

Angola



Siglas

| | |
|--------|---|
| ACMS | Advocacia, Comunicação e Mobilização Social |
| ACT | Agentes Comunitários de Saúde |
| AT | Aconselhamento e Testagem |
| AZT | Zidovudina |
| BK - | Baciloscopia da Expetoração Negativa |
| BK + | Baciloscopia da Expetoração Positiva |
| CAP | Conhecimento, Atitudes e Práticas |
| CATV | Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CECOMA | Central de Compras, Aprovisionamento Medicamentos e Meios Médicos |
| CMI | Centro Materno Infantil |
| CNLSGE | Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e Grandes Endemias |
| CPN | Consulta Pré-Natal |
| CQ | Controlo de Qualidade |
| CS | Centro de Saúde |
| CUAMM | ONG internacional Colégio Universitário de Aspirante a Médicos Misioneri |
| DAT | Dispensário Antituberculose |
| DMS | Direcção Municipal de Saúde |
| DNME | Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos |
| DNSP | Direcção Nacional de Saúde Pública |
| DPS | Direcção Provincial de Saúde |
| DOT | Direct Observational Treatment/Tratamento Directamente Observado |
| DOTS | DOT Strategy (Estratégia de OMS para o controlo da Tuberculose) |
| DOTS-C | DOTS Comunitário |
| DPS | Direcção Provincial de Saúde |
| EMC | Eastern Mediterranean Region |
| ETV | Eliminação da Transmissão Vertical |
| FNUAP | Fundo das Nações Unidas para População |
| GLC | Green Light Committee/Comité de Luz Verde da OMS |
| HAMSET | Projeto de Intensificação da Malária, TB e VIH/Sida, Banco Mundial/ MINSa |

| | |
|---------|--|
| HBC | High Burden Countries |
| HSB | Homens que fazem sexo com homens |
| IBEP | Inquérito integrado sobre Bem-estar da população |
| IEC | Informação, Educação e Comunicação |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INLS | Instituto Nacional de Luta contra Sida |
| INSP | Instituto Nacional de Saúde Pública |
| LNR | Laboratório Nacional de Referência |
| M&A | Monitoria e Avaliação |
| MINSA | Ministério da Saúde |
| ODM | Objectivo de Desenvolvimento do Milénio |
| OMS/WHO | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não-Governamental |
| PAL | Practical Approach to Lung Health |
| PEN | Plano Estratégico Nacional |
| PNCT(B) | Programa Nacional de Controlo da Tuberculose |
| PPTB | Programa Provincial de Controlo da Tuberculose |
| PPM | Public-Private or Public-Public Mix |
| PTV | Prevenção da Transmissão Vertical |
| PVVIH | Pessoas vivendo com o VIH |
| SADC | Southern African Development Community |
| SEAR | South East Asian Region |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| SIS | Sistema de Informação em Saúde |
| TARV | Terapia (ou Tratamento) Antirretroviral |
| TB | Tuberculose |
| TB MR | Tuberculose Multirresistente |
| TB XRD | Tuberculose Extremamente resistente |
| TB TEAM | TB Technical Assistance Mechanism |
| TdR | Termos de Referência |
| TEP | Tuberculose Extrapulmonar |

| | |
|--------|--|
| TMF | Transmissão Mãe para Filho |
| TP | Tuberculose Pulmonar |
| TPI | Tratamento Preventivo com Isoniazida |
| UDT | Unidade de Diagnóstico e Tratamento |
| UNGASS | Sessão Extraordinária das Nações Unidas sobre VIH/SIDA |
| US | Unidade Sanitária |
| UT | Unidade de Tratamento |
| UTG | Unidade Técnica de Gestão |
| VIH | Virus de Imunodeficiência Humana |
| WHO | World Health Organization |
| WPR | Western Pacific Region |
| ZAR | Zonas de Alto Risco |

FIGURAS

- Figura 1. Angola - Localização na África e Províncias. Fonte: Agência Angola Press, 2015.
- Figura 2. Pirâmide Populacional de Angola. Fonte: Central Intelligence Agency, 2016.
- Figura 3. Grupos étnicos por região de Angola. Fonte: PALOPS, 2016.
- Figura 4. Níveis do Sistema Nacional de Saúde. Fonte: Plano de Desenvolvimento Sanitário 2012 – MINSa.
- Figura 5. Logotipo do Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, INLS. Fonte: MINSa, 2015.
- Figura 6. Fluxo da notificação em HIV/Aids da Unidade Sanitária ao INLS. Fonte: Marques e Furtado, 2015.
- Figuras da Capa. Fotografias do INLS e de uma mãe cuidando de seu filho, respectivamente. Luanda, 2015.

QUADROS

- Quadro 1. Taxa de Mortalidade de crianças abaixo de 5 anos em Angola (2001-2015). Fonte: WHO, 2016.
- Quadro 2. Taxa de mortalidade de crianças entre 0 e 4 anos em Angola, segundo área de residência, gênero e escolaridade da mãe, 2008- 2009. Fonte: WHO, 2016
- Quadro 3. Conceitos básicos do Programa Nacional de Tuberculose. Fonte: PNCT, 2012.
- Quadro 4. Recomendações para tratamento de pacientes com coinfeção TB/HIV. Fonte: PNCT, 2012.
- Quadro 5. Tipo de Assistência para Mulheres com Filhos Nascidos Vivos em Angola. Fonte: IBEP, 2009.

TABELAS

- Tabela 1. Estimativa da Epidemia do HIV em Angola, 2009 - 2015. Fonte: MINSa.
- Tabela 2. Distribuição do total de testes realizados e positivos por província, Ano 2013. Fonte: MINSa, 2014.
- Tabela 3. Casos de Tuberculose em Todas as Formas, notificados em Angola 2007 – 2012. Fonte: PNCT, 2014.
- Tabela 4. Resultados do tratamento (coorte) dos BK+ (novos e Retratamentos). Fonte: PNCT, 2012.
- Tabela 5. Coinfeção TB/HIV, Angola, 2011- 2012. Fonte: PNCT – Relatório UNGASS 2011/2012.
- Tabela 6. Rede de Serviços de Aids e TB, Angola 2012. Fonte: INLS/ PNCT, 2012.
- Tabela 7. População Estimada, Geral e Grávidas (Geral/ HIV+) por Província. Angola, 2012. Fonte: INLS, 2012.
- Tabela 8. Porcentagem de grávidas HIV+ que receberam ARV para reduzir o risco de transmissão materno infantil em Angola, 2008 a 2013. Fonte: GARPR, 2014.

GRÁFICOS

1. Gráfico 1. Tendência dos Casos de TB por ano – Angola 2007 – 2014. Fonte: PNCT Angola, 2015.
2. Gráfico 2. Distribuição dos casos de tuberculose em Angola por idade e sexo, 2012. Fonte: PNCT, 2012.
3. Gráfico 3. Distribuição do número de testes realizados/ano nos serviços de PTV, 2009-2013. Fonte: INLS, 2015

ÍNDICE

| Tema | Página |
|---|--------|
| Siglas | 2 |
| Lista figuras, tabelas e quadros | 4 |
| 1. Contexto | 6 |
| 2. O campo em Angola | 11 |
| 3. Políticas de saúde em geral e aids | |
| 3.1. Ministério da Saúde (MINSa) | 12 |
| 3.2. Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids | 14 |
| 3.3. Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids | 16 |
| 3.4. Saúde Privada | 19 |
| 4. Situação atual da epidemia de aids no país | |
| 4.1. Dados Epidemiológicos | 19 |
| 4.2. Testagem | 21 |
| 4.3. Coinfecções mais prevalentes | |
| a) Tuberculose | 23 |
| b) IST | 27 |
| 4.4. Tratamento medicamentoso - Logística dos medicamentos | 29 |
| 4.5. Populações Vulneráveis | 29 |
| 4.6. Bancos de sangue | 30 |
| 4.7. Adesão, Abandono e Falência | 30 |
| 5. Situação atual da sífilis no país: | |
| 5.1. Indicadores | 33 |
| 5.2 Fluxo de diagnóstico e assistência | 34 |
| 6. Gestantes e recém-nascidos: | |
| 6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes | 35 |

| | | |
|--|--|----|
| | 6.2. Transmissão Vertical do HIV e testagem das grávidas | 36 |
| | 6.3. Opção B+ e Protocolo para gestante HIV+ | 37 |
| | 6.4. Fluxo típico de uma gestante no país | 39 |
| | 6.5. Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) | 39 |
| 7. Tabela-síntese | | 40 |
| 8. Conclusões e Recomendações | | |
| | 8.1 Recursos Disponíveis a serem valorizados | 44 |
| | 8.2. Dificuldades a serem enfrentadas | 46 |
| 9. Bibliografia | | 48 |
| 10. Lista dos participantes, cargos e instituições do campo em Angola | | 50 |

1. Contexto

1.1. Localização

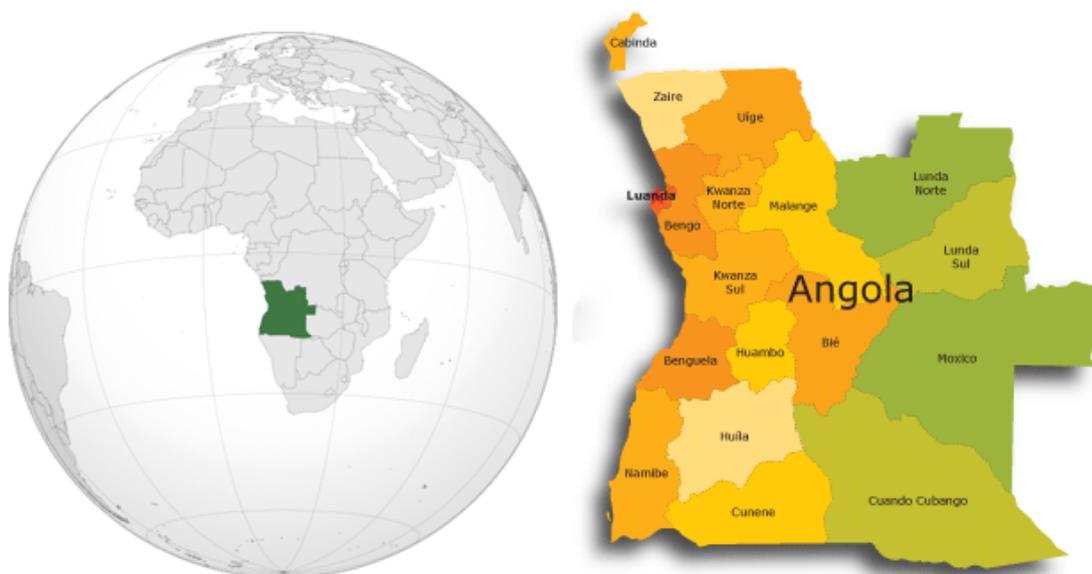


Figura 1. Angola – Localização na África e Províncias. Fonte: Agência Angola Press, 2015.

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

Sua divisão administrativa é composta por 18 províncias, a saber: Bengo, Benguela, Bie, Cabinda, Cunene, Huambo, Huila, Kuando-Kubango, Kuanza Norte, Kuanza Sul, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge, Zaire. As menores divisões de território são o bairro, na zona urbana, e a povoação, na zona rural. Os 173 municípios divididos em 618 comunas¹.

1.2. Questão Histórica

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

Com amplas zonas fronteiriças, Angola tem movimentação intensa. Desenvolve atualmente um conjunto de medidas para o combate à pobreza, à fome e a redução das desigualdades sociais. Há um grande desafio na reconstrução das infraestruturas econômicas, educativas e de saúde por um lado e reinserção social dos militares desmobilizados por outro.

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

¹FAO.org, 2016.

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

1.3. Contexto Sócio-Político e Econômico

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

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

Angola é considerada pela UNESCO um país de baixo índice de desenvolvimento educativo-educacional, ocupando o 111º lugar entre 120 países na tabela Educação para Todos de 2012.

Segundo a OMS, durante os últimos 12 anos, o período de paz registrado permitiu alcançar progressos considerados marcantes na gestão do Sistema Nacional de Saúde em áreas estratégicas, como saúde materno-infantil e luta contra doenças transmissíveis².

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

Na década de 2010, a economia de Angola tem sido caracterizada por um rápido crescimento, essencialmente dependente do setor petrolífero – que contribui com 55% do PIB e 95% de exportação de produtos. O crescimento anual do PIB é de 9.2% nos últimos cinco anos.

O setor rural é o segundo maior setor produtivo, contribuindo com cerca de 8% do PIB; o setor informal, especialmente nas áreas periféricas, é relevante, mas não quantificado.

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

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

² OMS Angola, 2016.

1.4. População

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

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

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

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

Uma em cada 5 famílias é chefiada por mulheres.

- Pirâmide populacional de Angola

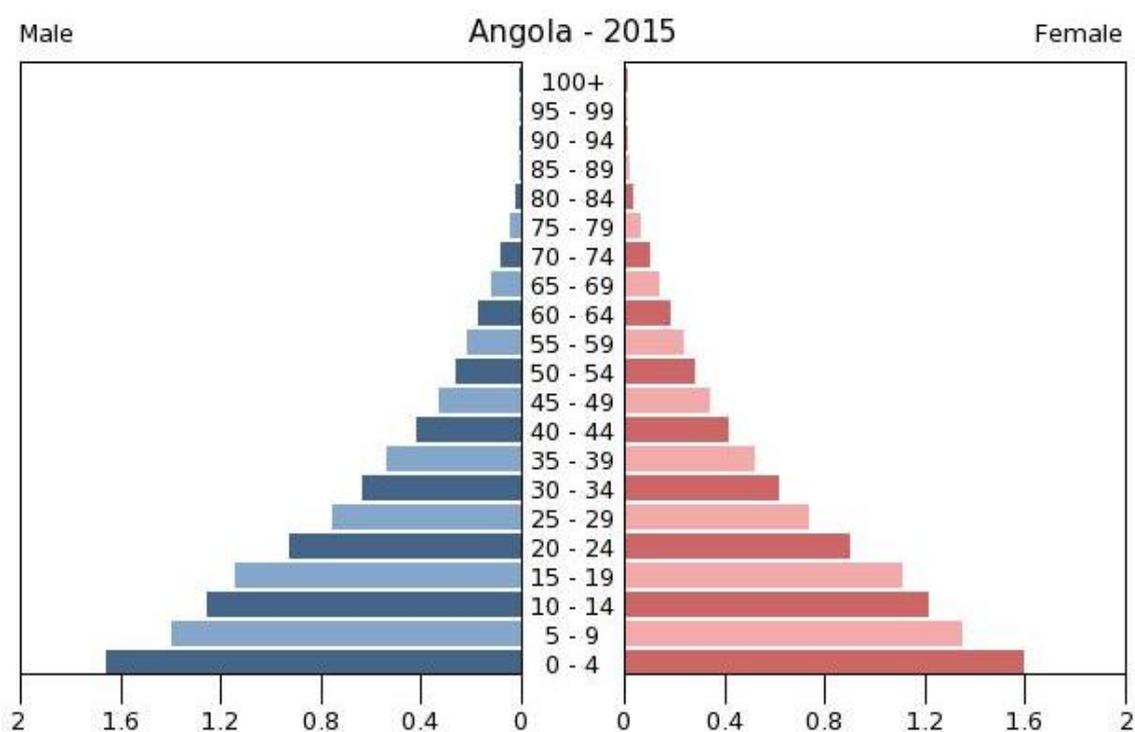


Figura 2. Pirâmide Populacional de Angola. Fonte: Central Intelligence Agency, 2016.

A pirâmide etária mostra que a população é maioritariamente jovem, cerca de 48% do total está abaixo dos 15 anos de idade, 49% do total entre 15 a 49 anos e 3% acima de 65 anos, verifica-se maior percentagem no sexo feminino. As mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos), constituem 44% do universo feminino, com uma taxa de fecundidade estimada em 6.4 nascimentos por mulher³.

³ ANGOLA. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, 2012.

- Crescimento Populacional

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

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

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

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

Apesar de uma redução de 205/1000 nascidos vivos em 2007 para 164/ 1000 nascidos vivos em 2013, a taxa de mortalidade infanto-juvenil ainda é alta – a média dos países africanos é de 127/1000 nascidos vivos. A desnutrição crônica afeta aproximadamente 15,6% das crianças menores de 5 anos de idade em Angola, sendo considerada uma causa associada de morte em 2 a cada 3 óbitos nesse grupo etário. As mortalidades neonatal e materna estimadas respectivamente em 42/1000 e 470/1000 continuam igualmente elevadas⁴.

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

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

⁴ WHO Observatory Report, 2013.

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

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

As evidências indicam que altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil são resultado de serviços de qualidade insuficiente, fortemente associados a sistemas de saúde fracos, que não conseguem responder às necessidades reais da população. Esses fatores desempenham um papel fundamental na oferta dos serviços de prevenção da transmissão vertical (PTV)⁵

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

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

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

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

1.5. Idioma e Religião

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

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

Os grupos étnicos principais são: *Bantu, Ovimbundo, Umbundo, Bacongo, Lunda-Chokwe, Nyaneke-Nkhumbi Ovambo, Kwanyama, Kwamato, Kafima, Evale, Dombondola, Vakuval, Himba, Dimba Khoisan*⁶. As línguas nacionais mais faladas são *Umbundo, Kimbundu, Tchokwe, Kikongo e Nhaneka*.

⁵ PN ETV 2012-2015, 2012.

⁶ Constituição da República de Angola. in: FERNANDES, João, e NTONDO, Zavoni (2002). *Angola: Povos e Línguas*, Luanda, Editorial Nzila.

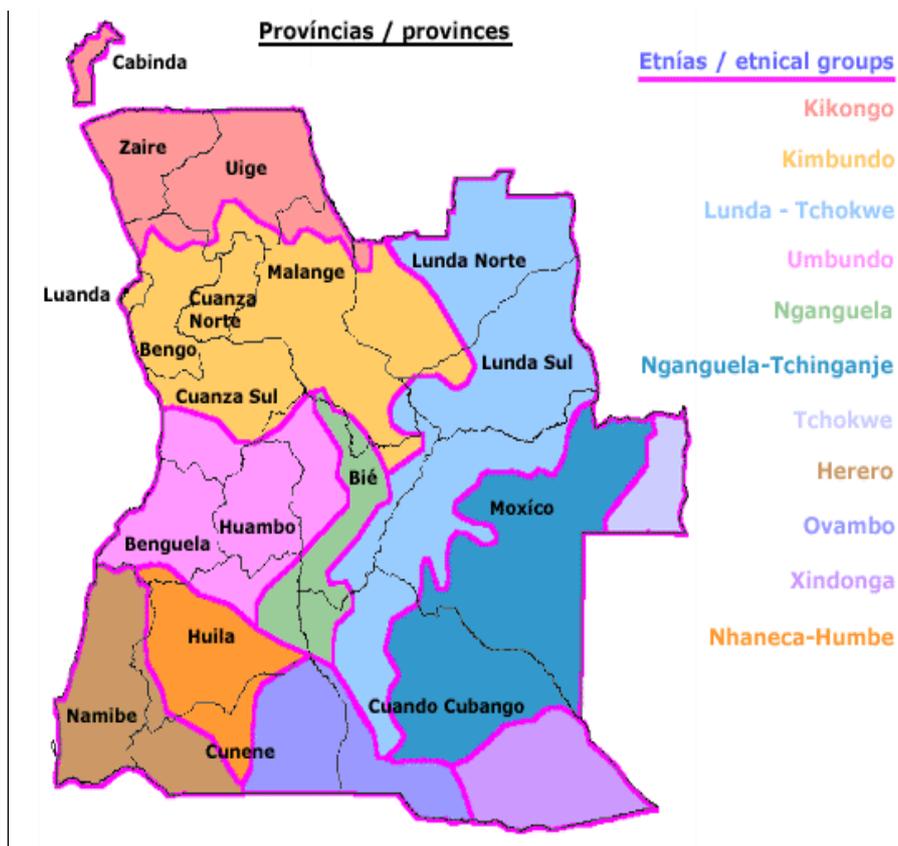


Figura 3. Grupos étnicos por região de Angola. Fonte: PALOP⁷, 2016.

2. O Campo em Angola

O trabalho de campo em Angola ocorreu entre os dias 5 e 9 de outubro de 2015, com apoio da Embaixada Brasileira, da Assessoria de Comunicação Internacional do Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde do Brasil (que auxiliou na elaboração do agendamento prévio) e Instituto Nacional de Luta contra Sida, de Angola. Nessa visita não houve acompanhamento de representante do Ministério da Saúde do Brasil, ficando a consultora sob os cuidados da Embaixada do Brasil em Angola⁸.

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

Foram parte da visita de campo:

a) O Ministério da Saúde

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

⁷ Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP.

⁸ Agradecimento especial a Honorine Badji e à Dra. Cláudia Barros.

✚ Programa de Tuberculose

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

✚ Hospital Lucrecia Paim, na capital Luanda;

✚ Centro de Saúde Viana I, em Viana, distante 18km da capital do país.

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

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

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

3. Políticas de Saúde em Geral e Aids

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

Em 2015 foi estabelecida nova cooperação com a Organização Mundial da Saúde, orientada pela Agenda Global e Regional de Saúde, alinhada com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 e com o Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017⁹.

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

3.1. Ministério da Saúde (MINSa)

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

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

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

⁹ OMS Angola. *Estratégia de Cooperação 2015-2019*. Angola, 2016.

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

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

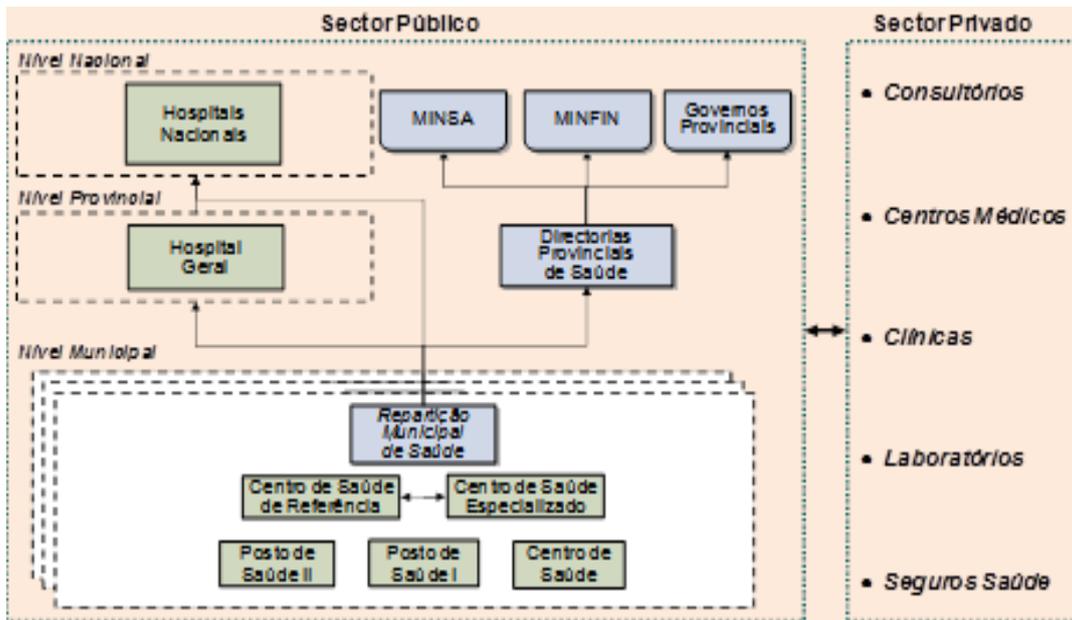


Figura 4. Níveis do Sistema Nacional de Saúde. Fonte: Plano de Desenvolvimento Sanitário/ MINSA, 2012.

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

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

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

A cobertura dos serviços de saúde pública é de 58%, nas zonas rurais apenas 24% tem acesso aos serviços de saúde num raio até 5 Km, em contraste com uma percentagem de 63% nas zonas urbanas. São 0,8 leitos hospitalares para cada 1000 pessoas, com 0,17 médicos para cada 1000 pessoas¹⁰.

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

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

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

3.2. Construção da Resposta Nacional a epidemia de aids

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

A partir de 2001, a análise dos resultados da resposta nacional ao VIH foi realizada segundo os parâmetros da ONUSIDA. Nesse contexto, ficou possível dimensionar os avanços alcançados em Angola em áreas prioritárias e avaliar a situação atual da resposta à epidemia.

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

Em 2005, esse projeto concretizou-se na criação do Instituto Nacional de Luta Contra Sida (INLS)¹¹.

¹⁰ www.cia.gov, 2016.

¹¹ Em 2005 foi criada por Decreto n.º 07/05, de 9 de Março, o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) e aprovado seu Estatuto Orgânico, com o objetivo de responder às exigências de luta contra o VIH e a SIDA, nos termos das disposições combinadas da Alínea f do artigo 112º e do artigo 113º, ambos da Lei Constitucional (MINSa, 2015).



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

A gestão do INLS é da responsabilidade exclusiva dos seus órgãos, não tendo os organismos, que lhes são estranhos, direito de interferir na sua gestão e no seu funcionamento, salvo os estritos limites da tutela e superintendência do Ministério da saúde e da lei no geral. A gestão administrativa do INLS é orientada pelos seguintes instrumentos: a) Planos de atividades anual e plurianual; b) orçamento próprio anual; c) relatório anual de atividades; d) balanço e demonstração da origem e aplicação de fundos ¹².

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

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

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

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

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

O Plano de Aceleração da Resposta ao VIH e SIDA até 2015, o Plano Nacional de Eliminação da Transmissão do HIV de Mãe para Filho e o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose fazem parte das principais políticas e programas de Angola¹³.

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

¹² Diário da República, I Série_Nº29, de 9 de Março de 2005 (MISAU, 2015).

¹³ Relatório Nacional de Angola, 2015. <http://www.ao.undp.org>. Acesso em 04 de novembro de 2016.

avaliar métodos alternativos para complementar ou substituir a vigilância sentinela do HIV na consulta pré-natal.

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

Em Angola o INLS, em parceria com o CDC, ONUSIDA, OMS, Fundo Global entre outros, está avaliando a possibilidade de poder utilizar nos próximos anos os dados do PTV para monitorar as ações do programa e avaliar a tendência da aids no País¹⁴. Até 2015 ainda não haviam sido realizados estudos sobre os serviços de PTV como possível fonte de dados alternativa para vigilância do HIV.

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴ Marques, 2014.

Destes, mais de metade não conhecia o objectivo do sistema de vigilância do PTV e mais de ¼ não conhecia a definição de caso para gestante, tendo sido associado a falta de divulgação, capacitação e supervisão.

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

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

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



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

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

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

Os livros de registo das Unidades são preenchidos à mão, por profissionais de medicina ou enfermagem; esses dados são passados para a gerência municipal entre os dias 1 a 30 de

cada mês; os dados consolidados dos municípios são enviados para o nível provincial no início de cada mês.

O nível Provincial trata os dados e envia para o INLS que trata a informação mensal, faz a sua revisão e compila a informação para enviar ao GEPE-MINSA até ao dia 10 de cada mês. O INLS produz os relatórios trimestrais, semestral e anual através dos dados recebidos das províncias, e o relatório do UNGASS a cada dois anos.

Os esforços para implementação de um sistema efetivo para notificação da gestante/parturiente/puérpera VIH+ e criança exposta ao VIH tiveram um incremento com um projeto específico, iniciado em 2013 pelo INLS¹⁵, consistindo de um processo de notificação compulsória do VIH/Sida começando pela gestante, e realização em abril de 2014 o projeto piloto em duas unidades sanitárias de Luanda, seguidos da implementação em quatro outras unidades – Maternidade Lucrecia Paim*, Hospital Geral dos Cajueiros – Cazenga, Centro de Saúde Cacacuo e Centro de Saúde Viana I*¹⁶.

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

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

- A informação mensal sobre a vigilância do PTV em Angola tem início nas unidades de PTV com a recolha de dados e envio para as repartições municipais; o previsto pelo fluxograma do INLS do envio dos relatórios é de 1 a 30 de cada mês, mas foram detectadas irregularidades na província de Luanda tanto nos prazos como no número de relatórios entre as unidades sanitárias e as repartições municipais¹⁷;
- Foi possível constatar que na maioria das unidades sanitárias participantes do estudo houve ausência principalmente do livro nº 3 por longos períodos de tempo, além do não-preenchimento das fichas de notificação, em algumas das unidades já há alguns anos;
- Cerca de 50% das Unidades de Saúde não tinham arquivo de registros acessível; 83,3% das Unidades Sanitárias com falta dos relatórios mensais do período de análise (2009-2013); 60% dos relatórios mensais com incongruências em relação ao número de grávidas em PTV registradas no livro e 51% do campo *uso de TARV* em branco no livro.
- Faltas de cópias dos relatórios mensais e falta de registro da entrega e recepção dos relatórios em todos os níveis, sendo que o nível central recebe apenas o chamado *cumulativo provincial*.

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

- a) *Complexo*: apresenta baixa qualidade de dados nas fichas de notificação e relatórios;

¹⁵ ANGOLA. *Implantação da Ficha de Notificação da Gestante/Parturiente/Puérpera VIH e criança exposta ao HIV*. Luanda, Outubro de 2014.

¹⁶ Essas duas unidades fizeram parte da visita de campo em Outubro de 2015.

¹⁷ Marques e Furtado, 2014.

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

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

3.4. Saúde Privada

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

4. Situação Atual da Epidemia de Aids no País:

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

4.1. Dados Epidemiológicos

A epidemia de HIV/Aids em Angola é do tipo generalizado, pois não há uma prevalência maior em determinada faixa ou perfil populacional: as pessoas atingidas pertencem a praticamente todas as faixas etárias e perfis comportamentais. Toda a população é vulnerável e está exposta. A média de soroprevalência nacional é de 1,9%, o que segundo o INLS reforça a característica de uma epidemia generalizada¹⁸. Angola, Chade, República Democrática do Congo, Etiópia e Nigéria são os cinco países prioritários que tem epidemias generalizadas. Nesses países, menos de 50% das mulheres grávidas vivendo com HIV tem acesso a terapia antirretroviral para prevenção da transmissão vertical. Angola mantém-se estável na cobertura, com 17% de cobertura.

A prevalência do HIV na população adulta geral é de 2,34%; entre adultos de 15-49 anos, na ordem dos 2.4% (UNAIDS, 2015); estima-se que cerca de 320 000 pessoas vivam com o VIH, com variações entre os sexos, tendo mais altas prevalências entre as mulheres jovens (15-24 anos = 0,9%). Estima-se que entre 223 350 e 290 000 adultos maiores de 15 anos vivam com HIV em Angola¹⁹, além de quase 30 mil crianças. Estima-se uma média de 15.575 grávidas soropositivas para HIV por ano. Os dados disponíveis mostram uma maior prevalência entre as mulheres (relação de 2,4 mulheres para cada homem afetado), cuja transmissão ocorre predominantemente por meio de relações heterossexuais. A prevalência média nacional do HIV em mulheres grávidas no grupo etário entre 15-49 anos de idade foi de 2,8%²⁰, sendo maior na área urbana (3%) do que na área rural (1,6%).

¹⁸ PN ETV 2012-2015, 2012.

¹⁹ GARPR 2014 e UNAIDS 2015.

²⁰ INLS 2009, apud PN ETV 2012-2015, 2013:13.

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

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

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

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

A evolução da epidemia de aids em Angola tem características epidemiológicas diferentes segundo a área geográfica²¹. Verifica-se um crescimento do número de casos novos nas províncias, particularmente nas regiões fronteiriças e nas cidades com alta densidade populacional como Luanda.

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

A incidência do HIV em Angola é de **0,27**, sendo 26.365 novas infecções por ano²² - destas, cerca de 22 000 em adultos maiores de 15 anos (13 mil entre mulheres e 9 mil entre homens). E a estimativa de novas infecções entre crianças de 0 a 14 anos de 2 300 a 7 100, nas diferentes regiões do país.

Os novos casos registrados afetam principalmente mulheres, sendo uma epidemia feminizada, cujo enfrentamento requer estratégias especiais frente à desigualdade de gênero²³; a faixa etária mais afetada entre as mulheres está entre os 25 e os 29 anos, e entre os homens, entre 30-34 anos²⁴. Esse foi o perfil epidemiológico da época da realização desta pesquisa, em outubro de 2015.

²¹ CPLP, 2010.

²² UNAIDS, 2015.

²³ CPLP, 2010; ANGOLA, *Diagnóstico de Gênero de Angola*, 2015.

²⁴ PN ETV 2012-2015, 2012:13.

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

4.2. Testagem

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

Na década 2003-2013 foram criados 904 serviços de aconselhamento e testagem (AT), e durante esse período foram realizados 3.498.102 testes, dos quais 5,3% positivos para HIV²⁵.

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

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

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

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

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

Fonte: MINSÁ,2014.

²⁵ ONU Angola, 2016.

As cinco províncias com maior número de testes foram:

| | |
|--|---------|
|  Luanda | 212.554 |
|  Benguela | 96.379 |
|  Huambo | 87.713 |
|  Huíla | 69.867 |
|  Bié | 62.034 |

As províncias com menor número de testes foram:

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

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

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

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

4.3. Coinfecções mais prevalentes:

a) Tuberculose

Encontrar, Tratar e Curar a Todos.

PNCT Angola, 2015.

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

De 2005 a 2010 foi implementado o primeiro projeto, financiado pelo Fundo Global (FG/R-4), com objetivo de reforçar ações de controle da TB em 11 províncias de Angola; as demais, foram financiadas pelo projeto HAMSET²⁶ do Banco Mundial²⁷.

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

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

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

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

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

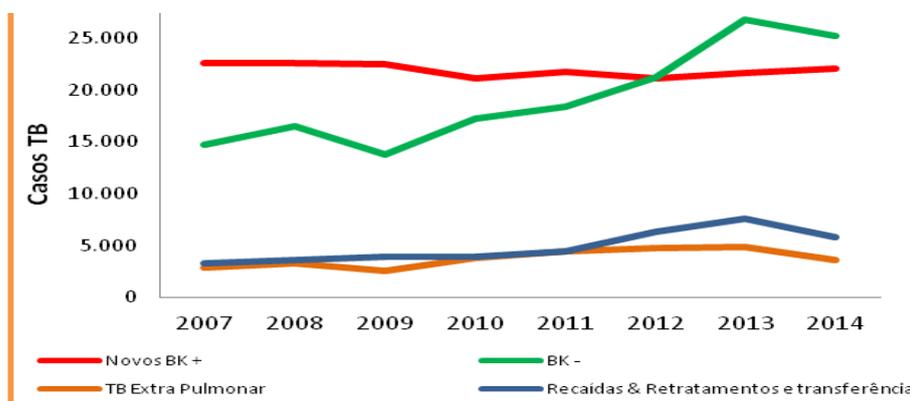


Gráfico 1. Tendência dos Casos de TB por ano – Angola 2007 – 2014. Fonte: PNCT Angola, 2015.

²⁶ Projeto de Intensificação da Malária, TB e VIH/Sida, Banco Mundial/ MINSA.

²⁷ PEN-TB 2013-2017: 10.

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

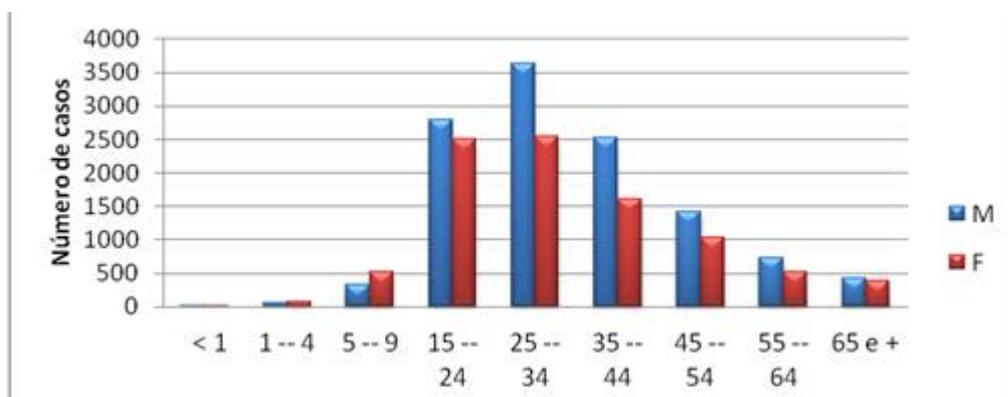


Gráfico 2. Distribuição dos casos de tuberculose em Angola por idade e sexo, 2012. Fonte: PNCT, 2012.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Um ponto importante para a má adesão²⁸, nessa perspectiva individual de abandono e/ou falência é o abuso de álcool correlacionado a tuberculose. A droga mais utilizada, fora o álcool, é a *lhamba*, maconha. Porém, segundo os entrevistados, não há na prática uma estrutura em saúde mental para dialogar ou cuidar desses pacientes.

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

Coinfecção TB/HIV

Dos 12.592 casos novos de BK(+) detectados em 2013, 1.612 foram HIV(+), correspondendo a uma positividade do HIV entre casos novos de BK (+) de 12,8%. Atualmente, existe uma rede de 148 serviços de HIV/Aids²⁹.

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

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

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

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

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

²⁸ LIMA, 2010.

²⁹ ONU Angola, 2016.

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

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

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

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



É importante monitorar todos os doentes com coinfeção e durante o tratamento da TB, acompanhar o progresso individual.

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

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

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

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

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

A Rede de Serviços de TB contava, em 2012³⁰, com:

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

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

b) IST

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

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

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

Há referência de relação direta entre câncer de colo de útero e HIV/Aids, em Luanda estimado em 99% HPV-HIV. Este dado epidemiológico foi comprovado cientificamente e divulgado em evento internacional recente no Brasil³¹.

³⁰ PNCT- MINSa, setembro de 2013.

³¹ 2016, Congresso de Medicina Tropical/ Maceió, Brasil.

4.4. Tratamento medicamentoso - Logística dos medicamentos

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

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

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

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

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

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

Nos trabalhadores do sexo a taxa de cobertura com programas de prevenção (79,3%) é considerada muito boa e existe uma utilização de preservativos bastante superior (duas vezes mais) ao que se verifica na população geral. Impõe-se, pois, a consolidação da abordagem a este grupo³².

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

³² PN ETV 2012-2015, 2012.

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

4.6. Bancos de sangue

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

4.7. Adesão, Abandono e Falência

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

Em Angola, alguns fatores condicionantes da dinâmica da epidemia³³ são reconhecidos, como já foi assinalado no início deste documento, porém as estratégias ainda não são suficientemente incisivas para ruptura de determinados ciclos de vulnerabilidade e risco, a saber:

Analfabetismo

O analfabetismo é considerado elevado em Angola, com uma taxa superior a 30%³⁴, quase 1/3 da população (o equivalente a mais de 5 milhões de pessoas). As causas apontadas são o insucesso escolar, mas também o elevado número de refugiados, além do absenteísmo dos docentes (faltas em torno de 40% das aulas).

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

Dados de 2015 apontam para uma queda de quase 68% no número de analfabetos, nos 40 anos de independência nacional³⁵. Em 1975, ano em que o país se tornou independente de Portugal, 85% da população nacional não sabia ler nem escrever.

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

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

³³ GARPR, 2014:5.

³⁴ <http://www.africaurgente.org/combate-ao-analfabetismo-na-angola-informacoes/>

³⁵ http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt_2015_09_08_410499205_numero-de-angolanos-analfabetos-caiu-mais-de-68--desde-1975.

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

✚ Aceitação social da poligamia masculina

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

✚ Elevada migração

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uma sugestão é a ampliação do diálogo com os curandeiros e suas práticas curativas não-convencionais, numa tentativa de compreensão técnica, ética e política.

- ✚ Subvalorização e preconceitos sobre o risco das IST/HIV/Aids, Práticas de sexo sem proteção e Rejeição ao uso dos preservativos masculinos

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

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

“Perdidos de Vista”

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

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

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

Falência ao Regime de 1ª linha de TARV³⁶

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

a) Falência imunológica:

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

b) Falência virológica:

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

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

A fome...

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

³⁶ Furtado, 2013.

5. Situação Atual da Sífilis no País:

Angola, até outubro de 2015, não tinha notificação de sífilis congênita, estando as planilhas oficiais todas “s/d”, sem dados. Referem realização de teste VDRL na primeira consulta, porém com pouca ou nenhuma notificação ou busca ativa dos parceiros sexuais das mulheres afetadas. Outra ausência importante é a de ONG parceiras. Todos os profissionais de saúde lamentam a falta de organizações não-governamentais parceiras, tanto para prevenção, como para as estratégias de adesão.

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

5.1. Indicadores

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

5.2. Fluxo de diagnóstico e assistência

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

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

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

6. Gestantes e Recém-Nascidos:

Em relação às grávidas, o INLS estabeleceu como definição de caso confirmado de aids *toda mulher que for detectada com a infecção pelo HIV, ou que já tenha o diagnóstico confirmado, no momento da gestação, parto ou puerpério*³⁷.

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

Apesar da atual tendência global ser o aumento da cobertura de prevenção da transmissão vertical entre as mulheres grávidas que vivem com o HIV, notáveis declínios ocorreram na cobertura de PTV no Lesoto (de 75% em 2011 para 58% em 2012) e no Quênia

³⁷ Furtado, 2014.

(66% a 53%) enquanto em Angola se manteve estável, embora em valor bastante baixo (17%), em ambos os anos.

6.1. Epidemiologia de HIV/Aids entre gestantes

A prevalência do HIV entre as gestantes de Angola é estimada entre 1,8% e 3%³⁸. A cobertura de PTV é estimada entre 22% e 40%³⁹.

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

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

A prevalência de HIV entre as mulheres grávidas demonstra a gravidade do HIV nas nove províncias acima da mediana. No entanto, o número de grávidas por província demonstra a carga da doença em cada um deles⁴⁰: Das 19.306 grávidas com HIV, 16.924 estão em seis províncias: Luanda (35%), Benguela (21%), Huambo (12%), Bié (8%), Huíla (7%) e Lunda Norte (5%).

| Província | Pop Estimada 2012 | Estimativa Grávidas (5,2%) | Prevalência do HIV 2009 (%) | Estimativas de Grávidas HIV+ |
|----------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Bengo | 242.214 | 12.751 | 3,3 | 421 |
| Benguela | 2.630.055 | 131.757 | 4,4 | 5.797 |
| Bié | 1.271.962 | 66.142 | 3,2 | 2.117 |
| Cabinda | 517.260 | 26.898 | 1,9 | 511 |
| Cunene | 472.774 | 54.584 | 4,4 | 1.082 |
| Huambo | 1.567.773 | 81.524 | 4,2 | 3.424 |
| Huíla | 1.725.121 | 89.706 | 2,2 | 1.974 |
| Kwando Kubango | 474.13 | 24.655 | 4,2 | 1.036 |
| Kwanza Norte | 439.428 | 22.850 | 1,0 | 229 |
| Kwanza Sul | 1.619.471 | 84.212 | 1,0 | 842 |
| Luanda | 4.852.945 | 252.353 | 3,9 | 9.842 |
| Lunda Norte | 629.292 | 32.723 | 4,2 | 1.374 |
| Lunda Sul | 67.030 | 3.486 | 2,5 | 87 |
| Malange | 525.709 | 27.337 | 0,8 | 217 |
| Moxico | 537.402 | 27.945 | 1,8 | 503 |
| Namibe | 216.847 | 11.276 | 3,7 | 417 |
| Uige | 1.251.417 | 65.074 | 1,0 | 650 |
| Zaire | 269.003 | 13.988 | 1,2 | 169 |
| Totaç | | | | 33.692 |

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

Fonte: INLS, 2012.

³⁸ OMS Angola, 2016.

³⁹ Respectivamente, Furtado 2014 e UNAIDS 2015.

⁴⁰ PN ETV 2012-2015, 2012:14.

Dados do Spectrum 2013⁴¹ confirmam essa tendência das taxas de prevalência de HIV/Aids entre as grávidas serem superiores à média nacional. Em onze províncias os valores foram superiores a 2.4.

Mesmo assim, a evolução dos dados aponta para um decréscimo contínuo, tendo passado de 33,5% em 2011 para 30,5% em 2012 e os atuais 25,4%, em que a taxa de cobertura às grávidas para receberem ARV para prevenção da transmissão vertical está em torno de 39,9%.

Ainda segundo o Spectrum, a cobertura do TARV passou de 36% em 2011 para 47,1% em 2013 para toda a população, incluindo gestantes.

Inclusão de Grávidas no PTV

Do total de 11.372 grávidas VIH positivas, em 2013, somente 6.104 foram incluídas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), correspondendo a uma taxa de cobertura de 53.7%. As seguintes províncias se destacaram por apresentar mais de 80% de grávidas em PTV, em 2013:

Namibe - 96,2%

Malanje - 92,0%

Lunda Sul - 89,2%

Kuando Kubango - 81,7%

Nove províncias apresentam mais de 50% de grávidas HIV+ em PTV, nomeadamente: Cunene, Cuando Kubango, Kwanza Norte, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Namibe e Uíge.

As províncias do Bengo, Benguela, Bie, Cabinda, Huambo, Huíla, Kwanza Sul, Moxico e Zaire, foram as que registaram menos de 50% de gestantes HIV positivas em PTV.

6.2. Transmissão Vertical do HIV e testagem das grávidas

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

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

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

⁴¹ Apud OMS Angola, 2016.

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

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

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

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

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

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

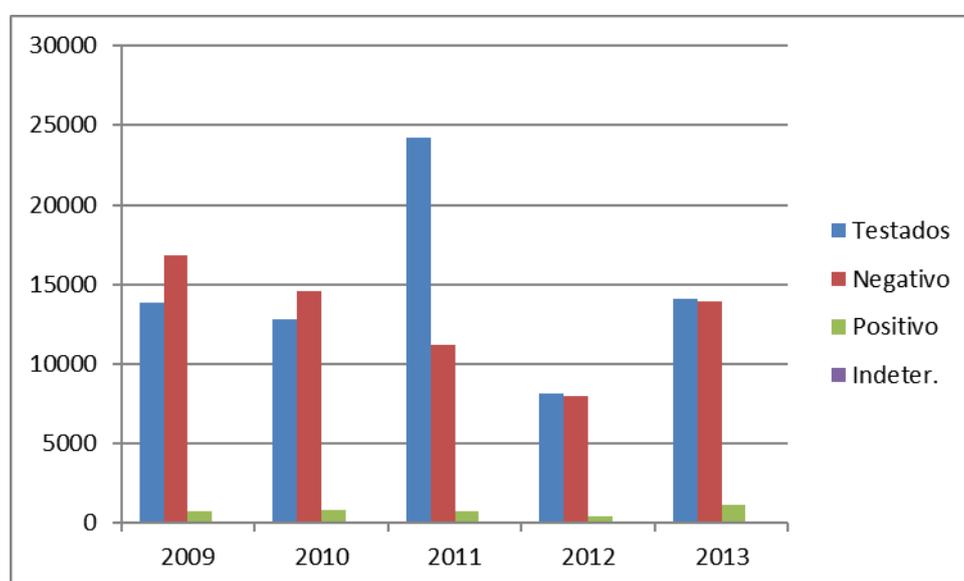


Gráfico 3. Distribuição do número de testes realizados/ano nos serviços de PTV, 2009-2013.

Fonte: INLS, 2015.

6.3. Opção B+ e Protocolo para gestante HIV+

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

Mesmo com limitações diversas, a adoção do protocolo indica um caminho importante positivo que está sendo seguindo em Angola.

Entre a confirmação do diagnóstico de aids ou HIV+ e o início da medicação antirretroviral, segundo depoimento de entrevistados, não há grande intervalo de tempo.

Estima-se que 39% das gestantes HIV+ estejam em Terapia Antirretroviral (TARV), dados de 2015; em 2011 essa taxa era de 16%. Segundo os critérios do UNAIDS e WHO, nesse momento haveria um número estimado de crianças precisando de TARV entre 15 000 e 24 000.

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

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

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

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

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

O tratamento oferecido inclui o parto cirúrgico, cesariana e aleitamento artificial adaptado (aleitamento materno exclusivo), com algumas mulheres – que seguem a medicação – amamentando. Angola acolhe o valor cultural do aleitamento, não seguindo à risca as recomendações gerais para as puérperas de não-amamentar. A estimativa de aleitamento materno exclusivo é de 31%⁴².

Alguns relatos de profissionais de saúde entrevistados nos serviços visitados dão conta da preferência à manutenção do aleitamento materno (quando a mãe está sob tratamento medicamentoso) pois, frente às más condições de saneamento em geral, a probabilidade do

⁴² PN ETV 2012-2015:14.

bebê vir a falecer por diarreia e outros problemas decorrentes da água infectada é muito mais alta do que a probabilidade dele contrair HIV.

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

6.4. Fluxo típico de uma gestante no país

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

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

6.5. Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) e seguimento de recém-nascidos

O chamado DPI é um serviço de testagem e acompanhamento de crianças expostas a sífilis e HIV. Embora com dificuldades para a logística dos testes, transporte de insumos e materiais, o DPI é um serviço muito importante para acompanhamento das crianças expostas. Iniciam imediatamente, com critério de inclusão de 5000 cópias de vírus no exame de sangue.

Em Angola, o Diagnóstico em crianças expostas teve início em 2006, com a aplicação de testes rápidos a partir dos 18 meses de idade. Em 2009, a técnica de PCR do DNA foi implementada em quatro unidades-piloto da província de Luanda, permitindo um diagnóstico precoce em crianças nascidas de mães soropositivas a partir de 8 semanas de idade.

Em 2009, das 773 crianças nascidas de mães soropositivas submetidas ao teste de biologia molecular (PCR), 18 resultaram positivas⁴³.

Após o parto, o bebê é acompanhado durante 18 meses, medicado e a mãe passa a ser medicada como “mulher adulta em TARV”.

Embora seja um ponto bastante positivo, essa iniciativa está precarizada por conta da falta de medicamentos e das dificuldades de transporte dos materiais para exames nos laboratórios.

Um ponto ainda em discussão em Angola é a policonsulta ou “consulta conjunta”: agendar mãe e filhos para o mesmo dia e horário. O lado considerado positivo é que, para as mães que trabalham, há perda de apenas um dia de serviço para cuidados dela e dos filhos. Também em relação às mães com dificuldades para transporte, alimentação, ir um só dia é mais viável. O lado considerado negativo é que, ao se tratar mãe e filhos no mesmo local e hora, a questão da confidencialidade e das particularidades sexuais da mãe seriam tratadas diante dos filhos, o que seria muito prejudicial. São as “consultas conjuntas”.

⁴³ PN ETV 2012-2015:15.

6.6. ONG Parceiras: não foram mencionadas ou apresentadas ONG parceiras relevantes para a Resposta Nacional tanto de HIV/Aids como de tuberculose.

7. Tabela-síntese - Angola

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

| | | | |
|------------|---|---|---------------------------|
| | Testagem para HIV | 954 282 | GARPR 2014 |
| | Testes em crianças | 25 457 realizados, 2.211 HIV+ (8,6%) | |
| | Pessoas > 15 anos que receberam testagem e aconselhamento | 616 998 | |
| | Cobertura de testagem HIV entre gestantes | 90% | |
| 2.3 | Prevalência do HIV | 2,35% | GARPR 2014 |
| | | 2,41% | INLS 2014 |
| | | 2,17% | UNAIDS 2015 |
| | Prevalência do HIV entre adultos 15- 49 anos | 2,4 [1,7 – 3.2] | cia.gov 2014 |
| | Prevalência do HIV entre homens jovens de 15 – 24 anos | 0,5 [0,3 – 0,9] | UNAIDS 2015 |
| | Prevalência do HIV entre mulheres jovens entre 15 – 24 anos | 0,9 [0,6 – 1,4] | |
| | Prevalência do HIV entre gestantes | 1,8% | |
| 2.4 | Incidência do HIV | 0,27 | INLS 2014 |
| | Incidência do HIV entre adultos 15 – 49 anos | 0,19 | UNAIDS 2015 |
| | Novas infecções pelo HIV | 26 365 [16 000 – 41 000] | |
| | Novas infecções pelo HIV em Adultos > 15 anos | 22 000 [14 000 – 35 000] | |
| | Novas infecções pelo HIV em Mulheres > 15 anos | 13 000 [8 000 – 20 000] | |
| | Novas infecções pelo HIV em Homens > 15 anos | 9 300 [5 800 – 15 000] | |
| | Novas infecções entre crianças de 0 a 14 anos | 4 300 [2 300 – 7 100] | |
| 2.5 | Número de pessoas vivendo com HIV | 320 000 [220 000 – 440 000] | |
| | | 250 000 [180 000 – 340 000] | |
| | Adultos > 15 anos vivendo com HIV | 290 000 [200 000 – 400 000] | UNAIDS 2015 |
| | | 223 350 | GARPR 2014 |
| | Mulheres > 15 anos vivendo com HIV | 145 385 [93000 – 180 000] | who.int GARPR 2014 |
| | | 170 000 [120 000 – 240 000] | UNAIDS 2015 |
| | Grávidas soropositivas para HIV | 15.575 | GARPR 2014 |
| | Crianças < 15 anos vivendo cm HIV | 29 103 [19 000 – 41 000] | UNAIDS 2015 GARPR 2014 |

| | | | |
|------------|--|---|-------------------------|
| 2.6 | Casos de transmissão vertical do HIV | 3.963 (de 15.575 gestantes HIV+) | GARPR 2014 |
| | Taxa de Transmissão Vertical | 25,4% | |
| | Transmissão sexual | 86% | |
| 2.7 | Mortes relacionadas ao HIV/Aids/ 100 000 | 11 515 [6 300 – 18 000] | |
| | | 11 872 | UNAIDS 2015 |
| | | 13 000 | INLS 2014 |
| | Mortes relacionadas a aids entre adultos > 15 anos | 9 400 [5 400 – 15 000] | UNAIDS 2015 |
| | Mortes relacionadas a aids entre mulheres > 15 anos | 4 800 [2 700 – 7 600] | |
| | Mortes relacionadas a aids entre homens > 15 anos | 4 600 [2 600 – 7 300] | |
| | Mortes relacionadas a aids entre crianças de 0 – 14 anos | 2 400 [1 500 – 3 800] | |
| 2.8 | Órfãos por causa da doença (0-17 anos) | 37 153 | GARPR 2014 |
| | | 120 000 | INLS 2014 |
| | | 129 562 | UNAIDS 2015 |
| 3 | GESTANTES - PTV | | |
| 3.1 | Cobertura de Pré-Natal | | |
| | Ao menos uma consulta | 67,6 % | who.int |
| | Ao menos uma consulta, 15-19 anos | 83,2% | who.int 2013 |
| | Pelo menos 4 consultas | 47,1% | cia.gov 2015 |
| 3.2 | Cobertura de PTV | 39,19% | who.int 2013 |
| | | 22% | INLS 2014 |
| | | 40% [29 – 57] | UNAIDS 2015 |
| | Número de gestantes testadas | 264 441 | |
| | HIV positivas na testagem | 11 372 (2,3%) | |
| | Incluídas no PTV | 6 104 (53,7%) | GARPR 2014 |
| | | 8 398 | UNAIDS 2015 |
| 3.3 | Estimativa de % de gestantes HIV+ em TARV | 39% | GARPR 2014 |
| 3.4 | Soroprevalência estimada para HIV entre gestantes | 3.0 | |
| | Soroprevalência estimada para HIV entre gestantes 15 – 24 anos | 2.0 | |
| 3.5 | Início do programa PTV no país | 1997 | |
| | | 2004 | PN ETV 2012 |
| | Unidades que realizam PTV | 419 unid. sanit com CPN em 154 municípios | GARPR 2014 INLS 2014 |
| 3.6 | Testagem das gestantes | UNIGOLD | |
| 4 | TARV | | |
| 4.1 | Cobertura de TARV (%) | 29% [20 – 40] | UNAIDS 2015 |

| | | | |
|------------|---|------------------------|---------------------------|
| | Mortes evitadas devido à TARV | 7 930 [4576 – 12 464] | |
| | Cobertura TARV adultos > 15 anos | 29% [20 – 41] | |
| | População em TARV (adultos) | 90 204 | |
| | | 68.454 | INLS 2014 |
| | Adultos > 15 anos em TARV | 29 901 | GARPR 2014 |
| | Nº de adultos que precisam de TARV | 118 476 | |
| 4.2 | Cobertura de ARV para gestantes HIV+ (%) | 40% | UNAIDS 2015 |
| | Gestantes HIV+ em TARV para prevenção da TV | 8 398 | |
| | Infecções evitadas pela TARV entre gestantes | 2 400 [1500 – 3800] | |
| | Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO) | 16 000 [11 000-22 000] | GARPR 2014 UNAIDS 2015 |
| | | 20.758 | |
| 4.3 | Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas (%) | 40% [29 – 57] | UNAIDS 2015 |
| | Crianças em TARV | 2 903 | |
| | Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNAIDS/WHO | 16 994 | GARPR 2014 |
| 4.4 | Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes | s/d | who.int 2015 |
| | Prevalência de sífilis entre gestantes | s/d | |
| | Número absoluto de gestantes com diagnóstico de sífilis | s/d | |
| | Casos de sífilis congênita | s/d | |
| 5 | SERVIÇOS DE SAÚDE | | |
| 5.1 | Leitos hospitalares | 0,8/ 1000 pessoas | cia.gov 2015 |
| 5.2 | Profissionais de saúde | | |
| | Número total de médicos/1000 pessoas | 2956=0,17 médicos | UNAIDS 2015 |
| | Número de enfermeiras | 29 592 | who.int 2015 |
| | Dentistas | 222 | |
| | Farmacêuticos | 919 | |
| | Técnicos de laboratório | 2029 | |
| | Outros profissionais de saúde | 254 | |
| | Psiquiatras trabalhando em saúde mental | 0,02 | cia.gov 2013 |
| 5.3 | Serviços de teste e aconselhamento | 834 | RNA 2015 |
| | Serviços que realizam TARV | 148 | |

| | | | |
|-----|------------------------------------|---|-----------------------------------|
| 5.4 | Fluxo de notificação aids | Unidade Sanitária - Município-Província- INLS-MINSA-UNGASS | |
| 5.5 | Caracterização sócio geográfica | 18 Províncias/173 Municípios | |
| 5.6 | Questões culturais específicas | Desigualdade de gênero “Não ter filhos é não amar o país” “Mulher sem filhos não é mulher” | DGA, 2014 |
| 5.7 | ONG parceiras | Não foram apresentadas na visita de campo. | Sem referência nos documentos. |

FONTES:

1. cia.gov
2. DGA – *Diagnóstico de Gênero em Angola*, 2015.
3. GARPR 2014 – Global Aids Response Progress Report, 2014.
4. INLS 2014: Furtado, L – *Efectividade do tratamento com ARV de 1ª linha(...)*, 2013.
5. RNA 2015 – Relatório Nacional de Angola 2015.
6. UNAIDS 2015 – www.aidsinfoonline.org/devinfo/librares/aspx/Home.aspx
7. <http://www.ao.undp.org/content/dam/angola/docs/Publications/undp>
8. WHO.int:
<<<http://apps.who.int/gho/data/node.main.CONGENITALSYPHSTI?lang=en>>>

8. Conclusões e Recomendações:

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

8.1. Recursos Disponíveis a serem valorizados:

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

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

7. A maciça ampliação da testagem para HIV entre as grávidas tanto pela adoção do teste rápido como pela articulação entre Consulta Pré-Natal e testagem para HIV.

8. Iniciativa da policonsulta: a consulta conjunta mãe-filhos pode ser benéfica, especialmente para as mulheres que trabalham fora, e/ou que tem dificuldade de deslocamento, poucos recursos financeiros para passagem e transporte, pois uma mesma ida ao serviço já tem como resultado direto o acompanhamento da mãe e das crianças. O ponto a ser pensado é que, conforme as crianças crescem, fica mais complicada a questão da privacidade.

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

b) Dificuldades a serem enfrentadas - Pontos de Vulnerabilidade da atenção a aids e sífilis congênita no país

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

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

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

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

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

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

5. A dinâmica da epidemia de aids em Angola é perpassada por aspectos culturais complexos e de máxima dificuldade de intervenção: poligamia, analfabetismo, desigualdade de gênero, alta rejeição ao preservativo. A poligamia e a rejeição ao preservativo, juntas, são fatores impeditivos da ruptura do ciclo de infecção tanto pelo HIV como pela sífilis e outras IST. Sendo um fator cultural arraigado, será essencial insistir e investir na adesão ao uso do preservativo masculino, como estratégia de redução de danos, assim como a introdução massiva do preservativo feminino, com as devidas ações educacionais para minimizar o impacto negativo cultural e social desse uso, transformando um estigma em ação valorizada socialmente.

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

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

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

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

9. Face ao alto índice de abandono ao longo da “cascata de cuidados” – pessoas que não buscam o resultado do teste, ou que após o resultado não procuram o tratamento, e ainda aquelas que abandonam o tratamento – recomenda-se que haja intensificação da estratégia de **conselheiros**, pessoas que se dispõem a auxiliar na adesão dos recém-diagnosticados ao

tratamento. É uma ação essencial, que precisa ser desenvolvida e estruturada para ter sustentabilidade, para que haja um aumento real na adesão aos tratamentos tanto por parte das grávidas como por parte da população em TARV. A questão das “oportunidades perdidas” de abordagem de pacientes, de captura e recaptura para adesão, bem como os “perdidos de vista”, pessoas que não buscam os resultados dos testes, ou que desaparecem após o resultado positivo, ou após a primeira consulta... são questões que podem ser trabalhadas na área de comunicação e auxiliar tanto os profissionais de saúde como as pacientes grávidas HIV+/Aids.

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

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

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

9. Bibliografia

1. ANGOLA. *Diagnóstico de Género de Angola*. PAANE II – Programa de Apoio aos Actores Não-Estatais. União Europeia; Governo de Angola; Cooperación española, março de 2015.
2. ANGOLA. *Implantação da Ficha de Notificação da gestante/parturiente/puérpera VIH e criança exposta ao VIH*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta Contra Sida, 2014.
3. ANGOLA. *Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008-2009*. República de Angola. Instituto Nacional de Estatística. Ministério do Planeamento, 2010.
4. ANGOLA. *Manual de Controlo da Tuberculose*. República de Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2011.
5. ANGOLA. *Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose Angola 2013 – 2017*. República de Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2013.
6. ANGOLA. *Plano estratégico nacional de respostas às ITS, VIH e SIDA 2011 – 2014*. República de Angola. Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, Agosto (2010).
7. ANGOLA. *Plano Estratégico Nacional para as Infecções de Transmissão Sexual, VIH/SIDA*. República de Angola, Ministério da Saúde, 2003-2008.
8. ANGOLA. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025*. República de Angola, Ministério da Saúde, 2012.
9. ANGOLA. *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão do VIH de Mãe para Filho 2012-2015*. República de Angola, Ministério da Saúde, INLS, ONUSIDA, USAID/Angola, ForçaSaúde (Fortalecimento do Sistema Angolano de Saúde), 2012.
10. ANGOLA. *Relatório da avaliação externa do programa nacional de tuberculose de Angola. 27 de Setembro – 12 Outubro de 2012. Luanda*. República de Angola. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, 2012.
11. ANGOLA. *Relatório Final de Actividades. Ano 2014*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, 2015.
12. ANGOLA. *Relatório Final de Actividades. Ano 2014*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, 2014.
13. ANGOLA. *Relatório Nacional de Angola. Ano 2015*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta contra a Sida, 2015.
14. ANGOLA. *Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA (GARPR, 2014)*. República de Angola, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, 2015.
15. ANGOLA. *Relatório Sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2015*. República de Angola, Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial, 2015.
16. CASTELBRANCO, Emingarda Patrícia André Félix. *Frequência de mutações associadas a resistência aos antirretrovirais e variabilidade genética do HIV em gestantes recentemente diagnosticadas para o HIV em Luanda-Angola*. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado em Saúde Materno Infantil. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Orientador: Dr. Luiz Cláudio Arraes de Alencar, 2009.
17. CPLP. *Epidemia de HIV entre Países de Língua Portuguesa. Situação Atual e Perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. Lisboa, 2010.
18. FERNANDES, João, e NTONDO, Zavoni (2002). *Angola: Povos e Línguas*, Luanda, Editorial Nzila.
19. FURTADO, Maria Lúcia Mendes. *Efectividade do tratamento com antirretrovirais de 1ª linha, em pacientes atendidos no Hospital Esperança, Luanda, no período de março de 2004-2009*. Dissertação para obtenção de grau de Especialista em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, 2013.

20. IAPAC – *Review of Global HIV Treatment Guidelines from 149 countries*. International Association of Providers of aids care. Disponível em <http://www.hivpolicywatch.org>.
21. INLS. *Relatório de progresso da declaração política sobre o VIH-SIDA*. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. Luanda, Angola, 2012.
22. INLS, UNAIDS e UNICEF, 2012. *Plano de Eliminação da Transmissão do VIH de mãe para filho*. INLS, 2012.
23. LIMA, Helena Maria Medeiros. *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
24. MARQUES, Maria do Rosário. *Relatório: Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PTV) em Luanda, 2009-2013*. Dissertação de Mestrado. Universidade Agostinho Neto, Faculdade de Medicina. Departamento de Ensino em Saúde Pública. Mestrado em Epidemiologia de Campo e Laboratorial. Março, 2014.
25. MARQUES, M; Furtado, L; Merolle, A.; Moreira, R. – *Avaliação do Sistema de Vigilância do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH, Luanda, 2009-2013*. República de Angola, Ministério da Saúde; CDC e PEPFAR, 2014.
26. OMS. *Agenda Estratégica da OMS 2009 – 2013*. Angola. Estratégia de Cooperação da OMS com os países 2009-2013.
27. OMS. *Factsheets of Health Statistics 2014*. World Health Organization – Regional Office for Africa.
28. OMS Angola. *Estratégia de Cooperação da OMS 2015-2019 Angola*. OMS, Escritório Regional Africano, 2016.
29. UNAIDS. *Global Aids Response Progress Reporting 2014 – Construction of Core indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and Aids*. Guidelines. UNAIDS, Geneva, 2014.
30. WHO. *Observatory Report, 2013*.
31. WHO. *Policy on colaborative TB/HIV activities*. Guidelines for national programmes and other stakeholders, 2004.
32. WHO. *Strategic Plan for Tuberculosis control in the African Região 2013 – 2017*. AFRO. August, 2013.

Links

1. Analfabetismo. <http://www.africaurgente.org/combate-ao-analfabetismo-na-angola-informacoes/>
http://24.sapo.pt/article/lusa-sapo-pt_2015_09_08_410499205_numero-de-angolanos-analfabetos-caiu-mais-de-68--desde-1975.
2. Angola no Mundo. Fonte Agência Angola Press, 2015. <<http://dwms.fao.org/atlases/angola/index_pt.htm>> acesso em ago2016.
3. Dados de sífilis congênita: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CONGENITALSYPHSTI?lang=en>
4. Dados do UNAIDS 2015: www.aidsinfoonline.org/devinfo/librares.aspx/Home.aspx
5. Figura 3. <http://lingalog.net/dokuwiki/cours/jpc/palops/cinco/angola>
6. Figura 2. http://cdn1.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/files/highlight/2013/5/23/0,146d01e9-2fa2-461f-880d-52cc2d80e381.gif
7. Relatório Nacional de Angola 2015: http://www.ao.undp.org/content/dam/angola/docs/Publications/undp_ao_ODM%202015_Apresenta%C3%A7ao.pdf

10. Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo em Angola

| Dia 1 | Nome | Cargo | Instituição |
|--------------|-------------------------------|---------------------------|--|
| | Maria Lúcia Furtado | Diretora | INLS – MINSA |
| | Graça Elizabeth Daniel Manuel | Chefe de Departamento | INLS |
| | Cláudia Barros Bernardi | Assessora Técnica | INLS |
| | Maria do Rosário Marques | Estagiária | INLS |
| | Maria Ângela C. Francisco | Responsável PTV | INLS |
| | Thiago Rodrigues da Costa | Assessor | INLS |
| Dia 2 | Ana Generosa Hungulo | Diretora | Centro de Saúde Viana I |
| | Suzete de Morais Dantarrico | Conselheira | Centro de Saúde Viana I |
| | Henda Aline R. Vasconcelos | Diretora | Departamento Nacional de Saúde Reprodutiva |
| | Raimundo C. Cerce | Assessor | Departamento Nacional de Saúde Reprodutiva |
| | Maria Alice Satto | Vigilância Epidemiológica | INLS |
| Dia 3 | Eurídice Chaegalato | Diretora | Hospital e Maternidade Lucrecia Paim |
| | Maria da Conceição Sango | Enfermeira | Hospital e Maternidade Lucrecia Paim |
| | Marques Gomes | Chefe Vigilância | INLS |

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 da Universidade de São Paulo (USP)

Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP

Contatos: helenali@usp.br / +55 11 98332.1234