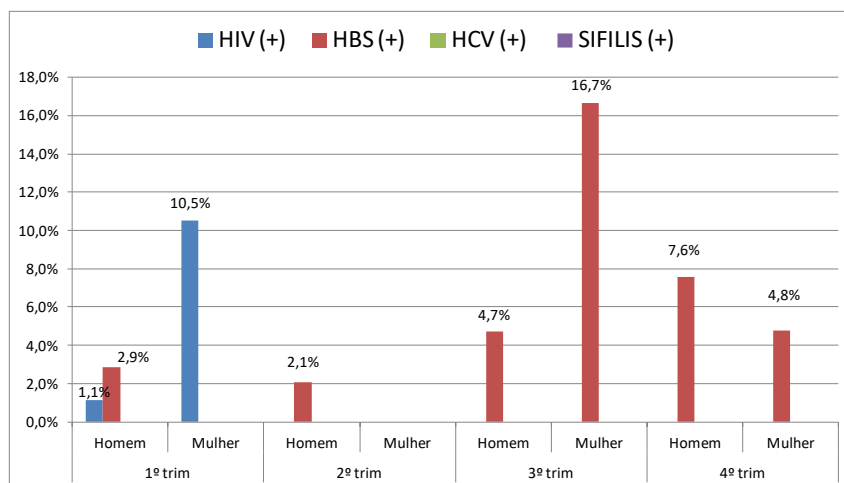


Gráfico 29. Porcentagem de testes positivos para o HIV, sífilis, Hepatite C e hepatite B (HBS), entre os doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, em 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Enquanto o sangue do doador voluntário é testado e armazenado, sendo menor o risco de contaminação, o sangue do doador familiar - que em geral realiza a doação em casos de urgência - tem maior probabilidade de seu sangue não ser completamente testado.

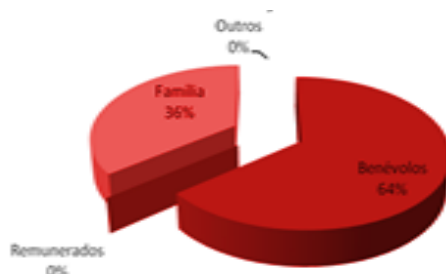


Gráfico 30. Distribuição de doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, 2014.

TIPO DE DOADORES	Anos			
	2012		2013	
	M	F	M	F
Benévolos	578	91	522	80
Remunerados	0	0	0	0
Família	256	24	291	8
Outros	0	0	0	0
Total /Sexo	834	116	813	88
TOTAL	950		901	

Quadro 13. Tipos de doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, 2012-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Para os gestores, segue como preocupação a questão dos doadores familiares, que teve aumento em 2013 quando comparado a 2012.

Torna-se necessário intensificar as campanhas de doações do sangue de forma a garantir um estoque com base nas necessidades do país.

4.7. Adesão e dinâmica da epidemia de HIV e aids em São Tomé e Príncipe

Uma estratégia interessante realizada em São Tomé e Príncipe pela psicóloga entrevistada⁵⁴⁶, e que sem dúvida contribui para a melhoria da adesão é a **Educação Terapêutica**.

São realizados três encontros com o paciente antes da testagem e três outros encontros após a testagem. Não há números precisos quanto ao número de pessoas que participaram do processo, porém é uma estratégia a ser amplificada no país para melhoria dos dados de adesão e retenção ao tratamento.

Outro componente de incentivo e melhoria da adesão é o apoio nutricional, realizado pela Cruz Vermelha. Porém, não há registro exato do número de pessoas HIV+ que se receberam esse apoio.

Os gestores consideram que, embora sejam realizadas várias atividades de sensibilização para mudança de comportamento em relação ao HIV e aids, ainda existem casos de estigmatização e discriminação, sobretudo na região Sul de São Tomé – porém, não há dados que quantifiquem o grau desse comportamento⁵⁴⁷.

Retenção

Embora haja um aumento na testagem da população, a porcentagem de “perdidos de vista” tem aumentado a cada ano. Muitas pessoas realizam o teste e não pegam os resultados e, dentre os que pegam os resultados, alguns simplesmente abandonam o tratamento.

Ou seja, é importante iniciar estratégias para aumento da retenção dos pacientes aos serviços de saúde em geral e tratamento da aids em particular.

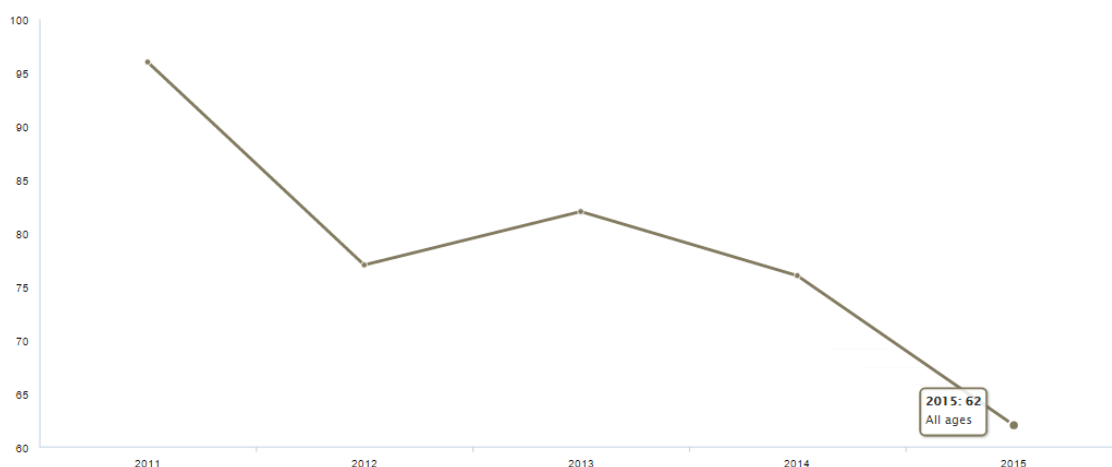


Gráfico 31. Retenção em tratamento antirretroviral por 12 meses em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: UNAIDS_2016.⁵⁴⁸

⁵⁴⁶ Psicóloga Marta, formada em Leningrado.

⁵⁴⁷ RA/STP_2014:29.

⁵⁴⁸ <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/dataview.aspx#>

Má adesão e abandono

A má adesão e o abandono total ou parcial do tratamento antirretroviral são diretamente ligados ao desenvolvimento de resistência medicamentosa e consequente necessidade de alteração do esquema terapêutico para segunda linha⁵⁴⁹

Em 2010 foi realizado um estudo sobre resistência ao tratamento antirretroviral em São Tomé e Príncipe com 141 pacientes durante seis meses. Esse estudo concluiu uma tendência a aumento de casos de resistência aos medicamentos de primeira linha, decorrente da baixa adesão do paciente ao tratamento⁵⁵⁰.

A análise do número de doentes de aids sob TARV que abandonaram o tratamento, no período de 2010-2013, mostra que houve aumento significativo do abandono:

Doentes com aids	ANO			
	2010	2011	2012	2013
Masculino	0	2	1	3
Feminino	0	0	0	6
Total	0	2	1	9

Tabela 2. Número de doentes de aids sob TARV que abandonaram o tratamento em São Tomé e Príncipe entre 2010-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

A taxa de abandono saiu de 0% em 2010 para 2,6% em 2013, como demonstrado no gráfico abaixo.

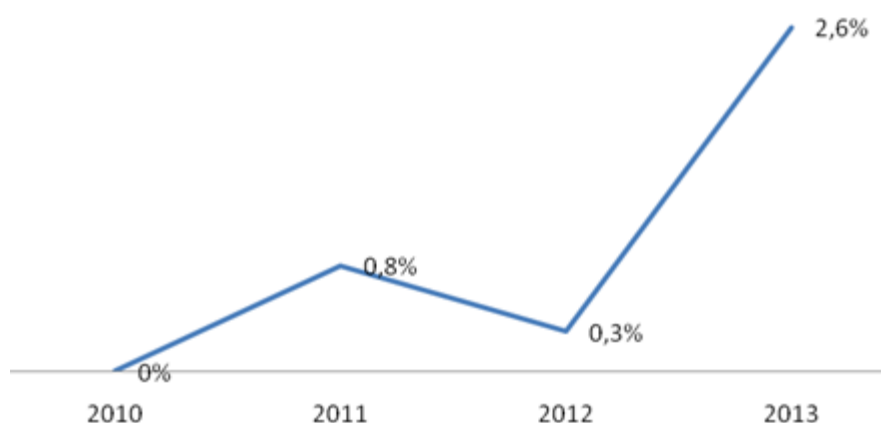


Gráfico 32. Abandono do Tratamento antirretroviral (TARV) em São Tomé e Príncipe, 2010-2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

⁵⁴⁹ Lima, 2010.

⁵⁵⁰ GARPR_2014.

Algumas hipóteses apontadas pela gestão referem-se à falta de alimentos (cesta básica) no ano de 2013. Por essa razão, os gestores reivindicam que o Governo assumira a tarefa de fornecer o gênero alimentício aos pacientes em TARV, para que a adesão aconteça, reduzindo-se assim os casos de abandono e óbitos.

Resultados	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total ano
Homens	1	2	0	0	3
Mulheres	1	1	4	0	6
Total	2	3	4	0	9

Figura 20. Número de doentes com aids sob terapia antirretroviral que abandonaram o tratamento em 2013 em São Tomé e Príncipe. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Questões culturais específicas de São Tomé e Príncipe

A população confinada no arquipélago faz chiste da própria condição, utilizando as iniciais STP para dizer “Somos Todos Primos”. A população pequena tem alta taxa de natalidade e os parentescos são muitos. Há referências de eliminação dos deficientes no mar, assim como dos gêmeos, considerados amaldiçoados, dentre outros traços culturais – por exemplo, o “Leve-Leve”, modo *sui generis* de se fazer as coisas em ritmo lento, tranquilo, sem a aceleração tele-tecno-midiática.

O tamanho limitado da população e do território nacional poderiam, em tese, facilitar um controle eficaz da epidemia de HIV. Porém, com o peso das questões culturais da poligamia, casamento precoce e não-anticoncepção, há dificuldades específicas para controle da epidemia de HIV e aids.

Conhecimentos em HIV e aids

Em pesquisa realizada em 2014 pelo Ministério da Saúde de STP⁵⁵¹, 91% de entrevistados sabiam que o HIV pode ser transmitido de mãe para filho; apenas 47 % das mulheres e 40% dos homens sabiam as três maneiras de transmissão e 8% não sabiam nenhum modo específico.

No país ainda está arraigada a noção de “grupo de risco”, que se vê em documentos oficiais e pesquisas realizadas. O vínculo entre comportamento sexual e risco ainda prevalece no discurso, como se pode observar no seguinte estudo realizado no país:

Em relação ao comportamento sexual que pode aumentar o risco para HIV, dados sobre os jovens entre 15 e 24 anos (2014) são os seguintes:

- 19% das mulheres e 32% dos homens tiveram atividade sexual antes dos 15 anos
- 7% das mulheres e 42% dos homens tiveram atividade sexual com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa.

⁵⁵¹ file:///C:/Users/Helena/Desktop/PRODUTO%204/Sao%20Tome%20and%20Principe%202014%20MICS_English.pdf



Figura 21. Comportamentos sexuais que aumentam o risco (sic) para HIV entre jovens de 15 a 24 anos – relações sexuais antes dos 15 anos e relações sexuais com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses.

Fonte: MICS, 2014:244.

Circuncisão masculina

A circuncisão masculina foi realizada em 3,2% dos homens entre 15-49 anos, 2.267, sem análise estatisticamente significativa para identificar o impacto na epidemia de HIV/Aids⁵⁵².

	Percent circumcised ¹	Number of men age 15-49 years
Total	3.2	2,267
Region		
Centre East	3.6	1,449
North West	2.4	415
South East	2.8	309
Autonomous of Principe	1.0	93
Area		
Urban	3.6	1,508
Rural	2.3	759
Age		
15-24	3.0	966
15-19	3.6	588
20-24	2.2	378
25-29	2.7	354
30-39	4.0	611
40-49	2.4	335
Education		
None	3.6	22
Primary	2.6	951
Secondary	3.0	1,189
Higher	9.8	105
Wealth index quintile		
Poorest	1.8	462
Second	4.5	458
Middle	1.3	435
Fourth	2.7	455
Richest	5.4	456

Figura 22. Porcentagem de homens entre 15 e 49 anos que realizaram circuncisão em São Tomé e Príncipe em 2014. Fonte: MICS, 2014:246.

⁵⁵² MICS_2014.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

Em 2013, 100% das mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe que realizaram consulta de pré-natal foram testadas para sífilis. Nos 2 distritos mais populosos, Água Grande e Mé-Zochi, foi onde se testou maior número de grávidas.

Distritos Sanitários ONG	2013	
	Testadas	Positivas
Água Grande	2304	30
Mé-Zóchi	1095	15
Lobata	422	22
Cantagalo	523	3
Lembá	516	8
Caué	250	3
Príncipe	172	3
ASPF	53	0
TOTAL	5335	84

Tabela 3. Número de mulheres grávidas que realizaram o teste de sífilis por Distritos/ONG STP, 2013.
Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Comparando-se a prevalência de Sífilis nas mulheres grávidas entre 2010 e 2014, houve um aumento: de 0.4% em 2010, passou para 1.6% em 2013 a nível nacional.

ANO	2010	2011	2012	2013
Prevalência Nacional	0,4	0,9	1,6	1,6

Tabela 4. Evolução da prevalência de Sífilis nas grávidas em STP, 2010 -2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

O Estudo Sentinela realizado no país em 2013 trouxe os dados mais atualizados sobre a sífilis no país. No mapa abaixo, está representada a prevalência de sífilis no país. Embora o distrito de Água Grande tenha registado maior número de grávidas positivas para sífilis, no distrito de Lobata onde se registou a maior prevalência, onde o número de grávidas positivas é grande em relação ao total de grávidas testadas. Seguem a Região Autónoma do Príncipe e o distrito de Lembá. Foi no distrito de Cantagalo onde se registou menor prevalência, seguido de Cauê, Agua Grande e Mé Zochi. Em relação à ONG ASPF, foram testadas 53 grávidas para sífilis, nenhuma com resultado positivo.

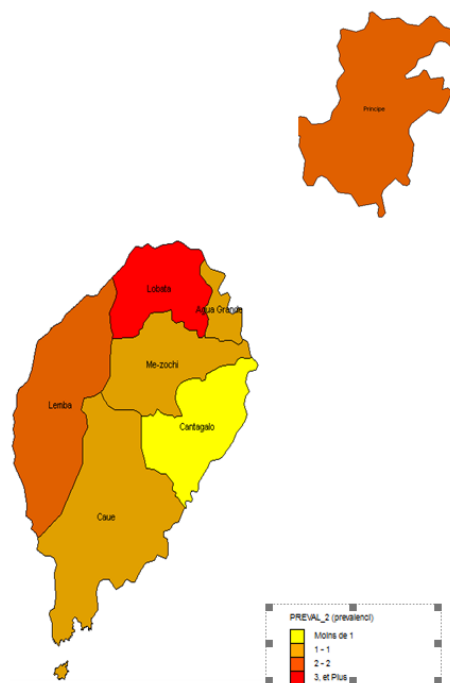


Figura 23. Mapa da Prevalência da sífilis nas grávidas por distrito em STP, 2013.
Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Em relação às outras populações, o já mencionado estudo sentinela de 2013 traz os dados oficiais mais atualizados sobre a prevalência da sífilis na população estudada. As populações e respectivas prevalências de sífilis são: Mulheres Grávidas (1,3%), Militares (1,7%), Mulheres Profissionais de Sexo (7,9%) e População em Situação Prisional (11,1%) .

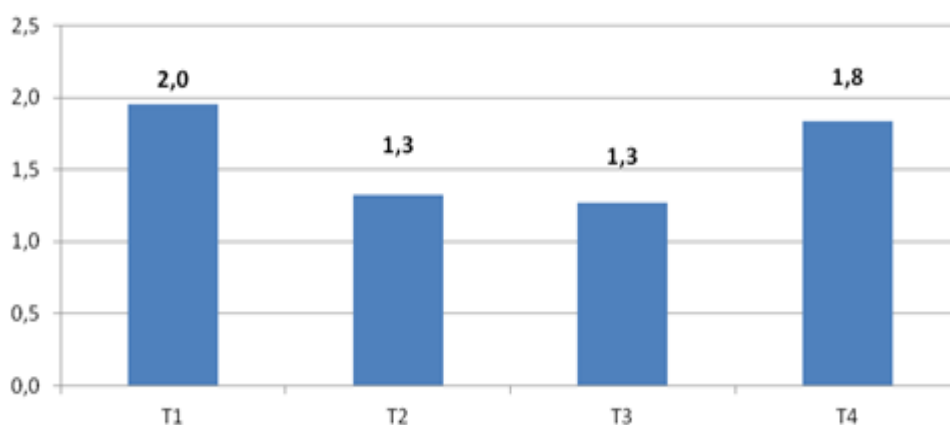


Gráfico 33. Proporção de mulheres grávidas com testes de sífilis positivo em São Tomé e Príncipe, por trimestre (T1-T4), no ano de 2013. Fonte: Relatório Estudo Sentinela, STP, 2014.

A sífilis nas grávidas constitui um problema grave de saúde pública, sendo necessário elaborar uma estratégia multidisciplinar para controle desta infecção, em que se ofereça o tratamento gratuito não só para as grávidas, como também às crianças expostas e aos parceiros, segundo a norma nacional.

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

Segundo o já mencionado Estudo Sentinela realizado em 2013 em São Tomé e Príncipe⁵⁵³, verifica-se que a prevalência do HIV nas grávidas é mais elevada na Região Autónoma do Príncipe (1,4%), seguido de Agua Grande (0,4%) e de Mezochi (0,2%); a prevalência do HIV foi nula nos outros distritos. A prevalência global, quando estimada para população, é de 0,01 a 0,7%.

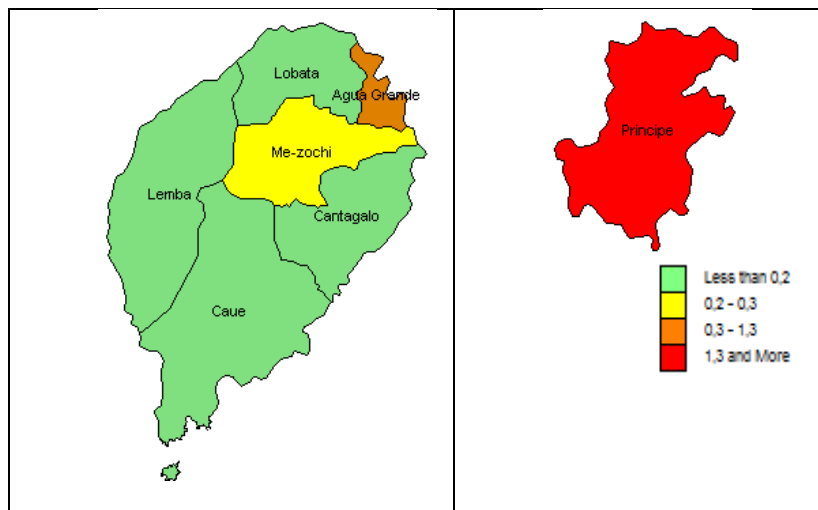


Figura 24. Prevalência do HIV nas mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe, segundo os distritos de residência. Fonte: Relatório Estudo Sentinela, STP, 2014.

A prevalência do HIV na população de grávidas mostra uma tendência para uma epidemia que pode ser considerada de baixa prevalência, com pequenas variações.

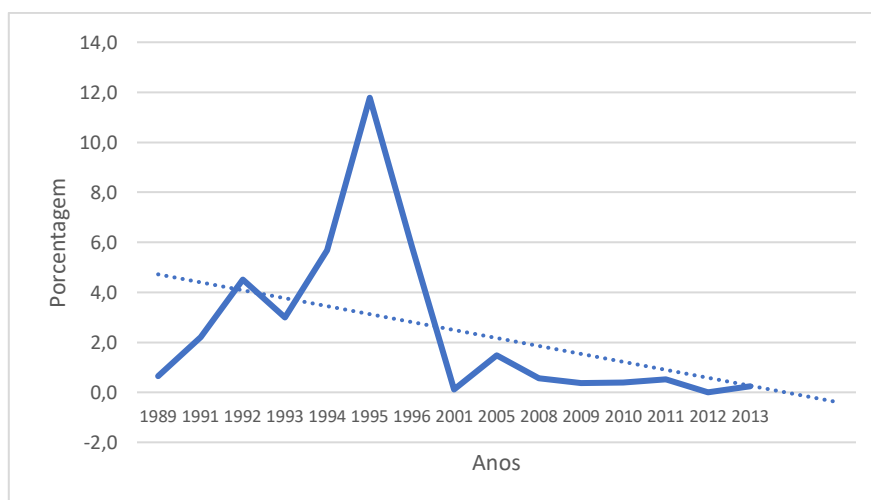


Gráfico 34. Tendência da prevalência estimada do HIV em mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe, entre 1989-2013. Fonte: Relatório Estudo Sentinela STP, 2014.

⁵⁵³ Do qual participaram de 2333 pessoas, sendo 1584 mulheres grávidas em consulta pré-natal, 361 militares, 89 mulheres profissionais de sexo e 199 presos.

Nesse estudo realizado em 2013 foram abordados grupos-chave para a epidemia de HIV e aids em São Tomé e Príncipe. Pela metodologia e considerando-se a relevância estatística, os dados podem ser extrapolados e aplicados para a respectiva população participante.

No grupo de grávidas, o maior número de participantes era do Distrito de Água Grande (36%), seguido de Mezochi (28,5%) e Lemba(13,7%). A proporção de grávidas em Lobata foi de 9,4%, seguido de Cantagalo com 5,1% e Príncipe com 4,7%. Quanto à escolaridade, 32,1% eram do nível básico, 31,4% do nível primário, 28,7% do nível secundário e 3,1% do grupo de analfabetas. Do ponto de vista da situação matrimonial, verificou-se que 29,8% de grávidas declararam estarem solteiras, 61,7% vivendo em união, 6,2% casadas, 1,3% separadas, 0,4% viúvas e 0,1% divorciadas.

Verificou-se que 58,4% de grávidas tinham um nível socioeconómico considerado muito alto, 32,1% com o nível e 8,1% tinham um nível médio. Não se verificou nenhum caso de grávida com um nível socioeconómico muito baixo. Do ponto de vista socioprofissional, constatou-se que 59,8% das grávidas tinham um nível muito baixo, 23% com um nível baixo, 15,4% com um nível médio e apenas 1,4% com um nível alto⁵⁵⁴.

A toda a população estudada foi recolhida uma amostra de 5 ml de sangue total. Dessa amostra tomou-se uma gota para realização do teste rápido de HIV ⁵⁵⁵e outra para Sífilis. O resto foi depositado num tubo de EDTA, etiquetado e rotulado, com o código de identificação da amostra dos inquiridos, a data de recolha, assim como o código do respectivo posto, para decantação e obtenção do plasma, que foi encaminhado para o laboratório com uma ficha devidamente codificada. Foi criada uma base de dados em EpiInfo 3.5.4⁵⁵⁶ a qual continha todas as variáveis da referida ficha e suas respectivas codificações.

Nesse estudo, constatou-se a prevalência de HIV como sendo de **0,3%** nas gestantes.

6.2. Transmissão Vertical (Prevenção à Transmissão Mãe-Filho (PTMF))

O Programa de Prevenção da Transmissão do HIV da mãe para o filho (PTMF) começou em 2005, com testes voluntários para HIV e tratamento preventivo da TV. No período de 2005 a 2010, cerca de 150 profissionais de saúde foram treinados para prestar aconselhamento e testagem entre mulheres grávidas.

A partir de janeiro de 2006, os testes de HIV para mulheres grávidas foram disponibilizados em todos os distritos do país. As gestantes testadas e com diagnóstico positivo para HIV foram incentivadas a fazer terapia tripla e recebiam alimentos para substituição do leite materno, para suprimir a amamentação.

O Programa de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho, PTMF, tem como objetivos garantir a saúde da gestante e de seu filho. Nesse contexto, são realizados os testes de detecção do HIV e sífilis em todas as mulheres. A percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram um parto com criança nascida viva entre 2012 e 2014 e receberam cuidados pré-natais durante a gravidez, com aconselhamento para testagem de HIV foi de 77,2%, e 86,1% receberam o resultado.

⁵⁵⁴ No estudo original, não estão especificados os critérios para nível alto, médio, baixo ou muito baixo.

⁵⁵⁵ Determine.

⁵⁵⁶ EpiInfo 3.5.4; CDC-Atlanta,USA, 2012.

Segundo dados oficiais⁵⁵⁷, 47,1% das mulheres e 39,9% dos homens entre 15 e 49 anos em São Tomé e Príncipe sabiam identificar todos os meios de transmissão do HIV de mãe para filho.

Ao longo do ano 2013, 6.579 mulheres grávidas realizaram aconselhamento e foram submetidas ao teste do HIV no âmbito da PTMF e todas foram informadas sobre o seu resultado após a testagem, sendo 57% com mais de 25 anos, 25,9% entre 20-24 anos, 16,5% entre 15-29 anos e 0,7% menores de 15 anos.

Destas 6.579 grávidas testadas em 2013, 28 foram positivas para HIV (0,4% de prevalência), com maior percentagem para a faixa de 25 anos ou mais.

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total
1728/1728	1448/1448	1654/1654	1745/1745	6575
100%	100%	100%	100%	100%

Figura 25. Número total de grávidas por trimestre em São Tomé e Príncipe, no ano de 2013, que foram testadas e aconselhadas para realizar teste de HIV. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

O detalhamento, por trimestre, diferenciando resultados positivos e negativos e faixa etária, está expresso nos gráficos abaixo:

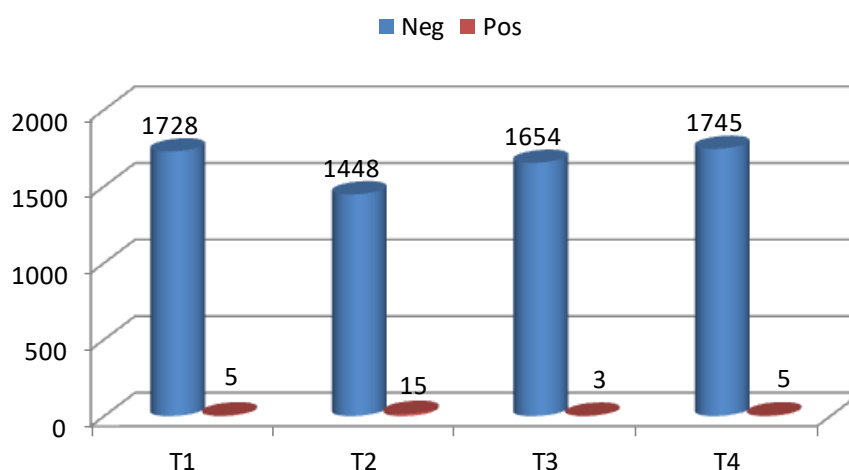


Gráfico 35. Número de grávidas testadas e aconselhadas para HIV em São Tomé e Príncipe no ano de 2013, por trimestre (T1-T4), segundo resultado negativo (neg) ou positivo (pos). Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

⁵⁵⁷ MICS, 2014.

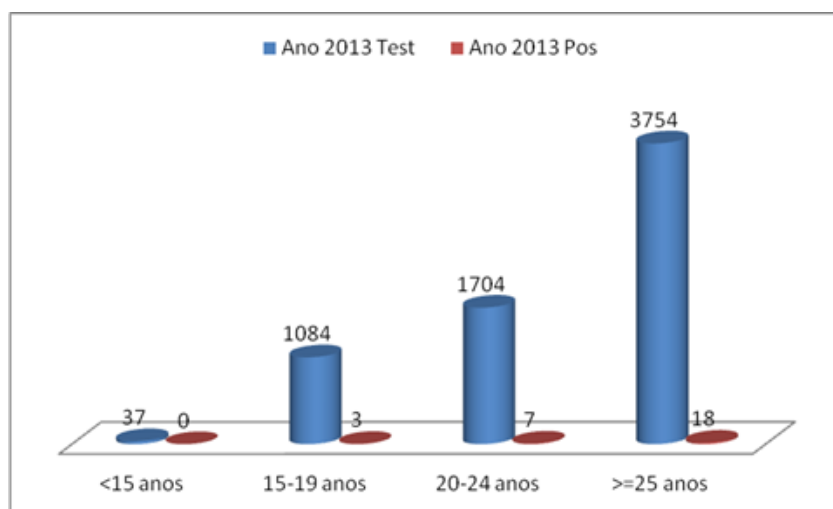


Gráfico 36: Mulheres grávidas aconselhadas e testadas para HIV e aids e que foram informadas sobre o seu resultado em 2013, por faixa etária. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Histórico PTMF

No período entre 2005 e 2008, 58 mulheres participaram de programas PTMF em São Tomé e Príncipe.

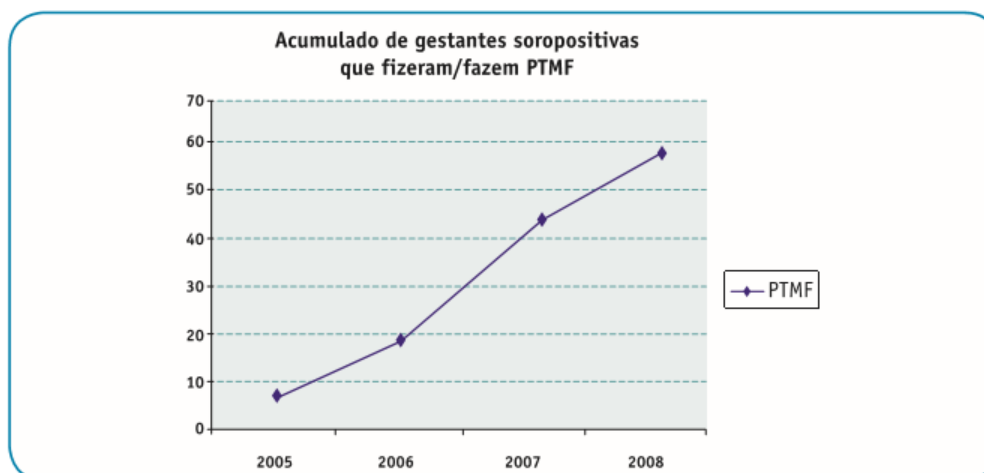


Gráfico 37. Número acumulado de gestantes soropositivas que participaram do PTMF em São Tomé e Príncipe no período de 2005 a 2008. Fonte: CPLP, 2010.

No ano 2007, 2008 e 2009, no âmbito da PTMF, 6.098, 6.281 e 6.475 mulheres, respectivamente, receberam aconselhamento e foram submetidas ao teste HIV. O total de mulheres grávidas HIV+, 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. Nesse mesmo período, o total de mulheres grávidas infectadas pelo HIV que receberam o 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 HIV+ não realizaram a profilaxia para reduzir o risco de transmissão Mãe-Filho.

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

Figura 26. Número de mulheres grávidas registradas como HIV+ e número de mulheres grávidas HIV+ em tratamento com ARV, São Tomé e Príncipe, 2007-2009. Fonte: CPLP, 2010.

O número de mulheres grávidas infectadas foi de 39 para o ano 2008, 38 para o ano 2009, segundo os dados de sitio sentinela realizado em 2008 (soroprevalência nas grávidas = 0,6%) o registro das mesmas em 2008 e 2009 foi somente de 97,4%% e 61,53% respectivamente.

Apesar da cobertura pré-natal ter sido de 90% no país - significa que 90% das mulheres grávidas fizeram o teste HIV – a taxa de grávidas captadas e tratadas ainda foi muito baixo, 38,4% em 2007 e 28,2% para os anos de 2008 e 2009. Ou seja, alta porcentagem de *Perdidas de Vista*.

Até 2009, foram seguidas 30 crianças nascidas de mães soropositivas. Destas, 4 crianças foram positivas para o HIV após 18 meses de idade. Todas estas crianças foram de mães que não fizeram o tratamento de prevenção da transmissão vertical.

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

Tabela 5. Crianças de mães soropositivas após 18 meses de idade, São Tomé e Príncipe, 2008. Fonte: CPLP/ UNGASS,2010.

6.3. Opção B+ e Fluxo típico de uma gestante no país

A Opção B+ está iniciada em São Tomé e Príncipe, tendo inclusive um Resumo do Protocolo Terapêutico à disposição dos profissionais de saúde. É explícito:

“OPÇÃO B+: Iniciar o ARV (TRITERAPIA) Independentemente da contagem de CD4, logo após o diagnóstico e continuar **para toda a vida.**”

Logo abaixo:

NOTE BEM: AS PACIENTES QUE JÁ ESTÃO EM TARV NO ESQUEMA ANTIGO, NÃO TROCAR, OU SEJA, MANTER A TERAPEUTICA PARA TODA A VIDA.

Também são descritas as diretrizes para aplicação de AZT injetável durante o trabalho de parto, dosagens de ataque e manutenção, recém-nascidos e toda a indicação de TARV pediátrico.

Quanto à utilização dos serviços de saúde, São Tomé e Príncipe tem os seguintes números, segundo a Organização Mundial da Saúde: 38% de prevalência de contracepção, 72% da mulheres realizando pelo menos 4 consultas pré-natais, 81% dos partos atendidos por profissionais de saúde qualificados, 91% de imunização de crianças abaixo de um ano de idade contra o sarampo e 70% de sucesso no tratamento da tuberculose.

6.4. Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos

Em 2013 foi realizado um acompanhamento de 12 meses com 25 crianças nascidas vivas, filhas de mães HIV+. Os resultados estão apresentados no quadro 14. Quanto ao número de crianças que iniciaram cotrimoxazol para prevenção das infecções oportunistas, verifica-se que, das 25 nascidas vivas, 22 (ou seja, 88%) iniciaram o tratamento com cotrimoxazol, 2 (8%) abandonaram ou recusaram o tratamento, 1 (4%) perdido de vista, nenhuma (0%) iniciou o TARV e nenhuma (0%) faleceu.

Crianças	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total ano
Nascidas	7	6	5	7	25
iniciaram cotri	6	6	4	6	22
iniciaram tarv	0	0	0	0	0
faleceram	0	0	0	0	0
Abandono/Recusa	1	0	0	1	2
Perdida	0	0	1	0	1
12 meses após nascimento					
Total testadas	8	12	3	10	33
Positivas	0	1	0	0	1
Falecidas	0	0	1	1	2
Perdida de vista	1	1	0	3	5
Abandono/recusa	1	1	0	0	2

Quadro 14. Crianças nascidas vivas de mães HIV+ em São Tomé e Príncipe, seguidas por trimestre (T1-T4) no ano de 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação STP, 2014.

Após 12 meses do nascimento, foram testadas 33 crianças, todas elas nascidas de mães soropositivas. Dessas, 1 (3%) confirmou-se positivo, 2 (6%) faleceram, 5 (15,1%) perderam-se de vista e 2 (6%) abandonaram e 10 (30,3%) estavam soronegativas.

Crianças	12 meses após nascimento				
Total testadas	8	12	3	10	33
Positivas	0	1	0	0	1
Falecidas	0	0	1	1	2
Perdida de vista	1	1	0	3	5
Abandono/recusa	1	1	0	0	2

Quadro 15. Crianças HIV+ a partir de 12 meses, nascidas de mães HIV+ em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: Relatório Seguimento e Avaliação, STP, 2014.

Em síntese, o acompanhamento das crianças mostra que houve alta perda, de 70%. É necessário reavaliar a sequência do PTMF após o parto e o acompanhamento, com orientação, para a mãe e família.

6.5. ONG Parceiras

A Organização Não-Governamental apresentada pelos responsáveis pelo Programa Nacional de SIDA como parceira em incontáveis projetos foi a ASPF, vinculada a BemFam e VerdFam, dirigida pelo Dr. Antonio Amado Vaz⁵⁵⁸ em 2015, ano da visita. Conhecer a ONG foi parte do trabalho de campo neste estudo.

Segundo dados obtidos, a organização Cáritas faz toda a triagem, todo caso considerado social como violência doméstica, a população recebe os serviços na ASPF. São cinco grandes eixos: HIV, Adolescência, Aborto, *Advocacy*, Acesso a Planejamento Familiar.

A ONG presta serviços em parceria com Programa Nacional de Luta Contra Sida, realizando apoio psicológico, aconselhamento, serviços de enfermagem e assistência clínica. Com sua unidade móvel, realiza testagens e seguimento pós-consulta. São dois carros, um para aconselhamento e outro para testagem. Alguns dos profissionais fizeram a formação em Cabo Verde. A clínica tem um serviço integrado, pré e pós-Natal, seguimento da mãe.

Os exames laboratoriais de análises clínicas não são gratuitos em São Tomé e Príncipe. Por exemplo, um exame de glicemia custa de 50.000 a 130.000 dobras são-tomenses. Quando os pacientes estão empregados, em geral as empresas pagam, como por exemplo o Hotel Pestana; se o paciente vem da Cáritas, se for problema de saúde decorrente de violência, também não paga. Se o paciente vai à ONG, faz o teste e é HIV+, o teste confirmatório é feito no Programa Água Grande; sendo confirmado, o atendimento na ONG é gratuito, exceto o tratamento medicamentoso, que é realizado exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O Ministério só faz aconselhamento e testagem, a ONG complementa o trabalho com apoio psicológico, encaminhamento para Programa Materno Infantil e o que mais for necessário.

O aborto é legalizado em São Tomé e Príncipe em determinadas circunstâncias, como mal formação congênita, estupro, e desde que seja em período inferior a seis semanas de gestação.

Há uma tentativa de união das ONGs que trabalham com aids em São Tomé e Príncipe, tanto para manter a adesão dos pacientes como para garantir a sequência de atendimentos, a retenção nos serviços. A direção da ONG afirma: *Muita gente quer ser atendida aqui; teríamos potencial para administrar medicamentos, mas é só o Ministério (quem faz assistência medicamentosa). Tudo que é tratamento é responsabilidade deles*⁵⁵⁹. O apoio financeiro para realização de reuniões mensais, tanto entre grupos de pacientes para adesão, como reuniões periódicas programadas como supervisão institucional, é descrito como irregular.

As três maiores escolas do país têm parceria com a ONG, o Centro de Atendimento ao Jovem. São feitas várias ações, em especial para redução do estigma.

Em relação a Opção B+, os dados de Pré-Natal indicam que são feitos quase 500 testes de HIV por mês, e no momento da visita de campo (setembro/2015) havia ruptura de estoque e falta de testes. Após o teste, caso seja positivo, reconfirma-se. Não havia exames para carga viral, nem CD4, em São Tomé nessa época (setembro/2015). Todas as grávidas são testadas para toxoplasmose e paludismo, além da tuberculose.

⁵⁵⁸ O então diretor, formado em Cuba, fez pós-graduação em Miami, tem forte senso coletivo e amplifica o potencial da ONG ao máximo, tanto pelo uso racional dos recursos como pelo fortalecimento das parcerias, em especial com a Embaixada dos Estados Unidos.

⁵⁵⁹ Trechos de entrevistas, gestores da ASPF em setembro de 2015.

7. Tabela-síntese

FONTES:

1. CIA_2016 = www.cia.gov/worldfactbook
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tp.html>
2. STP/PN_2016 = Planilha enviada pelo Programa Nacional de VIH/SIDA de São Tomé e Príncipe.
3. GARPR_2014 = Global Aids Progress Report 2014.
http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/STP_narrative_report_2014.pdf
4. RA/STP_2014 = *Relatório Anual das Atividades de Luta contra VIH/SIDA, 2014*. Unidade de Seguimento e Avaliação/Centro Nacional de Endemias. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Centro Nacional de Endemias. Programa Nacional de Luta contra SIDA. Abri de 2014, 50p.
5. UNAIDS_2016 = <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx>
6. MICS_2014 = *Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Final Report*. São Tomé e Príncipe, UNICEF, UNDP. February, 2016. 444p.
7. ES/STP_2014 = *Relatório do Estudo Sentinela 2013 -São Tomé e Príncipe*. UNDP, UNICEF, UNFPA. República Democrática de São Tomé e Príncipe – Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais – Centro Nacional de Endemias – Programa Nacional de Luta Contra a SIDA. Agosto, 2014. 40p.
8. WHO_2016 = <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-STP>

1	GERAL	Dados	Fontes
1.1	População	204 904 101 495 (49,5%) H e 103 409 (50,5%) M	CIA_2016
		178739 88867 (49,7%) H e 89872 (50,3%) M	STP/PN_2016 (censo 2012)
1.2	População urbana	65,1 %	STP/PN_2016
	Taxa de urbanização anual	3,58 %	STP/PN_2016
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	64,58/ 63,27 H e 65,92 M	
1.4	Taxa de fertilidade	4,54	STP/PN_2016
		4,4	MICS_2014 e CIA_2016
	Idade média gestacional	19,4	STP/PN_2016
	% de mulheres entre 20-24 anos que tem ao menos um filho vivo antes dos 18 anos	40,6%	MICS_2014
1.5	Taxa de crescimento da população	2,05 %	STP/PN_2016
1.6	Taxa de nascimentos/1000	34,23	STP/PN_2016
	% de mulheres entre 15-49 anos que fizeram o parto em instituição de saúde	91%	MICS_2014
	% de mulheres entre 15-49 anos que fizeram cesariana	5,6%	MICS_2014
1.7	Prevalência de contraceção	38,4 %	STP/PN_2016 CIA_2016

1.8	Partos HIV+ atendidos por especialistas (%)	81 %	STP/PN_2016
	Partos atendidos por especialistas entre mulheres de 15-19 anos	85,7%	WHO_2016
1.9	Crianças <5 anos abaixo do peso	14,4 %	STP/PN_2016
		8,8%	CIA_2016
1.10	Mortalidade infantil – total/ 1000 nasc vivos	47,88 (49,85 meninos e 45,85 meninas)	STP/PN_2016
		58	WHO_2016
	Mortalidade neonatal/ 1.000 nascidos vivos	17,1 [8.7 – 31.5]	WHO_2016
	Natimortos / 1000 nascidos vivos	22	WHO_2016
1.11	Mortalidade materna/ / 100. 000 nascidos vivos	156 [83 – 268]	STP/PN_2016 e WHO_2016
		74	MICS_2014
2	GESTANTES - PTV		
2.1	Cobertura de Pré-Natal	97,5	STP/PN_2016
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	99,4	STP/PN_2016 e WHO_2016
	Pelo menos 4 consultas	72,4	STP/PN_2016
2.2	Cobertura de PTV	100 %	STP/PN_2016
	Número de gestantes testadas	6.579	STP/PN_2016
2.3	Estimativa de gestantes HIV+ em TARV (%)	31	RA/STP_2014
	Estimativa de mulheres HIV+ precisando receber ARV para prevenir transmissão vertical	No data	WHO_2016
		95,12%	STP/PN_2016 (PNLS 2014)
	Adesão	74,2% tto completo/ 12,9% n term/ 3,2% aborto	STP/PN_2016
2.4	Taxa de transmissão vertical HIV	< 5%	STP/PN_2016
		6 crianças por trimestre	RA/STP_2014
2.5	Soroprevalência para HIV entre gestantes	0,4 % 0,3%	STP/PN_2016 ES/STP_2014
3	HIV/AIDS e SÍFILIS –		
3.1	Sítios sentinela Pacote Estatístico	s/d Epi Info	
3.2	Conhecimento do estatuto sorológico	38,5 % mulheres e 27,3% homens (15 – 49 anos)	STP/PN_2016
	% pessoas 15-49 anos testadas c/ resultado	92,3% mulheres e 89,9% dos homens	STP/PN_2016
	Testes em crianças filhas de HIV+ testadas 2 meses	13%	RA/STP_2014
		80%	STP/PN_2016

	Pessoas > 15 anos testagem e aconselhamento	18 094	STP/PN_2016
	Testagem HIV entre gestantes	161	RA/STP_2014
		6.579	STP/PN_2016
3.3	Prevalência do HIV - adultos	0,78%	CIA_2016
	Prevalência do HIV/Aids 15 – 49 anos	0,5 /4719 pessoas, 2518 mulheres (0,5%) e 2201 homens (0,5%)	STP/PN_2016
	Prevalência por sexo	1,7% homens e 1,3% mulheres	
		0,5% homens e 0,5% mulheres	STP/PN_2016 (MICS_2014)
	Prevalência do HIV entre gestantes	0,3 %	STP/PN_2016
	Transmissão	92% sexual, 5% vertical, 2% sanguínea	STP/PN_2016
3.4	Número de pessoas vivendo com HIV (2013)	1 900	
		1 000	CIA_2016
	Incidência de HIV	0,97/ 1000 habitantes em 2013	RA/STP_2014
	Prevalência do HIV entre adultos 15- 49 anos	0,6 [0,5 – 0,8] 2013	RA/STP_2014
	Mulheres > 15 anos	< 1000	
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	< 500	
3.5	Órfãos por causa da aids	81	RA/STP_2014
3.6	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	< 500 < 53 (2012)	WHO_2016
		100	CIA_2016
3.7	Prevalência de sífilis nas grávidas	1,3 %	ES/STP_2014
	Sífilis – população geral	0,9%	STP/PN_2016
3.8	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes na primeira consulta de pré-natal	100%	RA/STP_2014
	% gestantes + para sífilis que receberam tratamento	100 %	RA/STP_2014
	Número absoluto de gestantes testadas para sífilis	5 335	RA/STP_2014
	Sífilis congênita	0 – nenhum caso	RA/STP_2014
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	46 % [34 – 58]	WHO_2016
	Cobertura TARV adultos	28.213	
4.2	População em TARV	296 (271 ou 92,8 1ª linha/ 25 2ª linha)	GARPR_2014
	Adultos 15-24 anos	28.213	RA/STP_2014
	Gestantes HIV+ em TARV para prevenção da TV	4.411	

	% estimada de gestantes HIV+ em TARV	86 %	
	Crianças em TARV	2.908	
	Retenção 12 meses - adultos	62	UNAIDS_2016
4.3	Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	5.140	RA/STP_2014
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNAIDS/WHO	<200	
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	2,9 leitos/ 1000 habitantes	CIA_2016
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos	81	WHO_2016
	Taxa	0,49	
	Número de enfermeiras	256	
	Taxa/1.000	1,55	
	Dentistas	11	
	Taxa/1.000	0,07	
	Farmacêuticos	24	
	Taxa/1.000	0,15	
	Técnicos de laboratório	51	
	Taxa/1.000	0,31	
	Outros profissionais de saúde	291	
	Taxa/1.000	1,76	
	Profissionais de Saúde Comunitária	374	
	Taxa/1.000	2,27	
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0,51	

8. Conclusões e Recomendações

A visita de campo a São Tomé e Príncipe estava agendada para uma data em setembro de 2015 porém, em função de um furacão ocorrido na época, teve perda de dois dias de campo. Todas as entrevistas e visitas foram realizadas em um único dia, com o apoio inestimável da Embaixada do Brasil.

Foram fornecidos documentos importantes, como o Relatório de Seguimento e Avaliação de 2014 e o Estudo Sentinela de 2013, publicado em 2014, essenciais para a elaboração do presente documento. Também houve ótima comunicação por e-mail, com disponibilidade dos gestores em atualizar dados em 2016.

Uma questão importantíssima a ser trabalhada e que permaneceu sem ser formalizada é a parceria com o governo de Taiwan para as questões relacionadas a PTMF em São Tomé e Príncipe.

Embora não tenha sido feita qualquer referência nos documentos apresentados, nos documentos pesquisados, nas entrevistas realizadas em campo, na visita ao país ficou evidente a participação maciça e efetiva dos profissionais de saúde de Taiwan nos serviços de saúde em geral e na atenção às gestantes em particular. Não foi permitida a visita ao Centro de Atenção às gestantes, tampouco realização de entrevistas com os profissionais do serviço, mesmo com toda disposição e possibilidade da consultora e do representante do Ministério da Saúde do Brasil ali presentes.

Embora com população numericamente pequena, São Tomé e Príncipe tem complexidades culturais que precisam ser inseridas e trabalhadas para se efetivar a implementação da Opção B+ no país, como a questão da poligamia e a dificuldade de acesso à população masculina, além de questões de ordem política, como a gratuidade parcial da completa assistência em saúde para toda a população.

8.1. Aspectos a serem valorizados - Pontos Positivos

São Tomé e Príncipe tem em sua gestão um esforço visível para seguir as diretrizes internacionais de saúde coletiva e implementar a Opção B+ no tratamento das grávidas HIV+.

Sua política de saúde pública é pautada em evidências científicas e o conhecimento técnico é valorizado. São vários esforços para melhoria da qualidade dos recursos humanos no país, em especial relacionados ao atendimento ao HIV e aids.

Há desenvolvimento de ações em âmbito educacional com objetivo de redução do estigma e da discriminação das pessoas HIV+ e com aids no país. Essas ações precisam ser divulgadas e ampliadas, inserido a população que não está nas escolas e que sem dúvida irá se beneficiar de esclarecimentos e informações sobre a doença, a prevenção e o tratamento.

O serviço médico do país é gratuito, sendo o fornecimento da medicação antirretroviral inteiramente sob responsabilidade do governo federal, tanto em sua aquisição como disponibilização. A gratuidade não é absoluta, pois exames laboratoriais são pagos. Quanto à notificação dos casos, um aspecto positivo é que base de dados disponível e operacional a nível central e bases em nível distrital.

A realização do Estudo Sentinela, de abrangência nacional, em 2013, é um ponto importante, pois mostra a condição que o país tem de realizar grandes estudos com resultados imediatamente aplicáveis incluindo populações vulneráveis como profissionais do sexo, população privada de liberdade e militares. Também foi um estudo importante para a estimativa dos casos de sífilis no país. Os gestores do país são sensíveis à importância de se trabalhar com as populações-chave no controle da epidemia de HIV e aids e esse é um aspecto muito positivo.

A estratégia de Educação Terapêutica, com três entrevistas antes e três conversas após a realização do teste para HIV é importante e pode auxiliar muito no aumento da adesão e da retenção dos pacientes.

A ampla cobertura vacinal para sarampo e a capilaridade do programa de tuberculose são referências para ampliar a capacidade de acesso da população aos serviços públicos de saúde.

Imprescindível o trabalho das ONG parceiras para a efetivação da implementação da Opção B+ no país. O atendimento em unidades móveis é uma estratégia importante e merece ser intensificada. Ainda em relação à Opção B+, a integração dos serviços de saúde reprodutiva no controle das IST (em especial sífilis), HIV e aids é um ponto bastante positivo.

A testagem do sangue e a redução a zero dos doadores remunerados são pontos positivos e que merecem ser mantidos.

Foi mencionada a realização de *supervisões* às Unidades de Saúde, pelo nível central. Essa é uma prática importante, e que amplifica a qualidade da atenção e reduz os danos provocados por dificuldades não-atendidas a longo prazo.

Considerando-se as limitações financeiras do país, o apoio de parceiros internacionais é um elemento positivo e que merece intensificação, mantendo-se a possibilidade de transferência de tecnologia e objetivo de tornar o país o mais autônomo possível.

Os documentos oficiais disponibilizados estavam em português, sendo sugerido que os dados ali apresentados sejam alinhados – há pequenas disparidades em relação a números – e divulgados, garantindo um fluxo de informação interno e externo que traga transparência ao real quadro da saúde pública do país e possibilidades de formulação de novas políticas que contemplem as diversas realidades.

A questão nutricional, sendo de máxima importância para adesão a tratamentos com amplo espectro medicamentoso, precisa ser consolidada entre os Ministérios e instituições responsáveis, garantindo adesão a longo prazo, como é a prioridade na Opção B+.

A circuncisão masculina, ainda que não efetivamente implementada e não analisada em profundidade quanto ao impacto na prevenção ao HIV, aids e outras ISTs, é uma estratégia importante a ser valorizada, tanto pela questão clínica como pela possibilidade de se acessar toda a população masculina para aconselhamento e orientações.

8.2. Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

Um aspecto importante a ser enfrentado no país é a questão da notificação dos nascimentos e óbitos. A cobertura não é de 100%, tanto para os nascimentos, como para os registros das causas de morte. Recomenda-se, portanto, que esse aspecto seja trabalhado e intensificado, pois desses registros dependem todos os cálculos em epidemiologia.

O Programa Nacional de Luta Contra Sida precisa ser consolidado, efetivamente implementado, não apenas em sua estrutura central, mas na capilaridade das ações e diálogo efetivo tanto nas parcerias com outros Ministérios – até 2010, o tema do HIV e aids era visto unicamente como problema de saúde, segundo os gestores e documentos analisados, como também em nível distrital. Há referências de dificuldades em articulação e fortalecimento das lideranças distritais no que se refere ao HIV e aids. Estima-se que até 2010 a Comissão Nacional de Coordenação de Luta contra o VIH/SIDA (CNLS) não havia sido operacionalizada, dificultando a resposta nacional. A visibilidade do Programa precisa estar documentada, tanto nos sites oficiais do país, como nos parceiros internacionais relevantes, como ONUSIDA, Unicef, Unesco e ONG parceiras.

Recomenda-se a intensificação da divulgação da estrutura, dos trabalhos desenvolvidos e das parcerias do PNLS, bem como dos resultados já alcançados, tanto em relação ao HIV e aids, como também em relação a sífilis e tuberculose.

As ações promovidas sem parceria com outros Ministérios acabam por não ter sustentabilidade, e boas práticas acabam suspensas, como por exemplo o apoio nutricional fornecido pela Cruz Vermelha. Esse apoio, essencial no país para garantir adesão ao tratamento de aids e outros agravos importantes, como tuberculose, foi suspenso e não houve renovação das parcerias. Até 2010 não havia estruturação efetiva do nível central, segundo documentos oficiais.

A Vigilância Epidemiológica estava, ainda em 2014, sendo implementada, segundo dados analisados. Em relação à Epidemiologia, não há notificação para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na rotina de atendimentos. Recomenda-se a inclusão desta estratégia, bem como ampliação da busca ativa de casos de IST – por exemplo, com a implementação da Abordagem Sindrômica – para a população em geral. A falta de parcerias efetivas não garante o tratamento gratuito aos pacientes e parceiros em relação a sífilis, e isso precisa estar assegurado para o completo controle da doença.

Em relação à adesão, embora haja referência a equipes específicas para adesão terapêutica em todos os centros de tratamento, não foram mencionados ou observados na visita de campo. A grande porcentagem de *Perdidos de Vista* que precisam ser trabalhados e buscados para que se aumente a retenção.

A não-gratuidade dos exames laboratoriais é um ponto de alta vulnerabilidade na resposta nacional à epidemia de HIV e aids e da implementação da Opção B+ em geral, pois para monitoramento e controle dos esquemas terapêuticos é necessária a realização de exames periódicos.

Considerando-se o baixo nível socioeconômico em geral das pessoas afetadas pelo HIV e aids e o custo dos exames, esse é um ponto a ser revisto em São Tomé e Príncipe.

Quanto às pesquisas de caráter nacional e a manutenção dos bancos de dados da Epidemiologia, os próprios documentos oficiais de São Tomé e Príncipe trazem as recomendações: rever a qualidade de registo de dados reforçando a supervisão no momento do inquérito e garantir que o processo de vigilância seja uniforme e efetivo, assegurando que toda a equipe realize o treinamento necessário, com monitoramento e avaliação de todos os passos da vigilância sentinela, incluindo amostragem, coleta e manejo dos dados e das amostras e equipamentos laboratoriais.

Documentos importantes como o *Multiple Indicator Cluster Survey 2014 (MICS_2014)* estavam em inglês, incluindo tabelas e legendas de gráficos. Recomenda-se que todos os documentos que tragam informações oficiais do país estejam também traduzidos para o Português.

Frente à persistência do estigma e da discriminação aos pacientes HIV+ e com aids. Para que se reduza o estigma e a discriminação seja enfrentada recomenda-se o reforço das ações de sensibilização ao nível nacional, tanto pelo sistema de saúde como pelo sistema educacional.

Em relação às populações vulneráveis, recomenda-se a criação de mecanismos para acesso e seguimento dessas populações, envolvendo os postos de saúde pública, incluir motociclistas e conduzir estudos similares ao Estudo Sentinela, com periodicidade fixa, para acompanhar a dinâmica da epidemia de HIV e aids. São necessários estudos periódicos para avaliar a tendência de HIV, aids, sífilis e coinfeções entre as grávidas, com reforço às tentativas de acesso aos parceiros. Frente à condição de menor acesso aos serviços que existe na população da zona rural, recomenda-se intensificação da capilaridade das ações, sobretudo entre os Agentes Comunitários de Saúde e ONG parceiras, que permitirão pleno acesso a toda população distante da capital e na República Autônoma de Príncipe.

Como o seguimento das crianças expostas ainda é incipiente, recomenda-se a melhoria na cobertura de manejo de casos pediátricos em todos os distritos, acompanhando-se a família e orientando as mães a manutenção dos cuidados. O grande número de *Perdidos de vista* entre as crianças seguidas por 12 meses, no ano de 2013, é um aspecto que sintetiza várias vulnerabilidades do país que precisam ser enfrentadas para que se considere a Opção B+ como implementada, pois ambas envolvem seguimento e medicação permanentes.

Em relação à capacitação de recursos humanos, recomenda-se que sejam intensificados os treinamentos e disseminação de informações. Em diversas conversas em campo, faltavam conhecimentos básicos aos profissionais, como por exemplo o real significado de CD4 e a diferença deste conceito em relação ao conceito de carga viral.

Embora as pesquisas já realizadas tenham tido grande abrangência e relevância estatística, o uso do conceito de *risco* ainda permanece e precisa ser atualizado. O vínculo direto entre o chamado comportamento de risco e a infecção pelo HIV já foi ressignificado, com ênfase à adoção de comportamentos *preventivos* e *redução da vulnerabilidade*.

Considerando-se a força das parcerias internacionais para aquisição de insumos, subvenções logísticas e outros, a dependência de financiamento externo é um ponto vulnerável para a resposta a aids em São Tomé e Príncipe. Há referências a atrasos de liberação de fundos do Fundo Global em até um ano, dificultando a implementação e avaliação das ações, em seus objetivos de curto e médio prazos.

9. TIMOR LESTE⁵⁶⁰



1. Contexto

Os portugueses começaram a povoar a ilha do Timor no início do século XVI e a colonização teve início em meados deste mesmo século. Em 1859 fizeram um tratado com a Holanda e cederam a parte oeste da ilha. O Japão imperial ocupou a parte Portuguesa do Timor de 1942 a 1945, mas Portugal retomou sua autoridade depois da derrota japonesa na Segunda Guerra Mundial.



Figura 1. Timor Leste na Ásia e o detalhe da ilha. Fonte: CIA, 2016.

Timor Leste declarou-se independente de Portugal em 28 de Novembro de 1975, e foi invadido e ocupado por forças da Indonésia nove dias depois. Foi incorporado como província da Indonésia em julho de 1976. Seguiu-se uma fracassada campanha de pacificação durante duas décadas, durante as quais estima-se que entre 100.000 e 250.000 pessoas morreram.

Em agosto de 1999 um referendo popular teve a maioria votando pela independência da Indonésia – contudo, nas três semanas seguintes, milícias anti-independência timorenses organizaram e apoiaram as forças armadas da Indonésia. As milícias mataram aproximadamente 1,400 timorenses e forçou mais de 300.000 pessoas ao oeste como refugiados.

⁵⁶⁰ Considerando que não houve visita de campo ao Timor-Leste, e tendo em vista a dificuldade de comunicação com o país para obtenção de as informações atualizadas, este texto foi elaborado com base em relatórios ONUSIDA-Brasil, UNGASS de 2010, GARPR 2015 e site da CIA/USA. Não segue o padrão de resultados parciais dos outros países da CPLP.

A maior parte da infraestrutura do país – casas, sistemas de irrigação, suprimentos, água potável, escolas, rede elétrica, tudo foi destruído. Em 20 de setembro de 1999, forças de paz australianas entraram no país e terminaram com a violência.

Em maio de 2002, o Timor Leste foi reconhecido internacionalmente como um país independente.

Em 2006, tensões internas fizeram com que os gestores da capital, Dill, solicitassem apoio da ISF – Australian-led International Stabilization Force, e a UN Security Council estabeleceu a UN Integrated Mission in Timor Este (UNMIT), que incluiu uma presença policial autorizada com mais de 1.600 homens. Essas forças de paz restauraram a estabilidade, garantindo as eleições em 2007 em atmosfera de tranquilidade.

Em fevereiro de 2008, um grupo rebelde tentou um ataque contra o presidente e o primeiro ministro, mas o líder foi morto em ataque, e a maioria dos rebeldes se entregou em abril de 2008.

Desde o ataque, o governo teve um dos mais longos períodos de estabilidade pós-independência, incluindo eleições em 2012 para o parlamento e presidência. Ao final de 2012 as forças internacionais saíram do país.

O Timor Leste tem uma área de 18.889 Km² e uma população estimada em 1 milhão de habitantes (1.261.072 habitantes), sendo 32,8% urbana e com uma taxa de urbanização de 3,75% por ano. Estima-se que cerca de 41% da população vivam 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, como descrito, foi oficialmente proclamado independente em 20 de maio de 2002 e 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 infraestrutura, 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.

A taxa de crescimento populacional é de 2,39%, a taxa de nascimentos é de 33,8 nascimentos/1000 habitantes e a mortalidade é de 6,0 mortes/1000 habitantes.

A taxa de fertilidade é de 4,9 crianças/ mulher, e a taxa de contracepção, 22,3%.

A mortalidade infantil é altíssima, 36,30 mortes a cada 1000 nascidos vivos (meninos, 39,2 e meninas 33,2). Cerca de 37,7% das crianças até cinco anos estão abaixo do peso.

A mortalidade materna, 215 mortes/ 100.000 nascidos vivos, também é elevada.

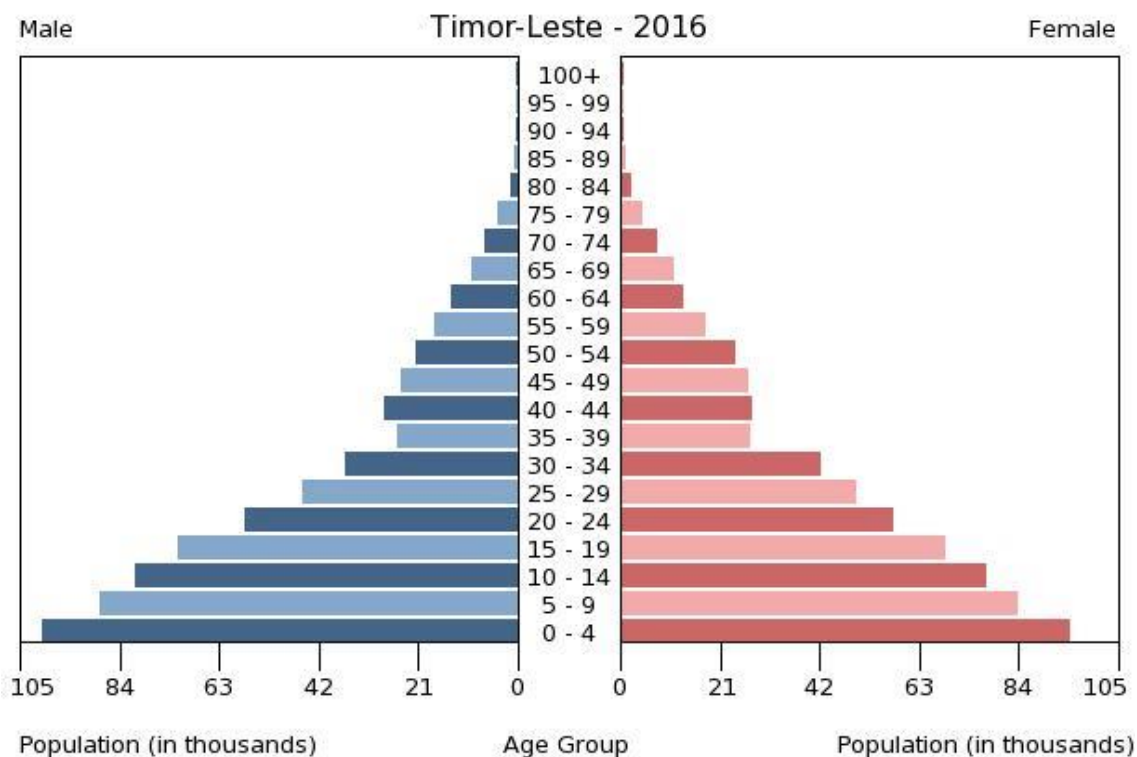


Figura 2. Pirâmide populacional do Timor Leste, 2015. Fonte: CIA, 2016

A expectativa de vida ao nascer é de 67,72 anos, sendo 66,17 para os homens e 69,37 anos para as mulheres (2015).

A proporção de médicos é de 0,07/1000 habitantes (2011), sendo 5,9 leitos/1000 habitantes (2010).

As dificuldades com água potável e saneamento básico atingem mais da metade da população.

Não há dados sistematizados sobre HOV e aids.

2. Situação Atual da Epidemia do HIV

A epidemia de HIV 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 HIV. O sistema de vigilância epidemiológico ainda é incipiente.

Os dados disponíveis sobre a prevalência de HIV, embora sejam limitados tanto para subpopulações quanto para a população em geral, 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 HIV foram detectados, indicando uma prevalência de 0.51%.

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 Regionais 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 HIV, 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%.

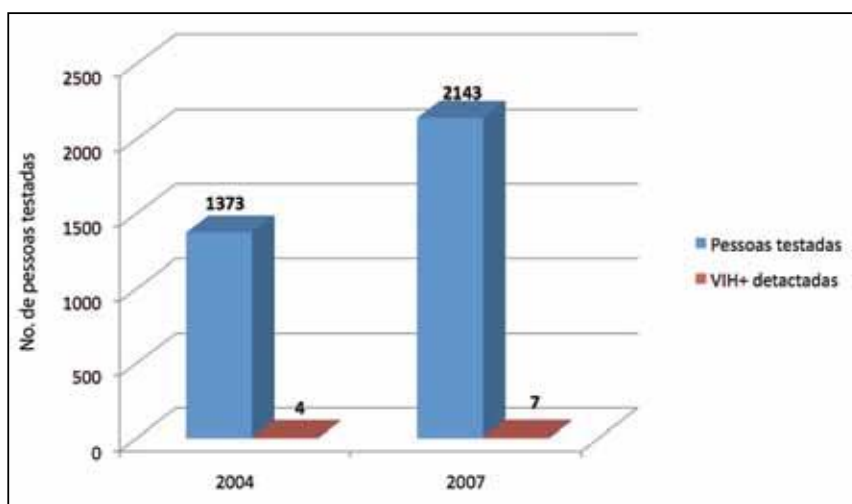


Gráfico 1 Resultados de testes de VIH, Timor Leste, 2004 e 2007. Fonte: CPLP, 2010.

No Timor-Leste, o primeiro caso de HIV relatado data de 2003 e 151 casos de HIV+ foram informados ao Programa Nacional de VIH/SIDA até dezembro de 2009, sendo que o total de óbitos relacionados ao HIV são 20.

Do total de casos de HIV 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 HIV reside em áreas urbanas, predominantemente em Dili.

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

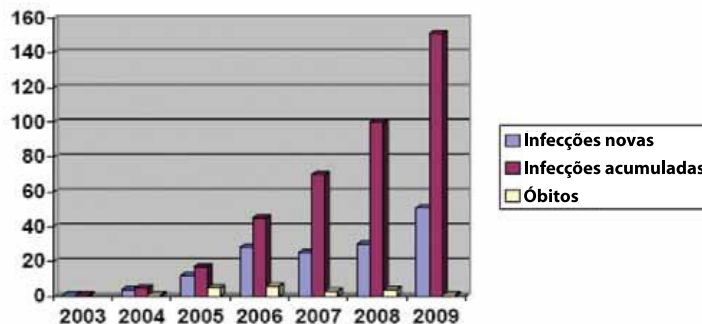


Gráfico 2. Infecções de HIV detectadas e óbitos por aids, Timor Leste, 2003-2009.

Avalia-se que a maioria das infecções pelo HIV 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).

Em 2004, foi realizada uma enquete transversal sobre conhecimento, atitudes e comportamento em relação ao HIV e IST (Pisani, et al., 2004), que também inclui amostras de sangue e as testaram para HIV e diversas DST.

A prevalência de HIV, 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. 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 anterior.

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 HIV e aids.

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 como 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 HIV 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 multissetorial.

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 HIV no país, e incluiu o HIV em seu Plano Estratégico do Setor de Saúde para o período 2008-2012. Este plano chama para um engajamento Inter setorial com o setor de educação e com o apoio de organizações da comunidade.

Prevenção

Desde que o Plano Estratégico Nacional 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 HIV e ISTs, utilização de preservativos, redução do estigma, informativos sobre serviços de aconselhamento e testagem e de tratamento de ISTs, 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 HIV e aids 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 informativos para serem distribuídos entre a população geral e pessoas uniformizadas.

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 HIV 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 Manatutu 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 HIV, mas de outras DST. Contudo, este serviço ainda não foi integrado à testagem de HIV.



Mapa 1. Distritos do Timor-Leste com equipamentos para testagem de HIV. Fonte: UNGASS, 2010.

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

Quadro 1. Distritos do Timor-Leste com equipamentos para testagem de HIV relativos ao Mapa 1.

Fonte: UNGASS, 2010.

Transmissão Vertical do HIV

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 HIV. 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 Plano Estratégico Nacional 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 HIV e ISTs, 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 multissetorial 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 desenvolveu, um novo Plano Estratégico sobre HIV e aids, além das IST, 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 HIV.

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 militares estava planejado para ser conduzido em 2010, com vistas a verificar tendências de comportamentos de risco de HIV/ DST e exposição a intervenção entre populações vulneráveis, mas não foi encontrado o resultado desse estudo.

Algumas metas a serem alcançadas visando o aprimoramento tanto da implementação quanto do acompanhamento dos Programas de HIV e aids no país, incluem: desenvolvimento de um Sistema de Avaliação e Monitoramento, incluindo o desenvolvimento de diretrizes nacionais sobre M&A de HIV 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.

5. Conclusões e Recomendações:

Como não houve visita de campo ao Timor-Leste, todos os dados aqui apresentados são secundários. Há muita dificuldade em se encontrar quaisquer dados epidemiológicos ou sistematizações. Recomenda-se o incremento da **comunicação** com os setores de saúde do Timor-Leste, especialmente no que se refere a compartilhamento mínimo de informações.

VI. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS

A Opção B+ está implementada de modo completo e geral no Brasil, Cabo Verde e Portugal. Está em transição para implementação, com mais da metade dos serviços trabalhando com a Opção B+, e menos de 50% com Opções B e A, em Angola, na Guiné Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe. Na Guiné Equatorial ainda não há efetiva implementação da Opção B+, prevalecendo as opções anteriores para tratamento, e em Timor-Leste não foi possível concluir, dada a ausência de visita ao campo e falta de dados secundários.

A construção de respostas nacionais com base em evidências científicas e com respeito aos Direitos Humanos e à Diversidade é fundamental e deve ser o parâmetro para todos os países.

A atenção à aids, da educação promotora de saúde até o tratamento, precisa estar em diálogo e inserida na atenção à saúde em geral, tanto para redução do estigma e da discriminação que ainda perpassam as pessoas afetadas pela doença, como para ampliação e capilaridade das ações preventivas.

É essencial que se tenha formalizados os critérios para má adesão e para abandono de tratamento de aids, coinfeções como tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e sífilis em particular. O apoio da rede social é imprescindível para a busca ativa de casos e manutenção da adesão ao tratamento, assim como o compartilhamento das Boas Práticas e busca coletiva de soluções para as dificuldades e entraves.

Os sistemas de notificação, a começar dos registros civis de nascimento e um aparato para definição e normatização das causas de óbito, precisam ser incentivados e clarificados, para que o fluxo das informações seja fidedigno e os dados epidemiológicos acurados. Quanto maior o acesso aos registros civis e quanto maior a mobilização para notificações dos agravos, melhor será a compreensão das dinâmicas das diferentes epidemias, aids em particular.

Poderia ser incluída uma nova meta, em especial para atenção à tuberculose – por ter diagnóstico, tratamento e cura conhecidos e disponíveis: 100-100-100. Seriam 100% das pessoas com HIV testadas para tuberculose, 100% das pessoas com tuberculose testadas para HIV e 100% das pessoas adoecidas terem tratamento e cura para tuberculose assegurados.

O mesmo para sífilis, porém direcionado às gestantes e parcerias: 100% das gestantes e parcerias testadas, 100% das positivas tratadas e 100% das tratadas, curadas.

Para efetiva implementação da Opção B+, os vários aspectos referentes às logísticas de testes, exames, medicamentos, as questões de saúde sexual e reprodutiva, as questões culturais, os eventuais projetos e programas de Saúde do Homem, o seguimento dos recém-nascidos, a ampliação das estratégias preventivas e das informações sobre as doenças, respectivos tratamentos, o *reconhecimento* dos valores culturais implicados no adoecimento, na maternidade, ênfase às estratégias de adesão, os sistemas de notificação dos agravos, a disponibilidade dos insumos, os protocolos, e sobretudo o *reconhecimento do sofrimento* envolvido - para que não seja negligenciado ou maximizado – são imprescindíveis. Está feito o convite!

VII. BIBLIOGRAFIAS

a) Bibliografia – Introdução e Metodologia

1. BARRET, S.R. *Antropologia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.
2. BRASIL GUINÉ-BISSAU. *Olhares cruzados pela identidade: Recife-Bissau, Amazônia-Bigajós*. São Paulo: Reflexo Editora, 2010. ISBN 978-85-88120-09-9.
3. CASHMORE, E. *Dicionário de Relações Étnicas e Raciais*. São Paulo: Selo Negro, 2000.
4. DUNKER, C.I.L. *Análise Psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas*. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.
5. DUNKER, C.I.L. *Mal-Estar, Sofrimento e Sintoma: Uma Psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.
6. DUNKER, C.I.L. *Estrutura e Constituição da Clínica Psicanalítica – uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. São Paulo: Annablume Ed., 2011.
7. FANON, F. *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Salvador: Edufba, 2008.
8. FANON, F. *Os Condenados da Terra*. Lisboa: Livraria Letra Livre, 2015.
9. FREIRE, P. *Cartas à Guiné-Bissau: registros de uma experiência em processo*. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
10. FREIRE, P. e GUIMARÃES, S. *A África ensinando a gente: Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.
11. GOMES, R. (org). *Saúde do Homem em Debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. ISBN 978-85-7541-213-8.
12. GORDIS, L. *Epidemiologia*. Rio de Janeiro, Ed. Revinter, 2000.
13. LAPLANTINE, F. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.
14. LIMA, H.M.M. *Adesão ao Tratamento de aids em pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2012.
15. LIMA, H.M.M. e TELLES, P.T. *Metodologia de Rápido Acesso, Pronta Resposta e Avaliação (RARE) para capacitação de Organizações Não-Governamentais para intervenções com Populações Vulneráveis em HIV, aids e drogas. Relatório Final*. Brasília, 2006.
16. MAIO, M. C. (org) *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2010.
17. MNYANI, C. N. - *Overview of Options A, B and B+ for Prevention Mother-to-Child Transmission*. Paper, 28 november, 2012. USAID, PEPFAR, Anova Health Institute.
18. MONTEIRO, Y.N. (org). *As Doenças e os Medos Sociais*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2012.
19. NEEDLE, R.H., TROTTER II, R.T., SINGER, M., BATES, C., PAGE, J.B., METZGER, D. & MARCELIN, L.H. (2003) *Rapid assessment of the HIV/AIDS crisis in racial and ethnic minority communities: an approach for timely community interventions*. American Journal of Public Health, 93, 970-9.
20. NEEDLE, R.H., TROTTER II, R.T., GOOSBY, E., BATES C. & VON ZINKERNAGEL, D, (2000). *Methodologically sound rapid assessment and response: Providing timely data for policy development on drug use interventions and HIV prevention*. International Journal of Drug Policy, 11, 19-23.
21. NEEDLE, R.H., TROTTER II, R.T., GOOSBY, E., BATES C. & SINGER, M., (2001). *A Methodological Model for Rapid Assessment, Response, and Evaluation: The RARE Program in Public Health*. *Field Methods*. May 2001 13: 137-159.
22. O'BRIEN, L.; SHAFFER, N.; SANGRUHEE, N. & A. *The incremental cost of switching from Option B to Option B+ for the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. Bull World Health Organ 2014; 92:162-160.
23. PANTOJA, S. *Angola e as angolanas: memória, sociedade e cultura*. São Paulo: Intermeios, 2016.

24. ROSA, M.D. *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2016. (Margens: psicanálise, cultura e política).
25. SANTOS, H. *A busca de um caminho para ao Brasil. A trilha do círculo vicioso*. S. P.: Ed. Senac São Paulo, 2003.
26. SILVA, E.A. (org). *Vulnerabilidades, Resiliência e Redes. Uso, abuso e dependência de drogas*. São Paulo: Red Publicações, 2015. ISBN 978-85-69225-01-0.
27. TROSTLE, J.A. *Epidemiologia e Cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. Coleção Antropologia & Saúde.
28. UNICEF. *Options B and B+: key considerations for countries to implement and equity-focused approach. Eliminating new HIV infections among children and keeping mothers living with HIV alive and well*. Unicef, 2012.
29. VISENTINI, P.F. *História da África e dos Africanos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
30. VENTER, a.j. *Portugal e as guerrilhas de África. As guerras portuguesas em Angola, Moçambique e Guiné Portuguesa 1961-1974*. Lisboa: Clube do Autor, 2015.
31. VILLEN, p. *A Crítica de Amílcar Cabral ao colonialismo: entre a harmonia e a contradição*. São Paulo: Expressão Popular, 2013. 223p.
32. WHO. *Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of Mother-to-child Transmission of HIV and Syphilis*. Geneva: World Health Organization, 2014.
33. WHO. *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV*. World Health Organization. ISBN 978 92 4 150956 5. Geneva: World Health Organization, 2015.

Links:

1. <http://aidsinfo.unaids.org>. Acesso em 07 de agosto de 2016
2. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.122523>
3. <http://portalsaude.saude.gov.br/index>
4. <http://unaids.org.br/2015/06/oms-valida-eliminacao-da-transmissao-de-mae-para-filho-do-hiv-e-da-sifilis-em-cuba/>
5. <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50028-tratamentos-para-aids>
6. <https://nacoesunidas.org/agencia/unaids/>

B) BIBLIOGRAFIA - PAÍSES

1. Bibliografia - ANGOLA

1. ANGOLA. *Diagnóstico de Género de Angola*. PAANE II – Programa de Apoio aos Actores Não-Estatais. União Europeia; Governo de Angola; Cooperación española, março de 2015.
2. ANGOLA. *Implantação da Ficha de Notificação da gestante/parturiente/puérpera VIH e criança exposta ao VIH*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta Contra Sida, 2014.
3. ANGOLA. *Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008-2009*. República de Angola. Instituto Nacional de Estatística. Ministério do Planeamento, 2010.
4. ANGOLA. *Manual de Controlo da Tuberculose*. República de Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2011.
5. ANGOLA. *Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose Angola 2013 – 2017*. República de Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2013.
6. ANGOLA. *Plano estratégico nacional de respostas às ITS, VIH e SIDA 2011 – 2014*. República de Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, Agosto (2010).

7. ANGOLA. *Plano Estratégico Nacional para as Infecções de Transmissão Sexual, VIH/SIDA*. República de Angola, Ministério da Saúde, 2003-2008.
8. ANGOLA. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025*. República de Angola, Ministério da Saúde, 2012.
9. ANGOLA. *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão do VIH de Mãe para Filho 2012-2015*. República de Angola, Ministério da Saúde, INLS, ONUSIDA, USAID/Angola, ForçaSaúde (Fortalecimento do Sistema Angolano de Saúde), 2012.
10. ANGOLA. *Relatório da avaliação externa do programa nacional de tuberculose de Angola. 27 de Setembro – 12 Outubro de 2012. Luanda*. República de Angola. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2012.
11. ANGOLA. *Relatório Final de Actividades. Ano 2014*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, 2015.
12. ANGOLA. *Relatório Final de Actividades. Ano 2014*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, 2014.
13. ANGOLA. *Relatório Nacional de Angola. Ano 2015*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, 2015.
14. ANGOLA. *Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA (GARPR, 2014)*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, 2015.
15. ANGOLA. *Relatório Sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2015*. República de Angola, Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial, 2015.
16. CASTELBRANCO, Emingarda Patrícia André Félix. *Frequência de mutações associadas a resistência aos antirretrovirais e variabilidade genética do HIV em gestantes recentemente diagnosticadas para o HIV em Luanda-Angola*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Saúde Materno Infantil. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Orientador: Dr. Luiz Cláudio Arraes de Alencar, 2009.
17. CPLP. *Epidemia de HIV entre Países de Língua Portuguesa. Situação Atual e Perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. Lisboa, 2010.
18. FERNANDES, João, e NTONDO, Zavoni (2002). *Angola: Povos e Línguas*, Luanda, Editorial Nzila.
19. FURTADO, Maria Lúcia Mendes. *Efectividade do tratamento com antirretrovirais de 1ª linha, em pacientes atendidos no Hospital Esperança, Luanda, no período de março de 2004-2009*. Dissertação para obtenção de grau de Especialista em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.
20. IAPAC – *Review of Global HIV Treatment Guidelines from 149 countries*. International Association of Providers of aids care. Disponível em <http://www.hivpolicywatch.org>.
21. INLS. *Relatório de progresso da declaração política sobre o VIH-SIDA*. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. Luanda, Angola, 2012.
22. INLS, UNAIDS e UNICEF, 2012. *Plano de Eliminação da Transmissão do VIH de mãe para filho*. INLS, 2012.
23. LIMA, Helena Maria Medeiros. *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
24. MARQUES, Maria do Rosário. *Relatório: Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PTV) em Luanda, 2009-2013*. Dissertação de Mestrado. Universidade Agostinho Neto, Faculdade de Medicina. Departamento de Ensino em Saúde Pública. Mestrado em Epidemiologia de Campo e Laboratorial. Março, 2014.
25. MARQUES, M; Furtado, L; Merolle, A.; Moreira, R. – *Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH, Luanda, 2009-2013*. República de Angola, Ministério da Saúde; CDC e PEPFAR, 2014.
26. OMS. *Agenda Estratégica da OMS 2009 – 2013*. Angola. Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2009-2013.
27. OMS. *Factsheets of Health Statistics 2014*. World Health Organization – Regional Office for Africa.
28. OMS Angola. *Estratégia de Cooperação da OMS 2015-2019 Angola*. OMS, Escritório Regional Africano, 2016.

29. PANTOJA, S. *Angola e as angolanas: memória, sociedade e cultura*. São Paulo: Intermeios, 2016.
30. UNAIDS. *Global Aids Response Progress Reporting 2014 – Construction of Core indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and Aids*. Guidelines. UNAIDS, Geneva, 2014.
31. WHO. *Observatory Report*, 2013.
32. WHO. *Policy on collaborative TB/HIV activities*. Guidelines for national programmes and other stakeholders, 2004.
33. WHO. *Strategic Plan for Tuberculosis control in the African Região 2013 – 2017*. AFRO. August, 2013.

Links

1. <http://www.africaurgente.org/combate-ao-analfabetismo-na-angola-informacoes/>
2. <http://dwms.fao.org/atlases/angola/index_pt.htm>> acesso em ago2016.
3. Dados de sífilis congênita: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CONGENITALSYPHSTI?lang=en>
4. Dados do UNAIDS 2015: www.aidsinfoonline.org/devinfo/librares.aspx/Home.aspx
5. Figura 3. <http://lingalog.net/dokuwiki/cours/jpc/palops/cinco/angola>
6. Figura 2. http://cdn1.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/files/highlight/2013/5/23/0,146d01e9-2fa2-461f-880d-52cc2d80e381.gif
7. Relatório Nacional de Angola 2015: http://www.ao.undp.org/content/dam/angola/docs/Publications/undp_ao_ODM%202015_Apresenta%C3%A7ao.pdf

2. Bibliografia - BRASIL

1. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução no 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 dez. 2010a. Seção 1. p. 119.
2. ANTIRETROVIRAL PREGNANCY REGISTRY STEERING COMMITTEE. **Antiretroviral Pregnancy Registry international interim report for 1 Jan 1989-31 July 2014**. Disponível em: <<http://www.APRegistry.com>>.
3. AULAGNIER, Piera. **Uma Intérprete em Busca de Sentido**. São Paulo: Ed. Escuta, 2001.
4. BARREIRA, Dráurio. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil, 2016**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: 2016. 23p.
5. BASTOS, F. I. **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**. Technical report presented to the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis, 2009.
6. BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
7. BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012
8. BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV e aids, 2016**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ano V nº 1 – 27ª. a 53ª. semanas epidemiológicas – julho a dezembro de 2015; 01ª a 26ª. semanas epidemiológicas – janeiro a junho de 2016. Brasília: Ministério da Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais., 2016. ISSN: 1517-1159. 64p.
9. BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Sífilis – Volume 47 Nº 35 - 2016**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN 2358-9450. 28p.
10. BRASIL. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose – Volume 46 Nº 9 – 2015**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. ISSN 2358-9450. 19p.
11. BRASIL. **Brasil chegando a zero. Diretrizes para Qualificação das Linhas de Cuidados da Transmissão Vertical do HIV, da Hepatite B e da Sífilis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Brasília: 2013. 34p.
12. BRASIL. **Caderneta da Gestante**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

13. BRASIL. **Características Étnico-raciais da População: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça, 2008**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: ISBN 978-85-240-4201-0 (cd-rom) e ISBN 978-85-240-4200-3 (meio impresso). IBGE, 2011.
14. BRASIL. **Carta de Brasília sobre as atividades colaborativas entre tuberculose e HIV/AIDS no Brasil**. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle de Tuberculose. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2015 fev 3]. Disponível em: <http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/>
15. BRASIL. **Combate à sífilis congênita. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 24p.
16. BRASIL. **Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis no seu município (Guia do Gestor)**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 2008.
17. BRASIL. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. *Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências*. Brasília, Ministério da Saúde. Seção 1, n. 108, 9 jun. 2014. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bvs>>.
18. BRASIL. **Diário Oficial da União**. Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. *Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*. Brasília, Ministério da Saúde. Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 19 mar. 2015.
19. BRASIL. **Gestação de alto risco: manual técnico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
20. BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 2. ed.
21. BRASIL. **Guia de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/bvs>>.
22. BRASIL. **Histórias da Luta contra a aids**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 287p. ISBN 978-85-334-2191-2.
23. BRASIL. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 176 p., il.
24. BRASIL. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284p.
25. BRASIL. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
26. BRASIL. **Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de Recomendação nº 150, janeiro de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
27. BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: ISBN 978-85-240-4334-5. IBGE, 2014.
28. BRASIL. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2016. 43 p.
29. BRASIL. **Plano Nacional do Sangue e Hemoderivados: PLANASHE 1988/1991**. Brasília, DF, 1988.
30. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 135p.

31. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e coinfeções**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 124p.
32. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pcdt>>.
33. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 240p.
34. BRASIL. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 2015. 140p.
35. BRASIL. **Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical: HIV, sífilis congênita precoce e Hepatites B e C**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: DF, Ministério da Saúde, 201. 84p.
36. BRASIL. **Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
37. BRASIL. **Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV**. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
38. BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2013**. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 8. ed., 200 p.
39. BRASIL. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLON). Guia de referência rápida**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013. 33p.
40. BRASIL. **Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, número 36. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. ISSN 1516-3296; ISBN 978-85-240-4402-1 (Versão impressa).
41. BRASIL. **Sistema de Controle Logístico de Insumos Laboratoriais - SISLOG-LAB. Teste Rápido – HIV – Manual de Utilização do SISLOG-LAB=Teste Rápido. Versão: 2012**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013. 24p.
42. BRASIL. **Técnico em hemoterapia: livro texto**. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 292 p.: il. ISBN 978-85-334-1988-9.
43. BRITISH HIV ASSOCIATION GUIDELINES for the management of HIV infection in pregnant women 2012 (2014 interim review). HIV medicine, [S.l.], v. 15, supl. 4, p. 1-77, set. 2014.
44. CASTILHO, Euclides. *Aids, sida ou cida: como ficam as nossas Cidas* Paper, s/d.
45. CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS DE SÃO PAULO. **Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita**. Coordenação das Ações para Eliminação da TV do HIV e sífilis. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Março 2016. 17p.
46. CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO. **Demografia médica no Brasil 2015**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; CREMESP; Conselho Federal de Medicina, 2015. ISBN: 978-85-89656-22-1. 285p.
47. COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MÃE CURITIBANA - Programa Mãe Curitibana, 10 anos. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde, 2009.
48. DE SANTIS, M.; CARDUCCI, B.; DE SANTIS, L. et al. Periconceptual exposure to efavirenz and neural tube defects. *Archives of internal medicine*, [S.l.], v. 162, n. 3, p. 355, 11 fev. 2002.

49. DUCCI, L. - O sistema de saúde em Curitiba. In: DUCCI, L. et al. – Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro, CEBES, 200
50. FORD, N.; MOFFENSON, L.; SHUBBER Z. et al. Safety of efavirenz in the first trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis. *AIDS*, London, v. 28, supl. 2, p. S123-31, mar. 2014.
51. GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Rede Mãe Paranaense**. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.
52. GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. **Linha Guia - Rede Mãe Paranaense**. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.
53. HAVERKOS, MD. & CURRAN, James W. *Cancer Journal for Clinicians*, Vol 32 (6) November/December 1982. pp 330-339.
54. JUNQUEIRA, P.C. et al. **História da Hemoterapia no Brasil**. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2005;27(3):201-2017.
55. JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da hemoterapia no Brasil. In.: BORDIN, J. O.; LANGHI JÚNIOR, D. M.; COVAS, D. T. **Hemoterapia: fundamentos e prática**. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 535-540.
56. KERR, L. **Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras**. Technical report presented to the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis, 2009.
57. LAURINDO-TEODORESCU, L. **Histórias da aids no Brasil v.1, 2 e 3**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015. ISBN 978-85-334-2392-3
58. LIMA, H.M.M. **Adesão ao Tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas**. Curitiba: CRV Editora, 2012.
59. LIMA, H.M.M. **Nem Tudo é Doença: reflexões sobre educação e saúde no século XXI**. São Paulo: Iglu Editora, 2010.
60. LIMA, H.M.M – **Educação e Saúde: as Campanhas massivas de aids do Governo Federal como veículo de produção de sentidos**. J. bras.aids; 3(3): 7-26, set. 2002.
61. MENDES, E.V. **Programa Mãe Curitibana: uma rede de atenção à mulher e à criança em Curitiba, Paraná**. Trabalho apresentado à Organização Pan-Americana de Saúde como produto do contrato BR/CNT/0900947.001. Outubro de 2009.
62. MIRANDA, A.E.B. (coord). **Análise epidemiológica da situação de saúde na população privada de liberdade no Brasil**. Vitória: UFES, Proex, 2015. ISBN 978-85-65276-16-0.
63. MORITA, M.C., HADDAD, A.E., ARAÚJO, M.E. – **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Maringá: Dental Press, 2010. 96p. ISBN 978-85-88020-54-2.
64. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). Department of Health and Human Services (DHHS). **Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents**. Disponível em: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf>.
65. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). **Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States**. Disponível em: <<http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>>.
66. OPS, CLAP y UNICEF. **Iniciativa Regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la SÍFILIS CONGÉNITA en América Latina y el Caribe. Documento Conceptual**. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud – OPS/OMS, Centro Latinoamericano de Perinatología/ Salud de la Mujer y Reproductiva – CLAP/SMR. Montevideo: clap/smr2009. ISBN 978-92-75-32990-0. 33p.
67. PROGRAMA ESTADUAL DE IST/AIDS/HV DE PERNAMBUCO. **Situação atual da epidemia de HIV e aids em Pernambuco, testes rápidos e transmissão vertical**. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Paper, Maio de 2016.
68. RIO GRANDE DO SUL. **Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C: guia para maternidades**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/ Escola de Saúde Pública, 2016. 68p.
69. RUFFINO-NETTO, Antonio - **Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas**. Informe Epidemiológico do SUS 2001: 10(3): 129-138.

70. SANTOS, L. G. *Hemope e pró-sangue: duas decisões, um caminho*. Recife: Edupe, 2002.
71. SANTOS, NTV. *Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco/* Naíde Teodósio Valois Santos; Renata Barreto Fernandes de Almeida; Ana Maria de Brito. - Recife: s.n., 2016. 38 p. : ilus., tab., 30 cm.
72. SCHECHTER, M. *Profilaxia pré e pós-exposição: uso de drogas antirretrovirais para a prevenção da transmissão sexual da infecção pelo HIV*. The Brazilian Journal of Infectious Diseases (BJID). Vol 2. Nº 4. Agosto 2016.
73. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. *Boletim Sífilis*. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Doenças e Agravos. Gerência de Prevenção e Controle da Aids e outras DST. Ano 5, Nº 1, 1º semestre. Janeiro, 2016.
74. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO. *Vigilância Epidemiológica da Transmissão Vertical do HIV em Pernambuco*. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria-Executiva de Vigilância em Saúde. Paper, Maio de 2016.
75. SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. *Guia de referências técnicas e programáticas para eliminação da transmissão vertical do HIV*. São Paulo, 2014. 240p. ISBN: 978-85-99792-23-0.
76. SÃO PAULO, Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. *Religiões Brasileiras, políticas de saúde e a resposta à epidemia de aids*. São Paulo, CRT DST/Aids, 2014.
77. SOUZA, Káren Mendes Jorge. *Discursos sobre a tuberculose: significação por e para sujeitos*. Doutorado em Ciências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, EE-USP, 2012.
78. SOUZA, Káren Mendes Jorge. *Abandono do tratamento de tuberculose na Atenção Primária à Saúde: uma análise segundo o enfoque familiar do cuidado*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, UFPB. 2008.
79. SZWARCOWALD, C. L. *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis nos grupos das mulheres profissionais do sexo, no Brasil*. Technical report presented to the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis, 2009.
80. UNAIDS. *2nd International Policy Dialogue on HIV/Aids. HIV/Aids and Injection Drug Use and The Question of Complicity*. Government of Poland; Canadian International Development Agency. Warsaw, 2003.
81. UNAIDS. *Chegando a Zero. Estratégia para 2011 a 2015*. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Brasília: UNAIDS, 2010. ISBN 978-92-9173-883-0. 68p.
82. UNAIDS. *Plano Global para Eliminar Novas infecções por HIV em crianças até 2015 e manter suas mães vivas – 2011-2015*. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Brasília: UNAIDS, 2011. 48p.
83. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: Recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO, 2013.
84. World Health Organization. *Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2015 Feb 12]. Disponível em: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1
85. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2014* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014.
86. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems*. Geneva: WHO, 2012.
87. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Programmatic Updates: Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants*. Geneva: WHO, 2012.
88. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action*. Department of Reproductive Health and Research.. Geneva: WHO, 2007.
89. World Health Organization. *The Stop TB Strategy: vision, goal, objectives and targets* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015.

Links:

1. <ftp://ftp.hrsa.gov/hab/careact.pdf> - documento da aprovação do Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act, 1990, que liberou 220,5 milhões em fundos federais

2. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1 = Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas
3. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf> - Síntese de Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população Brasileira – 2016. IBGE.
4. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf.
5. <http://foto.espm.br/index.php/referencias/o-erotismo-poetico-de-robert-mapplethorpe-1946-1989/>
6. <http://imediata.org/infoaids/linhadotempo/linha/linha3.html>.
7. <http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic531338.files/Shilts%20And%20the%20band%20played%20on.pdf> – And the Band Played On – Politics, People, and the aids epidemic. Randy Shilts. St. Martin's Press, NY (1987)
8. <http://magicjohnson.com/foundation/about.php> - fundação magic johnson, que em 1991 revelou ser portador do HIV.
9. <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/AIDS%20Initiative%20for%20Racial%20and%20Ethnic%20Minorities.pdf> – relatório do congresso americano liberando 156 milhões de dólares para prevenção entre minorias, 1999.
10. <http://nmac.org/> - National Minority AIDS Council
11. <http://nnhaad.org/> - 10 de março, dia nacional da consciência nativa nos EUA
12. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.32.6.330/epdf>
13. <http://portal.cfm.org.br/>
14. <http://portalsaude.saude.gov.br/o-ministerio/estrutura-e-competencias/leia-mais-estrutura-e-competencias/6772-organograma-estrutura-e-competencias.html>
15. <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBVN.pdf>
16. <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/QQBDRD.pdf> - Understanding Aids, primeira campanha nacional massiva nos EUA, folheto com 8 páginas escrito por C. Everett Koop
17. <http://revistaepoca.globo.com/Epoca/0,6993,EPT380541-1664,00.html> – linha do tempo/aids no Brasil.
18. <http://seu-sangue.blogspot.com.br/2012/06/capitulo-2-doacao-de-sangue-no-brasil.html>
19. <http://statepiaps.jhsph.edu/wihs/index.htm> - agência de estudos sobre a mulher, EUA.
20. http://staugustine.com/stories/102100/sta_1021000002.shtml#.Vu3PXvkrJaU – Robert Ray, um dos três irmãos hemofílicos com aids, morre aos 22 anos (2000)
21. <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0001877/m0001877.asp> - transmissão do HIV em tratamento odontológico, do dentista para o paciente. Artigo de importância histórica, com adendos a partir de 1998.
22. <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/m0031670/M0031670.asp> - primeiro documento do CDC sobre prevenção ao HIV em transplantes – 1994.
23. http://writ.news.findlaw.com/commentary/20000925_allen.html - Emenda Helms contra gastos em materiais educativos em aids...
24. <http://www.actupny.org/> - Aids Coalition to Unleash Power
25. <http://www.ada.gov/> - information and technical assistance of the americans with disabilities act – divisão do Departamento de Justiça e Direitos Civis dos EUA. Luta contra o preconceito contra pessoas vivendo com HIV/Aids.
26. <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/enfermagem-deve-administrar-medicamento-para-sifilis>
27. <http://www.aidsquilt.org/> - aids memorial
28. <http://www.amfar.org/>
29. <http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3837/-1/linha-do-tempo-da-aids-do-primeiro-caso-aos-dias-atuais.html> - linha do tempo da aids.
30. <http://www.cbsnews.com/news/hemophiliac-aids-brother-dead/> – Robert Ray, um dos três irmãos hemofílicos com aids, morre aos 22 anos (2000)
31. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001409.htm> - primeiras diretrizes para profilaxia contra pneumocystis PCP para pessoas infectadas com HIV. 1989.
32. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001442.htm> - primeiros 100.000 casos de aids nos EUA – 18 agosto 1989.
33. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001556.htm> - manejo pós-exposição ao HIV com uso de AZT, 1990.
34. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00014845.htm> - recomendações para prevenir a transmissão do HIV e do vírus da Hepatite B para pacientes durante a exposição em procedimentos invasivos.
35. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00015088.htm> - Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Public Health Service Guidelines for Counseling and Antibody Testing to Prevent HIV Infection and AIDS. 14 de agosto, 1987 MMWR
36. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018023.htm> - aids nas empresas nos EUA, 1992
37. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm> - redefinição de casos de aids em dezembro de 1992.
38. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00022174.htm> - 1992 - Aids primeira causa de mortes entre homens de 25 a 44 anos nos EUA.
39. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00032271.htm> - recomendações para uso de AZT para redução da transmissão vertical, 1994.
40. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00033029.htm>

41. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00033122.htm>
42. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00039285.htm> - programa de troca de seringas, 1995
43. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5215a1.htm> - nova iniciativa na prevenção, 2003
44. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4813a1.htm> - nova definição de HIV em 1999.
45. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5514a1.htm> - revisão das recomendações para testagem em HIV em adolescentes, adultos e gestantes em 2006.
46. <http://www.cff.org.br> – conselho federal de farmácia do Brasil
47. <http://www.cfo.org.br> – conselho federal de odontologia do Brasil
48. <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/> - conselho federal de psicologia do Brasil
49. <http://www.fda.gov/> - US Food and Drug Administration
50. <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidance/Vaccines/UCM092165.pdf> - recomendações para desenvolvimento de vacinas para uso em populações pediátricas
51. <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM071173.pdf> - documento para a indústria sobre resistência aos medicamentos 2004-2007
52. <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/DeviceRegulationandGuidance/GuidanceDocuments/UCM107101.pdf> - guia para controle dos preservativos, FDA, 1998.
53. <http://www.fda.gov/ForPatients/Illness/HIVAIDS/History/ucm151074.htm#1989> – HIV/Aids – linha do tempo histórica, 1981 – 1990 – história das aprovações de medicamentos.
54. <http://www.fda.gov/ForPatients/Illness/HIVAIDS/History/ucm151081.htm> -comitê de drogas ARV eua – reunião em 2003.
55. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/PublicHealthNotifications/ucm062285.htm> - protocolo para quebra de tubos de vidro de laboratório, 1999.
56. <http://www.fda.gov/RegulatoryInformation/Guidances/ucm125278.htm> - dose-fixa terapia combinada a baixo custo – pepfar 2004
57. <http://www.g8.utoronto.ca/summit/2000okinawa/finalcom.htm> - documento do G8 pedindo redução de preços TARV, 2000.
58. <http://www.gmhc.org/> - Gay Men’s Health Crisis
59. <http://www.gnpplus.net/> - Global Network of People Living with HIV
60. <http://www.indicadores.gov.br>
61. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_protect/-protrav/ilo_aids/documents/publication/wcms_113783.pdf - aids no local de trabalho.
62. <http://www.nasonline.org/> - National Academy of Sciences
63. <http://www.nationalacademies.org/hmd/>
64. http://www.nenoticias.com.br/63824_5-de-junho-a-aids-esta-completando-30-anos-no-mundo.html - história da aids no Brasil, ênfase em Sergipe.
65. <http://www.niaid.nih.gov/about/organization/vrc/Pages/default.aspx> - criação do centro de vacinas nos EUA
66. <http://www.niaid.nih.gov/news/events/HVAD/Pages/span.aspx> - dia nacional da vacinação contra o HIV nos EUA, 18 de maio.
67. <http://www.nih.gov/> - National Institute of Health
68. <http://www.nlaad.org/> - dia da consciência latina em aids nos EUA
69. <http://www.oar.nih.gov/> - National Institutes of Health – Office of Aids Research – criado em 1988
70. http://www.oocities.org/elvis8377/The_Ray_Brothers_story.html - as histórias dos irmãos Ray na Flórida, anos 80 (1987)
71. <http://www.pasteur.fr/en> - Instituto Pasteur
72. <http://www.pedaids.org/> - Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation – 1988- mulher HIV+ com dois filhos HIV+ cria a atenção pediátrica nos EUA.
73. <http://www.pepfar.gov/>
74. <http://www.portalsinan.saude.gov.br/>
75. <http://www.rwjf.org/> - Robert Wood Johnson Foundation
76. <http://www.rwjf.org/en/library/grants/1990/02/aids-health-services-program.html> - Aids Health Services Program
77. http://www.sapab.org.br/sapab_aids_sobre/LinhaTempo.html - linha do tempo no site do Depto aids, história da aids no Brasil e no mundo, termina em 2005
78. [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/100/apresentacao-programa-nacional-de-controle-da-tuberculose-no-brasil-\[100-101209-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/100/apresentacao-programa-nacional-de-controle-da-tuberculose-no-brasil-[100-101209-SES-MT].pdf)
79. www.saude.sp.gov.br/resources/crt/gestor - Transmissão Vertical do HIV e Sífilis Congênita
80. <http://www.sfaf.org/> - San Francisco Aids Foundation
81. <http://www.sfhiv.org/> - imagem linda do HIV
82. <http://www.shanti.org/index.html> - Projeto Shanti
83. <http://www.surgeongeneral.gov/about/previous/biokoop.html>
84. <http://www.thebody.com/content/70640/visual-aids.html>
85. <http://www.thebody.com/content/70640/visual-aids.html> - site da Visual Aids, que criou o laço vermelho para aids

86. <http://www.un.org/ga/aids/docs/aress262.pdf> - declaração de compromisso das Nações Unidas, 2001, revisitada e atualizada em 2006.
87. <http://www.un.org/ga/aids/press.htm> - 1a sessão exclusiva sobre aids na Assembleia Geral das Nações Unidas, 2001.
88. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> - Declaração do Milênio ONU, 2000.
89. <http://www.un.org/millenniumgoals/> - metas de desenvolvimento do milênio, ano 2000.
90. http://www.uncares.org/UNAIDS2/common/docs/25YearsofAIDS_en.pdf
91. http://www.uncares.org/UNAIDS2/common/docs/25YearsofAIDS_en.pdf - documento da linha do tempo UNAIDS, 25 anos da doença no mundo
92. <http://www.who.int/3by5/en/> - 3 by 5, 2003
93. <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/> - dados sobre os Psicólogos do Brasil
94. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701> – dados sobre o SIM
95. <https://actgnetwork.org/> - Aids clinical trials group – hiv, tuberculose, hepatites virais – criado em 1988 nos EUA
96. <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/adultandadolescentgl04241998014.pdf> - primeiro livro americano com as diretrizes para ARV em adultos e adolescentes, 1998
97. <https://gcwa.unaids.org/> - coalisão global mulheres e aids, 2004
98. <https://stelladauer.wordpress.com/2006/11/27/artista-keith-haring/> - biografia do grafiteiro e artista americano Keith Haring com fotos dos trabalhos dele...
99. <https://www.aids.gov/federal-resources/national-hiv-aids-strategy/nhas-update.pdf> - National HIV/Aids Strategy for the United States: Updated to 2020. July 2015
100. <https://www.aids.gov/federal-resources/pacha/about-pacha/> - conselho da presidência da república/ EUA para aids, criado em 1995
101. <https://www.aids.gov/news-and-events/awareness-days/hiv-testing-day/> - dia nacional de testagem nos EUA
102. <https://www.aids.gov/news-and-events/awareness-days/world-aids-day/> - Dia Mundial da Aids
103. <https://www.congress.gov/105/plaws/publ369/PLAW-105publ369.pdf> - documento que cria o fundo para hemofílicos nos EUA em 1998
104. <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-114/pdf/STATUTE-114-Pg748.pdf> - Ano 2000, EUA, documento sobre aids e tb.
105. <https://www.poz.com/blog/25-years-ago-yesterd> - 29 de agosto de 2012 – 25 anos em que incendiaram a casa dos irmãos Ray.
106. https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm - declaração de Doha, 2001
107. [www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/ p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secretaria_38035.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57994/p_relatorio_penicilina_sifilis_congenita_secretaria_38035.pdf).
108. www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015original.htm
109. www.portasaude.saude.gov.br/index.php
110. www.saude.gov.br/tuberculose

3. Bibliografia – CABO VERDE

1. CABO VERDE. *Anuário Estatístico de Cabo Verde*. Instituto Nacional de Estatística, Cabo Verde, Novembro de 2015. 227p.
2. CABO VERDE. *Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva III (IDSR III)*, 2015. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Estatística. Praia, Cabo Verde; Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA, Junho de 2008.
3. CABO VERDE. *Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva II (IDSR II)*, 2005.
4. CABO VERDE. *Plano Estratégico Nacional de Luta Contra o VIH-SIDA II (2006-2010) (PEN II)*. Praia, Junho de 2006.
5. CABO VERDE. *Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015-2020*. República de Cabo Verde, Ministério da Saúde; UNICEF, 2015.
6. CABO VERDE. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016*. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde, 2012.
7. CABO VERDE. *Política Nacional de Saúde. Reformar para uma melhor saúde*. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde. Praia, 2007.
8. CABO VERDE. *Rapport de Progrès de la riposte VIH / SIDA Cabo Verde – 2015 (GARPR 2015)*. República de Cabo Verde. Comité de Coordenação do Combate a Sida. Secretariado Executivo. 2015.
9. CABO VERDE. *Rapport de Progrès de la riposte VIH / SIDA Cabo Verde – 2014*. República de Cabo Verde. Comité de Coordenação do Combate a Sida. Secretariado Executivo. 2014.
10. CABO VERDE. *Relatório Estatístico 2011* – República de Cabo Verde. Ministério da Saude. Praia, Dezembro de 2012.

11. CABO VERDE. *Relatório Estatístico 2010 – Ministério da Saúde de Cabo Verde*. Praia, Dezembro de 2012. República de Cabo Verde. Ministério da Saúde, 2012.
12. CABO VERDE. *Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Cabo Verde 2015 (Dados referentes a 2014)*. Praia, 18 de julho de 2015. Direcção Nacional de Planeamento. Ministério de Finanças e do Planeamento, 2015.
13. CCS-SIDA. *Etude sócio-comportamental et de séroprévalence VIH en travailleurs de sexe*. Ministério da Saúde. Praia: 2013.
14. CCS-SIDA *Etude sócio-comportamental et de séroprévalence VIH en Usagers de drogues*. Ministério da Saúde. Praia: 2013.
15. CCS-SIDA *Etude sócio-comportamental et de séroprévalence VIH en hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes*. Ministério da Saúde. Praia: 2013.
16. CPLP. *Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa*. CPLP: Lisboa, 2010.
17. LIMA, HMM. *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
18. LIMA, HMM. *Prevenção às DST/aids entre jovens universitários de São Paulo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, 2000.
19. OMS. *Actividades da OMS na Região Africana 2015-2016. Relatório da Directora Regional*. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a África, 2016.
20. UNAIDS, 2015 – *Narrative Report*. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CPV_narrative_report_2015.pdf
21. WHO. *Cabo Verde: WHO statistical profile*. World Health Organization, 2012.
22. WHO. *Cabo Verde. Factsheets on Health Statistics 2014*. World Health Organization, Regional Office for Africa, 2014.

Links:

- <http://www.who.int/profiles_information/index.php/cape_verde:hiv>
 <<http://aidsinfo.unaids.org/>>
 <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cv.html>>

4. Bibliografia – GUINÉ BISSAU

1. CPLP - *Relatório – VIH em Países de Língua Portuguesa*. Atualização em 2015. CPLP, CD rom.
2. GUINÉ BISSAU – *Documento de Estratégia nacional de Redução da Pobreza*. Relatório do FMI, 2011.
3. GUINÉ BISSAU - *Inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao VIH/SIDA. Relatório Final*. República da Guiné Bissau. Ministério da Saúde Pública. Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA). Agosto de 2010. 34p.
4. GUINÉ BISSAU. *Relatório Anual de Actividades de Implementação do PTA/2014 UNICEF-SNLS*. Março de 2015.
5. GUINÉ BISSAU. *Narrative report 2015. Rapport D'Activité National*. Guiné-Bissau. Abril 15,2015.
6. GUINÉ BISSAU. *Relatório Final – Estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Saúde Reprodutiva e VIH/Sida*. Secretariado Nacional de Luta contra Sida (SNLS). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP). Bissau, 2014. 37 p.
7. GUINÉ-BISSAU. *5º Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS-5) de Guiné-Bissau*. Ministério da Economia e Finanças. Direcção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística. 2014. 22p.
8. GUINÉ-BISSAU. *Note Conceptuelle – Investir pour obtenir un impact contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme*. Le Fonds Mondial. Janvier, 2014. 52p.
9. GUINÉ-BISSAU. *Plan de Suivi Evaluation. Plan Stratégique Nacional 2015-2020*. República da Guiné Bissau. Conselho Nacional de Luta Contra Sida. 2015. 50p.
10. GUINÉ-BISSAU. *Plan Stratégique Nacional révisé de la riposte au sida 2015-2020*. República da Guiné Bissau. Conselho Nacional de Luta contra Sida. Secretariado Nacional de Luta contra sida. 2015.

11. GUINÉ-BISSAU. *Plano de Eliminação da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho 2012-2016*. República da Guiné Bissau. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde. 2012.
12. LIMA, Helena Maria Medeiros – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
13. MISAU. *Gap Programmatiques Guiné-Bissau Final*. Paper, 09 09 2015.
14. MISAU. *Rapport d'activité nationale. Guinée-Bissau. April 2015*. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Luta contra Sida. 24p.
15. SANE, Suado - *Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG "Associação Céu e Terras", Guiné-Bissau, 2007-2011*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2014.
16. UNGASS Country Progress Report, 2010.

Links:

- <http://sibila.com.br/mapa-da-lingua/a-poesia-de-guine-bissau/2734>.
- <http://sibila.com.br/mapa-da-lingua/a-poesia-de-guine-bissau/2734>.
- <http://www.bandeiras-nacionais.com/bandeira-guine-bissau.html>
- http://www.gov.gw/images/guinebissau/mapa-guine-bissau_peg.jpg.
- http://www.gov.gw/index.php?option=com_content&view=article&id=393&Itemid=1804&lang=pt
- <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/pt.html>
- <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/pt.html>.
- www.cia.gov

5. Bibliografia – GUINÉ EQUATORIAL

1. GUINÉ EQUATORIAL. CCA_2011. *Balance Común de Pais (Common Country Assessment)*. República de Guinea Ecuatorial e ONU, Novembro de 2011.
2. GUINÉ EQUATORIAL. *Encuesta de indicadores multiples (MICS 2000): Informe final*. Ministerio de Planificación y Desarrollo Económico y UNICEF, 2001.
3. GUINÉ EQUATORIAL. *Encuesta Demografica y de Salud de Guinea Ecuatorial (EDSGE-I). Demographic and Health Surveys*. República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MSBS), Ministerio de Economia, Planificación, e Inversiones Públicas (MEPIP), ICF International. Guinea Ecuatorial y Calverton, Maryland, USA: MSBS, MEPIP e ICF, 2012.
4. GUINÉ EQUATORIAL. *Guinea Ecuatorial 2020. Agenda para la Diversificación de las Fuentes del Crecimiento*. Ministerio de Planificación, Desarrollo Económico e Inversiones Públicas (2007).
5. GUINÉ EQUATORIAL. *Guinea Ecuatorial Guinea - National Composite Policy Index 2010*. Disponível em <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/file%2C70192%2Ces..pdf>
6. GUINÉ EQUATORIAL. *Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados em la Lucha contra el VIH/SIDA Guinea Ecuatorial. Indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/Sida*. Enero – Diciembre 2013. Republica de Guinea Equatorial - Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. ONUSIDA – OMS -Unicef, 2014.
7. GUINÉ EQUATORIAL. *II Informe Nacional Sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2009 – Un mundo mejor para todos. El cumplimiento de los ODM con enfoque hacia el horizonte 2020*. República de Guinea Ecuatorial. Sistema de las Naciones Unidas, 2010. 78p.
8. GUINÉ EQUATORIAL. *Segunda Conferência Internacional sobre Nutrición (CIN2)*. Roma, 19-21 de Noviembre 2014. República de Guinea Ecuatorial. Ministério de Agricultura y Bosques. Malabo: Ministério de Agricultura, 2014.
9. GUINÉ EQUATORIAL e ONU. *Marco de Asistencia para el Desarrollo del Sistema de Naciones Unidas de Guinea Ecuatorial 2013-2017*. Malabo, 04 de Mayo del 2012. 37p.

10. KARIBWAMI, Alain Désiré – *Evaluation de la Stratégie de Prevention de la transmission du VIH de la mere a l'enfant en Guinée Équatoriale. Rapport final*. UNICEF, 2008. 49p.
11. LIMA, Helena Maria Medeiros – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
12. MANGUE, Santiago Bivini e GUZMÁN, José Luis – *Necesidades Educativas Especiales en Guinea Ecuatorial*. Programa de Desarrollo Educativo de Guinea Ecuatorial (PRODEGE). Ministerio de Educación y Ciencias (MEC); Ministerio de Minas, Industria y Energía; Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Malabo: MEC, 2011.
13. ROCE, Juan Gómez de Tojeiro – *Apoyo a la implementación de un pla estratégico de salud mental en Guinea Ecuatorial. "Antiguos Profesionales del área por el mundo"*. Barcelona, 2009. Paper
14. UNAIDS. *Marco Estratégico Multisectorial De Lucha Contra El Vih/Sida/Its 2008-2012*. Organización Mundial de la Salud en Guinea Ecuatorial, República de Guinea (2008).
15. WHO. *Country Cooperation Strategy at a glance*. Equatorial Guinea. WHO/CCU/15.03. Ginebra: WHO, 2015.
16. WHO. *ENT Profiles de países, 2014*.
17. WHO. *Equatorial Guinea: WHO statistical profile. Country statistics and global health estimates*. Geneva: WHO, 2015. (http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)
18. WHO. *Estimates of TB and MDR-TB burden*. Geneva, 2016. Disponível em www.who.int/tb/data.
19. WHO. *Estrategia de Cooperación – resumen*. WHO/CCU/15.03/Guinea Ecuatorial. Geneva: WHO, Revisión: Mayo de 2015.
20. WHO. *GNQ Narrative Report, 2014*. Geneva: WHO, 2014.
21. WHO. *Relatório Mundial da Saúde 2005 – Para que todas as mães e crianças contem*. Geneva: WHO, 2005. 20p.
22. WHO. *Stratégie de Coopération de L'OMS avec les pays 2008- 2013 – Guinée Équatoriale*. Geneva: WHO, 2009.
23. WHO. *WHO Presence in Countries, Territories and areas – 2015 report*. Geneva, 2015. 118p.

Links:

1. https://www.academia.edu/3795205/Necesidades_educativas_especiales_en_Guinea_Ecuatorial?auto=download
2. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/137168/1/ccsbrief_gnq_en.pdf
3. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/137173/1/ccs_gnq.pdf
4. <http://www.who.int/iris/bitstream/10665/171063/1/LAYOUT-FINAL-10-04-2015-WEB.PDF?ua=1&ua=1>
5. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/171388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf?ua=1
6. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/137168/1/ccsbrief_gnq_en.pdf
7. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/137173/1/ccs_gnq.pdf
8. <http://www.who.int/iris/bitstream/10665/171063/1/LAYOUT-FINAL-10-04-2015-WEB.PDF?ua=1&ua=1>
9. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/171388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf?ua=1
10. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/137168/1/ccsbrief_gnq_en.pdf
11. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/137173/1/ccs_gnq.pdf
12. <http://www.who.int/iris/bitstream/10665/171063/1/LAYOUT-FINAL-10-04-2015-WEB.PDF?ua=1&ua=1>
13. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/171388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf?ua=1
14. <https://www.cia.gov/www.unicef.gov/www.who.int/www.indexmundi.com>
15. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world>
16. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ek.html>
17. <http://data.unicef.org/resources/children-aids-2015-statistical-update-2/>
18. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/HF51/HF51.pdf>
19. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GQ&LAN=EN&outtype=pdf
20. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GQ&outtype=html&LAN=ES
21. http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/icn2/media/statements/doc/201114_Equatorial_Guinea.pdf

20. <http://gequatorial.org.br/geografia.html>
21. <http://gequatorial.org.br/historia.html>
22. http://www.gg.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/ourwork/hiv_aids/successstories/guinea-ecuatorial--retomando-confianza-en-la-vida-con-el-acceso-.html
23. <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/ficha-pais/5218-republica-da-guine-equatorial>
24. http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Equatorial%20Guinea/Equatorial%20Guinea_ODM_2009.pdf
25. <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/equatorialguinea>
26. <http://www.unicef.es/infancia/proyectos-desarrollo-cooperacion/prevencion-del-vih-sida-entre-jovenes-y-poblacion-vulnerabl>
27. http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/gnq_ref.pdf?ua=1
28. https://www.unicef.org/about/execboard/files/GNQ_UNDAF_2013-2017_Version_Final_04_de_Mayo_2012.pdf

5. Bibliografia – MOÇAMBIQUE

1. ABUDOU, Munira. *Ponto de Situação da Prevenção de Transmissão Vertical – PTV* – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança/ PTV - Reunião Nacional de PTV. Paper, 09.02.2015. 18p.
2. CPLP. *Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa*. CD-ROM, p.53-64. 2010.
3. LIMA, Helena Maria Medeiros – *Adesão ao Tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
4. MOÇAMBIQUE. *Diagnóstico Precoce Infantil do HIV em Moçambique. Relatório. Janeiro, 2009 – Dezembro, 2011*. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, de Moçambique, UNICEF Moçambique e Clinton Health Access Initiative, Moçambique. 13p.
5. MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 2016.
6. MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 31 March, 2014.
7. MOÇAMBIQUE. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Assistência Médica. Maputo, 2014.
8. MOÇAMBIQUE. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Criança, Adolescente e Grávida, 2013*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Assistência Médica. Maputo, 2013.
9. MOÇAMBIQUE. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente e Grávida. Versão Final, 2009/2010*. República de Moçambique, Ministério da Saúde. Direcção Geral de Assistência Médica, 2010. 163p.
10. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Integrado Biológico e Comportamental em Pessoas que Injectam Drogas (PID)*. Maputo: MISAU, Instituto Nacional de Saúde; 2015.
11. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Demográfico e de Saúde – Moçambique – 2011 – Relatório Preliminar*. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE E ICFI. Março, 2012. 38p.
12. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Demográfico e de Saúde – Moçambique – 2011*. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE E ICFI. Março, 2013. 430p.
13. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA 2009) em Moçambique*. Relatório Final 2009. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde. Maputo, Moçambique. ICF Macro Calverton, MD, EUA: Novembro de 2010. 333p.
14. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. 2010. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.
15. MOÇAMBIQUE. *Inquérito sobre Indicadores Múltiplos 2008*. Instituto Nacional de Estatística. Maputo, 2008. 70p.
16. MOÇAMBIQUE. *Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA – Moçambique, 2013 – 2015. Uma geração livre de SIDA está ao nosso alcance*. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Maputo, 2013. 57p.

17. MOÇAMBIQUE. *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA – PEN III (2010-2014). Relatório de Avaliação*. República de Moçambique – Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS) – Secretariado Executivo. Maputo, 19 de Setembro, 2014. 143p.
18. MOÇAMBIQUE. *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012 – 2015 – PTV – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Maputo, 2012. 30p.
19. MOÇAMBIQUE. *Prevenção da Transmissão Vertical do HIV - Manual de Bolso*. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde. República de Moçambique. Setembro, 2014.
20. MOÇAMBIQUE. *Relatório Anual 2014 – Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA* —Moçambique. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Serviço Nacional de Saúde. Março de 2015. 67p.
21. MOÇAMBIQUE. *Relatório Anual de Progresso das Actividades de Combate ao HIV e SIDA – 2013*. República de Moçambique – Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA – Secretariado Executivo. Maputo, 2013. 50p.
22. MOÇAMBIQUE. *Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV e Sífilis em Moçambique, 2011*. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, Outubro de 2013.
23. UNICEF. *Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) – 2008 – Moçambique*. Instituto Nacional de Estatística, 2009. Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Difusão da Direcção de Coordenação, Integração e Relações Externas do INE (DICRE). 70p.
24. WHO. *Estimates of TB and MDR-TB burden. Mozambique – Tuberculosis*. Geneva, 2016.
25. WHO. *MOZAMBIQUE - Factsheets of Health Statistics 2016 – African Health Observatory*. Geneva, 2015. 5p.
26. WHO. *Mozambique: WHO statistical profile*. Geneva, 2015.

Links

1. [http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-MOZ - Statistics_summary_\(2002 - present\)](http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-MOZ - Statistics_summary_(2002 - present) - dados estatísticos para tabela-síntese) – dados estatísticos para tabela-síntese.
2. <http://apps.who.int/gho/data/node.imr#ndx-5>
3. http://pt.123rf.com/photo_30823348_mo%C3%A7ambique-mapa-pol%C3%ADtico-com-o-capital-maputo-com-as-fronteiras-nacionais,-as-cidades-mais-importantes.html - ID da imagem :30823348/ Tipo da Imagem : Ilustração/ Direitos autorais : [Peter Hermes Furian](#).
4. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3134&Itemid=287
5. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3134&Itemid=2874, acesso em fevereiro de 2016.
6. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3134&Itemid=28
7. http://www.who.int/profiles_information/images/c/c8/Mozambique-Statistical_Factsheet.pdf: dados estatísticos em saúde, progressos nas metas do milénio, sistema de saúde
8. http://www.citt.gov.mz/?page_id=16, acesso em outubro de 2016.
9. http://www.indexmundi.com/pt/mocambique/leitos_hospitalares_per_capita.html
10. <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Simbolos-Oficiais/A-Bandeira-Nacional>
11. <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Imprensa/Simbolos-Oficiais/O-Emblema-de-Mocambique>
12. <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Populacao>. Acesso em outubro de 2016.
13. <http://www.who.int/gho/countries/moz.pdf?ua=1> - Estatísticas de saúde 2012-2013 WHO.
14. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MZ&outtype=html, acesso em outubro de 2016.
15. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MZ&outtype=html
16. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=MZ&outtype=html. Acesso em 09 de outubro, 2016.
17. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/mz.html>
18. www.cia.gov
19. www.itamaraty.gov.br, acesso em agosto de 2015, fevereiro de 2016.
20. www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Informacao-Geral. Acesso em fevereiro de 2016.
21. www.who.int/gho/countries/moz.pdf?ua=1 – Mozambique: WHO statistical profile
22. www.who.int/tb/data.

6. Bibliografia - PORTUGAL

1. ALCORN, Keith. **Can Europe reach the 90-90-90 target for HIV treatment by 2020?** Eastern Europe unlikely to reach 90-90-90 target by 2020. 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS). Barcelona, 2015.
2. AMARO, Fausto; FRAZÃO, C.; PEREIRA, E.; e CUNHA-TELES, L. - **HIV/AIDS Risk Perception, Attitudes and Sexual Behavior in Portugal.** International Journal of STD /AIDS. Sage Publications. 2004. 15.
3. CAIRNS, Gus - **When will Europe get PrEP?** 15th European AIDS Conference has been made possible thanks to support from the European AIDS Clinical Society (EACS), Bristol-Myers Squibb, Gilead, Merck & Co., Inc., and ViiV Healthcare. Barcelona, 2015.
4. COATES, Thomas; RICHTER, Linda; e CACERES, Carlos - **Behavioral strategies to reduce HIV transmission: How to make them work better.** Lancet. Elsevier. 372 (9639). 2008.[consulta em 5 novembro de 2016]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60886-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60886-7).
5. CORTES Martins, H.; KISLAYA, I.; NUNES, B. **Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa face ao VIH – PNI VIH/SIDA - Evolução temporal da idade à data de diagnóstico de infeção VIH/SIDA em Portugal: 1983-2012.** Observações_Boletim Epidemiológico, INSA, Lisboa.
6. CORTES MARTINS, Helena - **Casos de Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana diagnosticados em Portugal em jovens dos 15 aos 24 anos, 1983-2012.** Observações. Boletim Epidemiológico. Lisboa: INSA. 2014. ISSN: 0874-2928 2182-8873.
7. CPLP/UNAIDS - **Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados.** Coordenação da Publicação ONUSIDA-Brasil. 2010.
8. DUQUE, Vítor - **Subtipos Circulantes e Fenómenos de Resistência Genotípica na Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana Tipo 1.S/edição.** Coimbra. Edição do autor, 2006.
9. ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - **Evidence brief: HIV prevention in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015c.
10. ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control - **HIV testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union.** Stockholm: ECDC; 2010. ISBN 978-92-9193-224-5.
11. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - **Evidence brief: HIV and treatment. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015b.
12. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control - **Thematic report: Migrants. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015a. ISBN 978-92-9193-654-0. doi 10.2900/628779.
13. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control. **Evidence brief: HIV and men who have sex with men – Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2014 progress report.** Stockholm: ECDC; 2015d. ISBN 978-92-9193-668-7. Doi 10.2900/414056.
14. ECDC- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe - **HIV/AIDS surveillance in Europe 2013.** Stockholm: ECDC; 2014. ISBN 978-92-9193-608-3. ISSN 2363-3085. doi 10.2900/42271.
15. EUROBAROMÈTRE SPÉCIAL - Le Sida. Bruxelles: Commission Européenne, 2006. European Commission. **Commission Staff Working Document - Action Plan on HIV/AIDS in the EU and neighboring countries: 2014-2016.** 2014. SWD (2014) 106 final. Bruxelles, 2014.
16. FRIEDEN, Thomas - **Commemorating 30 Years of HIV/AIDS.** Media Statement. CDC, 2 June, 2011.
17. KALICHMAN, Seth - **Time to take stock in HIV/AIDS prevention.** AIDS Behaviors. New York: Springer. 2008/Vol.12. 2008, p.333-334.
18. KARIM, Abdool e KARIM, Quarraisha - **Antiretroviral prophylaxis: A defining moment in HIV control.** Lancet. London: Elsevier. 2011/Vol.378 (9809), 2011, p.23-32.
19. KURTH, Ann; CELUM, Connie; BAETEN, Jared; VERMUND, Sten; e WASSERHEIT, Judith. - **Combination HIV prevention: Significance, challenges, and opportunities.** Current HIV/AIDS Reports Journal. New York: Springer, 2011/Vol.8:1(2011), p. 62-72.

20. LIMA, Helena Maria Medeiros. **Prevenção às DST e aids entre jovens universitários de São Paulo**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2000.
21. LIMA, Helena Maria Medeiros. **Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas em São Paulo/ Brasil**. Curitiba, CRV Editora: 2010.
22. LUCAS, João - **Os Portugueses e a Sida: inquérito nacional sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos associados à sida**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.1987/Vol.5: 3-4 (1987), p. 89-100.
23. LUNDGREN, Jens - **Antiviral therapy – thinking ahead: implications of the DAD and START studies**. 15th European AIDS Conference and 17th International Workshop on Co-morbidities and Adverse Drug Reactions in HIV. Barcelona, 2015.
24. MANSERGH, Gordon; KOBLIN, Beryl; e SULLIVAN, Patrick - **Challenges for HIV pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men in the United States**. PLOS Medicine. San Francisco: Public Library of Science. 2012/Vol.9:8 (2012).
25. MARLATT, Allan. *Redução de Danos*. SP: Martins Fontes ed., 1998.
26. MARZEC-BOGUSLAWSKA, Anna - **VIH/SIDA: Os dez anos da Declaração de Dublin não constituem um momento para nos congratularmos, mas sim para refletirmos**. Boletim informativo Saúde-UE 141, 2014. DOI:<http://ec.europa.eu/health/newsletter/141/focus_newsletter_pt.htm> acesso em 15/12/2016.
27. MATOS, Margarida; e equipa do Projeto Aventura Social & Saúde - **A Saúde dos Adolescentes portugueses (quatro anos depois)**. Lisboa: Edições FMH. 2006. ISBN:978-989-95849-5-2.
28. OLIVEIRA, Aliete - **Preservativo, Sida e Saúde Pública – factores que condicionam a adesão aos mecanismos de prevenção do VIH/sida**. Col. Ciências e Culturas, Nº 10. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. ISBN: 978-989-8074-62-1.2008.
29. PÁDUA, Elizabeth, LAMEIDA, Catarina, ÁGUA-DOCE, Ivone, CORTES MARTINS, Helena - **Evolução de casos de transmissão VIH-1 da mãe ao filho em Portugal** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP XI Congresso Nacional de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica & IX Congresso Nacional sobre SIDA, 12-15 dezembro 2012. DOI <<<http://hdl.handle.net/10400.18/1559>>>.
30. PONTE, Cristina - **A cobertura de epidemias na imprensa portuguesa. O caso da Sida**. Actas dos III Sopcom, IV Lusocom e II Ibérico, Covilhã, Universidade da Beira Interior. Vol. IV, 2005, p. 53-60. ISBN – 972-8790-39-2.
31. PORTUGAL. **A Direcção-Geral Da Saúde: Notas Históricas – VIEGAS, Valentino (org)**. FRADA, João, MIGUEL, José Pereira. LISBOA, 2006. Paper. 48p.
32. PORTUGAL. **A Saúde dos Portugueses – Perspectiva 2015**. DGS, julho de 2015.
33. PORTUGAL. **Centros de Saúde e Unidades Hospitalares Recursos e Produção 2012**. DSIA/DESM 2 Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Informação e Análise/ Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização. Lisboa, DGS: 2012. ISSN 2183-6043
34. PORTUGAL. **CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis Infecção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2011**. Doc. 143. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde, 2012. ISBN: 978-972-8643-68-3. ISSN: 0872-4334.
35. PORTUGAL. **Doenças de Declaração Obrigatória 2012-2015 VOLUME I – Portugal**. Direcção-Geral da Saúde Direcção de Serviços de Informação e Análise Divisão de Epidemiologia e Vigilância. Lisboa, 2012.
36. PORTUGAL. **Elementos Estatísticos de Saúde 2011/2012**. Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização - Direcção de Serviços de Informação e Análise. Direcção-Geral da Saúde, 2011-2012. Governo de Portugal. Ministério da Saúde. 138p
37. PORTUGAL. **Estudo com Homens que têm Sexo com Homens, Relatório Comunitário HSH, PREVIH, 2011 e Estudo com Trabalhadores do Sexo, Relatório Comunitário HSH, PREVIH, 2011**. GDH – ACSS/DGS base de dados do ano 2014, consultada em 2015. INSA/DDI-URVE (31.08.2015)
38. PORTUGAL. **Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010**. Ministério da Saúde - WHO. Lisboa: DGS. 2010.

39. PORTUGAL. **Infeção VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015**. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA - Governo de Portugal, Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde Direção de Serviços de Informação e Análise. ISSN: 2183-0754. Lisboa, novembro de 2015.
40. PORTUGAL. **Inquéritos aos Hospitais – Inquérito aos Centros de Saúde**. Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização - Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção-Geral da Saúde. Governo de Portugal. Ministério da Saúde. Lisboa, 2016. 138p
41. PORTUGAL. **Orientações Programáticas**. DGS – Direção-Geral da Saúde - Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. Ministério da Saúde. Lisboa, 2012a.
42. PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos, vol. I – Prioridades**. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS. 2004. ISBN Coleção: 972-675-108-X.
43. PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - 6. Indicadores e Metas em Saúde (Janeiro 2012)**. – DGS – Direção Geral da Saúde, Lisboa, 2012.
44. PORTUGAL. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infeção VIH/sida 2007-2010: um compromisso com o futuro**. Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida. Lisboa. Ministério da Saúde. 2007. ISBN 978-972-8478-18-6.
45. PORTUGAL. **Recomendações Portuguesas para o tratamento da infeção por VIH-1 e VIH-2. Versão 1.0**. DGS – Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2015.
46. PORTUGAL. **Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infeção por VIH-1 e VIH-2**. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. . DGS – Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2012b.
47. PORTUGAL. **Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH (RNHR VIH)**. Ministério da Saúde. Lisboa, 2015.
48. PORTUGAL. **Relatório Anual do Programa Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão – PNVIH/SIDA e ANF**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, 2011.
49. PORTUGAL. **Relatório dos registos das interrupções da gravidez dados de 2015**. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS, 2016.
50. PORTUGAL. **Saúde Mental em Números – 2015**. Programa Nacional para a Saúde Mental – DGS – Direção Geral da Saúde, Lisboa – março 2016. ISSN: 2183-1505
51. PORTUGAL. **Vigilância Laboratorial da Tuberculose em Portugal : relatório 2012**. *Coleção: Relatórios científicos e técnicos*. Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) ISBN: 978-972-8643-85-0. Lisboa, dezembro de 2013.
52. ROTHERHAM - BORUS, Mary; SWENDEMAN, Dallas; e CHOVNICK, Gary – **The past, present and future of HIV prevention: Integrating behavioral, biomedical, and structural intervention strategies for the next generation of HIV prevention**. Annual Review of Clinical Psychology. Los Angeles: Annual Reviews. 2009/Vol.5. (2009),p.143-167.
53. TORRE, Carla; LUCAS, Raquel; e BARROS, Henrique - **Syringe exchange in community pharmacies – the Portuguese experience**. *International Journal of Drug Policy*. London: Elsevier. 2010/ Vol. 21.2010, p.514-517.
54. United Nations General Assembly - Special Session on HIV/AIDS, (March, 2009a), [Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting](#). Genève, WHO.
55. VICÊNCIO, Paula e PINTO, Cátia Sousa. **SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – Sífilis e Sífilis congênita em Portugal**. DGS, Direção nacional da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Vigilância, apresentação realizada em abril de 2016, Lisboa.
56. WHO (Nov.2009b) [HIV and Infant Feeding, Revised Principles and Recommendations – Rapid Advice](#), Genève, WHO.
57. WHO (March 2008), [HIV transmission through breastfeeding: a review of available evidence - 2007 update](#), Genève, WHO.
58. WHO CONSENSUS STATEMENT(Oct. 2006), [HIV and Infant Feeding Technical Consultation- Held on behalf of the Inter-agency Task Team \(IATT\) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants](#), Genève, WHO, 25-27.
59. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA, (2003) [HIV and Infant Feeding, Guidelines for decision-makers](#), Genève, WHO.

LINKS:

- ✚ <http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/hiv-aids-surveillance-europe-2015.pdf>
- ✚ http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/PRT_narrative_report_2014.pdf
- ✚ <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>
- ✚ <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-instituicao.aspx>
- ✚ <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-instituicao.aspx>
- ✚ <http://www.dgs.pt/publicacoes/estatisticas-da-saude.aspx>
- ✚ <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Annual-HIV-Surveillance-Report.pdf>
- ✚ <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/aleitamento-materno/rede-de-cantinhos-da-amamentacao/paginas-intermedias/aleitamento-materno--rede-de-cantinhos-da-amamentacao.aspx>
- ✚ <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/po.html#cntryLocatorModal>
- ✚ <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/po.html#cntryLocatorModal>
- ✚ http://www.unicef.org/infobycountry/portugal_statistics.html#116
- ✚ www.pordata.pt
- ✚ <http://www.dgs.pt/publicacoes/estatisticas-da-saude.aspx>
- ✚ www.cia.gov/worldfactbook

8. Bibliografia – SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

1. CPLP. Epidemia de VIH e sida em Países de Língua Portuguesa. CPLP , 2010.
2. LIMA, Helena Maria Medeiros Lima. *Adesão ao Tratamento de HIV/aids entre pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba, CRV Editora, 2010.
3. SÃO TOME AND PRINCIPE. *Multiple Indicator Cluster Survey 2014 (MICS_2014). Final Report*. National Institute of Statistics (INE), National Centre for Endemic Diseases (CNE), UNDP/ Global Fund Project, United Nations Childre’s Fund (UNICEF) and Government of the Democratic Republic of São Tome and Principe. São Tome and Principe, 2016. 444p.
4. SÃO TOME E PRÍNCIPE. *Relatório Anual das Actividades de Luta contra VIH/SIDA, 2014*. Unidade de Seguimento e Avaliação/Centro Nacional de Endemias. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Centro Nacional de Endemias. Programa Nacional de Luta contra SIDA. Abri de 2014, 50p.
5. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Relatório do Estudo Sentinela 2013. São Tomé e Príncipe*. Agosto-2014. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Centro Nacional de Endemias. Programa Nacional de Luta contra SIDA. UNDP; UNICEF; UNFPA. Abri de 2014, 40p.
6. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Saúde Para Todos. 25 anos ao serviço de São Tomé e Príncipe*. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF). Dezembro, 2014.
7. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Planilha – Actualização 2016 Programa Nacional de VIH/SIDA*. Paper, enviado em fevereiro de 2016.

LINKS:

1. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-STP>
2. http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=718019
3. <http://eportuguese.blogspot.com.br/2014/02/a-saude-em-sao-tome-e-principe.html>
4. http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/STP_narrative_report_2014.pdf GARPR 2014
5. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries.aspx/Home.aspx>
6. http://www.cenalusofona.pt/cenaberta_old/floripenesnegra.htm
7. <http://www.dw.com/pt-002/progressos-na-sa%C3%BAde-aproximam-s%C3%A3o-tom%C3%A9-e-pr%C3%ADncipe-dos-objetivos-do-mil%C3%A9nio/a-18494166>
8. http://www.imvf.org/ficheiros/file/saude_para_todos_-_25_anos_ao_servico_de_sao_tome_e_principe.pdf
9. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tp.html>

VII. LISTA DOS PARTICIPANTES, CARGOS E RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES – VISITAS DE CAMPO

1. Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo em Angola

Dia 1	Nome	Cargo	Instituição
	Maria Lúcia Furtado	Diretora	INLS – MINSA
	Graça Elizabeth Daniel Manuel	Chefe de Departamento	INLS
	Cláudia Barros Bernardi	Assessora Técnica	INLS
	Maria do Rosário Marques	Estagiária	INLS
	Maria Ângela C. Francisco	Responsável PTV	INLS
	Thiago Rodrigues da Costa	Assessor	INLS
Dia 2	Ana Generosa Hungulo	Diretora	Centro de Saúde Viana I
	Suzete de Morais Dantarrico	Conselheira	Centro de Saúde Viana I
	Henda Aline R. Vasconcelos	Diretora	Departamento Nacional de Saúde Reprodutiva
	Raimundo C. Cerce	Assessor	Departamento Nacional de Saúde Reprodutiva
	Maria Alice Satto	Vigilância Epidemiológica	INLS
Dia 3	Eurídice Chaegalato	Diretora	Hospital e Maternidade Lucrecia Paim
	Maria da Conceição Sango	Enfermeira	Hospital e Maternidade Lucrecia Paim
	Marques Gomes	Chefe Vigilância	INLS

2. Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo no Brasil

A) Campo Brasília - 23 a 26 de fevereiro de 2015

Nome	Instituição - Cargo
Adele Benzaken	DIAHV - Diretora (à época, Vice-Diretora)
Alexsana Tresse	DIAHV - CIE
Daniela Cerqueira Batista Moura	DIAHV - CAT
Denise Arakaki	Diretora Programa Nacional de Tuberculose - à época, diretora - Hospital-Dia em Brasília
Eduardo Malheiros Ferreira	Coordenador de Logística do DIAHV
Fábio Caldas de Mesquita	OMS (2017) À época, Diretor do DIAHV
Fábio da Silva Sartori	DIAHV - ACI
Fernanda Dockhorn	Hospital - Dia Brasília
Gerson Fernandes	DIAHV - CIE
Isaac Barbosa Vergne	MS - AISA
João Paulo Toledo	DIAHV - CAT
José Boulosa Alonso Neto	Hospital- Dia Brasília
Josi Paz	DIAHV - ACI
Juliana Givisiez	DIAHV - ACI
Leidijiany Costa	Hospital - Dia Brasília
Luclia nagata	Hospital Materno-Infantil de Brasília (HMI)
Luís Henrique R. Sousa	Hospital - Dia Brasília
Marcelo Freitas	DIAHV - à época Coordenador CAT, atual Vice-Diretor
Márcia Caldas	Hospital-Dia Brasília
Maria Fernanda Navarro	Hospital-Dia Brasília
Mauro Figueiredo	DIAHV - ACI
Mayara Zenni	DIAHV - CAT
Rosally Costa	Reprodução Assistida do Hospital Materno-Infantil de Brasília

B) Campo Recife - 2 a 5 de Maio de 2015

Nome	Instituição - Cargo
Alberto Enildo O. M. Silva	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Coordenador
François Figueiroa	Secretaria de Estado da Saúde - PE Coordenador do Programa Estadual de DST/Aids
Gerlane Alves P. da Silva	Medicina Integral Professor Fernando Figueira - Centro de Atenção à Mulher (CAM) e Saúde da Criança - IMIP - Médica
Grazielle Vasconcelos	Secretaria de Estado da Saúde - PE Programa Estadual de DST/Aids
Helenice V. Antunes Maciel	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros CISAM/ UPE - Enfermeira
Josineide de Menezes Silva	GESTOS: Soropositividade, Comunicação e Gênero - Coordenadora de Programas
Maria Goretti de Godoy Sousa	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Sanitarista
Natanaelson Gomes Júnior	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Aconselhador
Natatia Gonçalves Menezes Barros	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Gerente de Vigilância Epidemiológica
Rafaela de Sá	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV
Valéria Menezes	Secretaria Municipal de Saúde - Recife/PE Programa Municipal de DST/Aids/HV - Enfermeira

C) Campo Curitiba - 3 a 7 de julho de 2015

Nome	Instituição - Cargo
Dulcimary Dias Bittencourt	Hospital das Clínicas - Curitiba
Edson Gomes Tristão	Hospital das Clínicas - Curitiba
Everson Ribeiro de Lima	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Enfermeiro - Programa Mãe Curitibana
Juliane Cardoso Villela	Secretaria Municipal de Saúde - Coordenadora COA
Liza Bueno Rosso	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Coordenadora DST/Aids
Maria Antonia Dilay Oba	Secretaria Municipal de Saúde - USE Mãe Curitibana - Médica
Wagner A. B. Dias	Secretaria Municipal de Saúde - Coordenador Mãe Curitibana

3. Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo em Cabo Verde.

NOME	INSTITUIÇÃO
1. Artur Correia	CCS-SIDA
2. Nelson Neide Ribeiro	CCS - SIDA
3. Maria Celina Ferreira	CCS - SIDA
4. Alcinda do R. Ramos Fontes	SUCRE – DNS - MS
5. António Lima Moreira	PNLP – DNS - MS
6. Ivone Maria Santos Duarte	SVIRE – DNS - MS
7. Vaneida C. Le Pina	CSA – A Trás
8. Monica Lopes	VERDEFAM
9. Domingos Teixeira	Delegacia de Saúde
10. Anne Clotilde V. P. Cardoso	CRS
11. Cláudia E. dos Santos Andrade	CSR – Fazenda
12. Maria da Luz Araújo Andrade	CSR -Fazenda

13. José António az dos Rios	CR Ag Trás
14. Lucília Maria Fernandes Levy	CS Av. Trás
15. Maria do Céu Ramos Teixeira	HAN
16. Hélida Djamil L. Fernandes	HA
17. Maria da Maculada	HAN

4. Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo em Guiné-Bissau

Nome	Cargo e Instituição
1. Alfredo Claudino Alves	Diretor de Serviço de Saúde Reprodutiva– DSSR
2. Ana Cecília de Barros Sá	Presidente – Instituto da Mulher e da Criança
3. Anaximandro Z. C. Menut	Secretário Executivo – SNLS
4. Andrea Robalo Djassi	HIV Officer - UNICEF – Guiné Bissau
5. Bula Elisa Albino Maiaba	Responsável do Armazém N°2 da CECOME Nacional
6. Damião Bighate Naisna	Farmacêutico – Céu e Terras
7. David da Silva Té	Diretor de Cuidados e Tratamento - SNLS
8. Dúlia Barbosa e Silva	Diretora Geral – CECOME
9. Elsa Sampaio e Melo	Oficial de compras dos produtos de saúde - SNLS
10. Frei Armando Cossá	Diretor Geral – Hospital Cumura
11. Frei Memo Guglielmoni	Ecônomo – Hospital Cumura
12. Frei Victor Quematche	Custódio – Custódia OFM (católica)
13. Idelzita Mendonça Ferreira	Encarregada armazém - CECOME
14. Isaac José Barbosa Vergne	Analista – MS/AISA
15. Isabel Almeida	Enc. Progr. Jovens – UNFPA
16. Livramento de Barros	Diretora Prevenção - SNLS
17. Malam Cassama	Diretor Financeiro – SNLS
18. Mamai Badinca	Responsável da CECOME do Setor Autônomo de Bissau
19. Manuel A. Aquerauem	Médico – Céu e Terras
20. Marcelo Santos	Analista de Projetos – ABC – MRExteriores
21. Marciano Vicente VAz	Gestor de estoque - CECOME
22. Maria de Fátima S. Cordeiro	MINSA
23. Marina Marinho	Analista de Políticas Sociais – MS Brasil
24. Nicolau Almeida	Diretor Geral de Prevenção e Promoção da Saúde – MINSAP
25. Nyavyakira Anicet	Coordenador Internacoinal – EMI
26. Regina Correia	RPTMF – CSB Militar
27. Ricardo Pereira	Administrador – Hospital Cumura
28. Sábado Pina Candoque	Parteira Responsável – CSB Militar
29. Sílvia Aparecida de Almeida	Consultora – Movimentos Sociais – Brasil
30. Stephanie Sabarense	ATPS – DDAHV- ACI - MS
31. Tainah Lobo	ATPS – DDAHV- Prevenção - MS
32. Zacarias José da Silva	Diretor - LNSP

5. Lista dos participantes, cargos e instituições – Guiné Equatorial

Nome	Cargo - Instituição
1. Sr. Evaldo Freire	Embaixador do Brasil em Guiné Equatorial
2. Sr. Paulo B. Silos	Ministro na Embaixada do Brasil na Guiné Equatorial
3. Dr. Florentino Abega Onitó	Diretor do Departamento de Planificação do Ministério da Saúde
4. Dr. Ambrosio José Monsuy	Diretor Geral de Prevenção do Departamento de SIDA
5. Sr. José Carmelo	Diretor de Farmácias
6. Sra. Josefa Msa Mangue	Coordenadora da Saúde Reprodutiva
7. Sra. Gertrudis O. Bidjimi	Departamento de Coordenação Hospitalar.
8. Dr. Ramón Medina Arango	Diretor Geral Tuberculose.
9. Sr. Eugenio Edu Obono	Diretor Nacional SNIS
10. Sr. Juan Luis Alfonso	Programa Oncocercosis
11. Sra. Maria da Glória Naeng Acheima	Apoio VIH/Sida y otras IST - Diretora Geral
12. Sr. Antonio M. D. Ondo	Serviço Epidemiologia
13. Sra. Ana Ludy Dominguez Vázquez	Serviço Epidemiologia
14. Juan A. Adursiula	PMCT – Diretor
15. Benito Alú Nkumu Oyé	Serviço Epidemiologia
16. Dra. Jeanne Beck	ONUSIDA
17. Dra. Angela Katherine Lao	OMS - Programa VIH/TB y Malária
18. Sra. Enfermeira Esperanza Abeme	Hospital Geral de Malabo
19. Dr. Policronio	Hospital Geral de Malabo
20. Sr. Buena Ventura Nolong	Administrador - Hospital Geral de Malabo
21. Sr. Juan José Olveiro	Delegado Distrital
22. Sr. Mauro Figueiredo	Representante do Ministério da Saúde do Brasil

6. Lista dos participantes, cargos e instituições – Moçambique

Nome	Cargo-Instituição
Marina Margarida Karagiani	MISAU - Chefe Departamento de Saúde da Criança
Fausto Bernardo D. Muzila	MISAU/PTV - Chefe Programa PTV
Carmen Julieta C. Caciolo Suaze	MISAU/PTV
Sheila Lidia A. Matavile	Embaixada do Brasil - Assessora Técnica
Eduardo Santo Guido Jr.	INS - MISAU - Director Científico
Hugo José Cajumbe	MISAU - DEP - Chefe do Depto. de Promoção de Saúde
Ivandra Churrime	Min. Saúde - Programa de TB – Pto. Focal TB/HIV
Benilde Pedro Hemo	MISAU - Monitoramento e Avaliação
Laison Daniel	DSCM - Médico Chefe
Carmina de Piedade Dinis	DSCM - Responsável de SMI/ PTV
Eugênia Teodoro	Saúde Mental – Resp. Álcool e Drogas/ Gr. Vulneráveis
Janete Jaime Gume	CS - 1o de Maio
Vanda Chemisse	CS 1o. de Maio - Diretora Clínica - médica
Octávio S. Mabunda	Rede Cristã - Diretor Executivo
Rosalina Pilote Matola	Corem - Bispa
Israel Abel Trivane	Igreja Bebê - Bispo
Albertina Balafa	Ametramo
Ana Paquete	Ametramo - Protocolo
Angelina Antonio Mabunda	Igreja de Deus Inter - Diretora Financeira
Domingos dos Santos	Aermes - Visse Procidete
Lina Adelaide	Ametramo
Francisca Cabral	AMENA - Técnico
Maria Luísa S. M. Rodrigues	AMENA - Presidente

Jeremias Jaime Chissavo	Igreja E. Caridade - Pastor
Isabel Marcelino Muandea	Igreja Sziane - Pastora
Fulgêncio Siteo	Igreja Nova Bethel - Secretário
Sebastião Waul	C. B. Lucid - Coordenador
Pharido Nattal	Comissão Arquidiocese Saúde
Amina Nuro Amade - Diretora	Comunidade de Praticantes de Medicina Tradicional
Azevedo João Baptista	Maringa - Presidenta
Tânia Vijeija Sibie	MISAU - Depart. Farmacêutico - Chefe Depto.
Luísa Teatsinhe	HGJM Maternidade - Chefe sala
Aliantina Paulo A. Mucautle	HGJM Maternidade - Chefe de Equipa
Joaquina Francisco Nhamburro	HGJCPN - ESMI
Carmina da Piedade Dinis	DSCM - Responsável SMI PTV
Noela Chimeme	Duau - PNC IST/ HIV/Sida - Ponto focal ITS

7. Lista dos participantes, cargos e instituições – Portugal

Nome	Instituição - Cargo
1. Ana Correia	DGS/ PNVIHSDA – Chefe Divisão de Cooperação
2. Ana Santo San-Bento	DGS/ ARS LVT – Médica Interna de Saúde Pública
3. Antonio Diniz	DGS/ PNVIHSDA - Diretor
4. Cátia Sousa Pinto	DGS – Chefe da Divisão Epidemiologia Vigilância
5. Cristina Guerreiro	MAC – Assistente Graduada de Ginecologia e Obstetrícia
6. Fátima Xarepe	MAC – Coordenadora do Serviço Social
7. Isabel Freitas e Costa	Passo a Passo – Diretora
8. Joana Bettencourt	DGS/ PNVIHSDA – Técnica Superior
9. Joana Graça	Passo a Passo - Psicóloga
10. João Castela	MAC – Responsável Consultas Recém-nascidos filho de mãe HIV
11. José Gonçalo Marques	Hospital Santa Maria, Lisboa – Coordenador Unidade Infecçiology Pediátrica
12. Laura Marques	C. Materno-Infantil do Norte – Comitê Científico Controle Nacional VIH
13. Lília Brillante	Passo a Passo – Assistente Social
14. Luis Varandas	Instituto de Higiene e Medicina Tropical e HDE – Professor Auxiliar e Assistente Graduado - Pediatria
15. M. Graça Pinto	MAC – Diretora do Centro de Medicina Reprodutiva
16. Márcia Celeste Ferreira	Associação Sol - Secretária
17. Maria Isabel L. Marques	MAC – Departamento de Nutrição e Dietética
18. Maria Teresa Correia de Melo	DGS/ PNVIHSDA – Técnica Superior
19. Maria Trindade	MAC – Serviço Social – Assistente Social
20. Paula Cristina O. Vicêncio	DGS – Técnica Superior na Divisão de Epidemiologia
21. Pedro Henrique Bengaríri	Associação Sol – Presidente
22. Ricardo Jorge Fuzeta Mira	MAC – Diretor da Área de Ginecologia e Obstetrícia
23. Tersa Tomé	UDE – Enfermeira Pediátrica
24. Visitação Monteiro	Passo a Passo -Educadora de Infância

8. Lista dos participantes, cargos e instituições – São Tomé e Príncipe

Nome	Cargo e Instituição
1. Elizabeth Carvalho	Responsável PSR
2. Paulina Alcântara	Enfermeira - PNLS
3. Marta das Neves Vrox	Psicóloga - PNLS
4. Maria da Trindade Rodrigues	Resp. Saúde Materna – PSR
5. Jean-Claude Favre	Médico – PNLS - CNE
6. Ayet Belmy de Ceita	Resp Segmento e Avaliação – PNLS/CNE
7. Alzira do Rosário	Resp. PTMF – PNLS
8. Amélia Lima das Neves	Enf. Saúde Repr – Saúde Reprodutiva/GEAD
9. Azevedo Mateus da Vera Cruz	Técnico Laboratório - Lobata
10. Filomena Monteiro	Delegada Saúde AS Lobata
11. Dr. Antonio Amado Vaz	Diretor Executivo – ASPF (ONG)
12. Mauro Teixeira de Figueiredo	ACI – DDAHV – MS Brasil

São Paulo, 31 de Dezembro de 2016.

Consultora: Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima

Pós Doutora em Educação: Psicologia da Educação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Bióloga e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia - da Universidade de São Paulo (USP).

Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP.

Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/6802734718917740>

Contatos: helenali@usp.br / +55 11 98332.1234.