

**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 - CABO VERDE

AGOSTO DE 2017_REV ABRIL 2018

Índice

Tema	Página
Siglas	3
Lista de Tabelas, Quadros, Figuras e Gráficos	5
Contexto	6
Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de sida	12
Epidemiologia de VIH e SIDA	14
Coinfecções: Tuberculose e IST	18
TARV	19
Logística dos Medicamentos	20
Adesão	21
Opção B+	22
Sífilis	26
ONG Parceira	27
Tabela-síntese	29
Conclusões e recomendações	32
Bibliografia	37
Lista dos participantes da visita de campo	38

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 Ação 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 VIH-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/VIH - 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

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

Tabela 1. População Cabo-Verdiana segundo o sexo por faixa etária, 2011 – 2015. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 2. Taxa de Mortalidade infantil e suas componentes, Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015

Tabela 3. Taxa de Mortalidade Materna e Taxa Bruta de Mortalidade em Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 4. Evolução da infecção por VIH e SIDA, número de óbitos em Cabo Verde, 2002 – 2011. Fonte: Relatório Estatístico de Saúde, 2012.

Tabela 5. Taxa de detecção e mortalidade - VIH. Cabo Verde, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Tabela 6. Número de partos assistidos por profissionais qualificados (médicos e enfermeiras) nas estruturas de saúde (2009 – 2013) em Cabo Verde. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

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. Número de médicos, Razão Médico/ 10.000 habitantes, Número de Enfermeiros e Razão Enfermeiros/ 10.000 habitantes em Cabo Verde, 2009 – 2013. . Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Quadro 5. Casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticados e tratados em 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR_2015.

Figura 1. Organograma Institucional – Resposta Nacional contra a aids em Cabo Verde. Fonte: Plano Estratégico Nacional II (PEN II 2006-2010), 2006.

Figura 2. Número de Nascimentos, partos assistidos e Proporção de partos assistidos por profissionais qualificados de saúde – médicos e enfermeiros, 2009 – 2013. Fonte: Anuário Estatístico, 2015.

Gráfico 1. Evolução dos novos casos de infecção pelo VIH/aids e número de óbitos em Cabo Verde, 2003-2014. Fonte: Relatório ODM,2015.

Gráfico 2 . Evolução dos casos de VIH entre 1987 e 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR, 2015.

Gráfico 3. Evolução da Incidência, Prevalência e Mortalidade por tuberculose em Cabo Verde, de 1995 a 2014. Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2015.

Gráfico 4 . Evolução do número de crianças e adultos em TARV em Cabo Verde, 2004 – 2014. Fonte: GARPR, 2015.

Gráfico 5. Evolução do nº de mulheres grávidas VIH+ em TARV em Cabo Verde, de 2005 a 2014. Fonte: GARPR, 2015.

Gráfico 6. Número de mulheres grávidas testadas para VIH em Cabo Verde, 2005-2014. Fonte: GARPR, 2015

Contexto

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 ao final deste documento.

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. 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 1990¹⁽²⁵⁾.

Cabo Verde segue com um dos governos democráticos considerados mais estáveis da África. Durante a segunda metade do século XX houve emigração e hoje, o país tem uma população externa ao país maior do que a doméstica – Diáspora^{(20),(26)}. Em matéria de índice de desenvolvimento humano, em 2013, Cabo Verde, com 0,636,⁽¹²⁾ registra uma queda de duas posições no grupo dos países de desenvolvimento humano médio. 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 porcentagem da população vivendo abaixo do limiar da pobreza^{(2),(12)}.

A população é de 545.993 habitantes, sendo que as pessoas com 65 anos ou mais de idade compreendem 5,4% do total, com 28.597 idosos. 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^{(1),(2),(25),(26)}. Em relação aos 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%)^{(1),(2)}.

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⁽²⁶⁾. 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⁽¹⁾.

¹ Os números entre parêntesis indicam, respectivamente, as referências elencadas no item Bibliografia, seguidos ou não do número da página referenciada (após os dois pontos, quando houver).

Tabela 1. População Cabo-Verdiana segundo o sexo por faixa etária, 2011 – 2015.

	2011		2012		2013		2014		2015	
	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⁽¹⁾.

O crescimento populacional está em torno de 1,36%, com taxa de nascimentos de 20,33/1000 habitantes^(12:11). 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^{(8),(12)}.

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⁽¹²⁾.

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⁽¹⁾. 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 2 abaixo, quando também foi registado o menor número de óbito infantil de todas as séries estatísticas existentes⁽¹²⁾.

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⁽¹⁾.

Tabela 2. 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⁽⁴⁾.

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 2013^(1:86), 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 3.

Tabela 3. 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%. 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⁽¹²⁾.

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⁽¹²⁾.

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%)⁽¹⁾.

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⁽¹⁾.

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 apresentam 21 vezes mais probabilidade de morrer devido às doenças mentais e de comportamento, além de causas externas, traumatismos e envenenamento^{(1),(26)}.

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^{(25),(26)}.

O setor da saúde é tem sido o setor mais importante na luta contra o VIH/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**. 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 para VIH, aids e demais IST. 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.

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^{(1:73),(26)}:

Em 2015, nas dez ilhas, os aparelhos de saúde estabelecidos eram: 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 e 115 Unidades básicas de saúde. O Programa de prevenção à SIDA 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^{(1),(26)}.

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. 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^{(1),(6),(26)}.

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 VIH e aids. No âmbito dos compromissos assumidos para a concretização do Objetivos de Desenvolvimento do Milênio VI, o combate ao VIH 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 VIH e aids da Assembleia Geral das Nações Unidas^{(15:58),(26)}. As estruturas de coordenação do programa de VIH/Aids são:

a) 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;

b) Secretariado Executivo de CCS-SIDA, criado pelo 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.

c) 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 VIH e aids, encarregado de coordenar a implementação da política global do Governo na resposta nacional frente à epidemia de sida, além do seguimento de todos os programas e projetos executados no país neste domínio. 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^{(4),(26)}. 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 VIH 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)^{(2),(3),(26)}.

Organograma Institucional da luta contra a SIDA em Cabo Verde

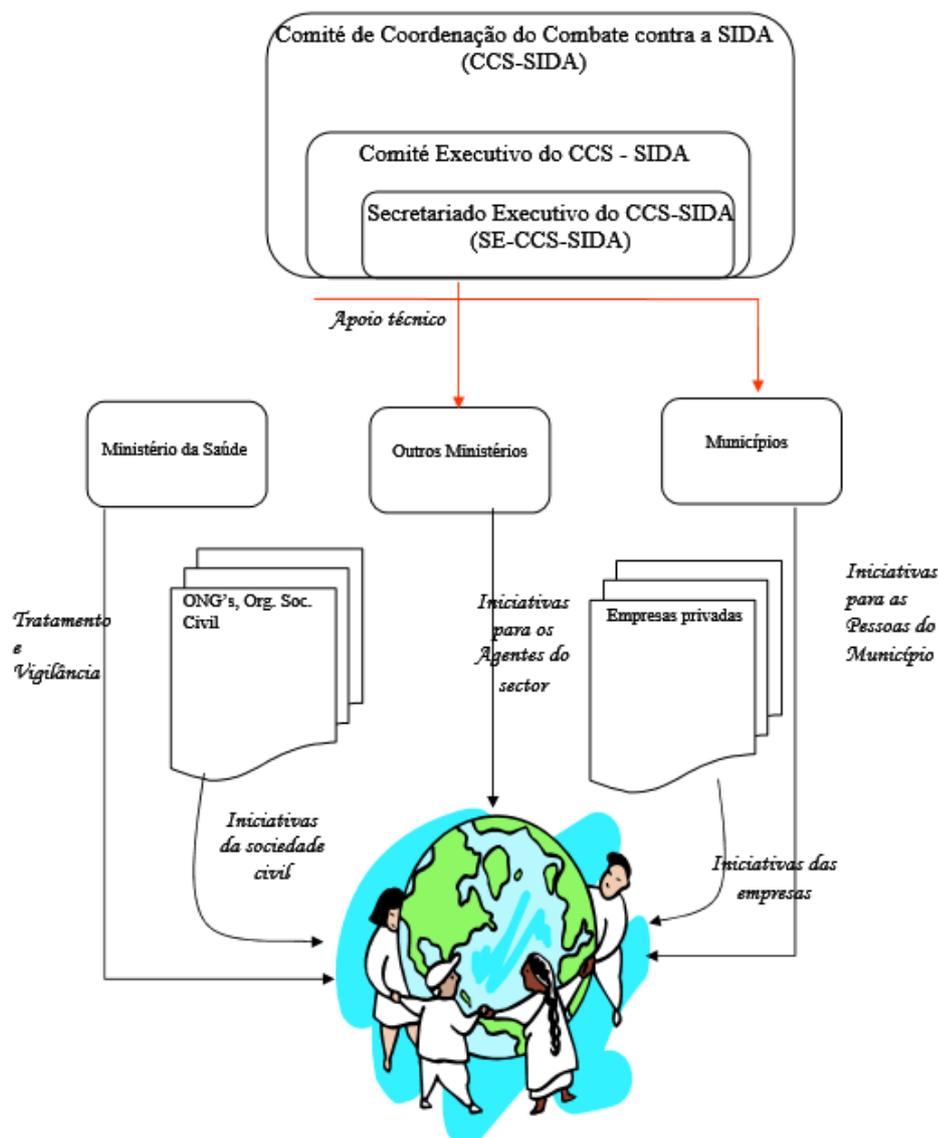


Figura 1. Organograma Institucional – Resposta Nacional contra a aids em Cabo Verde.
 Fonte: Plano Estratégico Nacional II (PEN II 2006-2010), 2006⁽⁴⁾.

Desde muito cedo o Governo de Cabo Verde considerou o combate ao VIH 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^{(4),(26)}. Considera-se que, sem este apoio, a permanência de Cabo Verde no grupo de países com fraca prevalência para o VIH/Aids (< 1 %) não teria sido possível⁽²⁶⁾. 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 VIH, após acordo com as federações da Organização Mundial da Saúde em julho de 2013 também foi considerado essencial⁽²⁶⁾.

O desenvolvimento da luta contra o VIH e SIDA permitiu que fosse legalizada a primeira Associação de Apoio a Soropositivos. Com isso, tiveram início as primeiras reivindicações de Pessoas Vivendo com VIH e SIDA (PVVIH/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. 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.

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 PVVIH/SIDA. Tanto o governo como as diferentes organizações da sociedade civil asseguram a prevenção através de campanhas de informação e sensibilização na mídia e junto das populações-chave.

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 VIH. O plano atual compreende o período de 2016 a 2020, e tem como base o Zero Discriminação, Zero Transmissão, Zero Mortes por VIH, o que caracteriza uma política pública inclusiva e não-segregacionista^{(9),(26)}.

Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de sida

A questão de recursos humanos em saúde em Cabo Verde é avaliada como um dos pontos a se enfrentar e melhorar⁽²⁶⁾. 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 VIH e sida*⁽²⁶⁾.

A maioria dos médicos que atuam em Cabo Verde são formados no exterior, principalmente Cuba, Portugal e Brasil⁽²⁶⁾. 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^{(5),(26)}. Em 2013 havia 308 médicos e 594 enfermeiros em Cabo Verde, sendo a razão Médico/ 100.000 habitantes 6,01 e 11,6 enfermeiros / 100.000 habitantes, diferenças regionais. São Salvador do Mundo, Ribeira Grande de Santiago e São Domingos apresentam limitada cobertura de médicos e enfermeiros^{(1),(19),(22)}.

Quadro 4. 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. 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-verdianos². Considerando-se que o aluguel de uma casa com três cômodos custa cerca de 35 mil escudos, os salários não são atraentes para um grande afluxo profissional, considerando-se o alto investimento na formação médica^{(24),(26)}. Os enfermeiros têm uma média de salário de U\$ 500,00 por mês, cerca de 50 mil escudos cabo-verdianos. Outros profissionais têm salários muito menores, como psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, por não serem considerados prioritários. Os mesmos profissionais atuam nos serviços públicos, ONG e ainda serem responsáveis por pesquisa e vigilância epidemiológica^{(22),(23),(26)}.

Técnico social

É descrita insuficiência de recursos humanos qualificados tanto na área médica como nas áreas de 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⁽²⁶⁾.

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. Conseguir dar seguimento e com isso, há consenso entre os profissionais de saúde entrevistados que houve redução dos abandonos⁽²⁶⁾. 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⁽⁷⁾. A maioria das consultas é realizada por enfermeiros, porém o médico é o único profissional que pode pedir exames. Quase todos os profissionais que trabalham no setor privado de saúde acumulam trabalho com vínculos nos serviços públicos. O sistema de notificação e realização de boletins epidemiológicos sobre VIH e aids é organizado e integrado ao sistema de saúde como um todo. Há livros de registros manuais e programas informatizados^{(2),(7),(26)}.

O setor privado constitui um elemento importante do Serviço Nacional de Saúde e tem papel complementar na oferta de cuidados à saúde. Com a Lei de Bases da Saúde³, desenvolveu-se com a criação de consultórios médicos, laboratórios de análises clínicas, clínicas de fisioterapia e farmácias particulares – essencialmente na Praia e no Mindelo. São 70 consultórios médicos, 48 consultórios odontológicos, 17 laboratórios, 7 centros de fisioterapia e 5 postos de enfermagem. A articulação entre os setores público e privado em saúde é considerada escassa, no sentido de intercâmbio de informações, em especial no envio de dados estatísticos e notificação dos casos de doença de declaração obrigatória^{(7),(26)}.

² Valores aproximados em agosto de 2015, quando foi realizada a visita de campo a Cabo Verde.

³ Lei nº 62/III/89.

Epidemiologia de VIH e SIDA:

O primeiro caso de aids foi diagnosticado em Cabo Verde em 1986. Há prevalência dos dois tipos de vírus, VIH-1 e VIH-2, o que é atribuído ao fluxo migratório entre países africanos em que o VIH-2 ainda é prevalente. O VIH-2 traz mais problemas em Cabo Verde em função da 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 diferencia, na notificação, casos de infecção pelo VIH e casos de SIDA^{(8),(9),(26)}.

O número total de casos notificados de VIH até 2015 foi de 4.946 pessoas. O total cumulativo de casos de infecção por VIH 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⁽⁸⁾.

A epidemia de VIH em Cabo Verde tem perfil concentrado, maior prevalência do tipo VIH-1, com uma prevalência de 0,8% na população em geral^{(2),(8)}, sendo 1,1% para os homens e 0,4%, para as mulheres, prevalência inferior a 1% entre as mulheres grávidas^{(2:11),(8),(9)}. 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 homens^{(13),(14),(15)}.

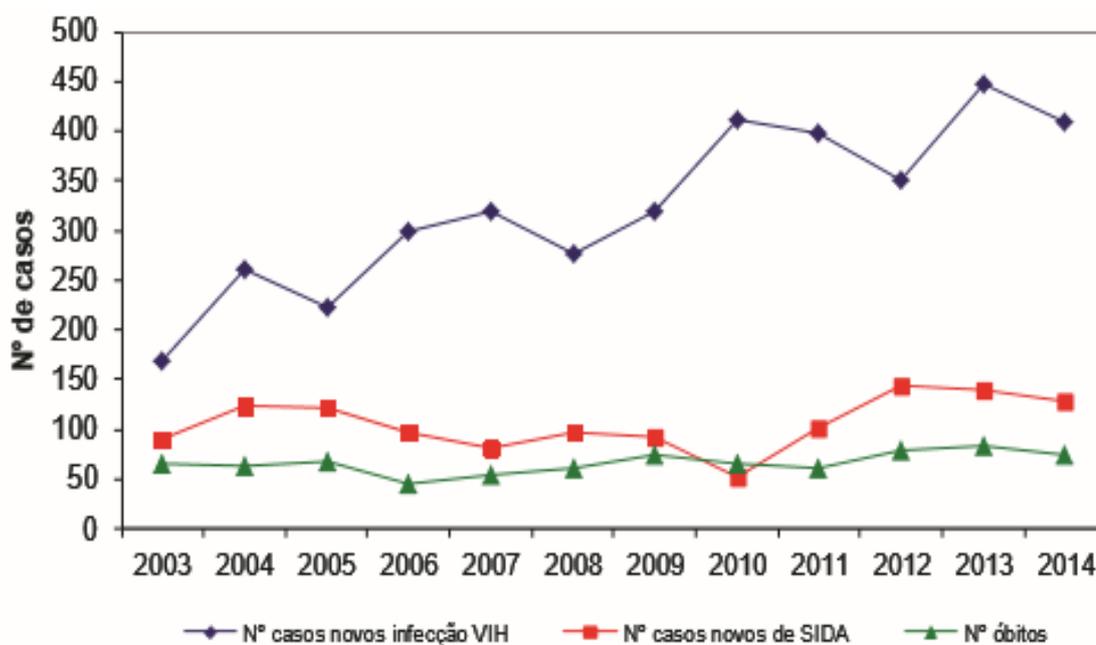


Gráfico 1. Evolução dos novos casos de infecção pelo VIH/aids e número de óbitos em Cabo Verde, 2003-2014. Fonte: Relatório ODM,2015⁽¹²⁾.

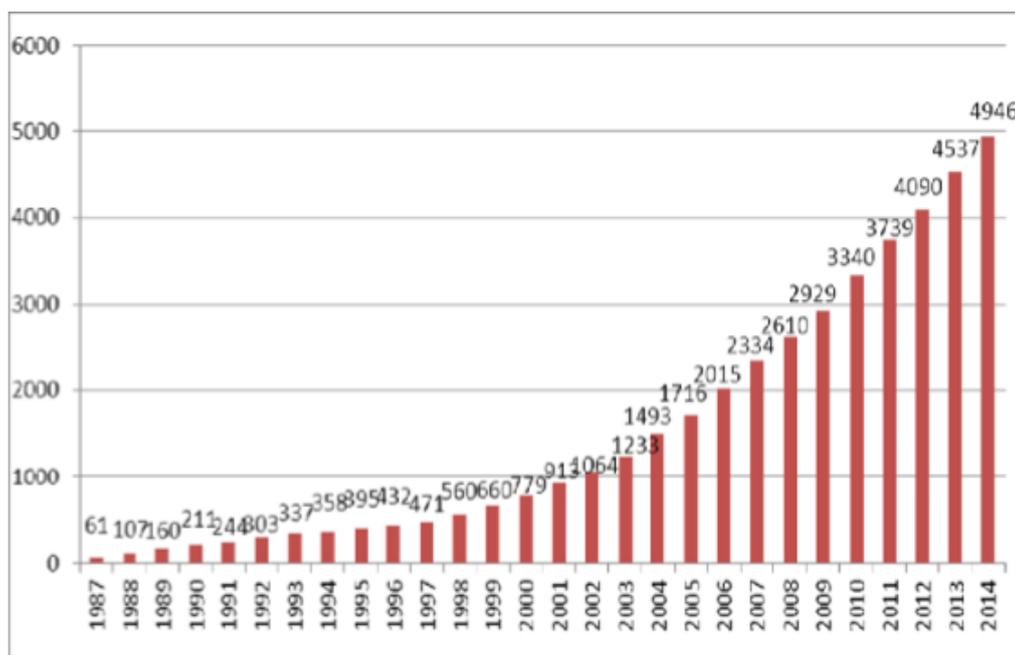


Gráfico 2 . Evolução dos casos de VIH entre 1987 e 2014 em Cabo Verde. Fonte: GARPR, 2015.

Incidência

Apesar dos avanços e da construção sólida de uma resposta nacional, a incidência dos casos de infecção por VIH 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^{(1),(8),(26)}. A Tabela 4 apresenta os valores notificados para VIH e SIDA no período entre 2002 e 2011, em que ficam evidentes a tendência à feminização e a maior mortalidade entre os homens⁽¹⁰⁾.

Tabela 4. Evolução da infecção por VIH e SIDA, 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⁽¹⁰⁾.

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. 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, aspecto decisivo no aumento da adesão ao tratamento^{(2),(17),(26)}.

Existem casos de VIH 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 VIH situam-se em 1,2% e 1,7% respectivamente. 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%). 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%^{(1),(12),(26)}.

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 socioeconómico da população em geral. Em 2015, os gestores afirmam ter uma média de 2.200 pessoas com sorologia para VIH conhecida e, destes, 1211 em tratamento⁽²⁶⁾.

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^{(1),(8),(26)}. Estima-se que os homens sejam 3 vezes mais afetados que as mulheres, embora nos registos e notificações tenham mais ou menos a mesma proporção^{(2),(21)}. Há dificuldade dos homens 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*⁽²⁶⁾. A alta taxa de migração - principalmente imigrantes da Guiné Bissau, Senegal, Nigéria e outros países próximos a Cabo Verde) – também é um fator importante, que pode ser considerado para se analisar o aumento da vulnerabilidade da população cabo-verdiana à epidemia de aids e estão distribuídos em diversos municípios.

Dos 2.888 casos de aids acumulados notificados até 2009, **7,5% deviam-se à transmissão vertical**^{(8),(12),(20),(21)}. 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 VIH e sífilis. Entre 2011 e 2014 houve 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)⁽¹²⁾. Esse aumento pode também ser interpretado como reflexo direto da ampliação da rede de testagem no país^{(9),(26)}.

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 VIH+ e seus filhos^{(8),(12),(26)}.

Os dados de detecção, óbitos e mortalidade relacionados ao VIH estão apresentados na tabela 5:

Tabela 5. Taxa de detecção e mortalidade - VIH. 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⁽¹⁾.

A taxa de detecção de casos aumentou de 37,5/100 000 em 2001 para 87,3/100 000 habitantes em 2013, como reflexo direto da ampliação dos serviços de testagem anônima e voluntária^{(1),(26)}. Em relação à mortalidade, 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⁽¹⁰⁾. 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⁽²⁶⁾.

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⁽²⁶⁾. 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; 37,7% da população que fez o teste para VIH receberam os resultados ao longo dos últimos 12 meses (27,9% homens e 47,3% mulheres)⁽⁸⁾. 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 VIH e um conhecimento mais aprofundado sobre a soroprevalência na população em geral^{(8),(22),(26)}.

Em todas as Delegacias de Saúde do país (17 Delegacias e 5 Centros de Saúde) são prestados serviços de testagem anônima e voluntária do VIH 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. 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. Porém, nem sempre é possível cumprir essa meta, principalmente pelo alto custo do exame de carga viral*⁽²⁶⁾. 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 VIH por ano, 2/3 só em mulheres. Estima-se a realização de 15 000 testes por mês só em mulheres^{(8),(26)}.

Coinfecções:

Tuberculose

A epidemiologia da tuberculose em Cabo Verde está sintetizada no gráfico abaixo:

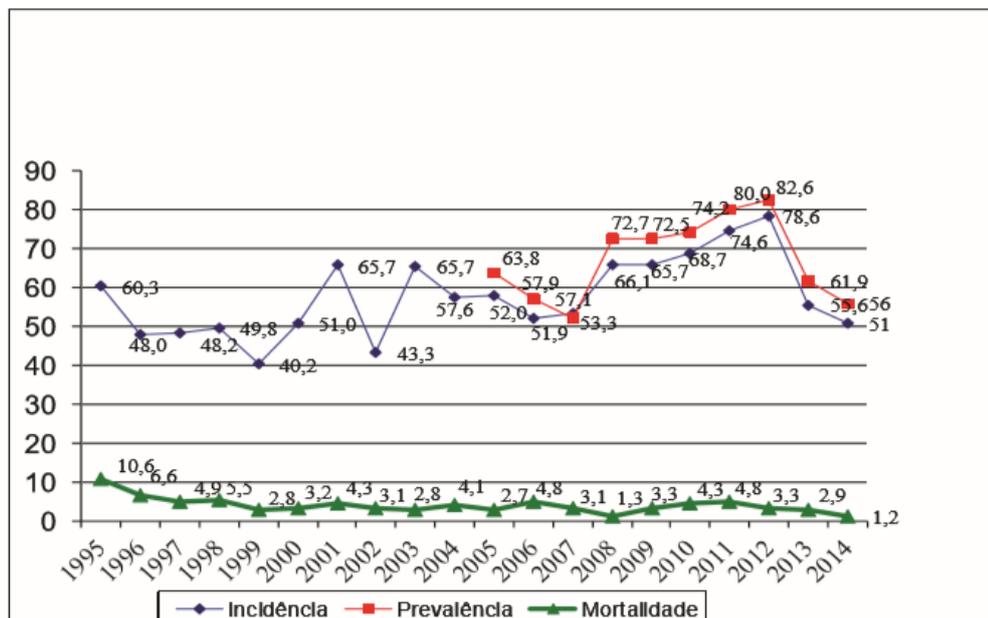


Gráfico 3. Evolução da Incidência, Prevalência e Mortalidade por tuberculose em Cabo Verde, de 1995 a 2014.

Fonte: Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, 2015.

Embora a tuberculose não seja referida como altamente prevalente em Cabo Verde, é um agravo importante como coinfeção com VIH pelas dificuldades que traz ao paciente para se tratar⁽¹⁷⁾, 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^{(19),(26)}.

Em termos de coinfeção tuberculose/VIH (TB/VIH), em 2014 foram identificados 27 casos em Cabo Verde, sendo 9 mulheres e 18 homens. Não se regista um impacto evidente do VIH/Aids na incidência da tuberculose tendo em conta a evolução do número de casos novos e da mortalidade entre 2005 e 2015^{(8),(26)}.

Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

O controle das IST é uma das estratégias mais importantes na luta contra a epidemia de VIH, 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.

Quadro 5. Casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis diagnosticados e tratados em 2014 em Cabo Verde.

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

Fonte: GARPR_2015⁽⁸⁾.

A abordagem sindrômica permite diagnóstico e tratamento rápidos, abrindo possibilidades de aconselhamento e testagem para VIH.

Tratamento antirretroviral (TARV):

O Programa de Terapia Antirretroviral iniciou-se em Cabo Verde em dezembro de 2004, com financiamento do Fundo Global⁽⁹⁾. O Programa é dirigido a todas as pessoas elegíveis para TARV, incluindo grupos vulneráveis. O país financia 50% das necessidades em saúde e necessita de 50% de financiamento externo⁽²⁶⁾. Embora seja mencionada em entrevistas a redução da taxa de letalidade em pacientes com tratamento antirretroviral (TARV), há ainda uma faixa importante de doentes que chegam aos serviços de saúde num estado muito avançado, o que influencia significativamente a sua morbilidade^{(8),(23),(26)}.

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^{(17),(18),(26)}. 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 terapêutica^{(23),(26)}.

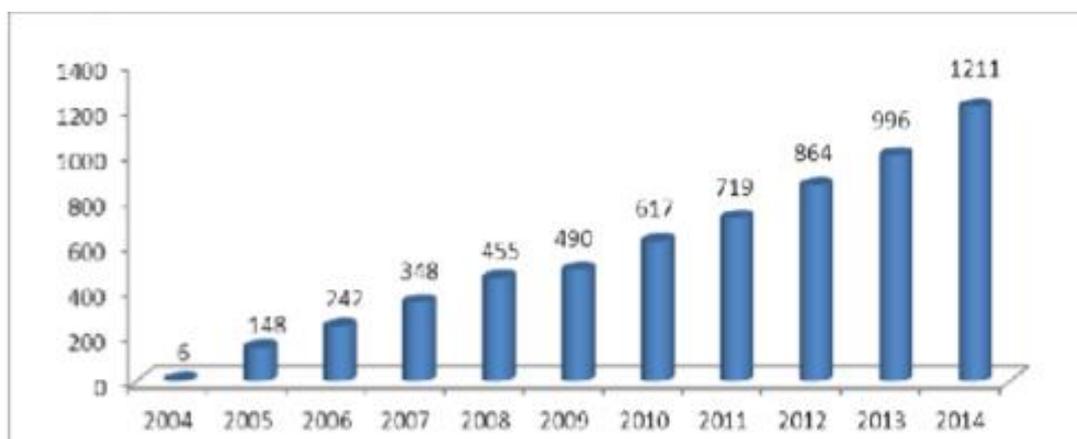


Gráfico 4 . Evolução do número de crianças e adultos em TARV em Cabo Verde, 2004 – 2014. Fonte: GARPR, 2015⁽⁸⁾.

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 VIH, inscritas e notificadas, sendo 922 homens e 1.231 mulheres. Destas 2.153 pessoas vivendo com VIH, 1.211 estão em TARV, sendo 1.144 adultos e 67 crianças⁽⁸⁾. 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, sendo a meta a ampliação para 24 meses. 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^{(8),(17),(18), (23),(26)}.

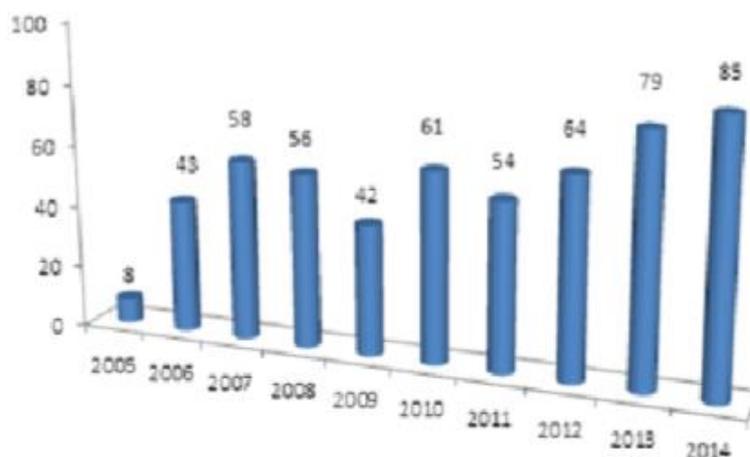


Gráfico 5. Evolução do nº de mulheres grávidas VIH+ em TARV em Cabo Verde, de 2005 a 2014. Fonte: GARPR, 2015.

Logística dos medicamentos

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, como a ilha de São Vicente fica perto de Santo Antão, São Nicolau, Sales e se um paciente não pode ser tratado a nível local, é enviado para lá. Os gestores relatam que quando o medicamento chega em Praia, são avisados e o desalfandegamento é considerado rápido⁽²⁶⁾. *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*⁽²⁶⁾. 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^{(7),(26)}.

Adesão

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^{(17),(18)}. Desde a testagem, passando pela revelação diagnóstica e chegando a adesão e retenção, há – ainda – muitas perdas não contabilizadas, os “perdidos de vista”.

Em relação ao acesso aos homens, 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. Morrem mais homens que mulheres. Os homens, em sua maioria, se recusam a fazer o teste de VIH. 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 para VIH e SIDA – *só aí é que começa a conversa*⁽²⁶⁾.

A expressão “pai de filho”, refere-se à paternidade, reconhecida ou não, sem vínculos familiares ou conjugais formais. 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”^{(3),(26)}. Muitas gestantes solicitam aos profissionais de saúde total sigilo quanto ao seu status sorológico do VIH, com medo de “perderem” esse “pai de filho” e o sustento que eles proporcionam, pois 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*⁽²⁶⁾. Há casos em que a mãe é diagnosticada VIH+, faz a medicação, segue negativa, e a criança nasce e após 1 ou 2 anos está positiva⁽²⁶⁾. 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 foram mencionadas situações em que as mulheres têm diferentes parceiros e diferentes filhos, um ou mais de cada parceiro. Muitas gestantes 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⁽²⁶⁾. Casais sorodiscordantes estão mais frequentes, porém ainda são minoria^{(1),(2),(26)}. A estruturação de um serviço de atenção à saúde do homem é uma das metas atuais na resposta nacional à epidemia de VIH. As gestantes soropositivas cabo-verdianas desenvolveram “estratégias” para driblar o sistema e “garantir” parto normal e possibilidade de amamentar⁽²⁶⁾:

- ✚ 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 preconceito^{4,(26)}.

O aborto é legalizado em Cabo Verde^{(6),(7)}, podendo ser realizado nos serviços de saúde, com toda estrutura, até 12 semanas. Há uma sequência de procedimentos burocráticos para se fazer o aborto, para marcação e obtenção de vagas, seguindo um protocolo. Mesmo com a legalidade, há muitos casos de aborto clandestino por conta da demora nas vagas e nos resultados de exames⁽²⁶⁾. Neste caso, se a mulher decide fazer um aborto clandestino, este tem o preço médio o equivalente a U\$ 60,00 (sessenta dólares) pelos serviços⁵. 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^{(2),(26)}.

Opção B+

Dos 2.888 casos acumulados de sida 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 VIH e sífilis. A Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) iniciou-se em 2005 com a formação do pessoal, com a criação nos centros de saúde reprodutiva dos serviços de prevenção de transmissão do VIH de mãe para filho e com a elaboração do protocolo 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 VIH e receberam os resultados**^{(1),(8),(19)}.

O teste da infecção VIH 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 VIH 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^{(8),(26)}.

⁴ 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).

⁵ Um preço considerado elevado pela população.

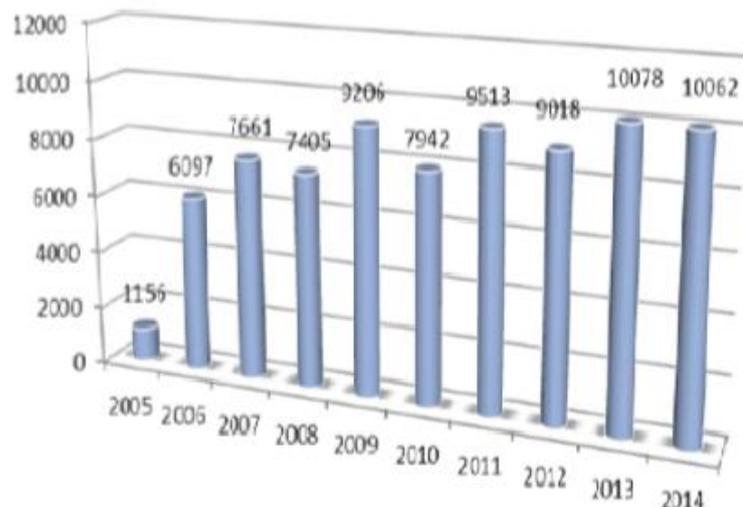


Gráfico 6. Número de mulheres grávidas testadas para VIH em Cabo Verde, 2005-2014. Fonte: GARPR, 2015.

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-VIH. 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*⁽²⁶⁾. Com a introdução da Opção B+, *a decisão refere-se apenas ao tipo de medicação utilizada, pois todas as soropositivas para VIH entram em tratamento*⁽²⁶⁾. As grávidas VIH+ 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⁽²⁶⁾. 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 VIH) e para a consulta de seguimento de crianças na Delegacia de Saúde, pelo pediatra que faz parte do polo regional e posterior encaminhamento ao médico-assistente^{(1),(2),(9)}.

Várias outras ações são desenvolvidas para a evitar a transmissão vertical do vírus VIH^{(26),(8),(9),(6),(19),(21)}: (1) Total assistência a todas de mulheres grávidas detectadas soropositivas que completaram o protocolo ARV com vista à prevenção da transmissão vertical; (2) 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; (3) Oferta sistemática de serviços de Aconselhamento e Despistagem (Testagem) Voluntária (DV) nos Centros de Saúde Reprodutiva para as mulheres em Consulta Pré-Natal; (4) 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; (5) 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 VIH+ em particular.

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⁽²⁶⁾.

A meta desejada é a da completa descentralização, porém ainda há dificuldades de comunicação entre as estruturas e o Ministério. *Médicos jovens sofrem preconceito dos profissionais mais antigos e estes nem sempre aderem de imediato aos novos protocolos*⁽²⁶⁾. Nos Centros de Saúde e Centros de Saúde Reprodutiva de referência são disponibilizados cuidados de saúde à mulher nomeadamente de planejamento familiar, de pré-natal e pós-natal, assim como abordagens sobre o género, sobre as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/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%^{(8),(21),(26)}.

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 VIH, tomarem a medicação com objetivo de zerar a carga viral e não transmitir o VIH para a criança. Estima-se que cerca de 1% das grávidas sejam pessoas de mobilidade, *de Angola, Guiné Bissau, com as quais há problemas para seguimento dos bebês. São “perdidos de vista”*⁽²⁶⁾.

O protocolo de parto hospitalar e não-amamentação é seguido à risca em Cabo Verde. É fornecido inibidor de lactação 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 VIH+, enquanto a criança estiver internada no hospital de referência, recebe leite pasteurizado, depois segue o programa de leite materno^{(1),(2),(5),(8)}. Aqui observa-se uma possível transição entre os protocolos entre Opção B e Opção B+. Na Opção B, preconizava-se que a gestante pode amamentar, estando em medicação antirretroviral e com carga viral indetectável⁽¹⁹⁾, e as indicações no país são para manutenção da amamentação em mulheres que estão seguindo a ingesta dos medicamentos com alta adesão e carga viral indetectável⁽²⁶⁾. Nos hospitais, *todas as mulheres fazem VDRL e todas as mulheres da maternidade são doadoras de leite*⁽²⁶⁾. As mães pobres e vulneráveis recebem o apoio dos substitutos de leite materno e a sua criança é seguida acompanhada nos cuidados pediátricos.

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^{(1),(2),(9)}.

Em relação ao parto institucional, Cabo Verde tem a seguinte cobertura⁽¹⁾:

Tabela 6. 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⁽⁴⁾.

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^{(24),(25),(26)}. Dos 11.000 partos realizados em 2014, mais de 90% tiveram a testagem para VIH 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^{(1), (21), (26)}.

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%^{(12),(1), (26)}. As crianças expostas – filhas de mães soropositivas para VIH e/ou sífilis - são testadas e seguidas durante 18 meses, recebendo medicamentos e alimentação artificial gratuitamente.

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 complicados^{(12),(26)}.

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 2. 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+, 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. 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 2006^{(6),(10),(12),(26)}. Um aspecto relevante é a uma alta prevalência tanto de episiotomia, como de perineoplastia e proctoplastia em Cabo Verde, embora sem estatísticas oficiais. *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*²⁶. Essa prática aumenta a vulnerabilidade para infecções oportunistas, além de, em grau avançado, deformar anatomicamente a mulher – que necessitará fazer uma perineoplastia⁽²⁶⁾.

Sífilis:

Foi diagnosticado um único caso de sífilis em criança abaixo de um ano de idade em 2015, em Cabo Verde. 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. 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. *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*^{(2),(26)}. *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 e retenção. Todas as grávidas fazem teste de sífilis durante os primeiros três meses, o teste é incorporado na rotina do pré-natal - porém, não há teste rápido para sífilis em todas as unidades hospitalares; é importante que sejam feitos dois testes VDRL, no início e no final da gravidez, porém há uma lista de espera.* Foram relatados casos de uma gestante ter o bebê sem testar o segundo VDRL e o bebê nasceu doente⁽²⁶⁾.

A notificação dos casos de sífilis para crianças com menos de um ano, depois crianças com menos de quatro anos, é feita no hospital. Em 2014 não houve nenhum diagnóstico de sífilis na pediatria⁽²⁶⁾. *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 VIH e sífilis congênita⁽²⁶⁾.*

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 familiares⁽²³⁾. A segurança transfusional do ponto de vista do VIH 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 VIH, hepatites B e C e sífilis⁽⁶⁾. 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⁽²⁶⁾.

ONG Parceira

Desde 2008 a ONG VerdeFam, com cerca de sessenta pessoas trabalhando (parte funcionários, parte voluntários), 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⁽²⁶⁾.

O suporte psicossocial é um elemento importante do programa nacional de luta contra o VIH/Aids e contribui para atenuar o impacto da epidemia entre a população considerada mais vulnerável, por exemplo, com apoio nutricional^{(17),(18)}. Nesse contexto, centenas de pessoas no país são beneficiadas pelo suporte dado às suas necessidades. Cerca de 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⁽²⁶⁾.

As igrejas desempenham diferentes papéis na resposta à epidemia de VIH no país, que é majoritariamente de fiéis católicos, estimados em 90%⁽²⁵⁾. A religião católica desempenha, um papel fundamental, considerado positivo, para a resposta à epidemia⁽²⁶⁾. *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 trabalhado⁽²⁶⁾.*

⁶ Trecho de depoimento de gestor e profissional de saúde. Na África lusófona 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.

O apoio psicossocial no sector da saúde inclui PVVIH 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^{(7),(26)}.

Seguro Social

Cabo Verde tem um sistema de seguro social, o Instituto Nacional da Previdência Social⁽²⁷⁾ (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 “Famíliares de segurados e pensionistas com direito aberto”, com 49,5% e nos “Segurados ativos”, com 36,6%⁽¹⁾. O apoio do INPS é considerado pelos gestores do país como tendo máxima relevância para o sucesso da resposta nacional à epidemia de aids em Cabo Verde.

Tabela-Síntese: Cabo Verde

1	GERAL	Dado	Fonte	
1.1	População	505.983	GARPR_2015	
	Homens	251.384		
	Mulheres	254.599		
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%	GARPR_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	VIH/AIDS e SÍFILIS			
2.1	Sítios sentinela	S/d		
	Pacote Estatístico	s/d		
	Tipo de Epidemia	Concentrada		RODM_CV 2015
	Tipo de vírus	VIH 1 e VIH 2		RODM_CV 2015
2.2	Conhecimento do estatuto sorológico	37,7%		
	Testagem para VIH	69,4/100.000		RODM_CV 2015
	Testes em crianças	100%		
	Pessoas > 15 anos que receberam testagem e aconselhamento	s/d		
	Cobertura de testagem VIH entre gestantes	96%		RODM_CV 2015
	Nº de grávidas testadas	12.000		
	Serviços de testagem	28 - 30		
2.3	Prevalência do VIH	0,96%	cia.gov - 2015	
		0,8%	RODM_CV 2015	
	Prevalência do VIH entre adultos 15- 49 anos	1.0 [0.8 - 1.2]	UNAIDS, 2015	
Prevalência do VIH entre homens jovens de 15 – 24 anos	0.3 [0.2 - 0.5]	UNAIDS, 2015		
	1,1%	RODM_CV 2015		
	Prevalência do VIH entre mulheres 15 – 24 anos	0.5 [0.4 - 0.7]	UNAIDS, 2015	
	0,4%	RODM_CV 2015		
	Prevalência do VIH entre gestantes	0,8 – 1,0%	GARPR_2015	
2.4	Incidência do VIH			
	Incidência do VIH entre adultos 15 – 49 anos	0.06 [0.04 - 0.09]	UNAIDS, 2015	
	Novas infecções pelo VIH	< 200	UNAIDS, 2015	
	Novas infecções pelo VIH em Adultos > 15 anos	<200 [<200 - <500]	UNAIDS, 2015	
	Novas infecções pelo VIH em Mulheres > 15 anos	<100 [<100 - <200]	UNAIDS, 2015	
	Novas infecções pelo VIH em Homens > 15 anos	<100 [<100 - <200]	UNAIDS, 2015	
	Novas infecções entre crianças de 0 a 14 anos	51	GARPR_2015	
2.5	Número de pessoas vivendo com VIH	3.200 [2.700 – 3.900]	cia.gov – 2015	

			UNAIDS, 2015
		2.153	RODM_CV 2015
	Adultos > 15 anos vivendo com VIH	3100 [2600 - 3800]	UNAIDS, 2015
	Mulheres > 15 anos vivendo com VIH	1700 [1400 - 2000]	UNAIDS, 2015
		1231	RODM_CV 2015
	Homens > 15 anos vivendo com VIH	1400 [1200 - 1700]	UNAIDS, 2015
		922	RODM_CV 2015
	Grávidas soropositivas para VIH	70 - 80	
	Crianças < 15 anos vivendo cm VIH	<200 [<200 - <200]	UNAIDS, 2015
2.6	Casos de transmissão vertical do VIH	1 - 3	GARPR_2015
	Taxa de Transmissão Vertical	2,9	RODM_CV 2015
		0 – 3%	GARPR_2015
	Transmissão sexual	80%	
2.7	Mortes - VIH/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%	GARPR_2015
	Prevalência de sífilis entre gestantes	0,4 %	
	Número absoluto de gestantes com diagnóstico de sífilis	s/d	
	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%	GARPR_2015
3.2	Cobertura de PTV	100%	
	Número de gestantes testadas	10.000	
	VIH positivas na testagem	70 - 80	
	Incluídas no PTV	70 - 80	
3.3	Estimativa de % de gestantes VIH+ em TARV	>95 [79 - >95]	UNAIDS 2015
	Nº gestantes em ARV para prevenção da TV	73	UNAIDS 2015
3.4	Soroprevalência VIH 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	RODM_CV 2015
		542 homens	
		669 mulheres	
4.2	Cobertura de ARV para gestantes VIH+ (%)	>95 [79 - >95]	UNAIDS 2015
	Gestantes VIH+ em TARV para prevenção da TV	84	
	Número estimado de gestantes VIH+ necessitam ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WH)	<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	

Fontes:

- a) GARPR_2015: CABO VERDE. 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, 2015⁽⁸⁾.
- b) cia-gov (ano): <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cv.html>⁽²⁵⁾
- c) MISAU_CV, 2012: Relatório Estatístico 2010 – Ministério da Saude de Cabo Verde. Praia, Dezembro de 2012⁽¹¹⁾.
- 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⁽¹²⁾.
- e) UNAIDS, 2015: < <http://aidsinfo.unaids.org/>>⁽²⁴⁾

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. Em 2015 não houve uma infecção por VIH causada por transmissão vertical no país.

A implementação efetiva da Opção B+ pode ser aprimorada 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 VIH 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.

Aspectos Positivos a Serem Valorizados:

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 multissetorialidade, 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. Os dados oficiais não apresentam discrepâncias nos diferentes documentos disponibilizados na mídia eletrônica.

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 VIH 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 VIH 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 VIH 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 VIH 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 VIH+ - 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 VIH/Aids. O tratamento Diretamente Observado tem grande taxa de sucesso, podendo ser estratégia decisiva para os casos de coinfeção com VIH.

Um ponto bastante importante é o da segurança transfusional a 100%: todo o sangue em Cabo Verde é testado não apenas para VIH, 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 VIH 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 VIH/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 VIH/Aids.

Vulnerabilidades a serem enfrentadas:

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 foi realizada em materiais oficiais em diferentes idiomas, a saber, inglês, francês e espanhol, pois não havia, mesmo no site oficial do país, um banco de dados disponível em Português. Fica como recomendação a construção e disponibilização de um banco de dados e bibliografia oficial, com a íntegra dos Planos e Projetos em Português.

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, mas sem a devida divulgação.

Considerando-se a importância do acesso aos homens para testagem e adesão/ retenção aos tratamentos, embora a oferta de testagem para VIH 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 VIH 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 VIH e em geral chegam para tratamento em condição de poliiinfecção, com alta letalidade pelas dificuldades em se encontrar esquemas apropriados para determinados graus elevados e complexos de infecção e coinfeções. 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 VIH 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 VIH, 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.

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.

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 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.

Em função do fato frequente das 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) e 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. 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 VIH+ dessas grávidas.

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 VIH 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: 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 permitem a redução significativa e progressiva da transmissão vertical do VIH e da sífilis.

Bibliografia

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.
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 (GARPR 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 Saude 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. Direção 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:

23. http://www.who.int/profiles_information/index.php/cape_verde:VIH
24. <http://aidsinfo.unaids.org/>
25. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cv.html>
26. Dados obtidos em entrevistas em campo, transcritos, analisados e consensuais.
27. www.inps.cv

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	Hospital Agostinho Neto
16. Héliida Djamila L. Fernandes	Hospital Agostinho Neto
17. Maria da Maculada	Hospital Agostinho Neto

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.