

Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa

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

Índice

Apresentação	5
Introdução.....	6
Sida no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).....	7
Breve descrição da epidemia, avanços registrados e perspectivas futuras segundo país	9
Angola	11
Brasil	25
Cabo Verde	35
Guiné-Bissau	43
Moçambique	53
Portugal	65
São Tomé e Príncipe	75
Timor Leste	87

Apresentação

A epidemia do VIH continua sendo importante problema de saúde pública em todo o mundo, mesmo nos países onde se apresenta de modo incipiente ou sob relativo controle. Suas características bastante peculiares, envolvendo aspectos da afetividade humana e produzindo reações sociais de matizes as mais diversas, têm demandado pesquisas, análises e soluções inovadoras no campo da saúde pública com vistas ao seu enfrentamento. De modo bastante peculiar, se destaca como um problema de saúde pública que exige não apenas o engajamento do setor saúde, mas, acima de tudo, requer uma mobilização de governos e da sociedade num amplo leque de alianças multisetoriais, multidisciplinares onde a pluralidade, o respeito à diversidade, a referência permanente aos aspectos éticos e dos direitos humanos são ferramentas essenciais e necessariamente presentes na formulação das políticas públicas.

Grandes são os avanços observados na última década e resultados palpáveis podem ser enumerados, todavia há um longo caminho ainda a se percorrer. Estigma e discriminação como fatores potencializadores da vulnerabilidade à infecção ainda persistem, reduzindo a eficiência dos recursos aplicados e, conseqüentemente, erodindo os resultados dos esforços envidados.

As ações programáticas de enfrentamento de um agravo à saúde com essas características, portanto, pressupõe, sob a égide da integralidade das ações, um processo de cooperação estabelecido de modo equânime, horizontal e respeitoso, onde todos os partícipes têm a receber e também experiências a compartilhar.

Este tem sido o referencial adotado pelos países de língua portuguesa no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), onde o compromisso político, a mobilização de recursos e o compartilhar de experiências têm sido aspectos presentes, possibilitando assim avanços consideráveis na redução do impacto da epidemia.

Este documento, elaborado de comum acordo num processo inédito de cooperação, traz-nos alguns aspectos da epidemia nos países-membros da CPLP, as respostas nacionais e perspectivas em direção ao futuro.

Michel Sidibe
Diretor Executivo Adjunto UNAIDS

Embaixador Luís Fonseca
Secretário-Executivo CPLP

Introdução

Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa

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

Este documento, ainda que de modo bastante sumário, contempla aspectos relativos à situação da epidemia do VIH em países lusófonos (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste). Registra progressos observados durante os últimos anos, resultados acumulados desde o início da epidemia e sinaliza perspectivas em direção ao futuro em função dos compromissos políticos internacionais ratificados pelos países-membros da CPLP, com ênfase àqueles relacionados ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no campo da infecção pelo VIH.

Em 2001, durante a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH/SIDA, por decisão dos Estados-Membros, estabeleceu-se um pacto político com vistas ao alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio em 2015 e, durante o mesmo evento, estabeleceram-se metas globais quantificadas relativas à resposta à SIDA.

A avaliação desses compromissos em 2005 demonstrou, todavia, progressos limitados e necessidade urgente de se buscar alternativas operacionais e estratégias apropriadas objetivando fortalecer as respostas nacionais. Ainda durante este processo verificou-se também extrema desigualdade quanto ao cumprimento dessas metas, situação esta que se soma à dificuldade de alguns países em informarem seus avanços, dada a ausência de dados básicos essenciais ou, apesar da existência de dados primários, por dificuldades na agregação de dados e produção da informação.

Diante dessa realidade, uma vez mais os Estados Membros ratificaram seu compromisso de avançar rumo ao acesso universal e estabelecer mecanismos mais adequados de monitoramento e avaliação de suas respostas ao VIH. Em 2006, ratificou-se o entendimento comum sobre o acesso universal - compreendido como um esforço multisectorial com vistas a oferecer a toda população, e principalmente àquela mais vulnerável, as condições necessárias e essenciais de acesso à informação adequada e cientificamente estabelecida, aos insumos de prevenção, notadamente o preservativo; acesso a aconselhamento e testagem; disponibilidade de tratamento anti-retroviral e para enfermidades oportunistas bem como cuidados essenciais aos pacientes.

Este compromisso é notadamente relevante para os países membros da CPLP em virtude da prioridade política conferida ao controle da epidemia do VIH numa abordagem holística e integral e, segundo o marco proposto pela Assembleia Geral das Nações Unidas, onde as ações de prevenção, tratamento, atenção e cuidados devem ser implementadas de modo integrado, simultâneo e em nível máximo de prioridade, necessariamente contemplando a participação da comunidade no processo, desde a formulação à implementação e monitoramento das políticas públicas e estratégias a serem estabelecidas.

SIDA no âmbito da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) - Sumário

Em se analisando os países que compõe a CPLP como um todo, seguramente uma situação bastante peculiar é observada, ao menos do ponto de vista da análise epidemiológica, dada a diversidade das epidemias e sub-epidemias registradas no âmbito desses países. Todavia, alguns aspectos serão objeto de análise comum, preservando-se as peculiaridades e especificidades para descrição por sub-área geográfica.

A prevalência da infecção pelo VIH varia grandemente de país a país, desde aquela estimada para Timor Leste, de baixíssima prevalência, a epidemias generalizadas, como se observa em Moçambique, por exemplo. Do mesmo modo, deve variar o período de introdução do vírus em cada país e, de modo bastante claro, a existência de subtipos diversos e não necessariamente coincidentes. O VIH-2 encontra-se presente de modo relativamente importante em alguns países e inexistente do ponto de vista de relevância epidemiológica em outros.

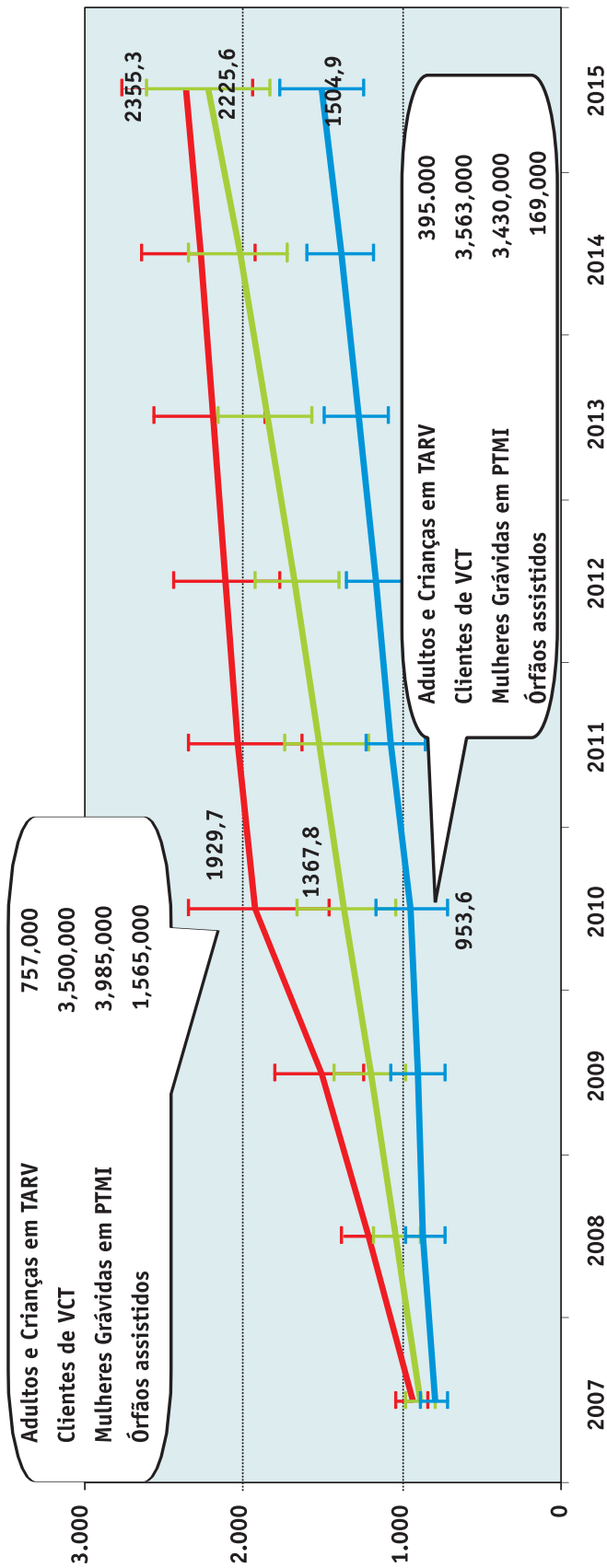
Com relação à operacionalidade e à implementação de atividades essenciais para o controle da infecção pelo VIH também é registrada uma grande heterogeneidade, aspecto este que, se de algum modo poderia estar relacionado aos níveis de prevalência, não seria justificável, dada a tendência ascendente observada em alguns países. O diferencial, portanto, tende a estar mais vinculado à capacidade financeira e técnico-gerencial para a formulação e implementação de políticas públicas ou, ainda, à prioridade política estabelecida por cada um dos Países Membros da CPLP em particular.

Sem dúvida alguma, o referencial comum a todos os Membros seria a vontade política de estabelecer um sólido processo de cooperação horizontal, perene e duradouro, com espaço próprio para compartilhar experiências e intercambiar dificuldades e estratégias bem sucedidas no campo da resposta à SIDA.


O gráfico que se segue oferece uma estimativa dos recursos financeiros em dois distintos cenários no período 2007 a 2015. A curva em azul oferece um panorama da expectativa ao longo do período, caso se mantenha o mesmo nível e tendência na alocação de recursos. Em vermelho, a estimativa de situação ideal para o desenvolvimento de ações estratégicas com vistas ao acesso universal. Verifica-se, portanto, importante lacuna financeira a ser preenchida pelos países lusófonos, lacuna esta que se amplia quando o Brasil é excluído da análise.

Cenários rumo ao "Acesso Universal", 2007-2015

Recursos Requeridos pelo Cenário (US\$ Milhões)
 Angola, Brasil, Moçambique, Timor Leste & Guiné-Bissau



— Acesso Universal em 2010 — Aumento progressivo de cobertura — Tendências projetadas mantido atual padrão de crescimento



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



ANGOLA

Contexto nacional

Angola possui uma extensão geográfica de 1.240.700 Km² e tem uma população estimada em 16 milhões de habitantes. Mais de quarenta por cento (41.5%) da população vivem abaixo da linha de pobreza e a expectativa de vida ao nascer é de 38 e 42 anos, respectivamente, para homens e mulheres. A rede de saúde e educação é insuficiente para satisfazer as necessidades básicas da população, em que pese os avanços observados e o esforço governamental com vistas ao aumento de cobertura e de descentralização.

Situação Atual da Epidemia do VIH

Com uma prevalência da infecção estimada em 2.1% na população adulta, Angola apresenta uma seroprevalência de VIH comparativamente mais baixa que a observada nos demais países da África Austral.

A tabela que se segue mostra a situação atual da epidemia no país de forma resumida:

Tabela 1 - Estimativas da epidemia do VIH. Angola 2007

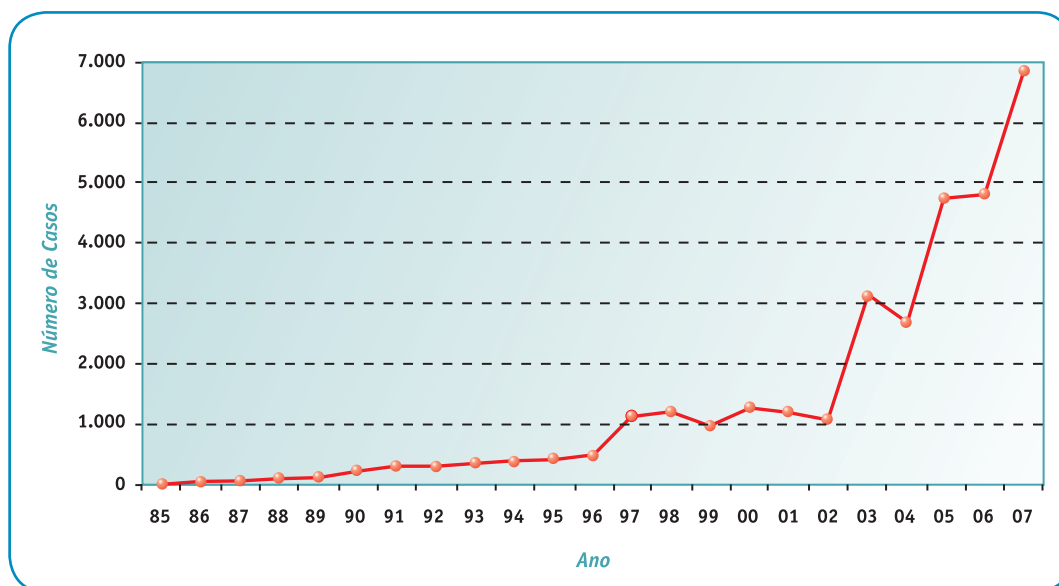
	Estimativa	Fonte
Prevalência em adultos (%)	2.1	
Pessoas vivendo com VIH	182.406	
Crianças (0-14 anos)	16.282	
Mulheres (2003)	116.990	
Óbitos (adultos e crianças)	12.700	
Órfãos por SIDA (0 – 17)	51.042	
Mulheres grávidas (%)	3,1	Estudo de Seroprevalência 2007
Mulheres grávidas, 15 – 24 anos (%)	2,7	Estudo de Seroprevalência 2007
Mulheres trabalhadoras do sexo % (Luanda 2006)	23,1	Estudo Trabalhadoras do sexo 2006

Fonte: INLS, 2006/2007

*Clínicas Pré-Natal

Entre 1985 e 2007 pode-se perceber um crescimento exponencial dos casos notificados de VIH, particularmente nos últimos 5 anos,¹ conforme mostra o Gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Número de casos positivos para o VIH informados por ano de diagnóstico. Angola, 1985-2007



Dados até Dezembro de 2007, atualizados em 24/01/2008, sujeitos a alteração.
Fonte: Direções Provinciais de Saúde/INLS

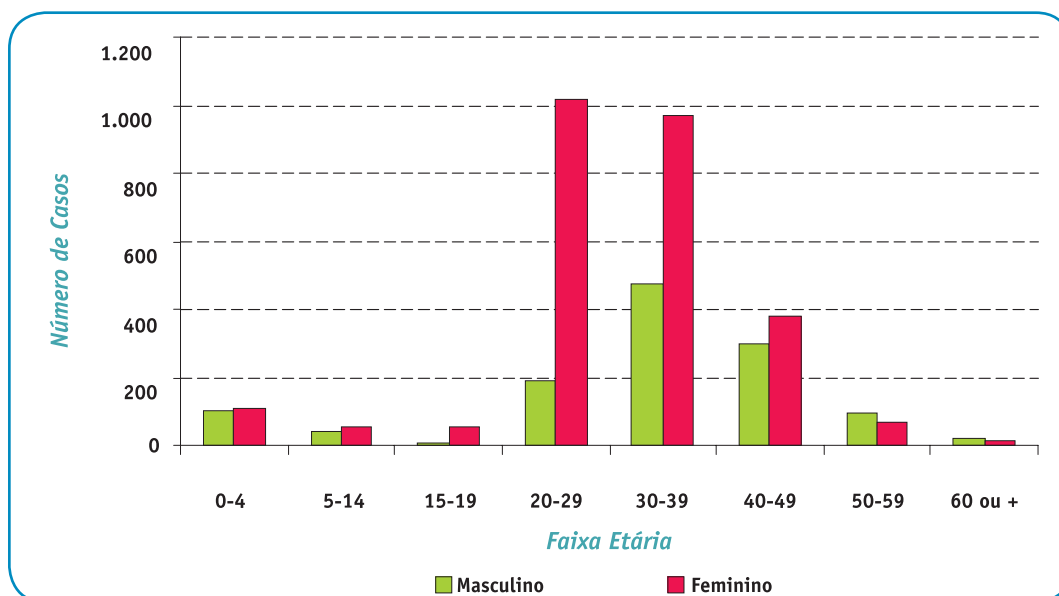
Relações sexuais desprotegidas, desigualdade de gênero e comércio sexual encontram-se entre as causas explicativas desta epidemia. Sem dúvida alguma, os altos níveis de desemprego, pobreza, baixa escolaridade e a dificuldade no acesso à informação, insumos e métodos de prevenção são aspectos estruturais na gênese do problema.

Outros aspectos importantes da epidemia de VIH/SIDA em Angola são:

- ◆ Características epidemiológicas segundo área geográfica
A evolução da epidemia tem características epidemiológicas diferentes segundo a área geográfica. Verifica-se um crescimento do número de novos casos nas províncias, particularmente nas regiões fronteiriças e nas cidades com alta densidade populacional como Luanda. Essas tendências estão associadas à grande mobilidade populacional, à pobreza e ao limitado acesso aos cuidados primários de saúde.
- ◆ Prevalência segundo sexo
Os dados disponíveis demonstram uma maior prevalência entre mulheres, cuja transmissão ocorre predominantemente por meio de relações heterossexuais. Os novos casos registrados afetam principalmente mulheres, como mostra o gráfico seguinte. Trata-se, portanto, de uma epidemia já feminizada, cujo enfrentamento exige estratégias especiais frente à desigualdade de gênero.

¹ O crescimento do número de novos casos notificados deve-se, provavelmente, à melhoria da capacidade de diagnóstico da infecção pelo VIH, ao aumento do número de testagens realizadas em todo o país, por extensão das áreas de ATV, e à melhoria do sistema de coleta de dados pelo sistema de Vigilância Epidemiológica, sem no entanto subestimar a ocorrência efetiva de novas infecções.

Gráfico 2 - Distribuição de Casos Novos do VIH e SIDA por sexo e grupo etário. Angola, 2007



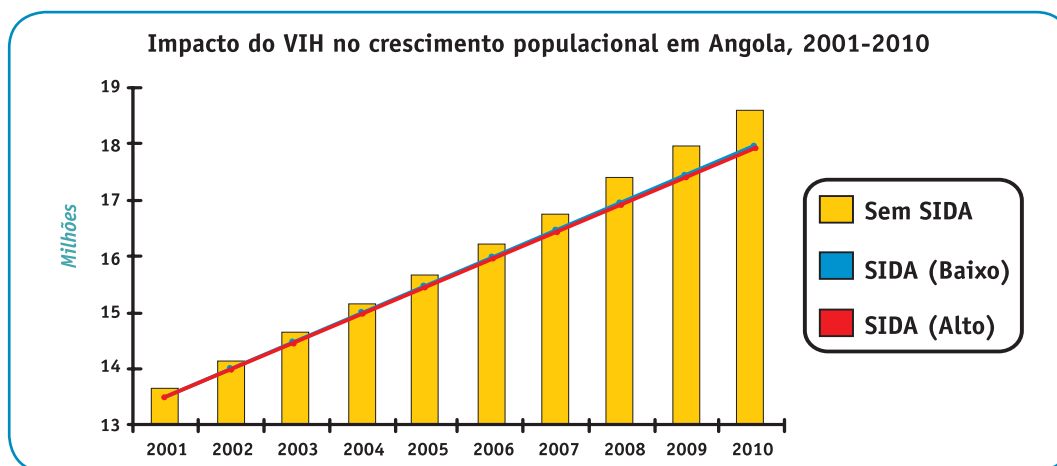
Fonte: Novo Sistema de Informação do INLS

◆ Modos de transmissão

O modo de transmissão predominante é o heterossexual (76,6%)². De modo importante, regista-se também a transfusão sanguínea (10%)² e a transmissão sanguínea por uso de drogas injetáveis (1,4%)². Em função das altas taxas de prevalência entre mulheres em idade fértil, a proporção de casos de transmissão vertical do VIH ocupa lugar de destaque no perfil epidemiológico (7.6%)².

Os gráficos a seguir oferecem uma visão de **possíveis cenários demográficos** durante o período 2001-2010 na ausência de SIDA e com baixa e alta prevalências de SIDA. O gráfico a seguir mostra os possíveis impactos da epidemia no crescimento populacional. Observa-se uma redução considerável do crescimento populacional devido à epidemia de VIH/SIDA.

Gráfico 3 - VIH: impacto ao crescimento populacional - considerável redução no crescimento populacional quando comparado com um cenário sem SIDA.

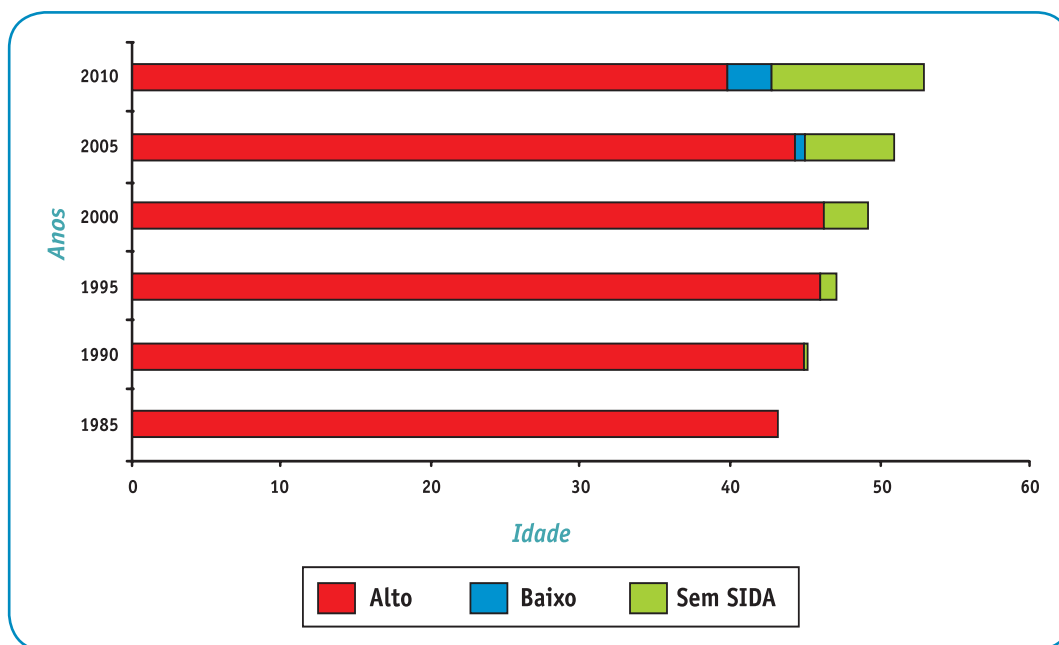


Fonte: PNLS, UNDP, UNICEF: Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Angola, 2003

² Fonte: Novo Sistema de Informação do INLS: Distribuição de casos novos de VIH/SIDA por Categorias de Exposição, 2007.

De forma similar, conforme o gráfico seguinte, verifica-se uma redução na expectativa de vida da população quando se compara cenários com ausência do VIH e com baixa e alta prevalências da infecção.

Gráfico 4 - Impacto do VIH na expectativa de vida angolana - 1985-2010



Fonte: PNL5, UNDP, UNICEF: Socio-Economic Impact of HIV/AIDS in Angola, 2003

Quanto ao **acesso ao tratamento e atenção** a pessoas vivendo com VIH, a seguinte tabela sumariza alguns indicadores relativos ao ano de 2006:

Tabela 2 - Indicadores relativos ao acesso ao tratamento e atenção a pessoas vivendo com VIH/SIDA

Proporção de mulheres seropositivas inscritas no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical	6.5%
Proporção de pacientes de ambos os sexos submetidos à terapia anti-retroviral	6.5%
Proporção de órfãos matriculados no sistema Escolar	81.0%

Fonte: Programa Nacional de SIDA

Verifica-se que os indicadores relativos a acesso ao tratamento anti-retroviral encontram-se em um patamar muito abaixo do esperado, o que exige por parte das autoridades e da comunidade internacional um apoio à iniciativa governamental, um esforço significativo para a ampliação da oferta de serviços de diagnóstico e de atenção, tanto ambulatorial quanto hospitalar.

Quanto ao **nível de conhecimento sobre VIH/SIDA** e aspectos relativos a comportamento sexual, encontram-se dados sumarizados segundo sexo na tabela que se segue:

Tabela 3 - Percentagem da população entre 15 – 25 anos, segundo conhecimento, atitudes e práticas em relação ao VIH

		Conhecimento sobre as formas de transmissão	Sexo antes dos 15 anos de idade	Relação sexual com parceiro extra-conjugal ou não coabitante	Uso de preservativo na última relação com parceiro não regular	Fez teste VIH
Área de residência	Urbano	51,7	31,2	62,8	66,5	14,1
	Rural	11,3	32,8	45,1	16,7	2,7
Idade	15 - 19 anos	19,5	38,9	53,9	26,1	1,7
	19 - 24 anos	26,3	24,6	45,6	39,5	10,5
Escolaridade	Até a 4ª classe	12,8	24,1	46,4	17,1	1,8
	4ª - 6ª classe	21,7	36,1	55,6	28,9	4,3
	7ª - Médio/PUNIV	57,6	27,8	62,3	66,1	18,7
Total		22,7	32,3	49,8	33,2	5,9

Fonte: INLS/HAMSET, 2006

Nota-se a necessidade de investir na disseminação da informação e fortalecer os processos de educação continuada objetivando melhorar o nível de conhecimento da população sobre os métodos de prevenção, condição essencial para a adoção de práticas adequadas de prevenção da infecção pelo VIH, sobretudo na área rural, onde o acesso à informação e às atividades de educação continuada são mais precários.

Do mesmo modo, o uso do preservativo na última relação com parceiro casual, ainda que apresente uma frequência relativamente alta na área urbana, no país como um todo encontra-se aquém dos parâmetros esperados para que efetivamente se estabeleça um nível de proteção coletiva, do ponto de vista de saúde pública.

Resposta Nacional

O Programa Nacional de SIDA foi criado em 1987. Vários planos foram elaborados desde então, mas até finais dos anos 90 atuou-se na forma de programas e projetos mais isolados.

Em 1999 foi aprovado o primeiro **Plano Estratégico Nacional (PAN)** com um caráter multisetorial, envolvendo as províncias e setores da sociedade civil. Além disso, aumentaram-se os recursos disponibilizados por parte do Governo e também cresceu o envolvimento das parcerias com os diversos setores nacionais e internacionais.

A partir de 2001, a análise dos resultados da resposta nacional ao VIH foi realizada segundo os parâmetros estabelecidos pelo ONUSIDA. Segundo esses parâmetros, têm sido possível dimensionar os avanços alcançados em Angola em áreas prioritárias e auxiliar na compreensão da situação atual da resposta à epidemia.

Em 2003 foi criada a **Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e as Grandes Endemias (CNLCSGE)**, um órgão político que visa garantir o engajamento de todos os setores da vida nacional na luta contra a epidemia do VIH e outras grandes endemias. É coordenada pelo Presidente da República e é constituída por vários Ministérios³.

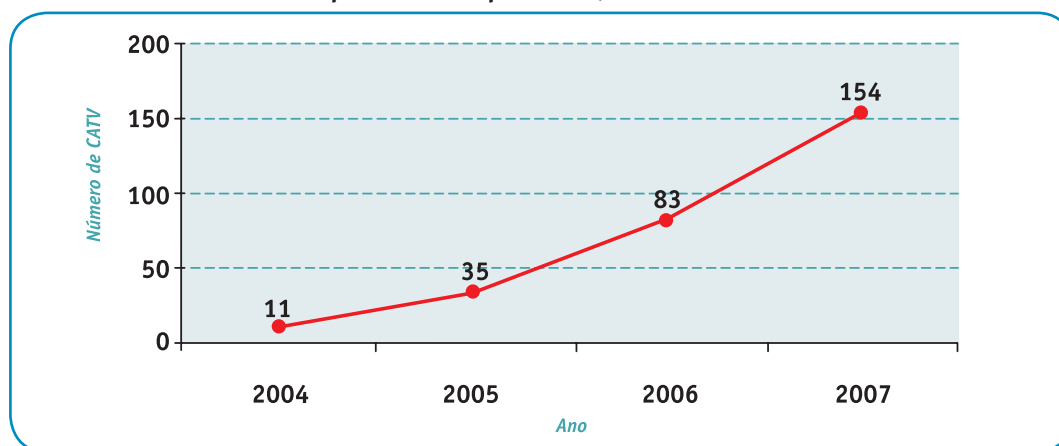
Atualmente está em vigência o PAN 2007-2010, que contempla as metas para o acesso universal ao tratamento até 2010.

Até a presente data, atividades prioritárias estabelecidas nos PANs foram desenvolvidas. Entre outras, atividades de informação, educação e comunicação foram realizadas e biossegurança, tratamento e cuidados foram implementados. A descentralização dos serviços ainda continua sendo um grande desafio e é também estratégia essencial na ampliação da cobertura.

Os serviços de prevenção, testagem, aconselhamento, tratamento e acompanhamento aumentaram consideravelmente nos últimos anos:

- ◆ Os **Centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV)** aumentaram de 11 em 2004 para 154 em 2007:

Gráfico 5 - Centros de Aconselhamento e Testagem Voluntária (CATV) para o VIH implantados, 2004 a 2007

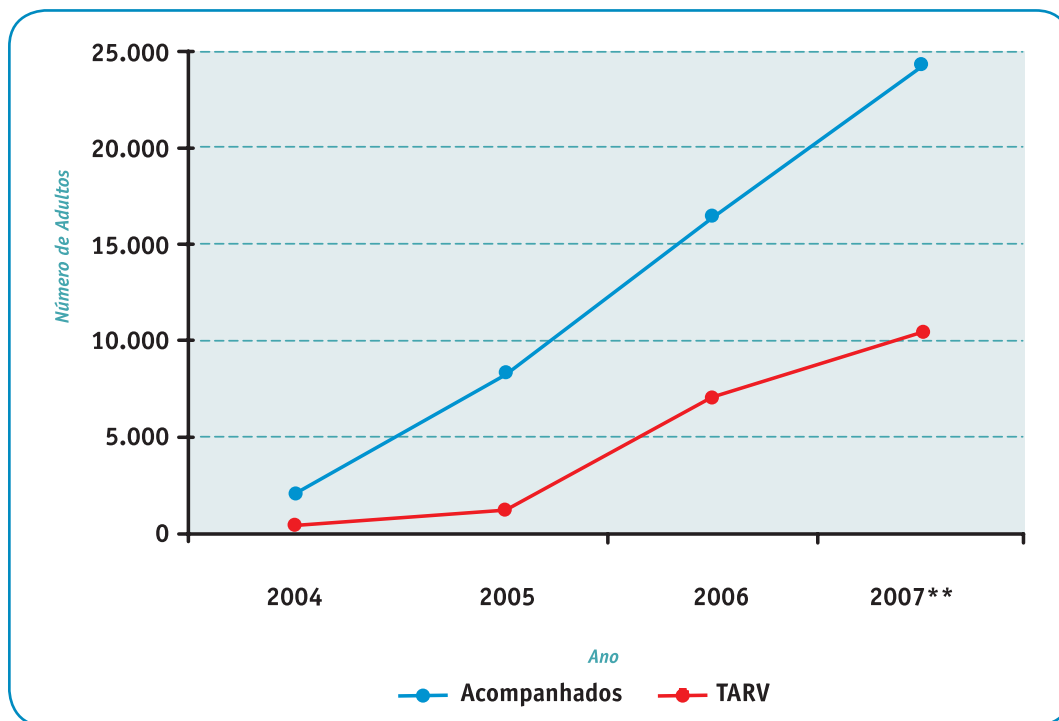


Fonte: INLS

³ Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério da Cultura, Ministério da Assistência e Reinserção Social, Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Justiça, Ministério da Defesa Nacional, Ministério do Interior, Ministério das Finanças, Ministério da Família e Promoção da Mulher; Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social, Ministério da Administração do Território, Ministério da Comunicação Social e Ministério do Planeamento.

◆ **Unidades de Atenção ao Paciente Vivendo com VIH** aumentaram consideravelmente ao longo do período de 2004 a 2007. Cada vez mais províncias acompanharam e trataram pacientes adultos com VIH e SIDA a partir de 2004, e crianças a partir de 2005. Pode-se observar um aumento gradativo do número de pacientes acompanhados e sob tratamento ao longo dos anos, ainda que a cobertura universal continue como um grande desafio. A manutenção e a ampliação dos esforços nacionais certamente conduzirão a patamares mais elevados nos próximos anos.

Gráfico 6 - Número Acumulado de Adultos (15 anos ou mais) com VIH Acompanhados e em uso de TARV*, 2004 a 2007**



Dados até Dezembro de 2007, atualizados em 24/01/2008, sujeitos a alteração.
Fonte: Direcções Provinciais de Saúde/INLS

◆ Quanto ao **Serviço de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) do VIH** atualmente, em todo o país, 81 Unidades de Saúde oferecem aconselhamento e testagem voluntária (ATV) às gestantes, das quais 57 cooperam com o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PTV) para realizar o parto (Maternidades).

Observa-se um aumento gradativo de províncias que testam e aconselham gestantes com VIH a partir de 2004, cobrindo todas as províncias no ano de 2007. Também se pode observar um aumento gradativo do número de gestantes acompanhadas ao longo dos anos.

◆ O **número de preservativos distribuídos** pelo Ministério de Saúde nos últimos 6 anos aumentou em quase 6 vezes:

Tabela 4. Número de preservativos distribuídos pelo Ministério da Saúde. Angola 2000 a 2007.

Ano	Quantidade	Incremento (%)
2000 a 2004	2.400.000	—
2005	2.615.000	9%
2006	12.094.400	462,5%
2007	20.742.000	171,50%
Total	37.851.400	—

Fonte: INLS

Durante os anos de 2006 e 2007 as atividades de luta contra o VIH e SIDA foram sustentadas pelo Orçamento Geral do Estado (O.G.E.), o Fundo Global (F.G.) e o Banco Mundial através do Projeto HAMSET.

Em termos de utilização global dos recursos disponíveis durante o período de 2007, os mesmos foram utilizados da seguinte forma:

- ◆ 10,9% atividades para o fortalecimento da resposta nacional.
- ◆ 51,2% atividades visando à redução da epidemia de VIH (prevenção primária e secundária).
- ◆ 37,9% para atenuar o impacto do VIH no indivíduo, na família e na comunidade (prevenção terciária).

Perspectivas Futuras

Em consonância com a estratégia proposta por ONUSIDA e em seguimento às decisões da Assembleia Geral das Nações Unidas, o país implementou um processo de consulta nacional para definir parâmetros para o acesso universal, onde, entre outras, se estabeleceram algumas metas de curto e médio prazos, conforme com a tabela 5:

Tabela 5 - Plano Estratégico Nacional: Metas para terapia anti-retroviral e Prevenção da transmissão vertical do VIH

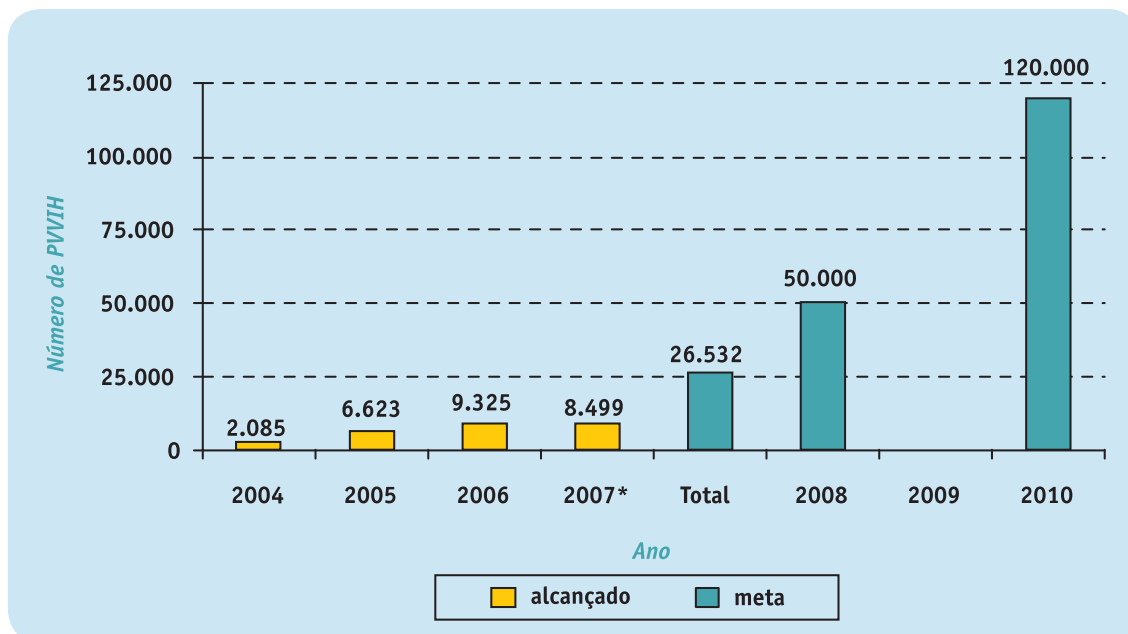
Indicador	Linha de Base (2006)		Ano 2007/2008 (2007: observado)	Ano 2010
PVVIH em seguimento	14.000		50.000 - 80.000	120.000 - 200.000
% de pacientes com infecção avançada recebendo terapia combinada com ARV	6,6% (7.859)	7,5% (9.263)	20% (25.000)	...
% de crianças com infecção avançada recebendo terapia combinada com ARV	1.162 crianças expostas	1.336 (ARV+ Follow up)	100% das crianças diagnosticadas	100% das crianças diagnosticadas
Número de serviços especializados em atenção a PVVIH	23 serviços		82 serviços distribuídos em 59 municípios prioritários	99 serviços distribuídos em 59 municípios prioritários
% de mulheres gestantes positivas para o HIV recebendo tratamento completo para profilaxia da transmissão vertical	16,3% (equivalente a 1.427) de gestantes sendo atendidas em clínicas de prenatal (correspondendo a 6.5% do total estimado)	21,9 % (1.923)	40% (equivalente a 5,234) de gestantes sendo atendidas nas clínicas de prenatal (correspondendo a 16% do total estimado)	70% (equivalente a 9,158) de gestantes sendo atendidas nas clínicas de prenatal (correspondendo a 28% do total estimado)
Número de Clínicas Prenatal com serviços de PMTCT plus	37 clínicas de um total de 1445 serviços	41 clínicas	75% das clínicas de prenatal	100% das clínicas de prenatal
% de Órfãos e Crianças Vulneráveis menores de 18 anos vivendo em domicílios que se beneficiam de um conjunto de ações de cuidados básicos	...	...	...	...
Provisão de sangue de qualidade	70% do sangue testado para VIH, Hepatite B/C, Malária e Sífilis	70%	100% do sangue testado para VIH, Hepatite B/C, Malária e Sífilis	100% do sangue testado para VIH, Hepatite B/C, Malária e Sífilis
Testagem para VIH	123.251	142.159	500.000	
Número de preservativos distribuídos ao ano Masculino e Feminino respectivamente	30 milhões 28 mil		40 milhões 60 mil	76 milhões 100 mil
Comitês provinciais com Planos Operacionais Custeados e Financiados	03	03	18	18
Recursos alocados pelo Governo para atividades de controle do VIH	US\$ 30 milhões		US\$ 39 milhões	...

Tabela 5 - Continuação

Indicador	Linha de Base (2006)	Ano 2007/2008 (2007: observado)		Ano 2010
Recursos financeiros para apoio de projetos de organizações da sociedade civil	US\$ 4.6 milhões			
Número de serviços notificando VIH e SIDA	23 Centros de Referência		60 (incluindo serviços de hemoterapia)	82 serviços notificando pelo menos 70% dos casos
Sítios sentinela em serviços de prenatal (ANC)	26 sítios sentinela	34	35	44
Sistema de Monitoramento e Avaliação (M&A)	Plano desenvolvido		Plano implementado em nível nacional e provincial	Optimização da capacidade analítica e M&A incorporado de modo rotineiro

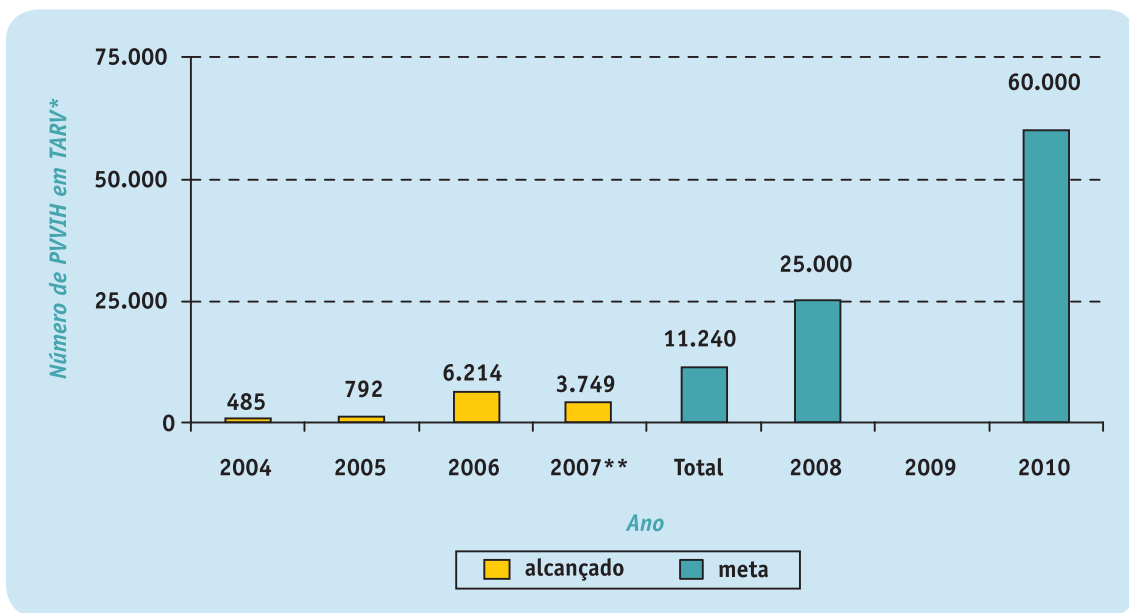
Fonte: Programa Nacional de SIDA

Gráfico 7 - Número de Adultos e Crianças Vivendo com VIH (PVVIH) Acompanhados em Consulta, 2004 a 2007*



* Dados até Dezembro de 2007, actualizados em 24/01/2008, sujeitos a alteração
 Fonte: Direcções Provinciais de Saúde/INLS

Gráfico 8 - Número de Adultos e Crianças (PVVIH) em TARV*, 2004 a 2007**

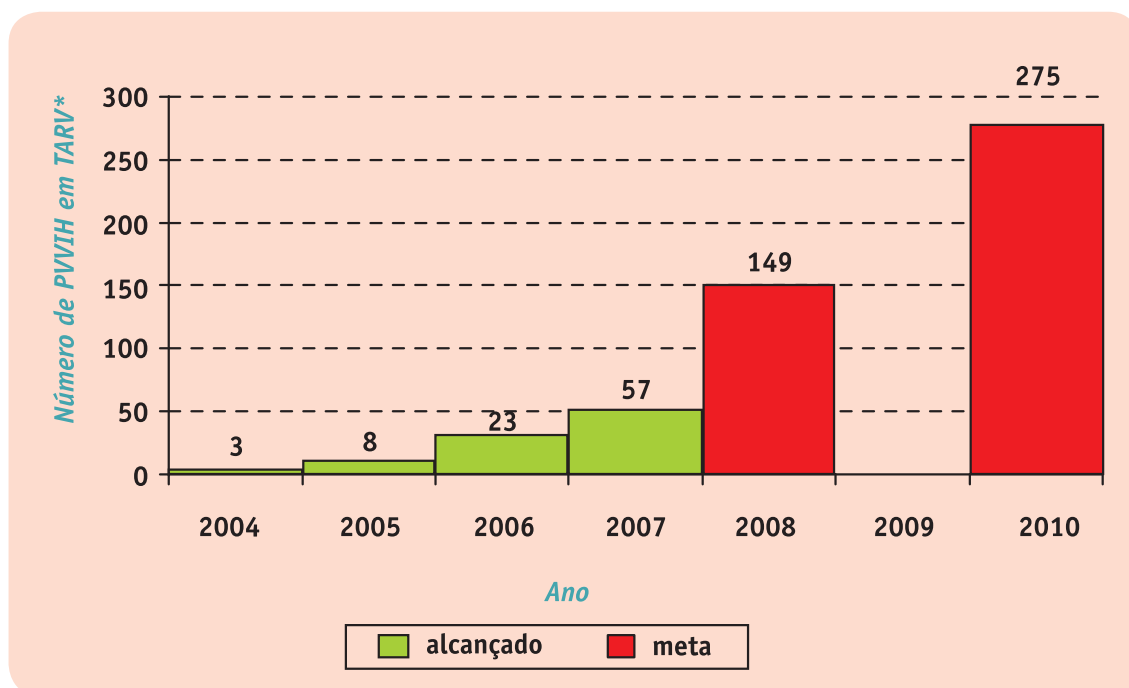


* TARV - Terapêutica Anti-Retroviral

**Dados até Dezembro de 2007, actualizados em 24/01/2008, sujeitos a alteração

Fonte: Direcções Provinciais de Saúde/INLS

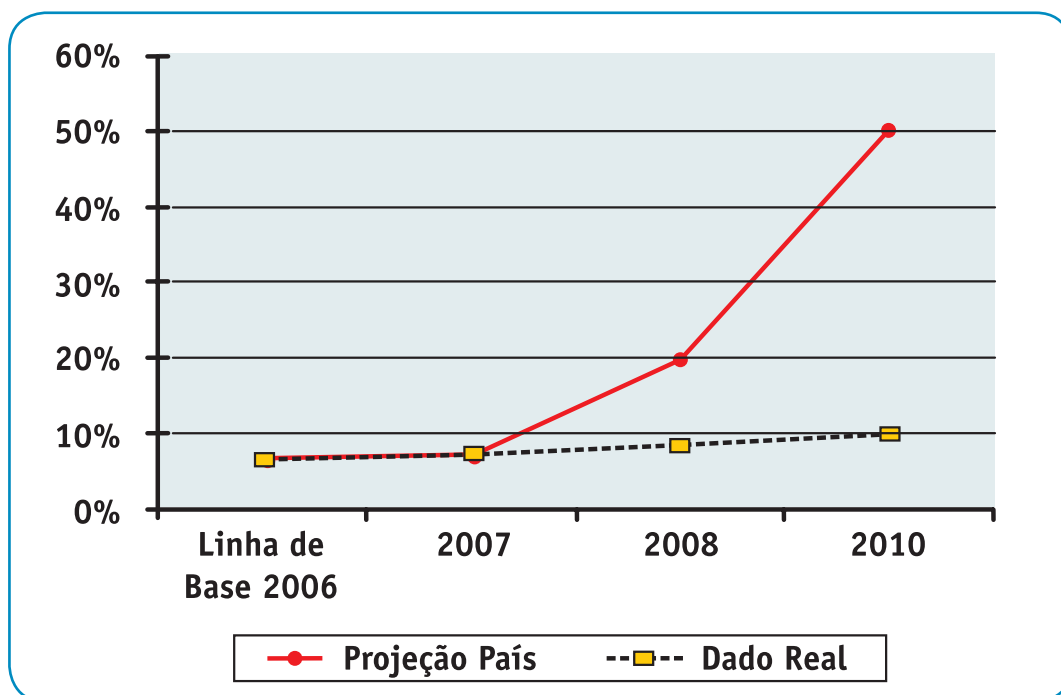
Gráfico 9 - Número de Maternidades com Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH implantado, 2004 a 2007



Fonte: INLS

O gráfico abaixo reflete dois cenários relativos à cobertura de ARV: O primeiro, com base na projeção feita pelo país com vistas a 2010, e o segundo a partir de dados observados tomando também como referência a linha de base. Nota-se claramente a necessidade de um forte incremento com vistas à ampliação da cobertura para que se possa atingir a meta proposta pelo país.

Gráfico 10 - Proporção de pacientes com infecção avançada recebendo terapia combinada com ARV - Angola (2008-2010)

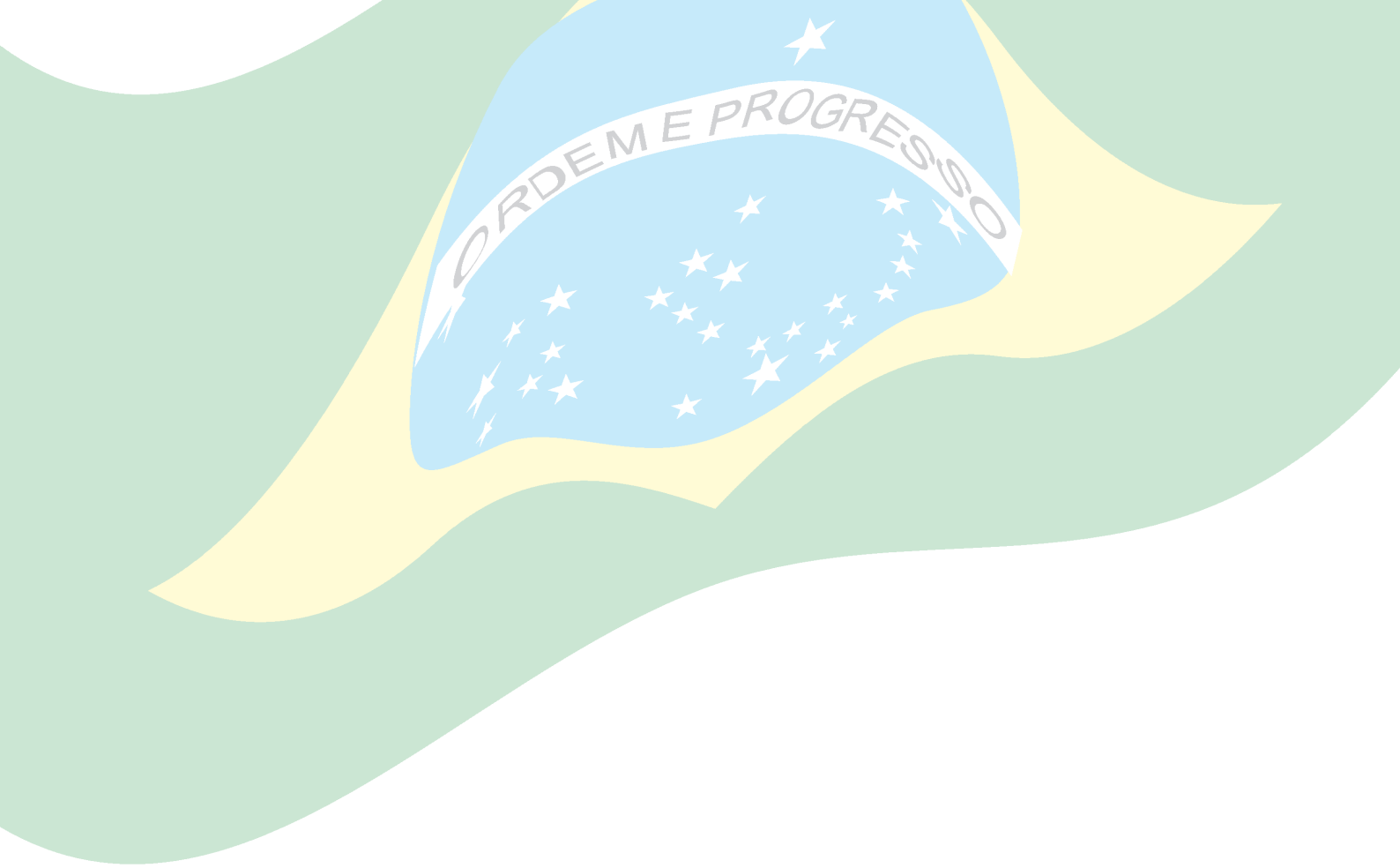


Fonte: Programa Nacional de SIDA

O **principal desafio da resposta nacional à epidemia** é o de estabilizá-la para, em seguida, reverter seu curso; para tanto, particular ênfase deve ser dada aos seguintes aspectos normativos e operacionais:

- ◆ Potencializar as capacidades dos órgãos provinciais da resposta nacional para o âmbito municipal, mantendo o princípio dos *Três Uns* preconizados por ONUSIDA.
- ◆ Organizar e coordenar com os diferentes setores (públicos, privados e da sociedade civil) o compromisso do Governo, alcançando o consenso, harmonia e sinergia nas políticas e estratégias a seguir no país para a LCS (luta contra a SIDA).
- ◆ Monitorar a elaboração e disposição de Planos de Ação multisetorial que incluam estratégias de financiamento, em sinergia e harmonizados com o PEN com objetivo de reduzir a duplicidade de intervenções e perda de recursos, tomando em conta o reconhecimento dos diferentes mandatos, competências e responsabilidades da organização ou do setor implicado na LCS.
- ◆ Contribuir na descentralização, estabelecimento de alianças e alocação de recursos que permitam facilitar, avaliar ou modificar a execução de atividades nos diferentes níveis: regiões, municípios e comunas.

- ◆ Intercâmbio de informação entre todos os parceiros, contribuindo no reforço das capacidades do coletivo para a implementação das estratégias de luta contra VIH/SIDA.
- ◆ Reforçar a vigilância epidemiológica e sentinela.
- ◆ Reforçar e expandir o sistema de monitoramento e avaliação nacional que permita dispor de informação atualizada sobre o andamento da epidemia e sobre o impacto das ações implementadas para facilitar os processos de planificação e tomada de decisões.
- ◆ Expandir o acesso a serviços de aconselhamento e testagem voluntária a todo o país, incluindo ações que fortaleçam a resposta nacional.
- ◆ Expandir o acesso ao apoio integral para pessoas vivendo com VIH e SIDA, incluindo o acesso à terapia ARV e apoio psico-social.
- ◆ Expandir os programas de corte da transmissão vertical e a política de sangue seguro a todo o território nacional.
- ◆ Reforçar as parcerias com a sociedade civil.
- ◆ Fazer advocacia junto aos parceiros internacionais para um maior comprometimento e uma melhor coordenação das ações.
- ◆ Fazer advocacia para um maior envolvimento das instituições públicas e privadas.
- ◆ Reforçar as ações direcionadas ao grupo de população dos 15 aos 24 anos.
- ◆ Reforçar as atividades que promovam a redução do estigma e da discriminação às pessoas infectadas e afetadas.



BRASIL

Contexto Nacional

Com uma expansão geográfica de 8,5 milhões km², o Brasil é o quinto maior país do mundo. Sua população é estimada em 184 milhões de habitantes. A expectativa de vida ao nascer é de 67 anos para homens e de 74 anos para mulheres. Em 2005, 4,2% da população vivia abaixo da linha da pobreza. Nos últimos anos, as taxas de pobreza e de extrema pobreza vêm diminuindo de modo consistente, resultado de políticas sociais implementadas. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no ano 1988, possibilita o acesso gratuito à saúde básica para a grande maioria da população.

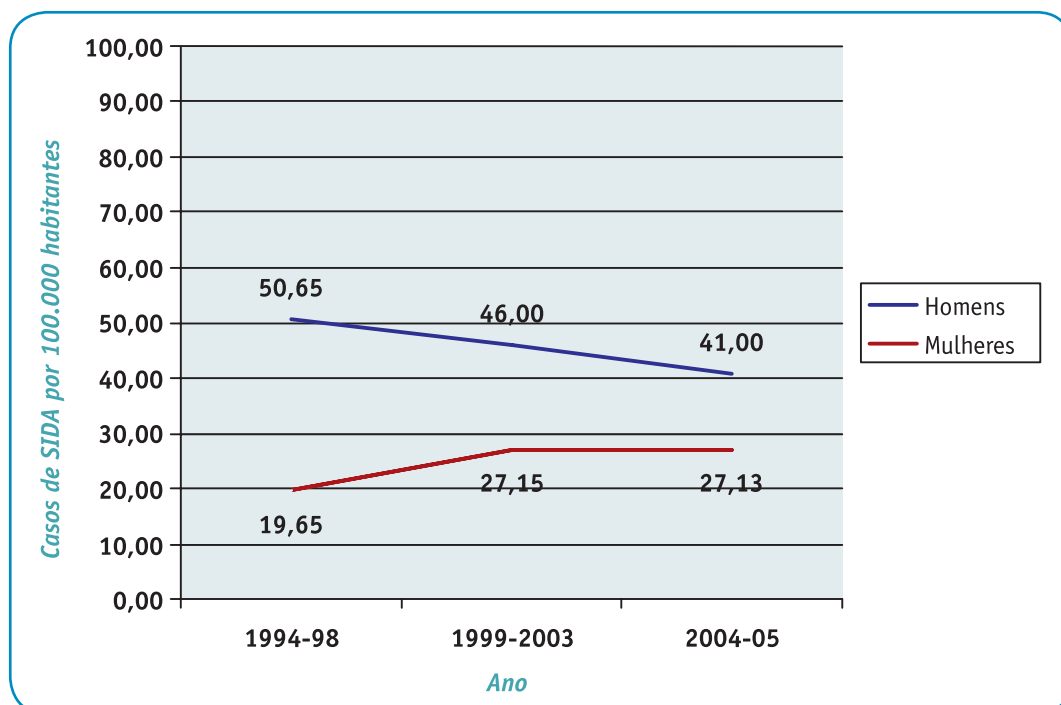
Situação Atual da Epidemia do VIH

O Brasil apresenta uma taxa de prevalência estabilizada em 0,6% desde o ano 2000. Aproximadamente 630 mil pessoas vivem com VIH e, segundo parâmetros internacionalmente adotados, o Brasil apresenta uma epidemia concentrada.

Em média, cerca de 30 mil novos casos de SIDA são identificados a cada ano, com números crescentes entre mulheres e pessoas maiores de 50 anos. Observa-se uma redução de novos casos de SIDA por transmissão vertical entre crianças em quase 50% nos últimos dois anos: 581 casos em 2004, 507 em 2005 e 320 em 2006. Esta tendência de queda vem sendo observada desde a introdução da terapia anti-retroviral.

Conforme pode ser verificado no gráfico a seguir, a taxa de incidência vem decrescendo na população masculina, todavia, nota-se uma tendência de feminização na medida em que o mesmo evento não se faz presente quando se trata de população feminina.

**Gráfico 1 - Taxa de incidência de SIDA por sexo e variação por período.
Grupo de 13 a 49 anos. Brasil, 1994-2005**



Fonte: MS/SVS/PN-DST/AIDS

A Tabela a seguir apresenta outros indicadores relevantes com respeito à prevenção do VIH por meio do uso do preservativo:

Tabela 1 - Uso do preservativo no Brasil (2004)

Jovens de 15 a 24 anos que usaram preservativos na última relação sexual	57%
Jovens de 15 a 24 anos que usaram preservativos na última relação sexual com parceiros eventuais	67%
Uso do preservativo em todas as relações sexuais durante o último ano	25%
Uso do preservativo de modo consistente quando se trata de parceiros eventuais	51%

Fonte: PCAP-BR 2004

No que concerne à realização do teste do VIH, as pesquisas revelam que quase um terço da população já fez o teste pelo menos uma vez na vida.

A estabilização da taxa média nacional de prevalência está associada a mudanças de comportamento, práticas e atitudes da população frente ao VIH. Várias pesquisas comportamentais foram realizadas em nível nacional, cujos achados corroboram com essa hipótese. Pesquisa realizada em 2004 (PCAP-BR 2004), por exemplo, revela que 91% da população brasileira citaram espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do VIH e 94% apontaram o uso do preservativo como forma adequada de prevenção.

A mesma pesquisa revela também que 67% têm o conhecimento correto das formas de transmissão do VIH, proporção essa que alcança 82% quando analisada entre aqueles com ensino fundamental completo. A política adotada desde o início da epidemia sempre considerou o preservativo como insumo essencial e indispensável à prevenção. O estudo em tela também revela que 57% dos jovens de 15 a 24 anos usaram preservativo durante a última relação sexual; quando se considera a última relação com parceiros eventuais, essa proporção atinge 74%. De acordo com esse estudo ainda, aproximadamente um quarto da população entre 15 e 54 anos fez uso do preservativo em todas as relações durante o último ano e 51% informam seu uso de modo consistente quando se trata de parceiros eventuais.

Pesquisas realizadas desde a década de 80 revelam uma importante mudança quanto ao uso do preservativo. Na primeira relação sexual, por exemplo, entre jovens, o uso passou de 9% em 1986, para 49% em 1998 e para 51% em 2004, tendo alcançado 62% na região sul. O uso do preservativo em todo o país, segundo esses parâmetros, atinge 60% quando se considera a população de nível de escolaridade mais alto. No que concerne à realização do teste de VIH, essa mesma pesquisa revela que quase um terço da população já se submeteu ao teste pelo menos uma vez na vida; entre as mulheres, essa proporção atinge 35%, aspecto esse fortemente relacionado à prevenção da transmissão vertical do VIH.

Resposta Nacional

O Programa de SIDA foi estabelecido em 1986, todavia atividades relativas aos novos problemas de saúde se iniciaram mais precocemente. Em 1996, o país tomou a decisão política de provisão da terapia anti-retroviral combinada gerando um grande esforço nacional do ponto de vista da ampliação da capacidade instalada, desenvolvimento institucional e logístico. Nesse período, observa-se uma mudança no perfil nosológico, com expressiva queda na taxa de mortalidade, redução da ocorrência de infecções oportunistas e queda na internação hospitalar por SIDA, reflexo da introdução da política de acesso universal.

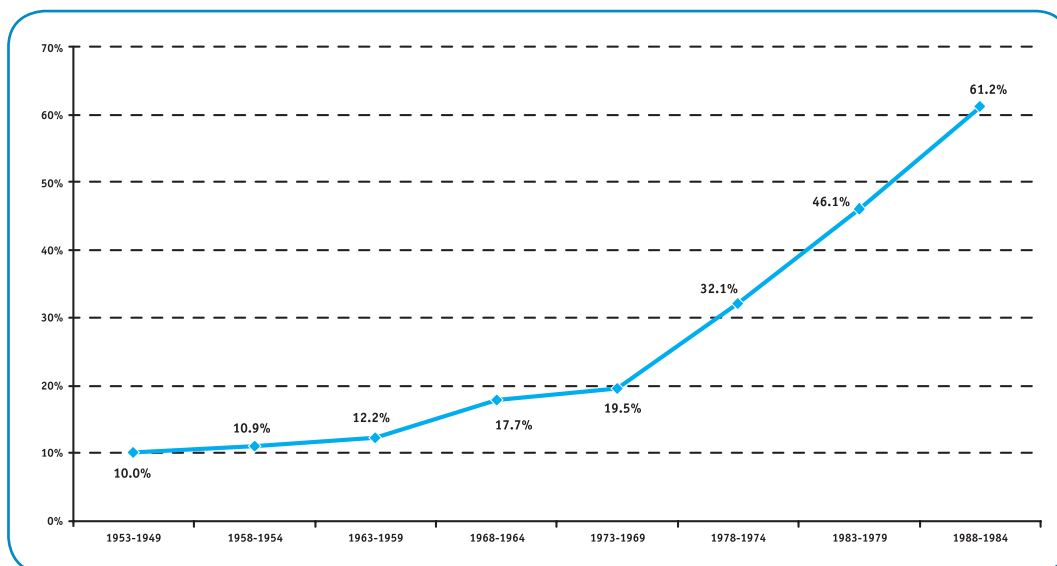
A SIDA no Brasil tem atingido principalmente os usuários de drogas e os homens que fazem sexo com homens. Mais recentemente, verifica-se um aumento crescente de ocorrências devido à transmissão heterossexual e uma crescente feminização do perfil da epidemia.

A consolidação da política de atenção às pessoas que vivem com VIH no Brasil tem mostrado resultados bastante positivos. Entre 1996 e 2005, por exemplo, houve redução de quase 40% na mortalidade específica por SIDA e no período de 1997-2007, estima-se que foram evitadas cerca de 1,4 milhão de internações. No mesmo período, a economia de recursos financeiros gerada pelas internações evitadas foi da ordem de R\$ 1,1 bilhão (em reais).

Os gráficos e tabelas que se seguem apresentam alguns aspectos relativos ao perfil da epidemia e resposta nacional.

Algumas mudanças podem ser observadas em relação ao uso do preservativo ao longo do período. Isso se nota de modo mais intenso entre alguns adultos jovens que têm respondido mui positivamente ao por em práticas medidas concretas de prevenção.

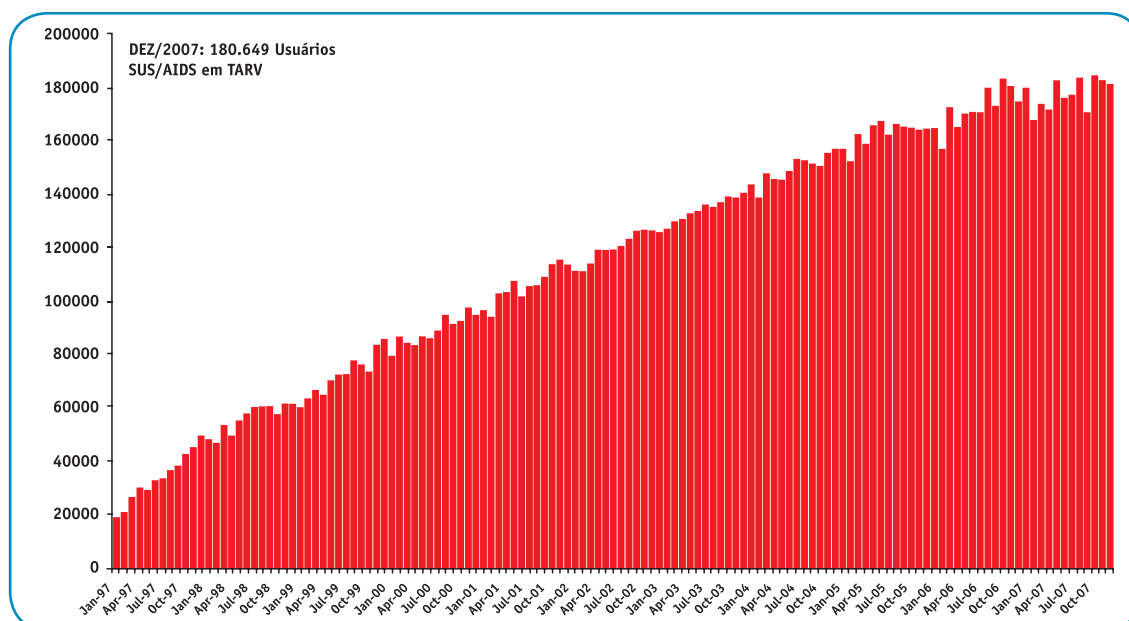
Gráfico 2 - Uso de preservativos na primeira relação sexual segundo a coorte de nascimento Brasil, 2004



Fonte: PN-DST/AIDS, PCAP-BR, 2004.

A rede assistencial para atenção às pessoas vivendo com VIH é parte da estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecida em todo o território nacional, o que permite uma grande cobertura no que diz respeito às ações de promoção e prevenção, ainda que sua expansão se faça necessária com vistas a facilitar o acesso de populações rurais, notadamente na Amazônia e no semi-árido do nordeste brasileiro. O gráfico abaixo revela o número acumulado de pacientes em uso de terapia anti-retroviral, série histórica, desde 1997. Atualmente, a rede de unidades dispensadoras de medicamentos é composta de 668 serviços distribuídos em todo o país.

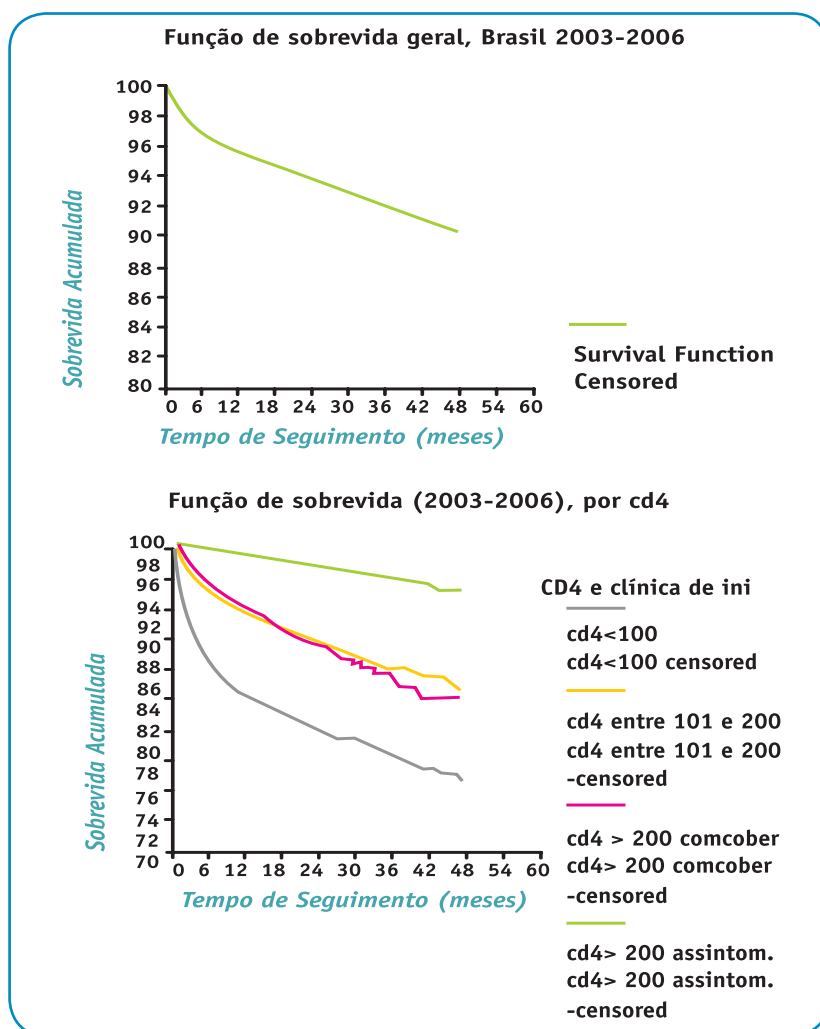
Gráfico 3 - Evolução do número de usuários SUS/AIDS em TARV Brasil, JAN/1997 a DEZ/2007



O gráfico que se segue mostra a função de sobrevida em pacientes com VIH, maiores de 15 anos, em seguimento nos serviços públicos de saúde. Observa-se que 95,5% dos pacientes estavam vivos após 12 meses de início do seguimento clínico, considerando coortes de pessoas vivendo com VIH, maiores de 15 anos e que chegaram aos serviços públicos entre 2003 a 2006. Este percentual é de 90,7% após 4 anos de acompanhamento.

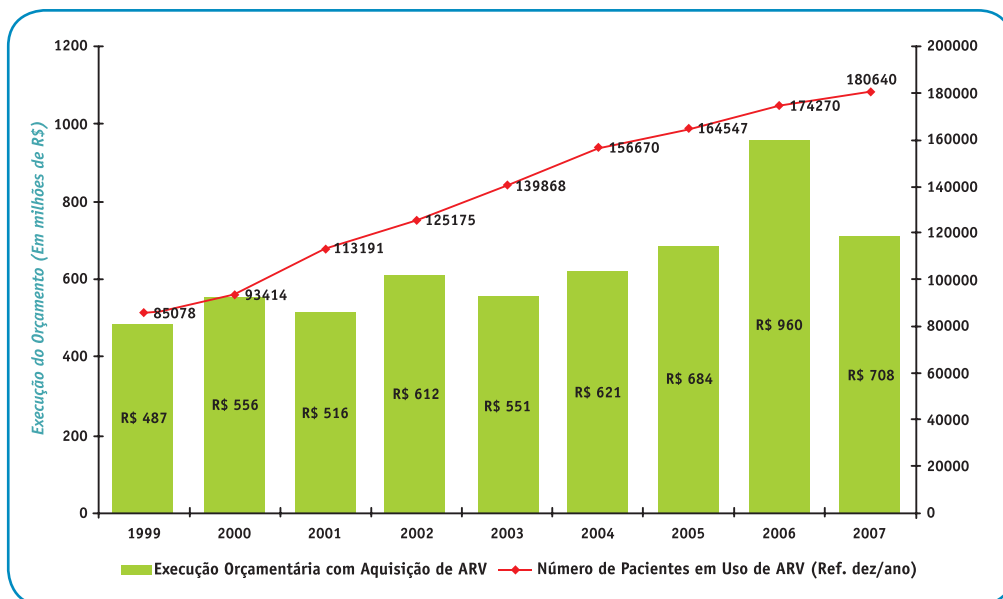
Ainda com relação ao gráfico abaixo, ao se considerar o momento de início do seguimento no serviço de saúde, para aqueles indivíduos VIH positivo que iniciaram o seguimento no momento oportuno, ou seja, possuem CD4 maior do que 200 células T-CD4/mm³ sem presença de doenças associadas, o risco de morrer é consideravelmente menor e 99,1% permanecem vivos após 12 meses de seguimento nos serviços. Após quatro anos, esta probabilidade apresenta uma discreta redução, permanecendo acima de 96,9%. Por outro lado, a probabilidade de estar vivo 12 meses após o início do seguimento é significativamente menor para os indivíduos que iniciaram tardiamente seu acompanhamento. A maior probabilidade de morrer é para as pessoas que apresentaram contagem T-CD4 inferior a 100 células/mm³, sendo que 13,1% desses indivíduos morrem antes de completar 12 meses de tratamento e 22,1% antes do quarto ano de acompanhamento. Já os indivíduos com doenças associadas à SIDA ou com contagem de células T-CD4 entre 101 e 200/mm³ apresentaram probabilidades semelhantes, sendo que aproximadamente 94,1% permanecem vivos após 1 ano de seguimento e 85,5% após o quarto ano.

Gráfico 4 - Função de sobrevida em pacientes com VIH, 15 anos e +, segundo o tempo de seguimento nos serviços públicos. Brasil, 2003 a 2006.

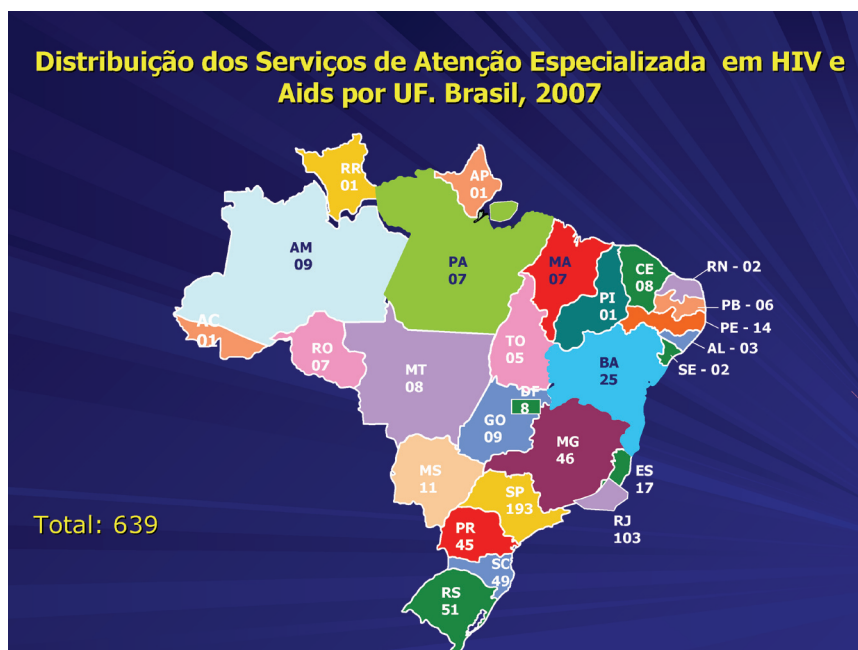


O gráfico que segue demonstra a execução orçamentária (em milhões de reais) com a aquisição de anti-retrovirais e o nº de pacientes em uso de anti-retrovirais. Vale enfatizar que no período 2006-2007 houve um acréscimo no nº de pacientes que receberam a terapia anti-retroviral combinada com um decréscimo da execução orçamentária relativa à aquisição destes medicamentos, o que se deu em função da negociação de preços, da taxa de câmbio e do licenciamento compulsório do medicamento Efavirenz. Vale ressaltar que o Programa de SIDA brasileiro tem, nos últimos 12 anos de existência, se caracterizado por uma exemplar execução orçamentária, sempre superior a 95%.

Gráfico 5 - Execução orçamentária (Em milhões de R\$) com aquisição de ARV e número de pacientes em uso de ARV - Brasil, 1999 a 2007



O cartograma abaixo delinea a distribuição dos 639 Serviços de Atenção Especializada (SAE) em todo o país. Além dos SAE, a rede assistencial é constituída de 94 Hospitais-dia (HD), 433 Hospitais credenciados e 126 ADT (Assistência Domiciliar Terapêutica), totalizando 1.292 unidades em Dezembro de 2007.



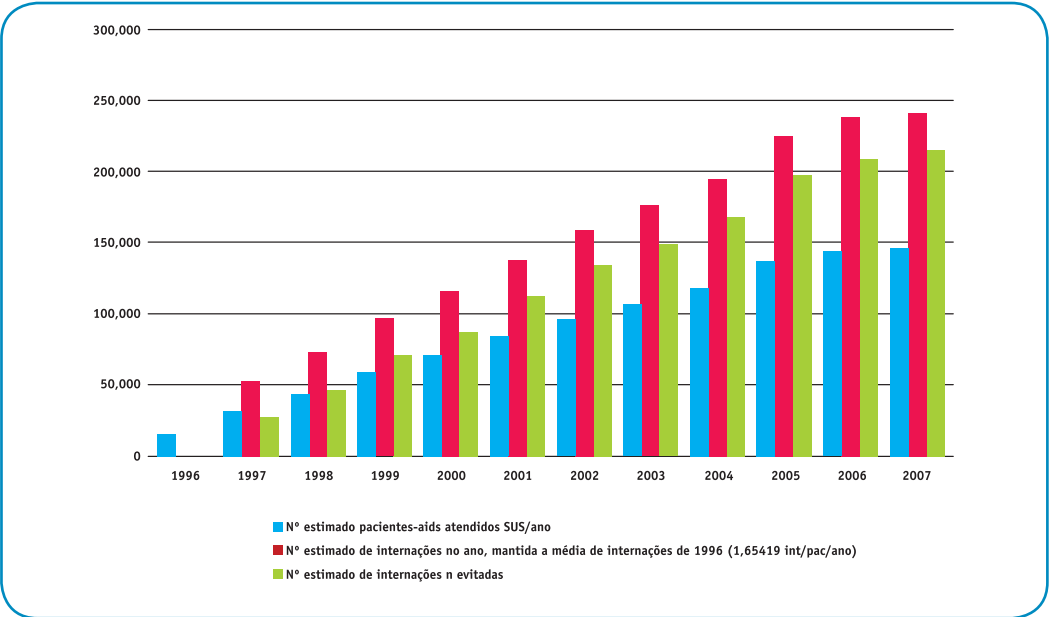
Os cartogramas abaixo registram a distribuição da rede nacional de laboratórios de CD4+/CD8+, de AE, de carga viral e de genotipagem, em 2007.





O gráfico a seguir apresenta o número estimado de pacientes com SIDA atendidos no SUS, o número estimado de internações e o número estimado de internações evitadas, no período de 1997-2007.

Gráfico 6 - Número estimado de pacientes-aids, internações ocorridas e evitadas no Sistema Único de Saúde, 1997-2007



A parceria com a sociedade civil e o envolvimento desta desde a formulação das políticas públicas à implementação de ações tem sido uma característica do Programa de SIDA brasileiro e, pode-se relacionar à essa prática os resultados alcançados.

Por outro lado, a indissociabilidade entre as ações de prevenção e assistência também tem sido uma característica que se considera desde a implantação do Programa Nacional nos anos 80, sempre na perspectiva dos direitos de cidadania segundo os princípios constitucionais que regem o acesso à saúde no país enquanto direito do cidadão e dever do Estado.

Políticas e ações específicas têm sido estabelecidas para populações mais vulneráveis ou que enfrentam situações que geram dificuldades no acesso aos serviços, como, por exemplo, os homens que fazem sexo com homens, segmentos populacionais trans, os usuários de drogas, os trabalhadores e as trabalhadoras sexuais e, mais recentemente, as populações afro-descendentes.

Ressalta-se também que as campanhas de Informação, Educação e Comunicação têm buscado oferecer mensagens claras e diretas sobre os modos de transmissão e as estratégias de prevenção cientificamente validadas. A ênfase permanente no preservativo como método de primeira escolha para a população sexualmente ativa tem sido parte importante desta política.

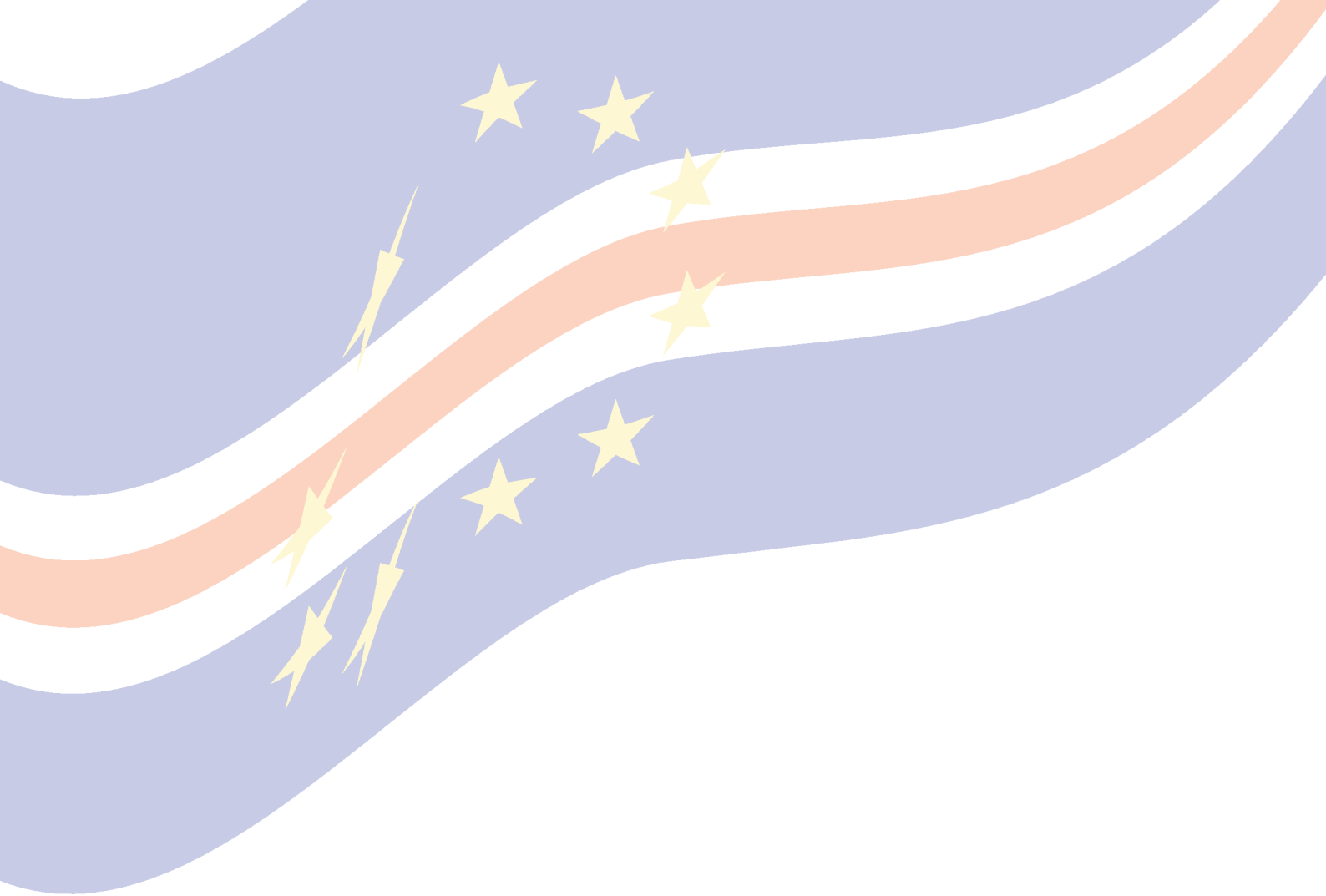
Perspectivas Futuras

Entre 1980 e junho 2007 um total de 473,273 casos de SIDA foram notificados no Brasil. Em base das taxas de incidência do ano 2004 a 2005 e o crescimento da população, se estima 220,730 casos novos de VIH até o ano 2011. Considerando a estabilização da taxa de prevalência de VIH/SIDA, a redução da mortalidade e o crescimento da expectativa de vida, serviços de saúde tem que ser planejados para oferecer um cuidado integral para esta parte da população, tomando em conta as redes de serviço já existentes. O crescimento da taxa de incidência no Norte, Nordeste e Centro-Oeste também significa um novo desafio para o combate ao VIH/SIDA no país.

As tabelas que seguem registram as metas nacionais para a terapia anti-retroviral e ações de prevenção bem como os recursos federais destinadas ao programa de SIDA.

Indicador	2008	2009	2010	2011
Aquisição de preservativos femininos	7 milhões	8 milhões	9 milhões	10 milhões
Aquisição de gel	15 milhões	20 milhões	25 milhões	30 milhões
Aquisição de preservativos masculinos	1,2 bilhão	1,4 bilhão	1,6 bilhão	1,8 bilhão
Proporção de jovens de 15-24 anos que identificam corretamente modos de prevenção do HIV e rejeitam conceitos errôneos (Baseline 2004: 58,4% - PCAP)	60%	...	...	65%
Pacientes sob tratamento ARV	195.000	208.000	220.000	233.000
Proporção de pacientes de 15 anos e mais sobrevivendo após um ano de tratamento ARV (Baseline 2006: 95%)	95%	...	...	97%
Proporção de gestantes submetidas à profilaxia para prevenção da transmissão vertical do VIH (Baseline 2006: 51,9%)	80%	...	...	...
Proporção de jovens que utilizam o preservativo durante a primeira relação sexual (Baseline 2004: 51%)	55%	...	...	60%

Recursos Orçamentários Federais destinados ao Programa de SIDA (em US\$ 1000)									
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
274,9	336,3	353,2	376,9	334,4	306,7	309,1	430,9	674,3	783,9



Cabo Verde

Contexto Nacional

Cabo Verde consiste num arquipélago situado no oceano Atlântico e tem uma extensão geográfica de 4.033 Km². Segundo dados de 2006 estima-se uma população de 518.000 habitantes. O país está classificado pelo Banco Mundial como de renda média baixa. A expectativa de vida média ao nascer é de 72 anos. Segundo pesquisa de 2002/03, 37% da população foi considerada pobre e 20% muito pobre.¹ A maior parte do sistema de saúde está descentralizada, o que facilita o acesso da população aos serviços de saúde.

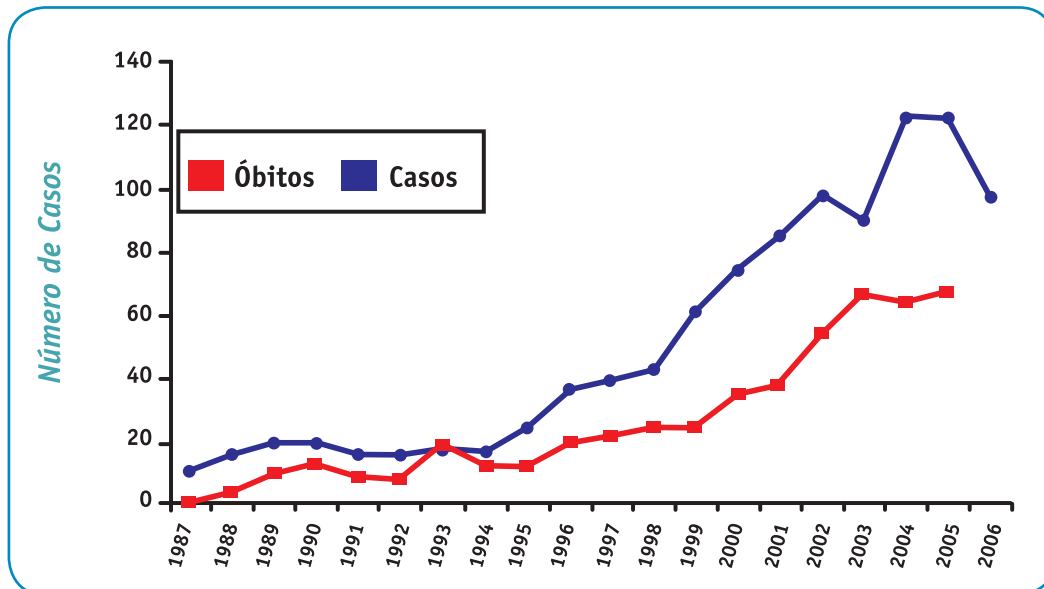
Situação Atual da Epidemia do VIH

Cabo Verde tem uma prevalência estimada de infecção pelo VIH entre 0,5% e 1,5%. Até o final de 2006, 1.940 casos de VIH/SIDA foram notificados. A prevalência do vírus é estável entre a população sexualmente ativa.

Depois de um crescimento contínuo até 2004, o número de novos casos de SIDA diminuiu levemente nos últimos anos, conforme mostra o Gráfico 1. O número de óbitos por SIDA se estabilizou a partir de 2003.

¹ Fonte: Documento de Estratégia de Crescimento e de redução da pobreza, República de Cabo Verde, 2004.

Gráfico 1 - Casos de SIDA e Óbitos por SIDA, Cabo Verde 1987 - 2006

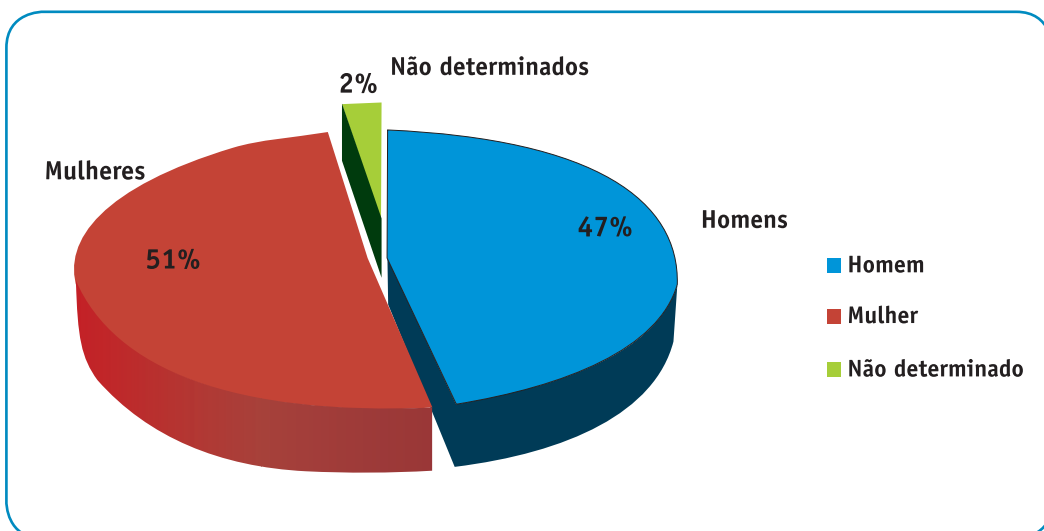


Fonte: Vigilância do VIH em mulheres grávidas Country Progress Report 2006/2007

Desde o início da epidemia no ano 1986, até dezembro de 2006 foram registrados 2011 casos de VIH. Des-tes casos 1019 (50,7%) evoluíram para SIDA e 535 pessoas faleceram devido à SIDA. Podem-se observar importantes **diferenças geográficas** na evolução da epidemia: A capital apresenta uma prevalência próxima de 2%. A região de Satavento que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava é a mais afetada pela epidemia, com uma taxa de prevalência de estimadamente 1,1%. Na região de Barlavento, que inclui as ilhas de Santa Antão, São Vicente, São Nicolau, Sal e Boavista regista-se uma taxa de prevalência de 0,1%.

Nota-se uma **crecente feminização da epidemia**. Dos 299 novos casos reportados em 2006, 64,9% (199) foram do sexo feminino. Hoje, aproximadamente, metade dos casos acumulados são do sexo feminino, conforme mostra o Gráfico 2:

Gráfico 2 - Casos acumulados de VIH notificados por sexo Cabo Verde, 1987-2006



Fonte: Country Progress Report 2006/2007

O **modo de transmissão** predominante (mais de 80%) é heterossexual. Outras formas de transmissão são a transmissão vertical (10% dos casos registrados) e o uso de drogas injetáveis (6-7%).

Um dos maiores desafios no país é a **proteção aos jovens**, que representam quase a metade da população total. Em 2005, um estudo revelou que somente 37,6% dos jovens de 15 a 24 anos demonstrava conhecimento adequado sobre as formas de se prevenir a transmissão sexual do VIH.

A Tabela 1 apresenta os resultados de uma pesquisa de 2005 sobre o conhecimento dos modos de transmissão do VIH entre homens e mulheres de 15 a 59 anos:

Tabela 1 - Resultados de um inquérito sobre o conhecimento dos modos de transmissão do VIH. Cabo Verde, 2005

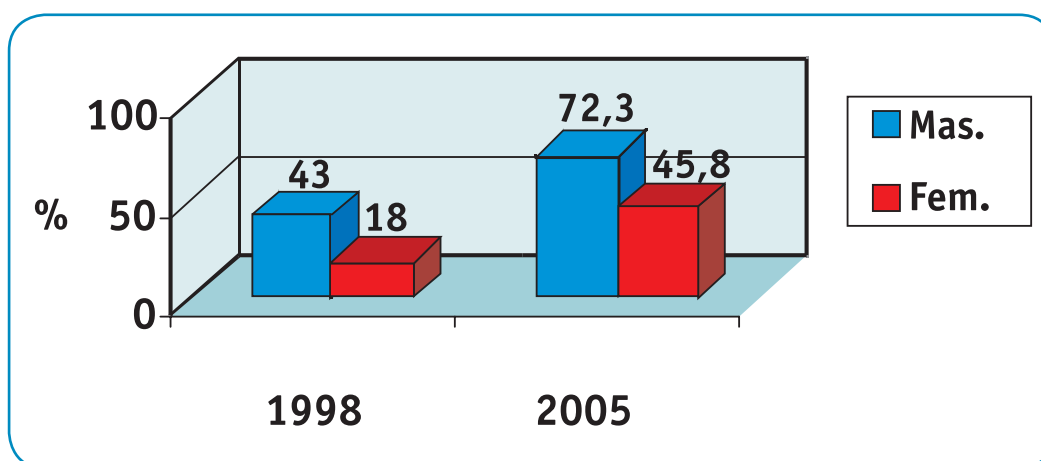
Pergunta	% de respostas afirmativas
O risco da transmissão do VIH pode ser reduzido por ter relações sexuais com um parceiro fiel e não infectado	9,5%
O risco da transmissão do VIH pode ser reduzido pela utilização de preservativo durante cada relação sexual	89,9%
VIH pode ser transmitido pela picada de mosquito	5,5%
Pode-se adquirir o VIH ao compartilhar uma refeição com uma pessoa VIH positivo	5,5%

Amostra de 8146 homens e mulheres com idades compreendidas entre 15 e 49 anos para as mulheres e 15 e 59 anos para os homens. **Fonte: Country Progress Report 2006/2007.**

Trinta e sete vírgula seis por cento (37,6%) das pessoas entrevistadas responderam corretamente a todas as perguntas. Este patamar denota que o conhecimento sobre os modos de transmissão do VIH ainda é baixo.

Quanto ao **uso de preservativos**, os dados disponíveis mostram um crescimento considerável de 1998 a 2005:

Gráfico 3 - Evolução da Utilização de Preservativos. Cabo Verde



Fonte: Cabo Verde, IDSR 1998 e 2005

Resposta Nacional

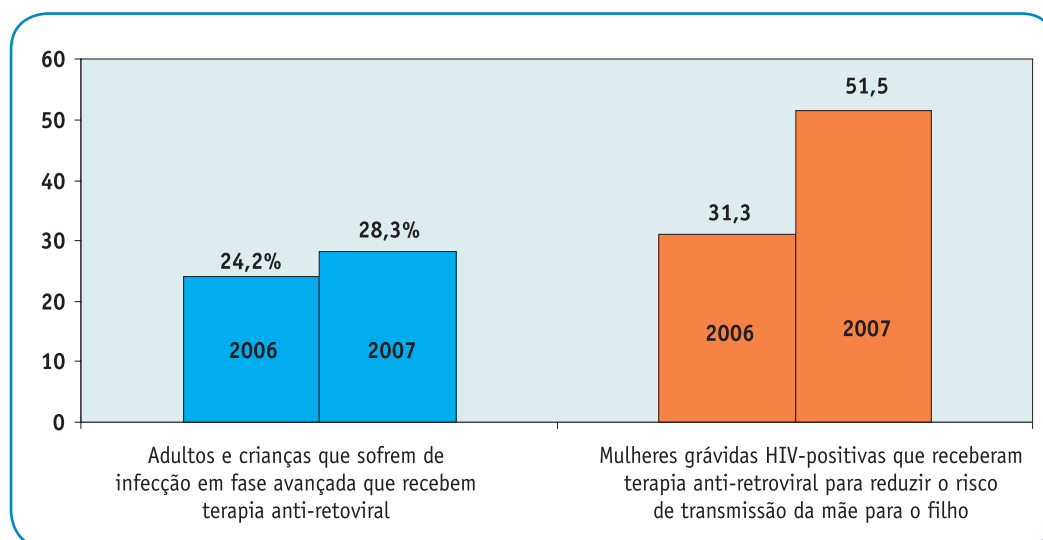
O Programa Nacional de SIDA foi criado em 1986 depois da identificação do primeiro caso, apoiado por altos níveis políticos. Desde o ano 2002, o Primeiro Ministro preside o CCS-SIDA, um comitê multisetorial que é responsável pela coordenação do combate ao VIH/SIDA.

Cabo Verde desenvolveu um **Plano Estratégico Nacional (PEN)**, inicialmente para o período 2002-2006, o qual já foi atualizado e custeado para o período 2006-2010. Os PENs funcionam de forma multisetorial e descentralizada. Incluem diferentes setores do governo e da sociedade civil em nível nacional e municipal. As associações de Pessoas Vivendo com VIH estão sendo incluídas nas planificações e nas decisões relacionadas aos PENs. O orçamento para o PEN de 2002-2006 foi de US\$ 22 milhões e o orçamento para o PEN de 2006-2010 está estimado em US\$ 24 milhões.

O setor de saúde é o setor mais importante na resposta nacional ao VIH/SIDA. O **Programa de Terapia Anti-Retroviral** iniciou-se em dezembro de 2004. O programa se dirige a todas aquelas pessoas que apresentam os critérios clínicos e imunológicos para o começo da terapia anti-retroviral. Também foi possível incluir no Programa de Terapia Anti-Retroviral vários membros de grupos vulneráveis, como usuários de drogas injetáveis. Isso é um passo importante em direção ao acesso universal ao tratamento.

O Gráfico 4 mostra os dados disponíveis com respeito ao acesso à terapia anti-retroviral:

Gráfico 4 - Porcentagem de diferentes grupos que receberam a terapia anti-retroviral. Cabo Verde. 2006 / 2007.



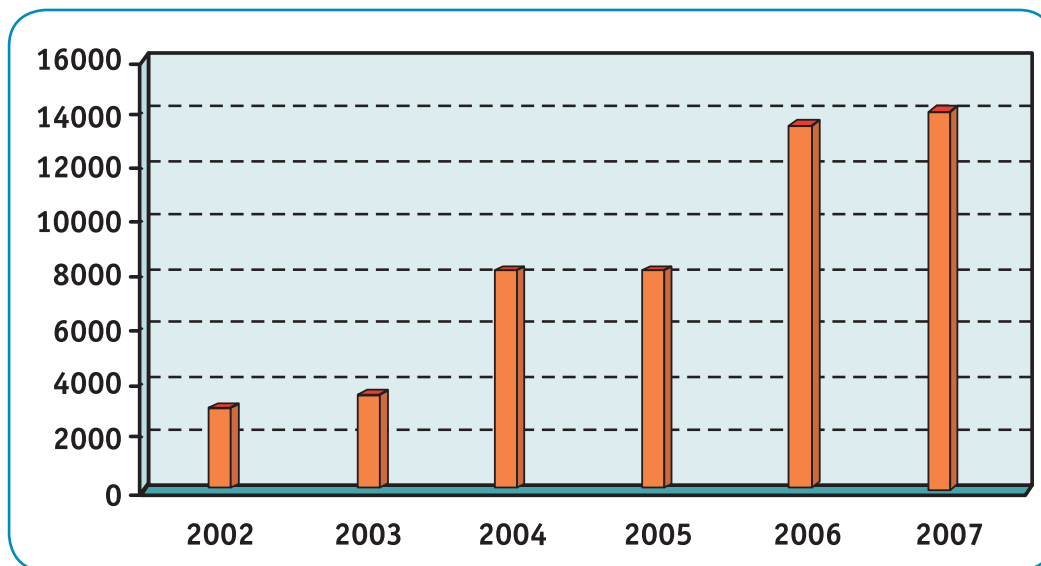
Fonte: Country Progress Report 2006/2007

O acesso à terapia anti-retroviral em geral ainda é relativamente restrito. Porém, constata-se um aumento significativo no número de mulheres grávidas que receberam a terapia anti-retroviral, de 31,3 a 51,5% em um ano (2006-2007).

O setor de saúde também presta **apoio psicológico** às Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH) e às famílias afetadas pela epidemia. Além disso, a sociedade civil oferece apoio psicológico e socio-econômico às PVVIH. Nota-se um progresso na coordenação entre o serviço estatal de saúde e a sociedade civil nesse contexto. A cooperação entre o Estado e a sociedade civil também tem sido essencial nas ações de combate ao estigma e à discriminação.

O número de testes realizados aumentou consideravelmente nos últimos anos, conforme mostra o gráfico 5:

Gráfico 5. Número total de testes de VIH realizados. Cabo Verde



Fonte: Serviços de Saúde e laboratórios

Em 2006/2007 10,1% do grupo das pessoas de 15 a 25 anos fizeram testes de VIH.

O número de testes de VIH realizados por mulheres grávidas também aumentou consideravelmente entre 2005 e 2007 (Tabela 2):

Tabela 2. Porcentagem de mulheres grávidas que fizeram teste de VIH. Cabo Verde.

Ano	%
2005	13
2006	51
2007	65

Fonte: Country Progress Report 2006/2007

A **área de educação** é outro pilar do programa de combate ao VIH/SIDA. É considerada como elemento chave para a mudança do comportamento da população e a diminuição da expansão do VIH/SIDA. Os temas da transmissão do VIH/SIDA e das formas de proteção foram incluídos nos currículos das escolas primária e secundária e os professores foram capacitados no tema. Em algumas escolas secundárias foram criados Centros de Informação, Educação e Orientação que informam sobre questões da educação sexual. Além disso, 24 Centros de Juventude que funcionam em 17 Municípios do país, também dão um apoio importante para a educação sexual da juventude. Estes centros também trabalham com jovens que não frequentam a escola.

Em 2007 foi aprovada uma **lei para a proteção dos direitos humanos** das Pessoas que Vivem com VIH/SIDA. Está baseada no princípio do acesso universal ao tratamento e acompanhamento relacionados ao direito à saúde.

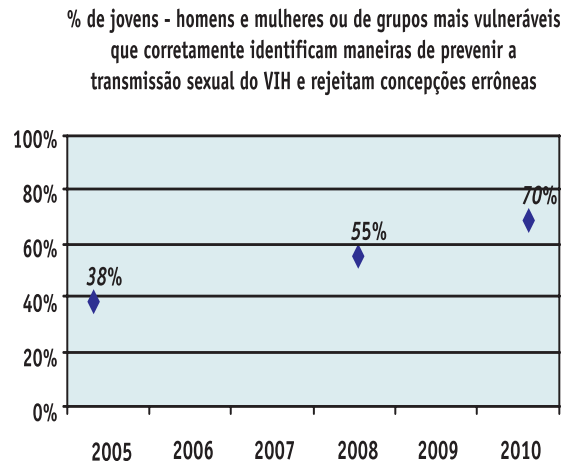
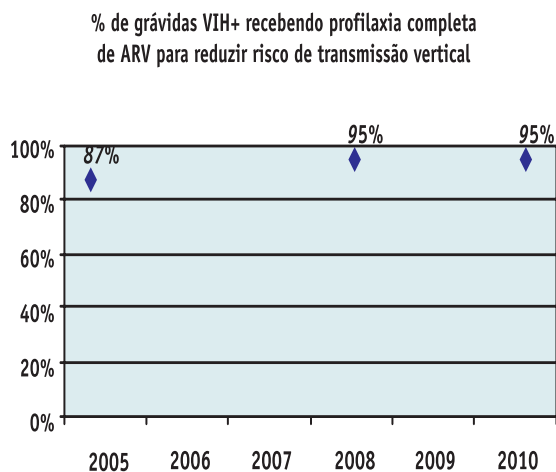
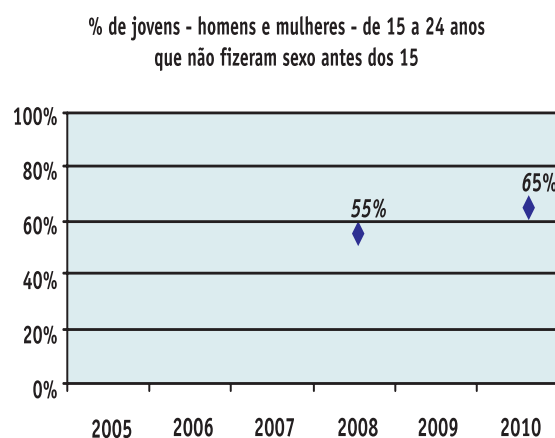
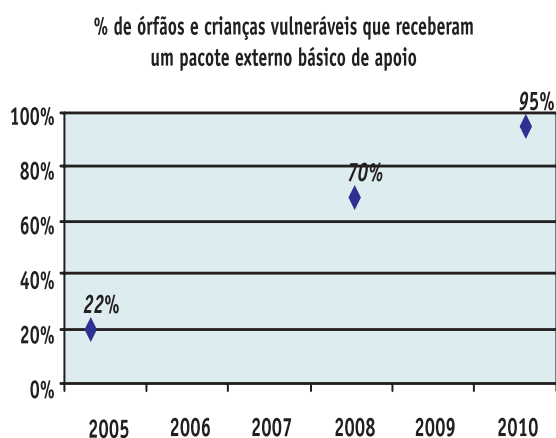
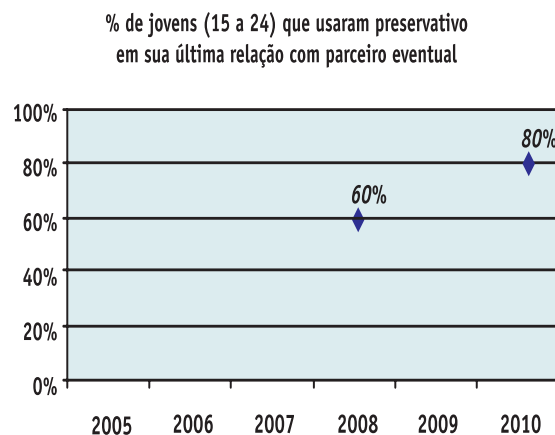
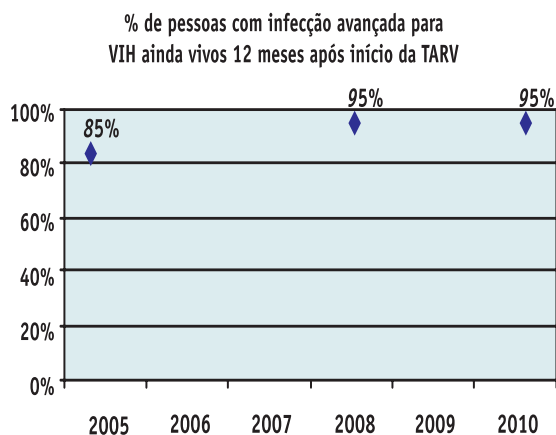
Perspectivas Futuras

Em 2006 foi realizada uma consulta nacional para estabelecer as metas para lograr sucessivamente o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Nesta consulta, participaram a sociedade civil, setores governamentais, Agências das Nações Unidas e Agências de cooperação bilateral.

A tabela e os gráficos que se seguem mostram as metas estabelecidas pelo país no processo da consulta nacional, com vistas ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados.

Tabela 3 - Metas para lograr o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Cabo Verde

Indicador	Linha de Base (2005)	Ano 2008	Ano 2010
PVVIH com infecção avançada que se encontram vivos após 12 meses de tratamento	85%	95%	95%
Órfãos e crianças vulneráveis recebendo cuidados	22%	70%	95%
Mulheres gestantes positivas para o VIH submetidas à profilaxia da transmissão vertical	87%	95%	95%
Percentual de jovens (15-24) que usaram preservativo em sua última relação sexual com parceiro não regular	...	60%	80%
Percentual de jovens de ambos os sexos (15-24) que não tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade	...	55%	65%
Percentual de jovens (15-24) ou pessoas sob maior risco que corretamente identificam meios de prevenção do VIH e rejeitam conceitos errôneos	38%	55%	70%



Durante a consulta nacional foram identificados alguns **obstáculos para lograr o acesso universal**, a saber:

1. Baixa capacidade dos segmentos populacionais mais vulneráveis em se organizar de modo associativo,
2. Dificuldade de aproximação aos segmentos sob maior risco devido ao preconceito,
3. Debilidade nas estruturas nacionais no que concerne ao monitoramento e à avaliação
4. Insuficiente apoio financeiro internacional.



Guiné-Bissau

Contexto Nacional

Guiné-Bissau tem uma área de 36.125 Km². Sua população estima-se em aproximadamente 1,6 milhões de habitantes. Mais de 2/3 da população vive abaixo da linha de pobreza. Os grupos mais vulneráveis têm um **acesso muito restrito aos serviços de saúde** e outros serviços oferecidos pelo Estado, como serviços educativos.

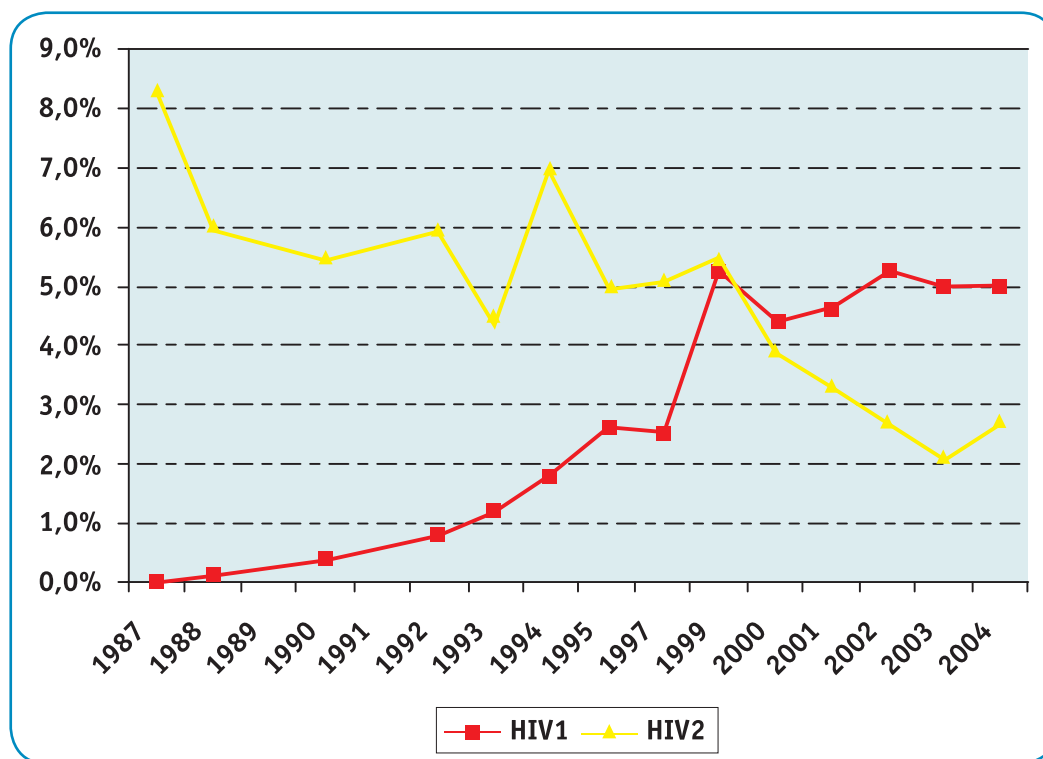
Situação Atual da Epidemia do VIH

Existem diferentes aproximações da prevalência do VIH em Guiné-Bissau. Segundo dados de 2006, o país apresenta uma prevalência do VIH estimada em 8,7%. Estudos recentes indicam uma prevalência do VIH estimada em 7,3%.

Observa-se uma possível **estabilização da taxa de prevalência do VIH, ainda que em patamares extremamente elevados**. No entanto, o país continua a estar em uma situação de epidemia do VIH generalizada e segue enfrentando o risco de uma expansão massiva da epidemia.

Quanto **ao tipo do VIH predominante no país, observa-se uma mudança importante**. Como se pode observar no gráfico 1, a taxa de prevalência do VIH 2 entre mulheres grávidas tem reduzido de forma progressiva a partir do ano 1997, até chegar a 2,7% em 2004. Durante esse mesmo período, a taxa de prevalência do VIH 1 aumentou gradualmente até chegar a 5,2% em 1999. Depois se estabilizou em torno de 5%.

Gráfico 1 - Evolução da taxa de prevalência do VIH 1 e do VIH 2 entre mulheres grávidas no Hospital Nacional. Guiné-Bissau, 1997-2004.



Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

Existem **diferenças regionais quanto à taxa de prevalência do VIH**, conforme mostra a tabela 1:

Tabela 1 - Prevalência do VIH (1 ou 2) entre mulheres grávidas em sítios sentinelas de Guiné-Bissau, 2001, 2002/03 e 2005 (%)

Região	2001	2002/2003	2005
Bafatá	9,1	...	7
Cacheu	4,2	...	7
Gabú	7,7	...	5,1
Tombali	4,0	...	4,5
Bissau	...	7,3	...
Biombo	...	2,6	...
Oio	...	4,9	...
Quinara	...	4,3	...

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

Em 2007, foi realizada uma pesquisa sobre a **taxa de prevalência do VIH entre profissionais do sexo** em Guiné-Bissau.¹ Os resultados são apresentados na tabela 2. Observou-se uma taxa de prevalência do VIH 26,8% (VIH 1 ou 2) entre os profissionais do sexo pesquisados. Pode-se observar uma importante diferença entre a taxa de prevalência entre os profissionais do sexo na capital (65,7%) e outras regiões (16,9%).

Tabela 2 - Prevalência do VIH entre profissionais do sexo. Guiné-Bissau, 2007 segundo idade e local de residência (%)

Faixa Etária	VIH 1	VIH 2	VIH 1 e/ou 2
< 25 anos	6,1	4,1	10,2
> = 25 anos	24,1	17,7	32,6
Local	VIH 1	VIH 2	VIH 1 e/ou 2
Bissau	DND*	DND	65,7
Outras Regiões	DND	DND	16,9
Total	19,5	14,3	26,8

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

* Dados não-disponíveis

Quanto ao conhecimento da população sobre os meios de transmissão e de prevenção do VIH existe somente uma base de dados limitada. Os dados disponíveis indicam que este conhecimento ainda é insatisfatório.

A tabela 3 apresenta os resultados de um estudo sobre o conhecimento dos jovens de 15 a 24 anos sobre as formas de transmissão do VIH. Nota-se que menos da metade dos jovens sabiam responder corretamente às perguntas sobre as formas de transmissão do VIH.¹

Tabela 3 - Porcentagem de jovens de 15-24 anos que rejeitaram afirmações equivocadas sobre as formas de transmissão do VIH. Guiné-Bissau.

Pergunta	Resposta Negativa (%)
VIH pode ser transmitido pela picada de mosquito?	19
Se pode obter o VIH ao compartilhar uma refeição, jogar ou dormir perto (sem contato sexual) de uma pessoa VIH positiva?	38

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007. Tabela processada por ONUSIDA.

Quanto ao **conhecimento das mulheres sobre os meios de transmissão e de prevenção do VIH**, foi realizado um inquérito segundo os indicadores da UNGASS. Mulheres jovens (15-24 anos) têm um conhecimento melhor do que as mulheres mais velhas (25-29 anos) mas, mesmo nestes grupos etários, o conhecimento ainda é insuficiente para gerar massa crítica que venha impactar positivamente no enfrentamento da epidemia - apenas 17,7% têm um conhecimento satisfatório).

¹ Foram entrevistados 250 profissionais do sexo - 72 na capital e 178 em quatro regiões.

² Deve notar uma sobre-representação de áreas rurais neste estudo, onde o conhecimento é mais limitado que nas áreas urbanas.

Tabela 4 - Porcentagem de mulheres de 15-49 anos que identificaram corretamente formas de prevenção da transmissão sexual do VIH e rejeitaram afirmações equivocadas sobre a transmissão do VIH, segundo faixa etária. Guiné-Bissau, 2006

Conhecimentos corretos	15-19 anos	20-24 anos	15-24 anos	25-49 anos	15-49 anos
1) Relações sexuais com um só parceiro fiel e não infectado	57,4	59,7	58,5	...	53,1
2) Utilização de preservativos durante cada relação sexual	53,7	55,2	54,4	...	49,4
3) Uma pessoa que parece ter boa saúde pode ser soropositiva	39,9	42,9	41,4	...	37,0
4) Uma picada de mosquito não pode transmitir o VIH	41,0	38,4	39,7	...	35,2
5) Não se pode contrair o VIH ao compartilhar uma refeição com uma pessoa soropositiva	42,3	44,7	43,5	...	39,1
Conhecimento Exaustivo	18,5	16,9	17,7	...	15,8

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007.

Outros inquéritos mostram que o conhecimento entre **homens jovens é substancialmente mais elevado que entre as mulheres jovens**, conforme mostra a tabela 5:

Tabela 5 - Conhecimento de jovens, mulheres e homens, de 15-24 anos sobre as formas de transmissão do VIH. Guiné-Bissau, 2006

Indicador	Homens	Mulheres
Identificar corretamente duas formas de transmissão de VIH	8	5,6
Negar afirmações equivocadas sobre formas de transmissão (como por exemplo: VIH pode ser transmitido pela picada de mosquito)	15	5,1

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007. Tabela processada por ONUSIDA.

Quanto ao **uso de preservativos**, em Guiné-Bissau existe pouca informação. Os dados disponíveis indicam que o uso de preservativos segue sendo baixo no país. Como se pode observar na tabela 6, menos que a metade das mulheres jovens usaram preservativo na última relação sexual com um parceiro com o qual não são casadas e com o qual não vivem juntas.

Tabela 6 - Porcentagem de mulheres jovens que utilizaram preservativo na última relação sexual com um parceiro sem estar casada ou vivendo junto com ele. Guiné-Bissau, 2006.

Faixa Etária	Utilizam preservativo (%)
15-19 anos	36,4
20-24 anos	41,5
15-24 anos	38,8

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007.

Em 2007, realizou-se um inquérito entre 221 profissionais do sexo sobre o uso de preservativos no contato sexual com seus clientes. Os resultados são apresentados na tabela 7. 60,2% dos profissionais do sexo entrevistados responderam que tinham utilizado preservativo na última relação sexual com seus clientes.

Tabela 7 - Utilização do preservativo por profissionais do sexo na última relação sexual com um cliente. Guiné-Bissau, 2007

Faixa Etária	VIH 1 e/ou 2 (%)
< 25 anos	55,6
> = 25 anos	60,2
Total	60,2

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007.

Resposta Nacional

A resposta nacional à epidemia do VIH/SIDA começou em 1986. As ações de combate ao VIH/SIDA foram orientadas por planos de curto e médio prazos.

Em 1998, as atividades de luta contra VIH e SIDA foram temporariamente interrompidas devido a conflitos políticos e militares.

O primeiro **Plano Estratégico Nacional (PEN I)** foi aprovado no ano de 2002. O PEN I abrangeu o período de 2003-2005. Em 2004-2005 o **Secretariado Nacional da Luta contra a SIDA (SNLS)** foi criado. É responsável pela coordenação técnica de todas as intervenções da luta contra a SIDA no país. O SNLS é o braço executivo do **Conselho Nacional da luta contra a SIDA**, um órgão multisetorial, presidido pelo Primeiro Ministro, com o Ministro da Saúde como vice-presidente.

Um novo **Plano Estratégico Nacional (PEN II)** foi aprovado em 2006. Os objetivos do plano são fortalecer a prevenção às infecções pelo VIH, melhorar a qualidade de tratamento e o cuidado às pessoas infectadas pelo vírus e melhorar as informações para a tomada de decisões. Finalmente, o PEN II visa reforçar a capacidade institucional em planeamento, gestão e coordenação para o combate do VIH e SIDA.

A **Terapia Anti-Retroviral para as Pessoas que Vivem com o VIH (PVVIH)** foi iniciada em 2005. Desde então, o número de unidades que oferecem Terapia Anti-Retroviral gradualmente aumentou de 3 em 2005 para 11 em 2007. Simultaneamente, o número das PVVIH beneficiadas pela Terapia Anti-Retroviral aumentou de 65 em 2005 para 890 em 2007.

A tabela 8 mostra o número e a percentagem de pessoas numa fase avançada da infecção por VIH que receberam a Terapia Anti-Retroviral em 2006/2007.

Tabela 8 - Número e percentagem de pessoas numa fase avançada de infecção por VIH (VIH 1 e 2) que recebem a Terapia Anti-Retroviral (TARV)

	Dezembro 2006	Dezembro 2007
Número de pessoas recebendo TARV	349	890
Número estimado de PVVIH	15.926	16.270
Número estimado de pessoas que necessitam da TARV	3.035	3.171
Porcentagem recebendo TARV	11,5%	28,1%

Fonte: Country Progress Report, Guiné-bissau 2006/2007

A maior parte das instituições que oferecem Terapias Anti-Retrovirais estão localizadas em Bissau. Por isso, o acesso de pessoas de outras regiões do país à terapia é muito limitado.

Somente uma instalação sanitária oferece a prevenção da transmissão vertical. A tabela 9 apresenta uma aproximação³ da percentagem das mulheres grávidas VIH+ que receberam Tratamento Anti-Retroviral em 2006 e 2007. Segundo estes dados, a percentagem atual de mulheres grávidas VIH+ que recebem terapia Anti-Retroviral é de cerca de 10%.⁴

Tabela 9 - Número de mulheres grávidas infectadas pelo VIH que receberam antiretrovirais. Guiné-Bissau, 2006/2007

	2006	2007
Número de mulheres grávidas infectadas pelo VIH que receberam antiretrovirais	367	349
Número estimado de mulheres grávidas infectadas pelo VIH	3613	3716
Porcentagem que recebeu anti-retrovirais	10,2%	9,4%

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

A partir de 2001, foram oferecidos testes voluntários do VIH em Guiné-Bissau. O número de serviços que oferecem estes testes aumentou de 1, em 2001 para 33 em 2007. O número de pessoas testadas durante o período 2006-2007 é apresentado na tabela 10. Pode-se observar um aumento significativo.⁵

Tabela 10 - Número de pessoas voluntariamente aconselhadas e testadas para VIH em 2006 e 2007

		2006			2007	
Sexo	Pessoas Aconselhadas	Pessoas Testadas	% Testados Positivos	Pessoas Aconselhadas	Pessoas testadas	% Testados positivos
Homens	DND	1672	21,8	7429	3896	12,7
Mulheres	DND	2189	25,1	12009	7757	14,7
Faixa Etária						
< 15 anos	DND	DND	DND	2087	701	6,5
15-24 anos	DND	DND	DND	6661	3880	4,8
> = 25 anos	DND	DND	DND	9384	6777	22,7
Total	8.351	3.861	23,7	20.830	11.734	13,3

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

No período 2006-2007, 13 serviços de saúde ofereceram **aconselhamento e teste do VIH para gestantes**. A percentagem das mulheres grávidas que foram testadas é apresentada na tabela 11 (Referência: Número total de mulheres que se apresentou durante 2007 aos serviços de saúde para a primeira consulta pré-natal):

³ Não se sabe o número exato de mulheres grávidas que receberam tratamento com anti-retrovirais para reduzir o risco da transmissão do VIH da mãe ao filho. Ademais, é muito difícil estimar o número de mulheres grávidas infectadas pelo VIH em Guiné-Bissau.

⁴ O valor de 2007 é ligeiramente menor do que o valor de 2006. Isso se deve ao fato de um dos dois hospitais que oferecia este tipo de tratamento ter fechado o programa no final de 2006.

⁵ Neste número não estão incluídas mulheres grávidas que são testadas no âmbito da prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho.

Tabela 11 - Porcentagem de mulheres grávidas que foram testadas para o VIH referente ao número total das mulheres que se apresentou aos serviços de saúde para a primeira consulta pré-natal. Guiné Bissau, 2007.

	2007
Número total de mulheres grávidas que se apresentaram às CPN no país	42.127
Número de mulheres grávidas que se apresentaram às CPN detectadas	9.930
Número de mulheres grávidas aconselhadas e testadas	6886
Porcentagem testada	16,3%

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

Existe um total de 5 serviços de **transusão de sangue** no país. Todas as unidades de sangue são sistematicamente testadas para VIH. Em 2007, 2660 amostras foram recolhidas e analisadas. Ainda falta incluir os serviços nacionais de transfusão de sangue num sistema de garantia de qualidade externa dos testes do VIH.

A **integração do tema VIH/SIDA nos programas educativos** é considerada como uma prioridade pelo Ministério da Educação. Um total de 150 professores foram capacitados no tema de VIH/SIDA e o tema foi incluído nos currículos escolares.

A cobertura dos **programas de prevenção do VIH** ainda é insuficiente. Na maioria das regiões existem intervenções para a redução de risco da transmissão do VIH, mas essas intervenções ainda não abrangem toda a população.

Intervenções para a **redução do estigma às pessoas vivendo com VIH/SIDA** ainda são quase inexistentes.

A **sociedade civil e as Organizações Não Governamentais (ONGs)** têm um papel muito importante no combate ao VIH/SIDA no país. Realizam a maioria das intervenções para a prevenção da transmissão do VIH e para a redução do impacto social da epidemia. Por exemplo, quase todos os **programas de cuidados e de apoio domiciliário para PVVIH** são realizados por organizações da sociedade civil.

Quase todas as intervenções do **combate ao VIH/SIDA são financiadas pela comunidade internacional**. O Governo ainda não tem um orçamento próprio com rubrica específica para a luta contra a epidemia. Alguns recursos públicos são investidos indiretamente na luta contra o VIH/SIDA através da utilização de infra-estruturas e recursos humanos do Estado.

No período 2006-2007 os principais financiadores foram:

- ◆ O programa MAP do Banco Mundial e
- ◆ O Fundo Global para a Luta contra a SIDA, a tuberculose e a malária.

Outros importantes financiadores foram:

- ◆ O governo brasileiro (através da doação de medicamentos anti-retrovirais)
- ◆ Agências das Nações Unidas (UNICEF, UNFPA, OMS, ONUSIDA)
- ◆ Agências de cooperação bilateral e
- ◆ Organizações não-governamentais.

A tabela 12 mostra os despesas para a luta contra o VIH/SIDA:

Tabela 12 - Despesas para a luta contra o VIH/SIDA por fonte e por categoria, Guiné-Bissau 2006/2007

Fonte	2006		2007	
	CFA	US\$	CFA	US\$
MAP	898.281.752	1.725.408	528.753.137	1.109.288
Fundo Global	360.967.379	693.341	341.541.433	716.531
Governo Brasil	DND	DND	97.238.640	204.000
Unicef	62.203.678	119.480	90.088.740	189.000
OMS	45.195.022	86.810	1.397.576.712	293.200
Outras agências da ONU (UNFPA, ONUSIDA)	3.353.200	64.391	91.432.732	191.820
Cooperação Bilateral (Cooperação Francesa)	42.474.000	81.583	DND	DND
ONGs Internacionais	45.998.294	88.353	45.699.900	95.875
Categoria				
Não especificada	1.259.249.131	2.418.749	528.753.137	1.109.288
Prevenção	95.099.748	182.666	233.561.316	489.996
Atenção e tratamento	120.201.701	230.882	442.212.924	927.732
Órfãos e crianças vulneráveis	0	0	2.859.960	6.000
Reforço à gestão	8.026.855	15.418	10.644.214	232.124
Capacitação	0	0	0	0
Proteção social e serviços sociais	0	0	0	0
Meio ambiente propício e desenvolvimento comunitário	2.603.100	5.000	2.383.300	5.000
Pesquisa	3.462.700	6.651	14.081.900	29.543
Total	1.488.653.325	2.859.366	1.334.511.294	2.799.713

Fonte: Country Progress Report, Guiné-Bissau 2006/2007

Como parte do esforço nacional no âmbito da Cooperação Laços Sul-Sul:

- ◆ Iniciada a oferta de tratamento anti-retroviral. Hoje, existem 328 adultos e 21 crianças em tratamento, que deve alcançar 89 crianças e 500 adultos em 2007;
- ◆ Treinamento de mais de 100 profissionais de saúde em diagnóstico, tratamento e cuidados em VIH/SIDA;
- ◆ Implementação inicial do Sistema Nacional de Vigilância em VIH/SIDA;
- ◆ Aprovação do protocolo nacional de tratamento em VIH/SIDA e finalização do Plano Nacional Estratégico contra o VIH/SIDA 2007-2012;
- ◆ Início do uso de AZT para profilaxia nos RN;
- ◆ Formação de profissionais das regiões sanitárias em testagem e aconselhamento;
- ◆ Aquisição de testes rápidos para mulheres grávidas (5000);
- ◆ Aquisição de reagentes laboratoriais;
- ◆ Campanha de sensibilização no meio Laboral.

Perspectivas Futuras

Os principais obstáculos da resposta à epidemia de VIH/SIDA são:

- ◆ Falta de integração das atividades de luta contra o VIH/SIDA em outros programas de saúde em nível nacional, regional e comunal;
- ◆ Projetos pilotos com uma extensão geográfica limitada não têm um planejamento de extensão depois de terminar a fase piloto; Falta de sustentabilidade dos projetos depois que o financiamento externo termina;
- ◆ Falta de uma participação efetiva de atores chave para o desenvolvimento (por exemplo os Ministérios Públicos e o setor privado);
- ◆ Falta de ações sustentáveis para os grupos em maior risco de infecção (mulheres, profissionais do sexo, jovens);
- ◆ Falta de dados estatísticos atualizados sobre a situação epidemiológica e sobre as atitudes da população com respeito ao VIH/SIDA;
- ◆ Atraso do plano nacional de monitoramento e avaliação;
- ◆ Insuficiência de recursos humanos qualificados em todos os níveis para a execução dos programas;
- ◆ Falta de integração da prevenção da transmissão vertical nos serviços pré-natais.

Para vencer estes obstáculos é preciso por ênfase em:

- ◆ Melhorar a coordenação das ações da luta contra o VIH/SIDA e criar efeitos de sinergia entre os parceiros nesta luta;
- ◆ Desenvolver um único quadro de ação para a luta contra VIH/SIDA para a aceleração e a alteração das ações da luta contra a VIH/SIDA;
- ◆ Desenvolver um sistema único de monitoramento e avaliação nacional.



Moçambique

Contexto nacional

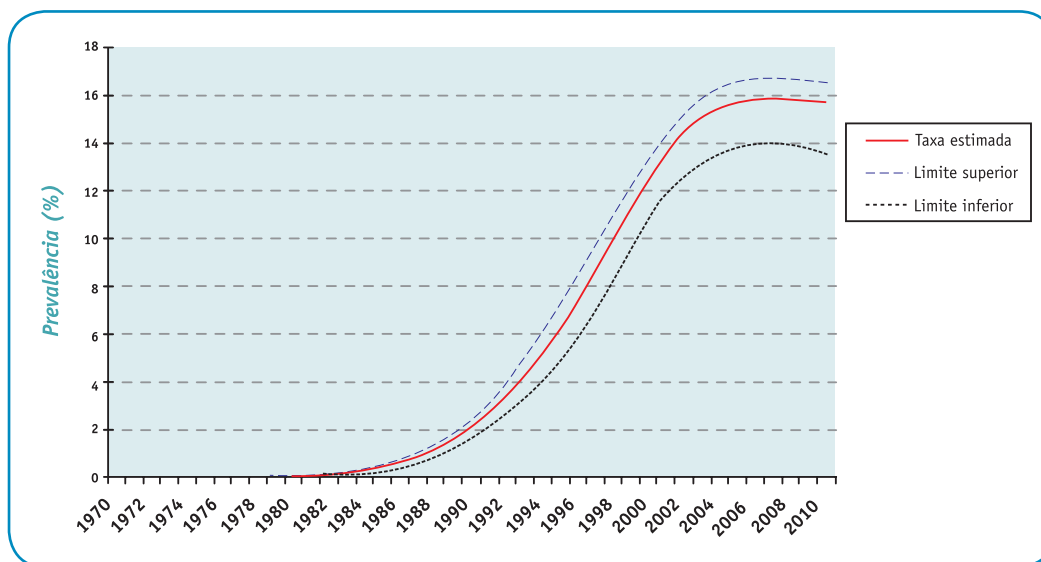
Moçambique tem uma extensão geográfica de 801.590 km². Sua população é estimada em aproximadamente 20 milhões de habitantes, dos quais 78% vivem abaixo da linha de pobreza. A população de Moçambique é muito jovem, com aproximadamente metade de seus habitantes menor de 18 anos. O **pouco acesso da população aos serviços de saúde** é um obstáculo para a expansão das ações de diagnóstico e tratamento do VIH/SIDA no país.

Situação Atual da Epidemia do VIH

A prevalência do VIH na população de Moçambique é estimada com base nos resultados do sistema de vigilância sentinela do VIH realizada entre mulheres grávidas que freqüentam consultas pré-natais. Em 2001, 2002, 2004 e 2007 foram realizados estudos de vigilância sentinela em 36 diferentes lugares do país.

A **prevalência em Moçambique é estimada em 16% (14-17%)** entre a população de 15-49 anos (2007). A prevalência nacional mantém uma curva muito semelhante à observada em 2004.

Gráfico 1 - Prevalência Nacional do VIH. Moçambique. (1970-2007).



Fonte: MISAU/INE, 2007 - Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

Aproximadamente 1.6 milhões de pessoas estão infectados pelo VIH neste país e estima-se em cerca de 160 mil óbitos por SIDA no ano 2006.

Observam-se **diferenças na evolução da epidemia de VIH nas diferentes regiões do país**: o centro e as regiões setentrionais apresentam uma tendência de estabilidade, enquanto o sul demonstra uma tendência ascendente para a epidemia do VIH.

A tabela 1 mostra que existe uma **grande variação com relação à taxa de prevalência do VIH entre as províncias**, sendo que as províncias do sul apresentam um aumento considerável na taxa de prevalência desde o último estudo de vigilância sentinela realizado em 2004.

Tabela 1 - Taxas de prevalência (%) estimadas entre mulheres gestantes (15-49 anos) por província, região e média nacional para 2001-2007, baseado no novo modelo EPP.

Província	2001	2002	2004	2007
Região Sul	15	16	19	21
Região Central	18	18	19	18
Região Norte	7	8	9	9
Nacional	14	15	16	16

Fonte: Country Progress Report, Moçambique, 2006/2007.

A maioria das novas infecções por VIH ocorrem entre jovens. A taxa de prevalência entre os 15-24 anos é, portanto, mais representativa para as infecções recentes e indica a evolução da taxa de incidência na população em geral.

As taxas de prevalência do VIH entre mulheres jovens (15-24 anos) que freqüentam clínicas de pré-natal continua subindo, de uma estimativa de 15,6% em 2004 para 16,2% em 2007, conforme mostra a tabela 2. Isso indica que a incidência de VIH provavelmente ainda cresce no país.

Tabela 2 - Taxas de prevalência de VIH entre mulheres grávidas 15-24 anos que freqüentam Clínica de Pré-Natal – Moçambique, 2000-2007 (%).

Ano	2000	2001	2002	2004	2007
Nacional	12,2	12,5	13,1	15,6	16,2

Medianas das prevalências dos sítios sentinela

Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

Estima-se que, em 2007, **150,995 mulheres grávidas foram infectadas pelo VIH**. Na ausência de intervenções, isso resultaria em um número estimado de 50,000 novas infecções por transmissão da mãe para o filho. Com acesso ao tratamento, essa cifra pode ser reduzida significativamente.

Embora a maioria dos jovens em Moçambique já tenha ouvido falar sobre SIDA (mais de 95% em 2003) e o conhecimento sobre o VIH e as formas de prevenção tenham melhorado entre 1997 e 2003, este nível de conhecimento ainda é muito baixo.

A proporção de mulheres jovens na faixa etária de 15 a 24 anos que sabem que o uso de preservativos pode evitar a transmissão do VIH aumentou de 13% em 1997 para 25% em 2003. Apenas 47% das mulheres jovens e 63% dos homens jovens sabem identificar dois meios de proteção contra o VIH. Os níveis de conhecimento variam muito entre as províncias e dependem do nível de escolaridade.

Tabela 3 - Porcentagem de pessoas de 15 a 24 anos que sabem identificar corretamente os modos de transmissão do VIH e que rejeitam afirmações equivocadas sobre a prevenção do VIH. Por sexo e faixa etária. Moçambique, 2003.

Métodos de Medição	Todos de 15-24	Valores Desagregados			
		Sexo		Idade	
		Homens	Mulheres	15-19	20-24
Porcentagem de entrevistados com idade entre 15-24 que identificaram corretamente formas de prevenção da transmissão sexual do VIH e rejeitaram afirmações equivocadas sobre a transmissão do VIH (n= 5.986)	28	39	25	28	27

Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

O conhecimento sobre as formas de prevenção da transmissão vertical não é bastante divulgado, conforme mostra a Tabela 4:

Tabela 4 - Conhecimento sobre as formas de prevenção da transmissão vertical Moçambique, 2003.

Indicador	Homens	Mulheres	Total
Mulheres e homens que sabiam que o risco da transmissão vertical pode ser reduzido pelo uso de medicamentos anti-retrovirais	32%	26%	29%

Fonte: Country Progress Report , Mozambique, 2006/2007. Tabela processada por ONUSIDA.

Embora o **uso de preservativos entre os jovens** tenha aumentado, ainda segue sendo baixo. Em 2003, 12% das mulheres jovens e 27% dos homens jovens tinham utilizado preservativo na última relação sexual, comparativamente aos dados de 2% e 11%, respectivamente, em 1997.

Resposta Nacional

A resposta nacional ao VIH e à SIDA iniciou-se em 1988, com o estabelecimento do Programa de Prevenção e Controle no Ministério da Saúde. Em 2000, o Governo aprovou o primeiro **Plano Estratégico Nacional (PEN)** de Combate ao VIH/SIDA e criou o **Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS)** para a coordenação das ações de resposta à epidemia.

O **PEN I (2000-2002)** visou diminuir a expansão da epidemia do VIH e mitigar seus efeitos sociais, mediante uma abordagem multi-setorial. Concentrou-se na prevenção das novas infecções pelo VIH, sem prever tratamentos anti-retrovirais para pessoas vivendo com VIH.

O **PEN II (2005-2009)**, desenvolvido em 2004, é o segundo Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH/SIDA e orienta a estratégia atual para a resposta nacional à epidemia. Os principais objetivos do PEN II são a redução de novas infecções e o aumento do cuidado e tratamento às pessoas vivendo com VIH/SIDA. Finalmente, o Plano visa garantir a proteção aos direitos das pessoas vivendo com VIH/SIDA.

Desde 2005, o tema do VIH e da SIDA tem sido integrado em muitos documentos de planificação da política nacional como, por exemplo, no atual Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II). Diferentes Ministérios elaboraram planos próprios de combate ao VIH e SIDA.

Em 2006, a **Iniciativa Presidencial sobre o VIH/SIDA** foi uma expressão clara do empenho político na resposta ao VIH/SIDA, em seu mais alto nível. A iniciativa reuniu líderes comunitários, representantes da administração do governo central, provincial e distrital e representantes da sociedade civil, para reforçar o seu engajamento na luta contra a SIDA.

Para coordenar e intensificar os esforços de prevenção, foi criado um **Grupo de Referência de Prevenção ao VIH**, presidido pelo Ministro da Saúde.

Em 2003, uma estratégia para o tratamento e a atenção à pessoas vivendo com VIH/SIDA foi implementada pelo Ministério da Saúde. A estratégia incluiu todo o espectro da prevenção, diagnóstico, tratamento e atenção, incluindo a mitigação do impacto da epidemia.

O número de unidades sanitárias que fornecem **tratamento anti-retroviral** aumentou de 39 em 2005 para mais de 200 em 2008. O tratamento é oferecido em 70% dos distritos.

A integração dos serviços de terapia anti-retroviral nos serviços de saúde existentes **aumentou o acesso ao tratamento** e a formação e ampliação da equipe de trabalhadores de saúde contribuiu também para a expansão do acesso ao tratamento anti-retroviral.

Tabela 5 - Acesso ao tratamento ao VIH/SIDA (2003 – 2007) Moçambique.

Categorias	2003	2004		2005		2006		2007	
		Dado observado	Meta	Dado observado	Meta	Dado observado	Meta	Dado observado	Meta
# instituições de saúde fornecendo ARVs	N/A	12	17	38	24	150	112	211	112
# pacientes em tratamento de ARVs	<2000	10,494	7,924	19,779	20,805	44,100	40,000	88211	96.420

Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007

Apesar do aumento mencionado ao tratamento, mais de 80% das pessoas que vivem com VIH/SIDA ainda não têm acesso aos medicamentos anti-retrovirais. Em algumas regiões essa porcentagem é mais elevada, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6 - Acesso à terapia anti-retroviral, Moçambique, 2006/2007

Região	% que tem acesso à terapia anti-retroviral (das pessoas VIH+ que necessitam da terapia anti-retroviral)
Sul	34
Central	11
Norte	6

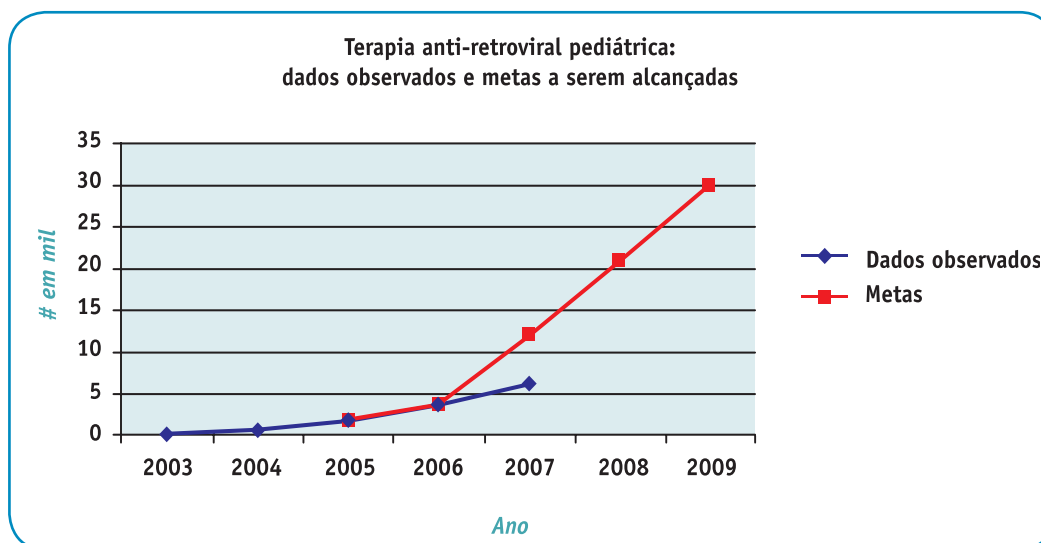
Fonte: Country Progress Report, Mozambique 2006/2007. Tabela processada por ONUSIDA.

O **tratamento anti-retroviral pediátrico começou em 2003**. Em 2006, o Ministério da Saúde desenvolveu um plano detalhado para ampliar o acesso a este serviço.

O número de serviços de saúde que oferecem tratamento anti-retroviral pediátrico aumentou de 22 em 2005 para 148 em setembro de 2007. Três hospitais especializaram-se no provimento desse tipo de tratamento e oferecem capacitação e supervisão para outros serviços de saúde.

A porcentagem de crianças VIH+ que têm acesso ao tratamento com medicamentos anti-retrovirais tem sido estimada em 75% em Moçambique.

Gráfico 2 - Resultados e metas do tratamento anti-retroviral pediátrico – Moçambique, 2003-2009.



Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

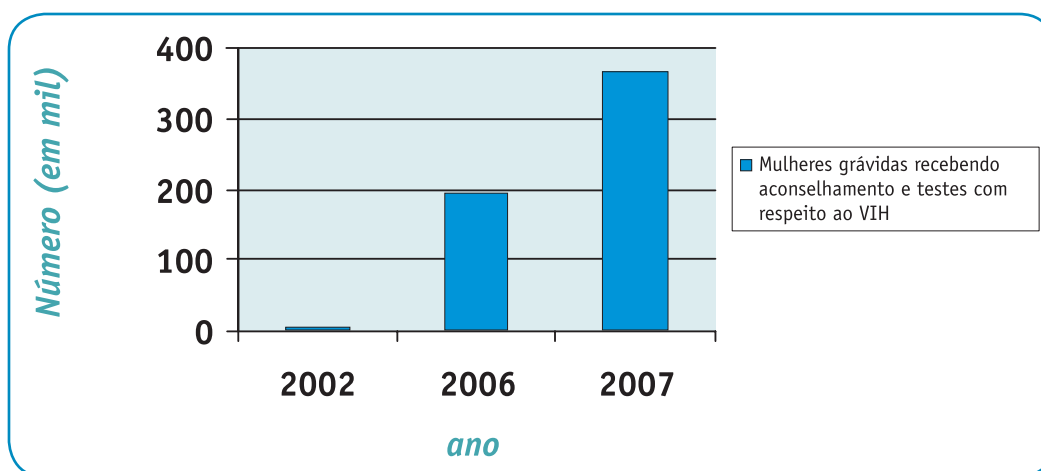
O **Programa Nacional de Controle da Tuberculose e o Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA** são parceiros em uma Força-Tarefa sobre TB e VIH, liderada pelo presidente do Programa Nacional de Controle da Tuberculose e que tem o objetivo de fortalecer a resposta nacional à TB/VIH.

As ações contra TB/VIH incluem, entre outras, a realização de testes de VIH para todos os pacientes de TB e o fornecimento de cotrimoxazol em todos os postos de saúde para os infectados por TB/VIH. Políticas de combate ao TB/VIH, materiais de capacitação e modelos de relatórios têm sido desenvolvidos e aplicados na maioria das províncias.

A **prevenção da transmissão vertical** (PTV) foi iniciada em 2002 em diferentes cidades e estendida para o âmbito nacional em 2004.

O número de centros de saúde que oferecem PTV aumentou de 222 em 2006 para 386 em 2007. Ao mesmo tempo, observa-se um aumento considerável no número de mulheres grávidas infectadas pelo VIH que receberam aconselhamento e fizeram testes de VIH, como mostra o gráfico 3.

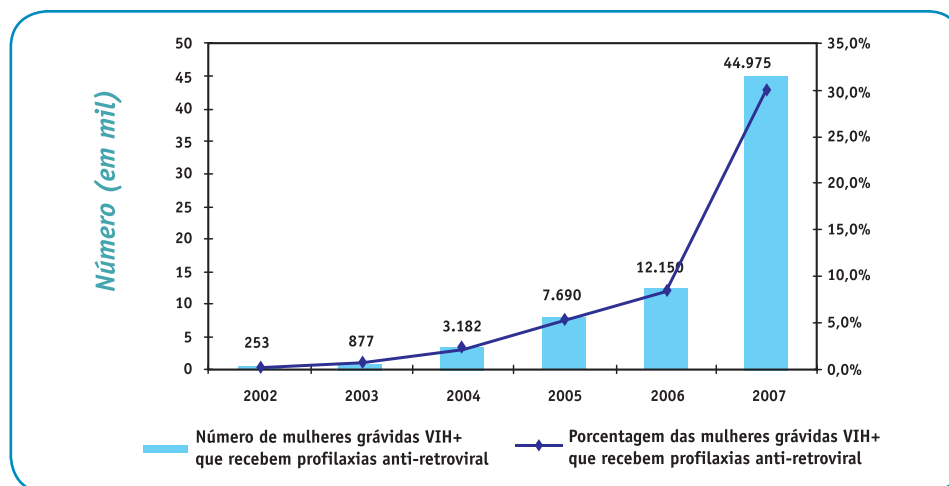
Gráfico 3 - Número de mulheres grávidas que receberam aconselhamento e fizeram testes de VIH, Moçambique, 2002-2007.



Fonte: Country Progress Report - Mozambique 2006/2007. Gráfico processado por ONUSIDA.

De igual maneira, aumentou o número de mulheres grávidas VIH+ com acesso à terapia anti-retroviral (TARV), conforme mostra o gráfico 4. No entanto, o gráfico também revela que somente um terço das mulheres grávidas VIH+ tem acesso à TARV.

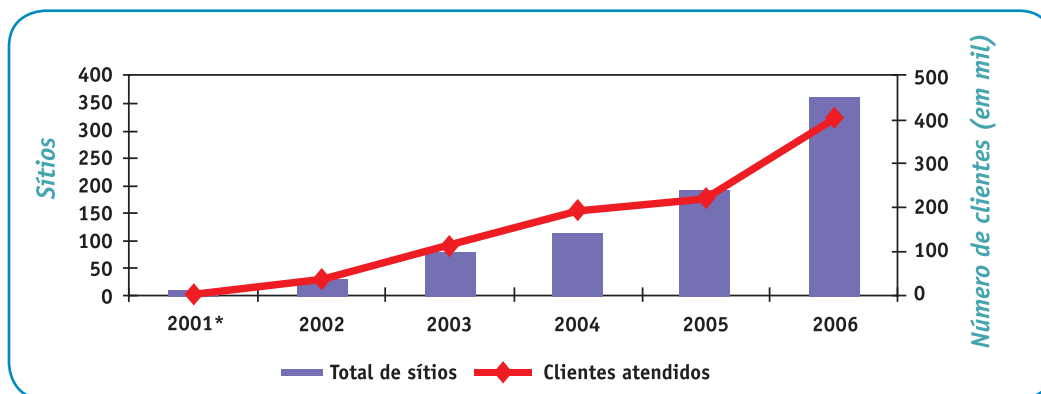
Gráfico 4 - Número de mulheres grávidas VIH+ que receberam profilaxia anti-retroviral e percentagem total de mulheres grávidas VIH+, (Estimativa), Moçambique (2002 a 2007).



Fonte: MISAU/PMTCT Program, 2007. Country Progress Report - Mozambique, 2006/2007.

A prestação de serviços de aconselhamento e testagem do VIH começou em Moçambique em quatro sítios no ano 2000. Desde então, os sítios que oferecem estes serviços aumentaram consideravelmente bem como o número de pessoas testadas (veja gráfico 5).

Gráfico 5 - Número de Centros de Testagem e número de clientes atendidos, Moçambique, (2001-2006).



Fonte: Contry Progress Report - Mozambique, 2006/2007.

O **Ministério da Educação e da Cultura aprovou uma estratégia para diminuir o impacto do VIH e SIDA** sobre os trabalhadores das escolas por meio de políticas no local de trabalho e sobre os alunos, por meio da inclusão do tema do VIH/SIDA e da saúde reprodutiva no currículo escolar. Em 2005, o currículo escolar foi revisado, matérias sobre saúde sexual e reprodutiva adaptadas e novos materiais incluídos.

O Ministério da Juventude e Esporte aborda a **prevenção do VIH para jovens fora da escola**. Em 2000, o Ministério aprovou uma estratégia e um plano operacional de combate à SIDA. Em 2007, realizou a Conferência Nacional da Juventude sobre VIH/SIDA.

Em 2006 foi finalizada uma **estratégia de comunicação do Conselho Nacional de SIDA** com base na qual foram desenvolvidos os planos provinciais e criados grupos provinciais de comunicação.

A **campanha “Janela da Esperança”**, desenvolvida em 2007, está dirigida a crianças, jovens e adultos jovens entre 5 e 24 anos. As iniciativas de comunicação da campanha são apoiadas por um grupo de trabalho composto por funcionários do governo, representantes da sociedade civil e agências bi e multilaterais.

Desde 1999, o Governo tem expandido **os serviços de saúde para jovens, facilitando o acesso às informações sobre o VIH e a SIDA para aqueles entre 10 e 24 anos**.

A **sociedade civil é um parceiro cada vez mais importante** na resposta nacional ao VIH/SIDA em Moçambique. O Governo reconhece que ela deve ter um papel crítico no planejamento, na implementação e no monitoramento das atividades de resposta ao VIH e à SIDA. Para tanto, faz-se necessária a melhoria da capacidade da sociedade civil com relação a sua própria coordenação e à cooperação efetiva com o Estado.

Em 2007, **foram distribuídos 40,000,000 de preservativos pelo Programa Nacional de DST** (em 2006 foram 21,000,000). Adicionalmente, 25.000.000 de preservativos foram distribuídos em cooperação com o Ministério da Saúde (em 2006 foram 21.000.000).

Em 2003/4, **testes rápidos de VIH foram usados para** cerca de 60% do estoque de sangue do país. Em 2008, todos os bancos de sangue provinciais testarão o sangue para anticorpos do VIH usando o ELISA, aumentando assim a porcentagem do sangue testado por ELISA dos atuais 40% para 63%.

A tabela 7 mostra que, em 2007, 35,5% das unidades de sangue doadas foram testadas para o VIH, usando métodos e processamentos de alta qualidade e um sistema de controle externo.

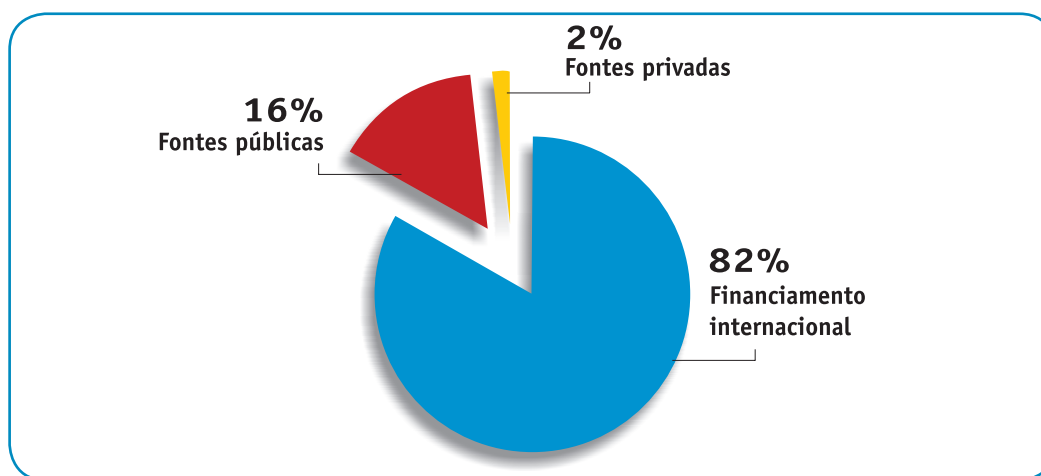
Tabela 7 - Transfusões de Sangue testadas para VIH. Moçambique, 2007.

Método de Medição	Valor
Numerador: Número de unidades de sangue doadas testadas por VIH em hemocentros/laboratórios de teste sanguíneo que: (1) tanto têm seguido padrões de procedimentos operativos documentados quanto (2) têm participado de um esquema de garantia de qualidade externo.	15.253
Denominador: Número total de unidades de sangue doadas	42.965
Valor do Indicador: Porcentagem - %	35,5

Fonte: Country Progress Report, Mozambique, 2006/2007.

O **financiamento dos programas de VIH e SIDA** em Moçambique baseiam-se em três fontes financeiras principais: públicas, internacionais e privadas. Dessas, o financiamento internacional é o mais importante, conforme mostra o gráfico 7. Os seguintes mecanismos foram utilizados para a transmissão dos fundos: ajuda orçamentária, abordagem setorial (SWAp) para o financiamento do setor de saúde, e/ou financiamento vertical de projetos.

Gráfico 6 - Fontes financeiras para a resposta ao VIH/SIDA. Moçambique (2003-2008).



Fonte: Country Progress Report - Mozambique, 2006/2007. Gráfico adaptado por ONUSIDA

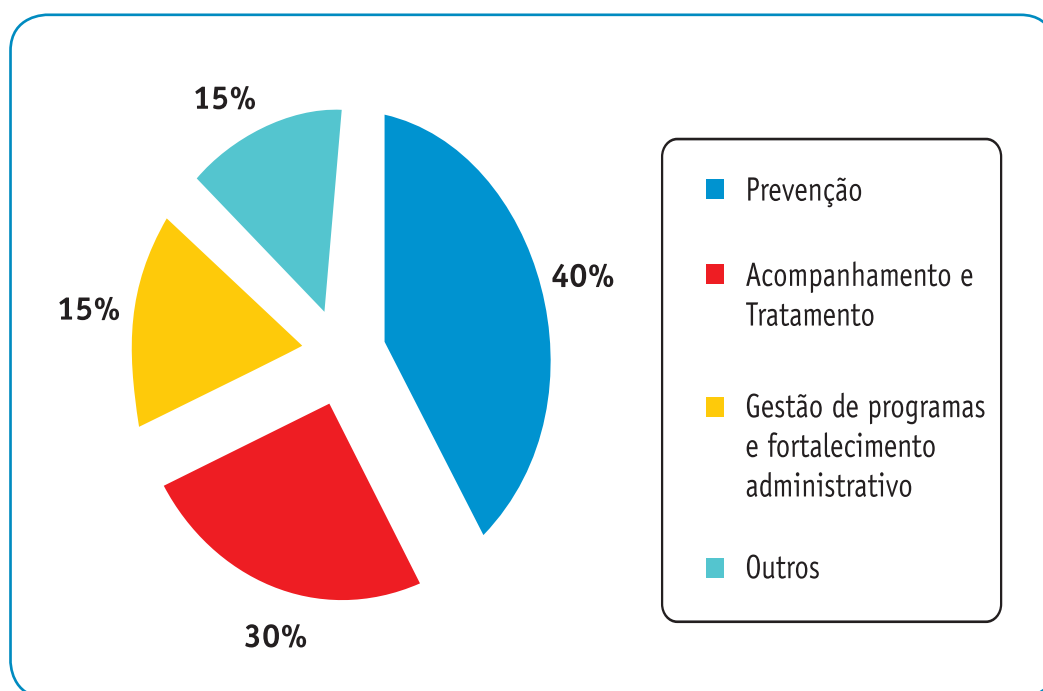
No período de 2003 a 2008 havia compromisso de apoio das seguintes fontes de financiamento:

- ◆ USD 54 milhões, do Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária, para os 2 primeiros de um projeto de 5 anos cujo valor total é de 155 milhões (dos quais 109 milhões exclusivamente para SIDA).
- ◆ USD 55 milhões do MAP (Programa Multinacional contra o SIDA) do Banco Mundial para o período de 2003-2008.
- ◆ USD 20 milhões do TAP (Treatment Acceleration Program), do Banco Mundial

- ◆ USD 49 milhões do PEPFAR (President's Emergency Plan for AIDS Relief of the United States).
- ◆ Apoios adicionais de Agências bi e multilaterais por intermédio do Fundo Comum do Conselho Nacional de SIDA.
- ◆ Fundos alocados pela Fundação Clinton e outros parceiros como as Agências de Cooperação da Noruega, Irlanda e Canadá.

No total, Moçambique executou US\$204,120,637 em VIH/SIDA no período 2004-2006. O gráfico 7 mostra a distribuição média dos gastos por áreas temáticas no período 2004 - 2006.

Gráfico 7 - Distribuição média dos gastos por área temática (2004-2006) – Moçambique.



Fonte: Country Progress Report – Mozambique, 2006/2007. Gráfico adaptado por ONUSIDA

O **sistema nacional de monitoramento e avaliação** (2005-2009) identifica 27 indicadores que incluem os indicadores acordados para o monitoramento e avaliação da Declaração de Compromisso da UNGASS. Define também as fontes de dados para os indicadores e os processos para o fluxo e a utilização dos dados. Além disso, define o papel das organizações envolvidas na luta contra o VIH/SIDA neste processo.

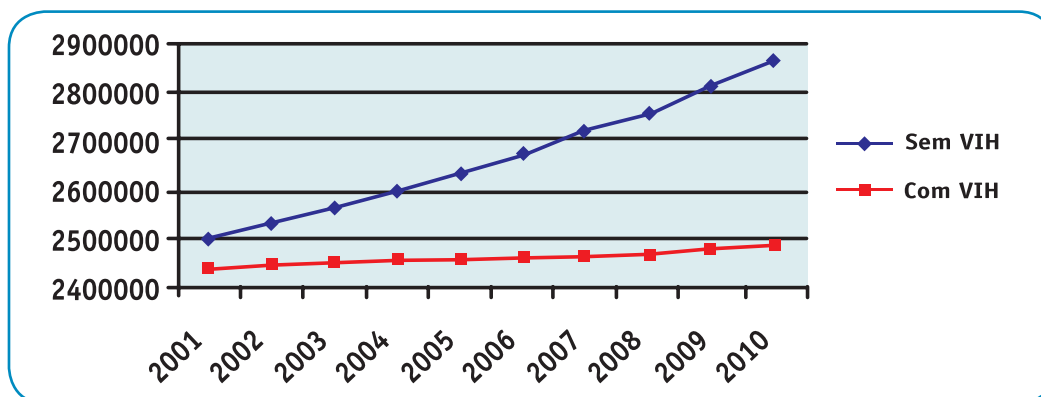
Perspectivas Futuras

Em 2008 será realizado **um inquérito comunitário nacional sobre comportamentos e prevalência de VIH (INSIDA 2008)**. O INSIDA terá como alvo 18,500 indivíduos de todas as idades. Serão utilizadas entrevistas individuais e coleta de amostras de sangue em papel filtro, além de discussões em grupos focais.

As projeções indicam que, no ano 2010, **o número de pessoas infectadas pelo vírus poderá chegar a 1.9 milhões de pessoas**. A epidemia de VIH/SIDA impactará também no desenvolvimento socioeconómico de Moçambique.

O gráfico 8 mostra a redução do número de alunos regularmente matriculados devido à epidemia. O percentual de redução é de 13,3% (2,486,00 versus 2,866,000).

Gráfico 8 - Impacto da SIDA no número de alunos regularmente matriculados (2000-2010). Moçambique.



Fonte: Plano Estratégico Nacional (2005-2009) - Moçambique.

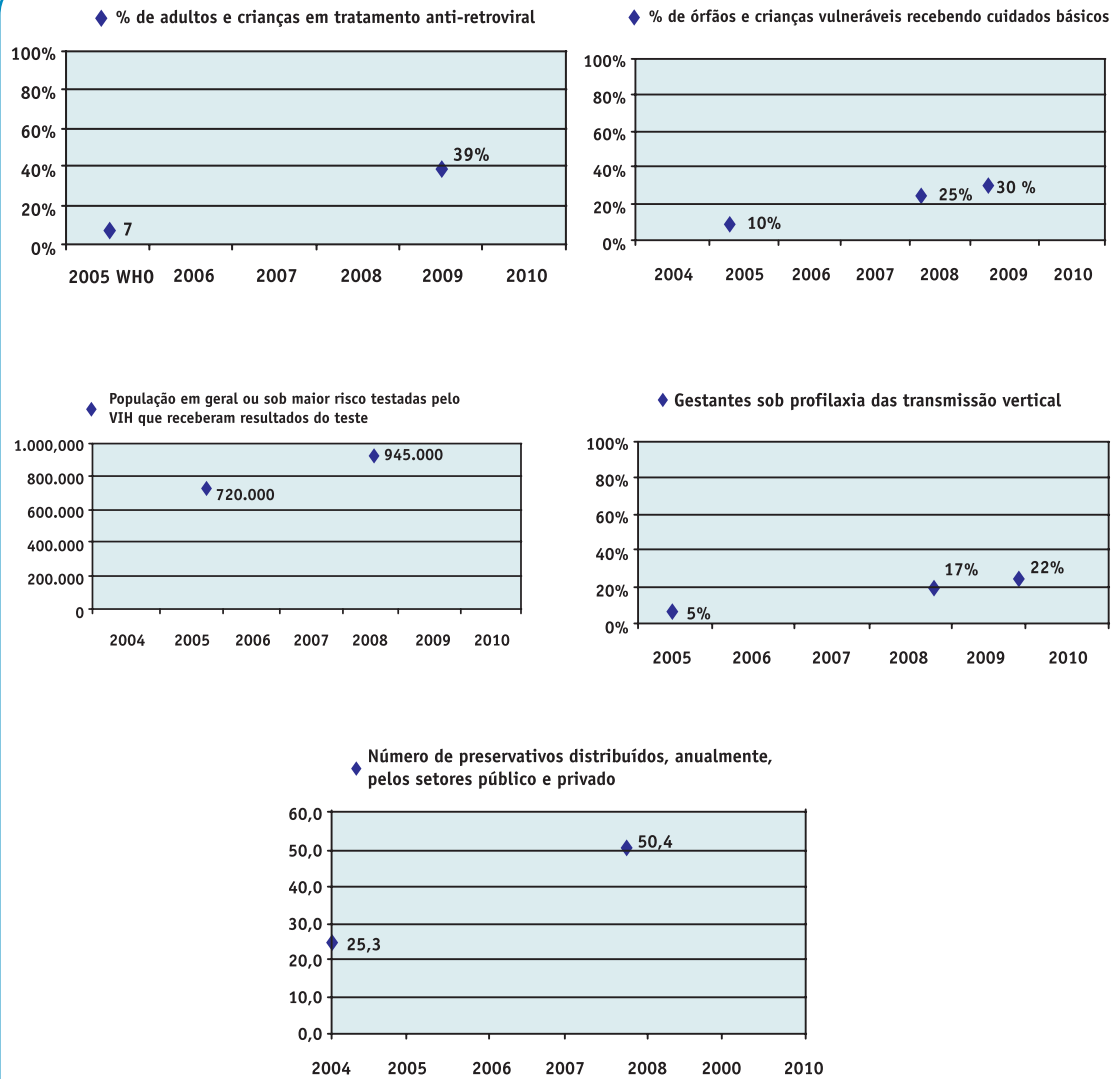
O Plano Estratégico Nacional II (2005-2009) define como uma das metas a estabilização da taxa de prevalência do VIH em no máximo 17% até 2009 quando, então, espera-se observar uma inflexão da curva ascendente com redução progressiva de novas infecções.

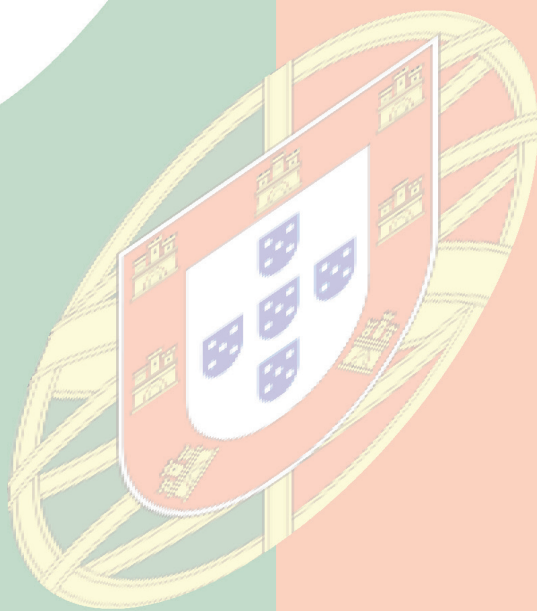
A tabela 8 e o gráfico que segue mostram as metas estabelecidas pelo país, para lograr sucessivamente o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados.

Tabela 8 - Metas para lograr o acesso universal a prevenção, tratamento e cuidados Moçambique.

Ano/Indicador	2004	2005	2007	2008	2009
Número estimado de pacientes	217,483	233,954	...	...	...
Pacientes sob Tratamento ARV	7,284	17,383	...	...	(165 mil) 40%
Cobertura ARV (%)	3,3	7,4	...	...	...
Serviços de dispensação de ARV	24	34	...	129	...
OVC (%)	10	...	25	30	...
População em geral ou pessoas sob maior risco testadas nos últimos 12 meses e que receberam o resultado	720,000	...	945,000	...	...
Preservativos distribuídos	25 milhões	...	...	50 milhões	...
Gestantes sob profilaxia da Transmissão vertical	5%	17%	22%	...	...

Gráficos 9-13 - Sumário das Metas Estabelecidas durante a Consulta Nacional sobre Acesso Universal à Prevenção, Tratamento e Cuidados ao VIH até 2010, Moçambique.





Portugal

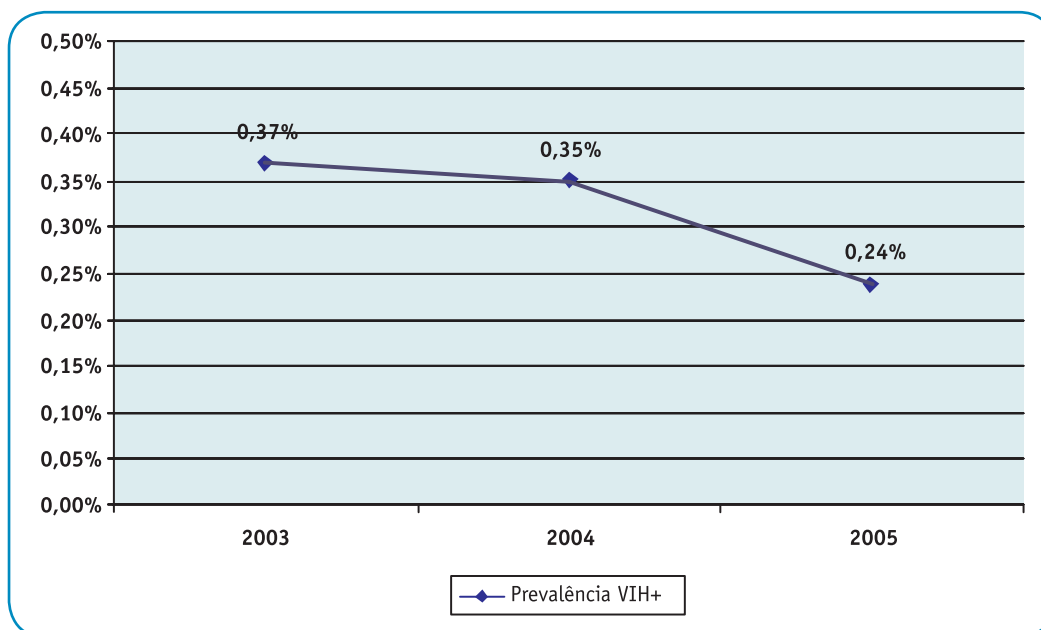
Contexto Nacional

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

Situação Atual da Epidemia do VIH

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

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



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

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

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

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

Durante o mesmo período, o total acumulado de casos de Sida era de 14195: 463 devido à infecção pelo agente VIH-2 e 189 casos associados a ambos os tipos de vírus (VIH-1 e VIH-2). Contudo, os dados devem ser reavaliados periodicamente, devido ao conhecido fenômeno da sub-notificação e da demora em reportar os casos. Nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2008, foram notificados 164 casos adicionais de sida cujos diagnósticos eram de anos anteriores, metade correspondendo ao ano de 2007 mas, em alguns casos, abrangendo de 1998 a 2007, resultando da política de promoção de notificações por meio de um esforço contínuo de educação profissional e de sensibilização. Desde 2005, a infecção pelo VIH faz parte de uma lista de doenças com declaração obrigatória.

Tendo em conta os diagnósticos notificados pelos médicos em 2006 e 2007 (não existe nenhum sistema de notificação laboratorial) à Instituição responsável pela Vigilância da infecção por VIH em Portugal, foi estimado que 9% dos casos de sida reportados em Portugal são adquiridos através de relações homossexuais (o valor correspondente era de 13% para o total acumulado de casos diagnosticados de 1983 a Dezembro de 2007), 44% (35%, de 1983 a 2007) por relações heterossexuais, 34% (47%, de 1983 a 2007) foram associados ao consumo de drogas injetáveis e menos de 0.2% deveu-se à transmissão da mãe para o filho.

Durante o mesmo período (2006-2007), houve 283 casos de infecção por VIH (corrigidos para o atraso de notificação), definidos como casos assintomáticos em homens que tinham sexo com outros homens (19%

contra 11% da proporção de total de infeções reportadas durante o período de 1983-2007), 289 em consumidores de drogas injetáveis (19% contra 42% durante o período 1983-2007), 939 poderão ser atribuídos à transmissão heterossexual (60% contra 42% de 1983 a 2007) e 14 casos correspondem à transmissão mãe-filho, independentemente do país de origem (0.9% contra 0.8% de 1983 a 2007).

Em Portugal, cada doente que, de acordo com as normas nacionais de terapêutica, é clinicamente considerado um candidato a tratamento com anti-retrovirais, tem acesso gratuito aos medicamentos. A despesa nacional com medicamentos anti-retrovirais aumentou de 75 milhões de Euros/ano (2001) para quase 150 milhões de Euros em 2007, refletindo o aumento do número de doentes em tratamento (provavelmente quase todos os que dela necessitam) e o esforço para identificar os caso de infeção por VIH o mais precocemente possível, especialmente entre as populações mais vulneráveis.

As tabelas e gráficos a seguir delinham alguns aspectos concernentes à epidemia do VIH no país.

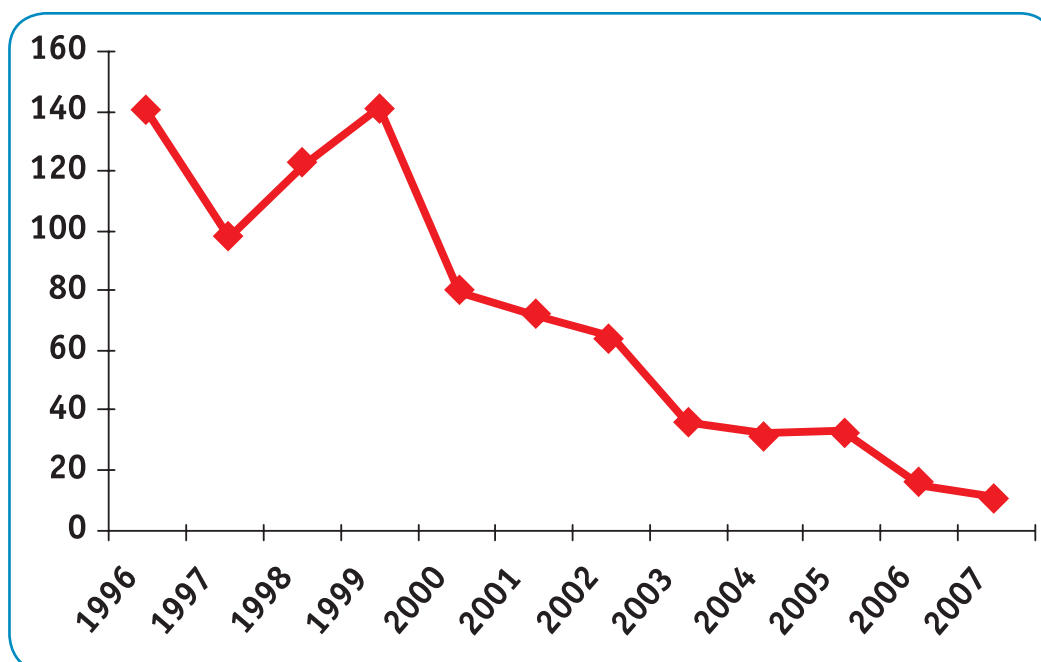
Tabela 1 - Infeções por VIH em pessoas encarceradas – Portugal, 2005.

	Pessoas com VIH+	% do total de homens (9612) e mulheres (570)
Homens	999	20,39%
Mulheres	41	7,19%
Total	1040	10,21%

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

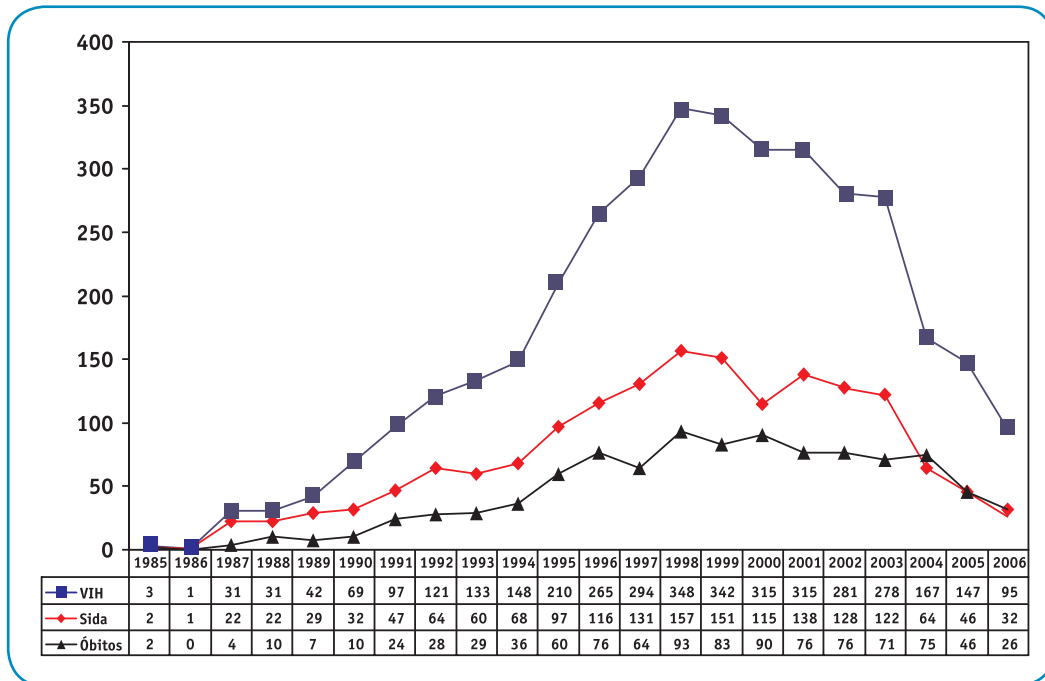
Desde o início da epidemia até 2007, foram registrados **32.491 casos de VIH** e **14.195 casos de SIDA**. Os gráficos 2 a 4 registram a tendência observada ao longo do período.

Gráfico 2 - Casos de SIDA em mulheres e homens com idades entre 15 e 24 anos (por ano de diagnóstico) – Portugal, 1996-2007.



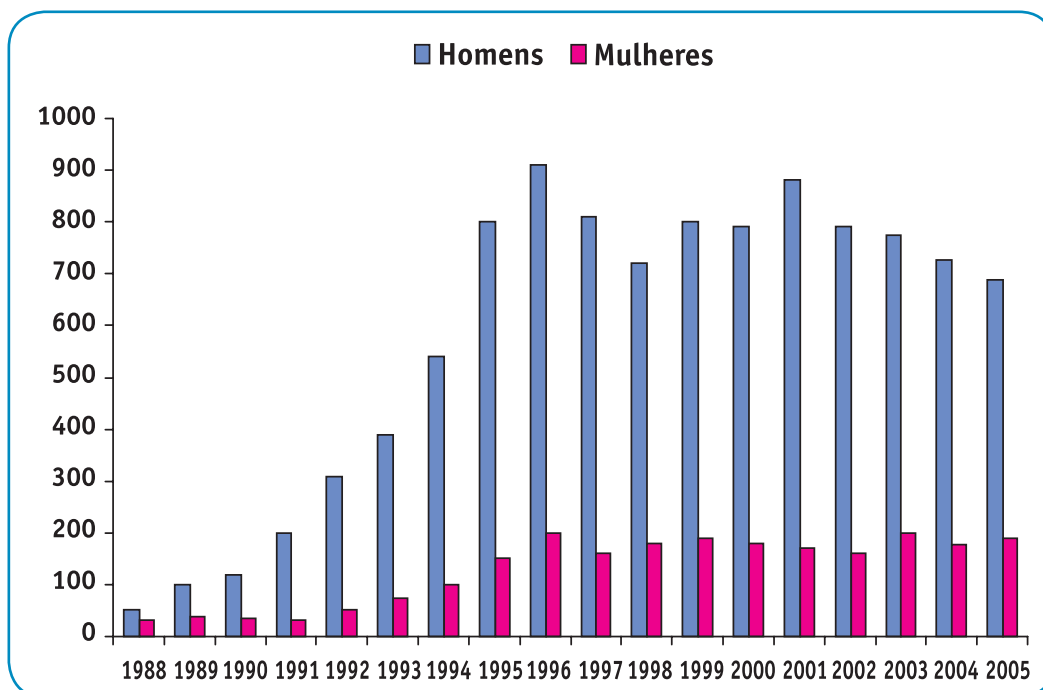
Fonte: Coordenação Nacional para a Infeção VIH/Sida – Ministério da Saúde, Portugal.

Gráfico 3 - Infecção por VIH, Sida e Óbitos. Hospital São João, Porto, 1985-2006



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

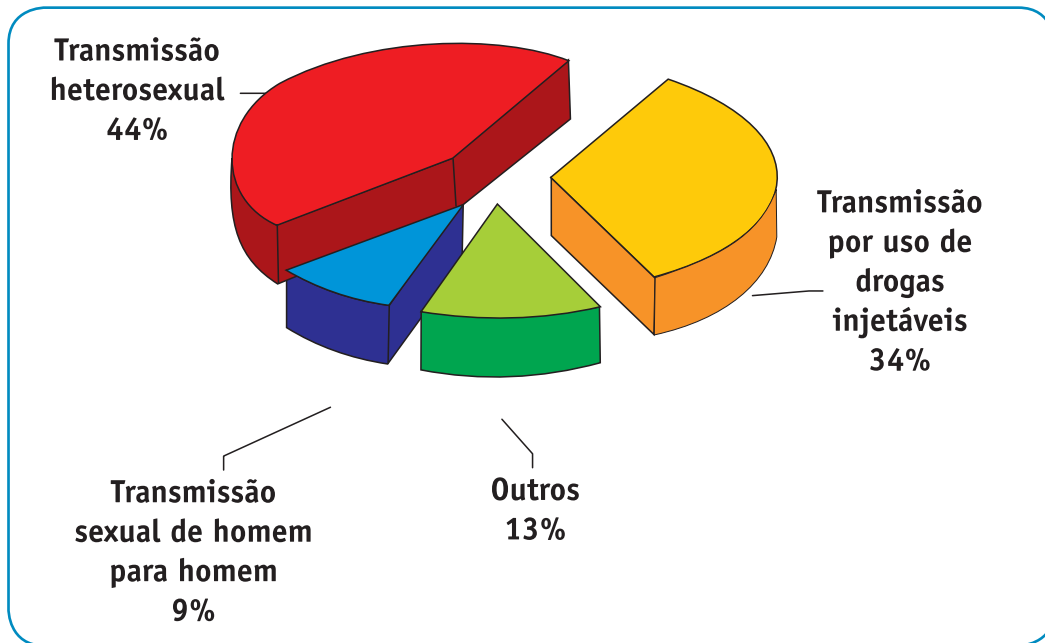
Gráfico 4 - Óbitos por SIDA – Portugal, 1988- 2005.



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

A via heterossexual é o modo de transmissão mais freqüente, conforme mostra o gráfico 5. Outras vias de transmissão importantes são: por meio do compartilhamento de instrumentos para o uso de drogas injetáveis e a transmissão sexual entre homens que fazem sexo com homens.

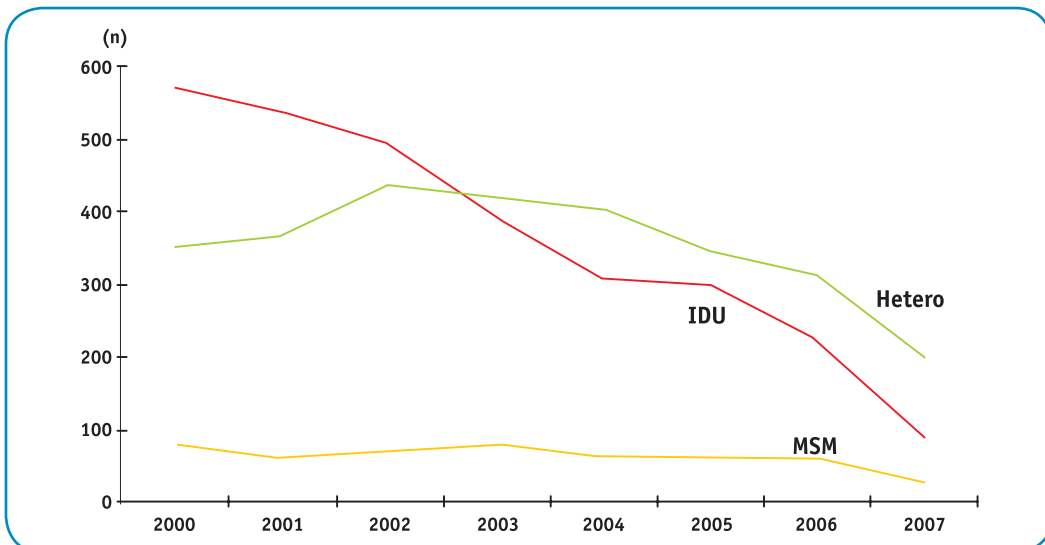
Gráfico 5 - Modos de transmissão do VIH mais freqüentes. Porcentagem estimada com base em casos notificados (2006 e 2007) - Portugal.



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

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

Gráfico 6 - Casos de Sida, por via de transmissão e ano de diagnóstico - Portugal, 2000-2007.



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

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

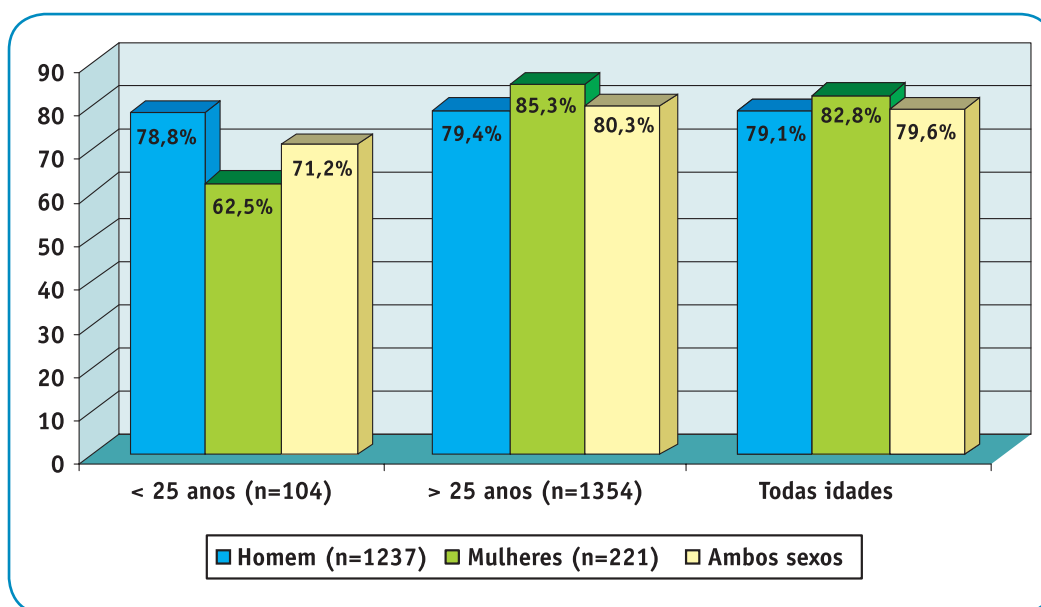
Tabela 2 - Conhecimento das vias de transmissão da infecção VIH/Sida entre homens e mulheres em idade escolar (n=4877, média de idades 14, S.D. 1,34) – Portugal, 2006.

	Sim (%)	Não (%)	Não sabe (%)
Usar material de injeção infectado (n=3154)	89,8	2,3	7,9
Infecção mãe-filho (n=3199)	80,2	4,7	15,2
Sexo desprotegido, mesmo sendo uma única vez (n=3189)	80,2	4,7	15,2
Transusão de sangue em Portugal (n=3187)	64,6	10,6	24,7
Mesmo pessoas de aparência saudável podem estar infectadas (n=3179)	78,2	5,6	16,3
Partilhar uma refeição e bebida (n=3191)	22,8	48,1	29,2

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

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

Gráfico 7 - Porcentagem de usuários de drogas injetáveis que identificam corretamente os modos de transmissão do VIH e que rejeitam declarações equivocadas sobre esses modos de transmissão - Portugal, 2007.



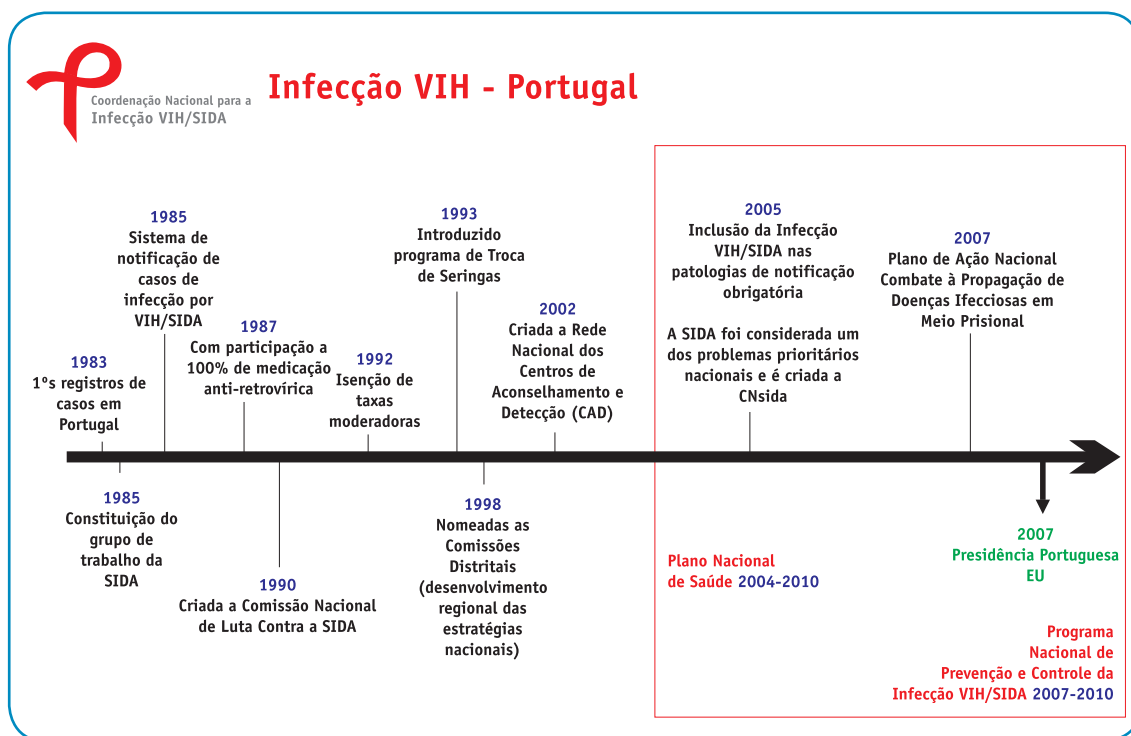
Fonte: Sondagem Nacional de 1458 Usuários de Drogas Injetáveis, janeiro a março de 2007. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal. Gráfico processado por ONUSIDA.

Resposta Nacional

O quadro que se segue (8) resume etapas importantes da resposta nacional ao VIH/SIDA em Portugal. Destacam-se:

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

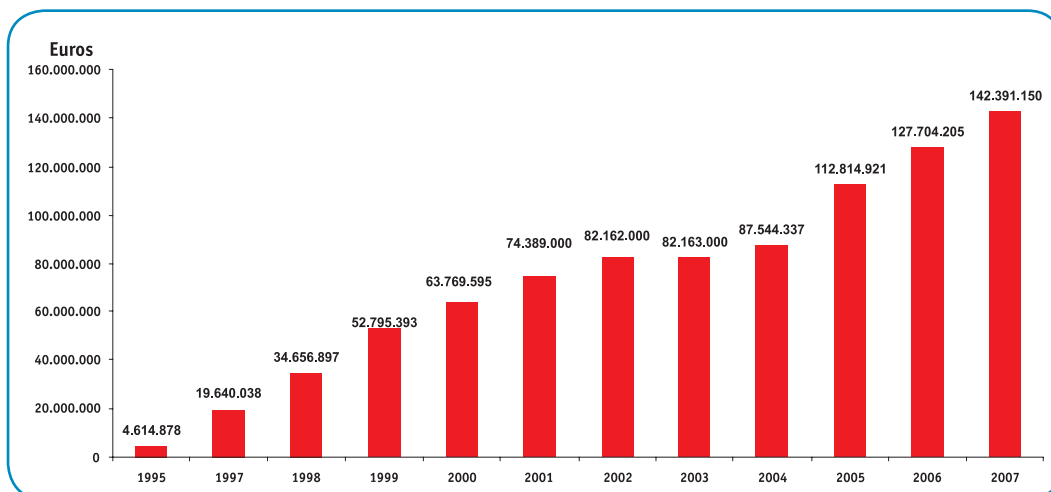
Gráfico 8 - Etapas da resposta nacional ao VIH/SIDA - Portugal, 1983-2007.



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

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

Gráfico 9 - Despesas com terapia anti-retroviral - Portugal, 1995-2007 (em Euros).

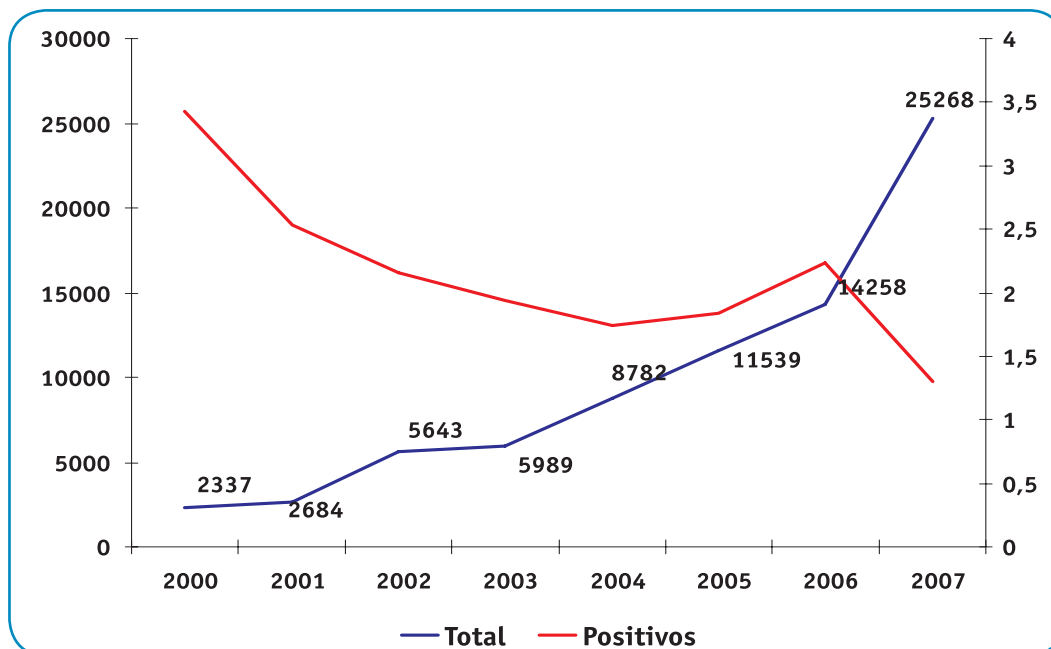


Fonte: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Ministério da Saúde, Portugal.

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

O número de testes de VIH aumentaram consideravelmente entre 2000 e 2007, como se pode observar no gráfico 10.

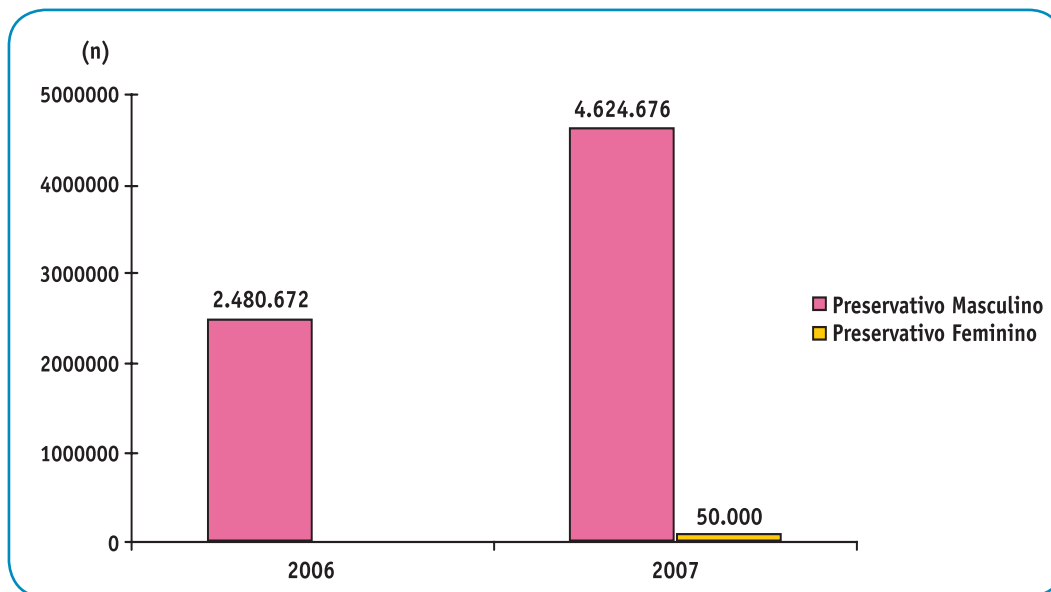
Gráfico 10 - Centros de Aconselhamento e Detecção - Testes VIH - Portugal, 2000-2007.



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

O número de preservativos distribuídos pelo Ministério da Saúde aumentou em quase 100% entre 2006 e 2007, conforme mostra o gráfico 11.

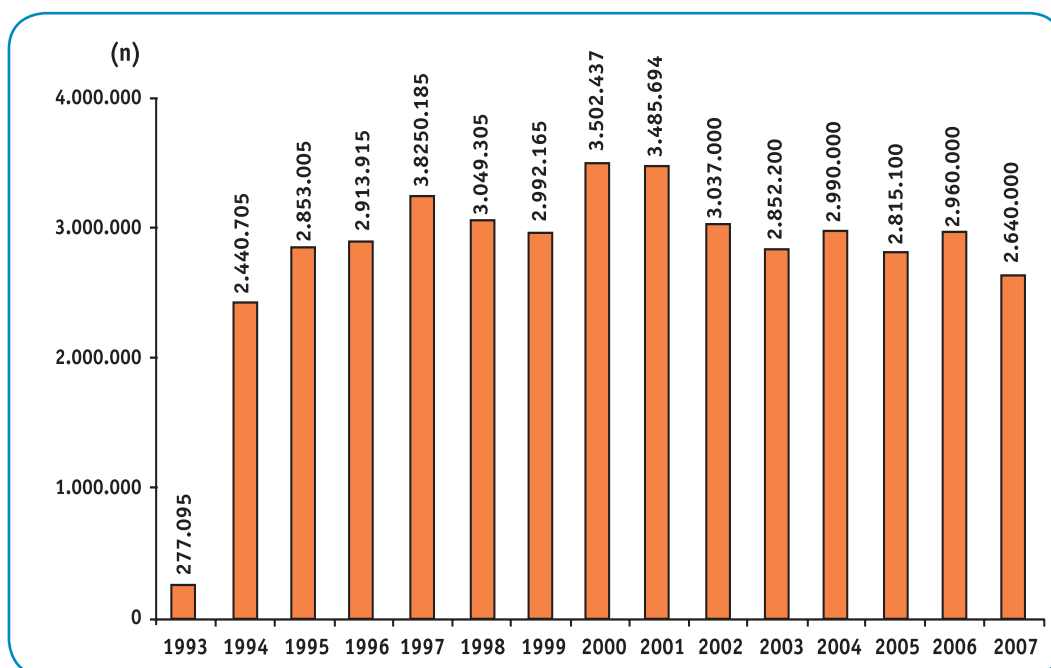
Gráfico 11 - Distribuição gratuita de preservativos pelo Ministério da Saúde - Portugal, 2006 e 2007.



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

Em 2007 foram distribuídas 2.640.000 seringas a usuários de drogas, com vistas à redução do uso compartilhado e consequentemente, prevenir a transmissão do VIH.

Gráfico 12 - Total de seringas distribuídas pelo Ministério da Saúde – Portugal, 1993-2007.



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



São Tomé e Príncipe

Contexto Nacional

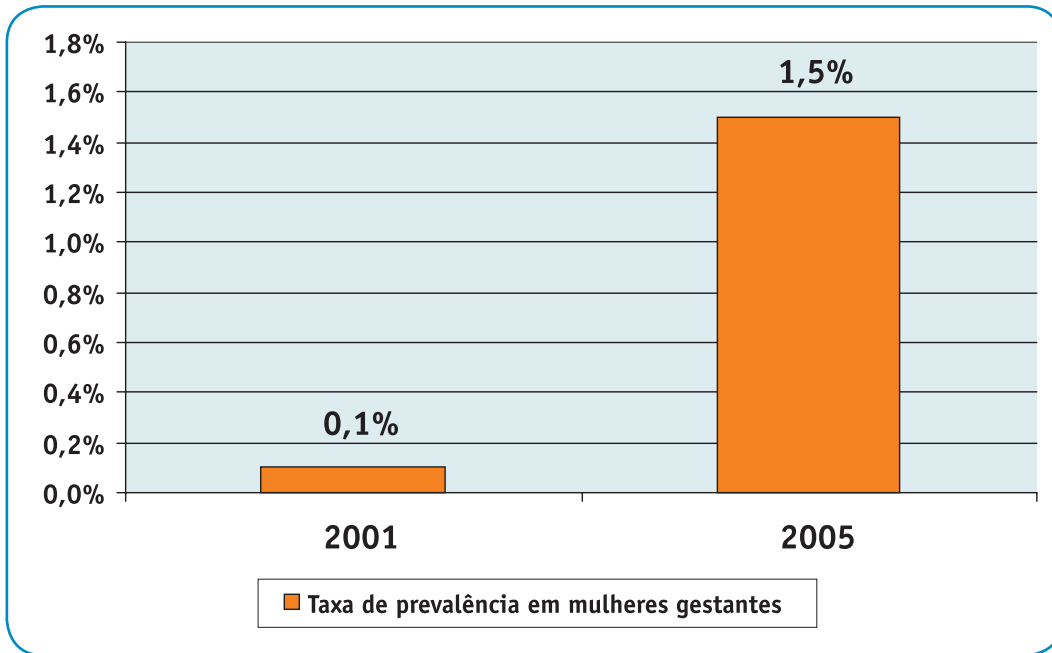
O arquipélago de São Tomé e Príncipe têm uma superfície total de 1001 Km². A população é estimada em cerca de 154.874 mil habitantes. Aproximadamente 50% da população vive abaixo da linha de pobreza. O tamanho limitado da população e do território nacional poderia facilitar um controle eficaz da epidemia de VIH. Apesar da elevada incidência da pobreza, a esperança de vida é uma das mais elevadas na África Subsaariana (60 para as mulheres, 57 para os homens). Comparado a outros países da região, a proporção de médicos por habitante também é elevada (0,5 / 1000).

Situação Atual da Epidemia do VIH

A taxa de prevalência do VIH em São Tomé e Príncipe é estimada em 1%.

A taxa de prevalência está aumentando rapidamente em mulheres gestantes, conforme mostra o gráfico 1. Estes dados podem indicar uma tendência epidemiológica de crescimento de infecção pelo VIH no país.

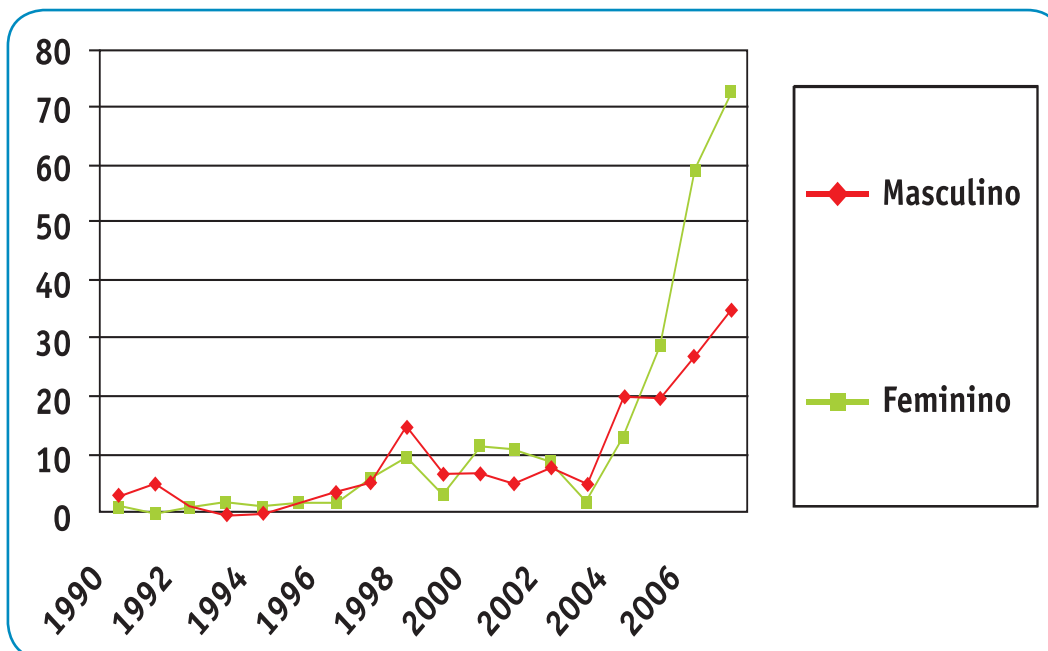
**Gráfico 1 - Taxa de prevalência em mulheres gestantes.
São Tomé e Príncipe, 2001 e 2005.**



Fonte: Country Progress Report, Santo Tomé e Príncipe 2006/2007. Gráfico processado por ONUSIDA.

Mulheres são mais afetadas pela epidemia que homens. O gráfico 2 apresenta a evolução de casos de SIDA por sexo. Observa-se um crescimento rápido dos casos a partir de 2004. Este crescimento de casos notificados é muito mais rápido entre mulheres que entre homens.

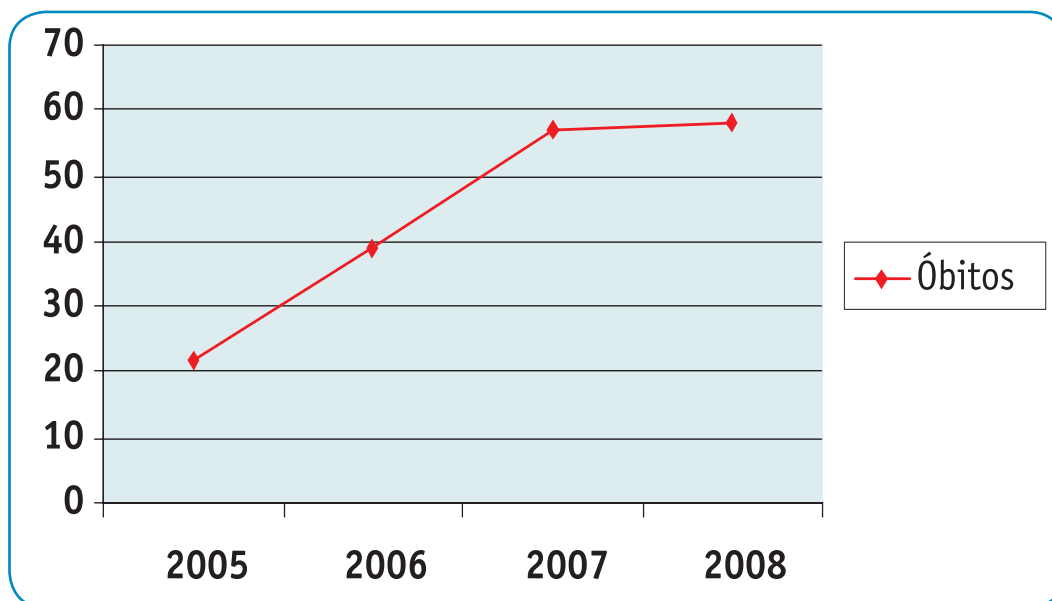
Gráfico 2 - Evolução dos casos de SIDA por sexo. São Tomé e Príncipe, 1990-2008 (1º trim)



Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe.

Depois de ter crescido no período de 2005 até 2007 o número de mortos por SIDA se estabilizou em 2008, como se pode observar no gráfico 3.

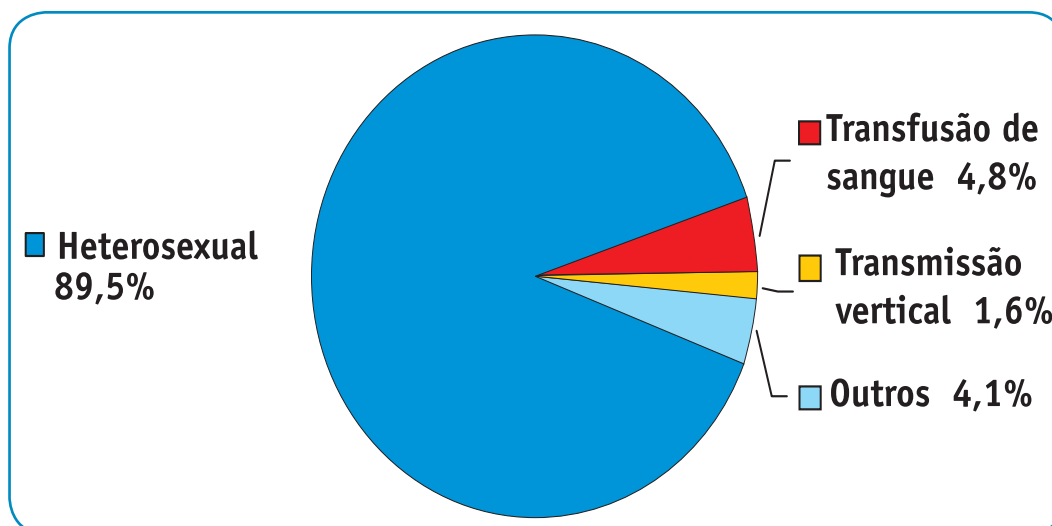
Gráfico 3 - Óbitos por SIDA. São Tomé e Príncipe, 2005–2008



Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe.

O gráfico 4 apresenta a distribuição proporcional dos modos de transmissão do VIH. O modo dominante de transmissão do VIH é o heterossexual (89,5%).

Gráfico 4 - Modos principais de transmissão do VIH em São Tomé e Príncipe. 2006/2007



Fonte: Country Process Report, Sao Tomé e Príncipe, 2006/2007. Gráfico adaptado por ONUSIDA.

A tabela 1 apresenta dados sobre o conhecimento de mulheres sobre as formas de transmissão do VIH. Este conhecimento é um pouco mais elevado nas zonas urbanas que nas zonas rurais. O nível do conhecimento depende do nível da educação.

Tabela 1 - Conhecimento de mulheres sobre formas de transmissão (%). São Tomé e Príncipe, 2006

	Já ouviram falar de SIDA	Porcentagem que sabe que a transmissão pode ser prevenida por			Conhecem as três formas de prevenção	Conhecem ao menos uma forma de prevenção	Não conhecem nenhuma forma de prevenção	Número de mulheres
		Um único parceiro não infectado	Utilizar o preservativo sempre	Abstinência sexual				
Zona								
Urbana	96,9	76,9	77,3	59,4	50,2	88,5	11,5	2819
Rural	96,4	70,3	72,1	50,5	40,5	85,3	14,7	1791
Idade								
15-19	97,3	73,7	78,1	56,0	47,9	87,2	12,8	1000
20-24	97,8	77,6	79,9	59,2	52,6	90,0	10,0	964
25-29	97,7	76,3	75,3	56,5	45,6	90,0	10,0	790
30-34	96,8	74,8	74,1	56,0	45,2	86,7	13,3	588
35-39	96,8	67,1	70,9	52,9	40,8	83,0	17,0	511
40-44	94,4	73,1	72,7	50,8	42,2	84,3	15,7	489
45-49	91,3	73,9	63,0	57,4	41,8	84,6	15,4	268
Grau de escolaridade								
Sem educação	83,2	69,3	51,2	41,9	29,6	69,1	30,9	271
Básico/primário	96,7	71,2	72,3	53,1	42,6	85,5	14,5	2988
Secundário	99,4	84,7	86,8	65,3	58,4	94,9	5,1	1339
Programa Informal	94,8	54,0	62,7	38,7	36,8	75,8	24,2	12
Total	96,7	74,3	75,3	55,9	46,4	87,3	12,7	4610

Fonte: Country Progress Report - São Tomé e Príncipe, 2006/2007.

A tabela 2 apresenta indicadores relativos ao conhecimento sobre as formas de prevenção entre pessoas de **grupos sociais mais vulneráveis com respeito à infecção**. Nota-se que o conhecimento destas pessoas sobre as formas de transmissão do VIH é relativamente elevado.

Tabela 2 - Conhecimento de pessoas de um grupo social mais vulnerável à infecção sobre os meios de transmissão do VIH. São Tomé e Príncipe. 2006/2007

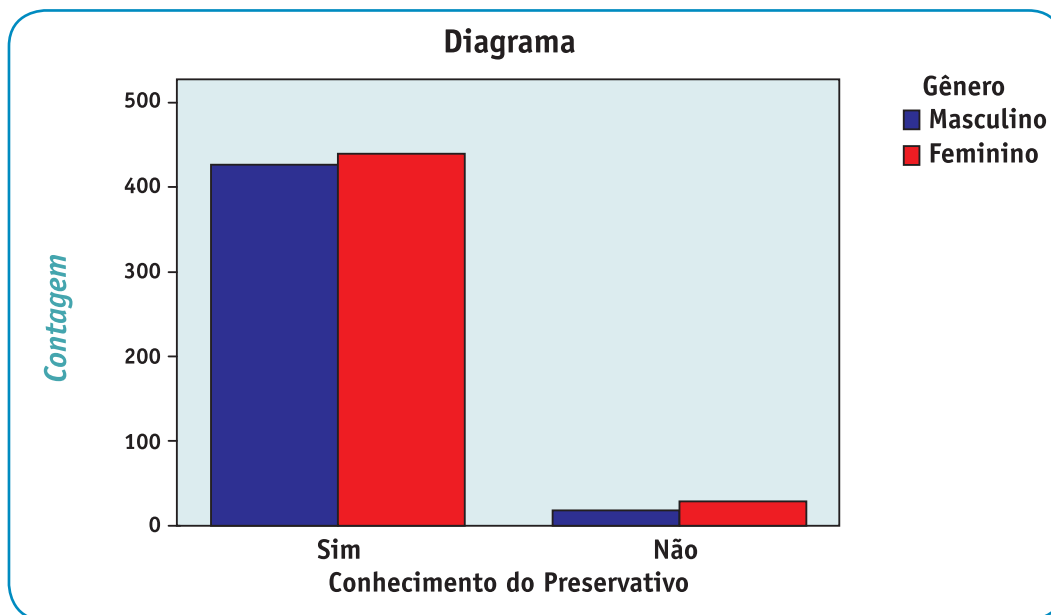
Indicador	Valor %
Porcentagem de pessoas de um grupo social mais vulnerável à infecção pelo VIH, que tenham tanto conhecimento precisos sobre formas de se prevenir a transmissão sexual do VIH e que rejeitem afirmações equivocadas mais frequentes relativas à transmissão do vírus	92 ¹

Fonte: Country Progress Report - São Tomé e Príncipe, 2006/2007. Tabela adaptada por ONUSIDA.

¹ Desafio: A prostituição está escondida e profissionais do sexo não se identificam como tal. O contato é difícil.

Conforme o gráfico 5 a grande maioria da população conhece preservativos.

Gráfico 5 - Conhecimento de preservativos. São Tomé e Príncipe.



Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA. São Tomé e Príncipe.

O uso de preservativos, ainda que apresente uma freqüência relativamente alta, encontra-se aquém dos parâmetros esperados para que efetivamente se estabeleça um nível de proteção coletiva, como se pode observar na tabela 3.

Tabela 3 - Uso de preservativos em São Tomé e Príncipe, 2006/2007²

Indicador	Valor
Porcentagem de adultos de 15 a 49 anos com mais de um/a parceiro/a sexual durante os últimos 12 meses que declararam ter utilizado preservativo durante sua última relação sexual	15-19: 60% 20-24: 58.82%
Porcentagem de profissionais do sexo que declaram ter utilizado preservativo com seu último cliente	< 25 : 63.16% > 25 : 50%

Fonte: Country Progress Report - São Tomé e Príncipe, 2006/2007.

² Levantamento de tamanho limitado
Mulheres: 60%

Resposta Nacional

O Programa Nacional pela Luta contra a SIDA foi implementado no ano de 1987. O programa estava direcionado à informação sobre VIH/SIDA e à prevenção da transmissão do vírus. Foram executados planos de curto prazo (anuais e bienais).

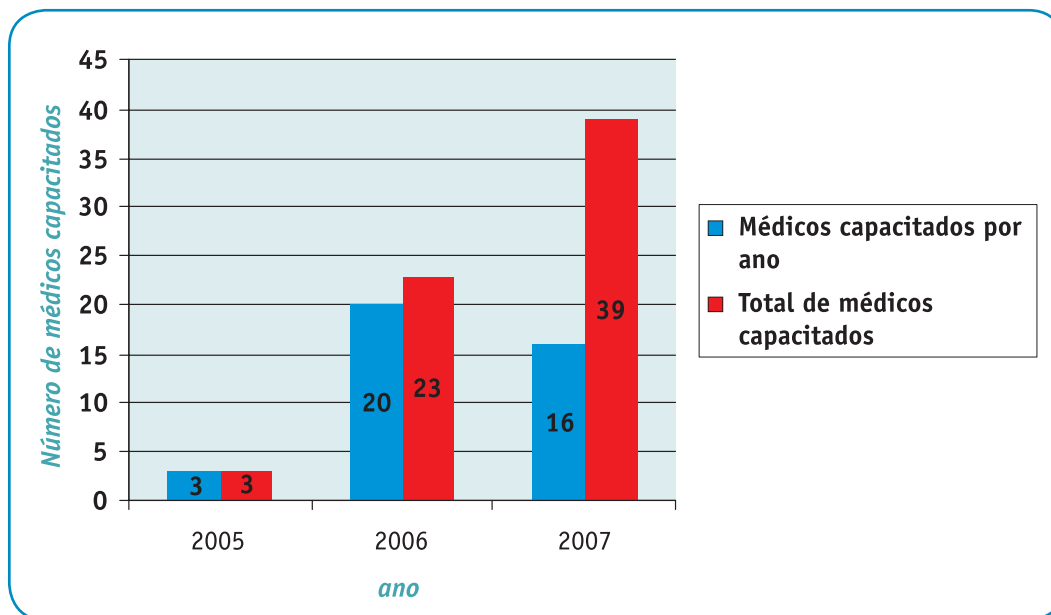
A fim de melhorar a resposta à epidemia, foi desenvolvido um **Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA (PEN) para o período 2004-2008**. Os objetivos do Plano são:

- reduzir o risco de infecção por VIH/SIDA
- diminuir a vulnerabilidade à infecção e
- diminuir o impacto da epidemia.

No ano de 2006, o Governo de São Tomé e Príncipe assumiu o compromisso de acelerar a prevenção ao VIH.

O **acompanhamento médico de pacientes com SIDA** começou em 2001, com o tratamento de infecções oportunistas. O **Tratamento Anti-Retroviral foi iniciado em 2005**, após o desenvolvimento de um protocolo para o tratamento (2004). No âmbito dos objetivos do programa “3x5” o país se comprometeu em aumentar a disponibilidade do Tratamento Anti-Retroviral. O gráfico 6 apresenta o progresso na formação dos médicos na Terapia Anti-Retroviral até o ano de 2007.

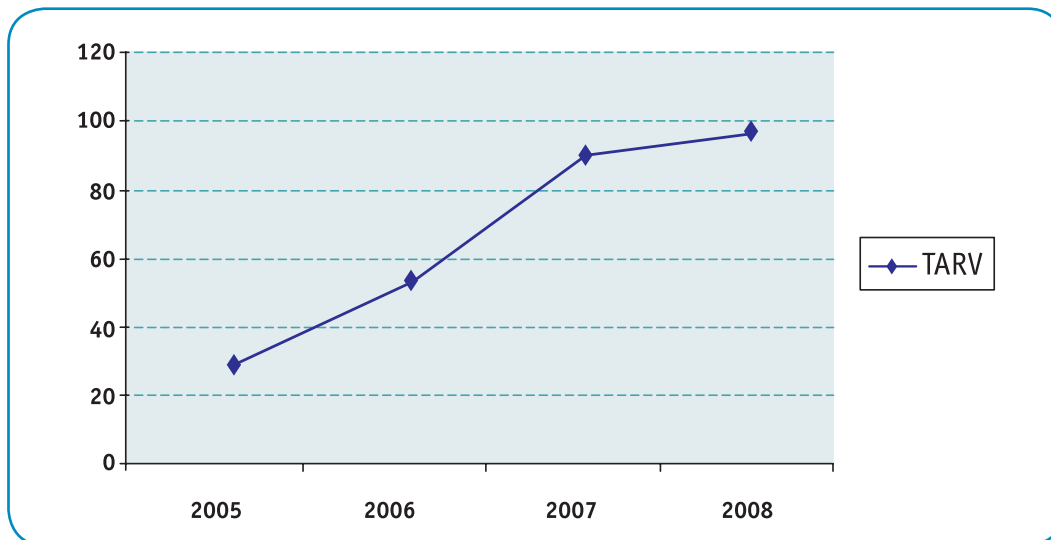
Gráfico 6 - Número de médicos capacitados na Terapia Anti-Retroviral em São Tomé e Príncipe. 2005-2007.



Fonte: Country Progress Report – São Tomé e Príncipe, 2006/2007. Gráfico processado por ONUSIDA.

O número de pacientes na Terapia Anti-Retroviral aumentou constantemente desde 2005, conforme mostra o gráfico 7:

Gráfico 7 - Pacientes em Terapia Anti-Retroviral. São Tomé e Príncipe, 2005-2008.

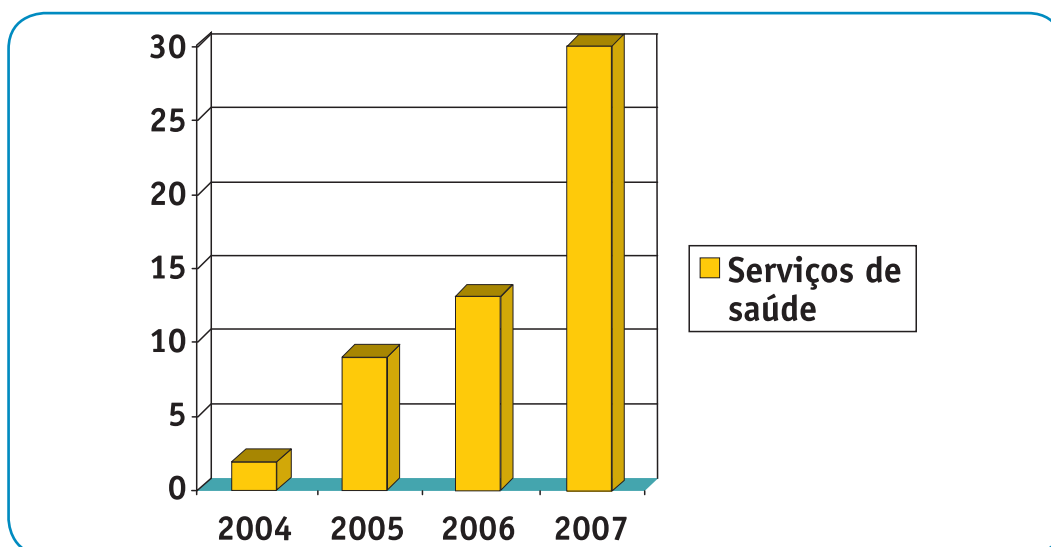


Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA, São Tomé e Príncipe.

Em 2006, aproximadamente **14%** dos pacientes que necessitavam de Tratamento Anti-Retroviral, foram atendidos pelo Programa. Esta percentagem aumentou para **24,7%** em 2007.¹

Os **testes voluntários do VIH** foram iniciados em 2003 e foram rapidamente estendidos, conforme mostra o gráfico 8. Atualmente, 32 serviços de saúde oferecem testes voluntários. Os testes estão disponíveis em todos os distritos do país.

Gráfico 8 - Número de serviços de saúde que oferecem testes voluntários do VIH. São Tomé e Príncipe. 2004-2007

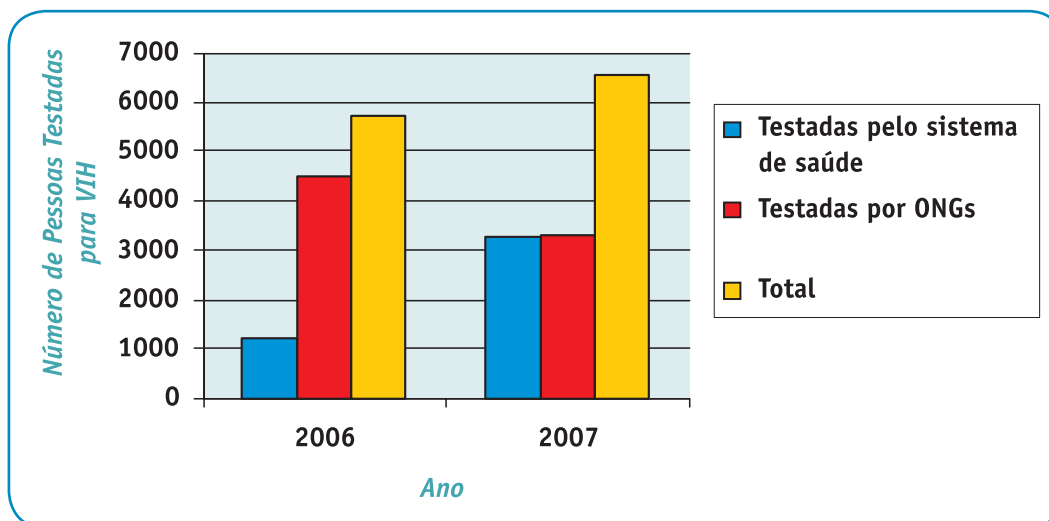


Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA. São Tomé e Príncipe.

¹ O número total de doentes que necessitam de Tratamento Anti-Retroviral em São Tomé e Príncipe é estimado em cerca de 300.

O **número de pessoas aconselhadas e testadas** aumentou em 15% entre 2006 e 2007. O gráfico 9 apresenta a importante participação de Organizações Não Governamentais (ONG) neste processo bem como o crescente compromisso do Governo de São Tomé e Príncipe com a provisão do diagnóstico para o VIH.

Gráfico 9 - Número de pessoas aconselhadas e testadas com relação ao VIH.
São Tomé e Príncipe, 2006/2007 (por instituição que ofereceu o serviço – Estado ou ONG)



Fonte: Country Progress Report, São Tomé e Príncipe, 2006/2007. Gráfico processado por ONUSIDA.

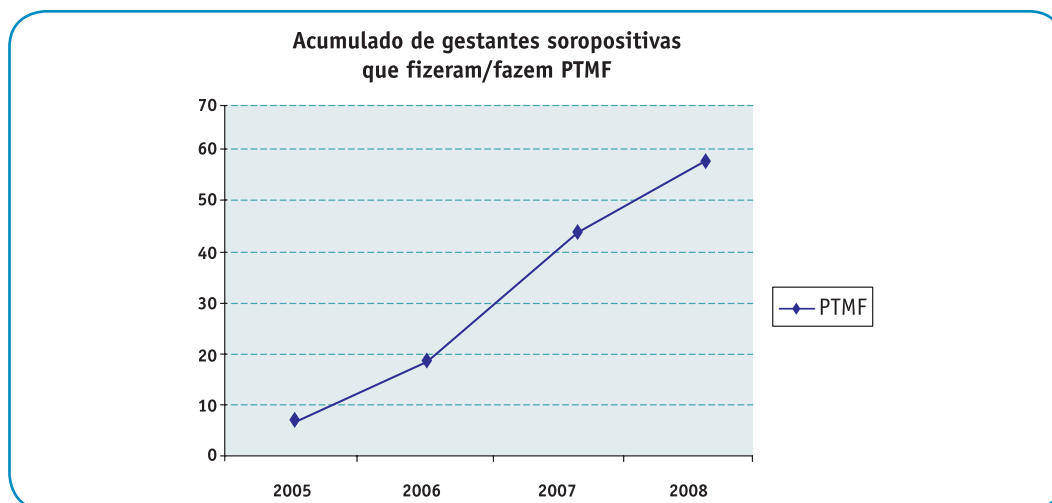
O **Programa de Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho** (PTMF) começou em 2005 com testes voluntários do VIH e tratamento preventivo da transmissão vertical.

Desde 2005, cerca de 150 profissionais de saúde foram treinados para prestar aconselhamento e testagem entre mulheres grávidas. A partir de janeiro de 2006 os testes do VIH para mulheres grávidas foram disponibilizados em todos os distritos do país.

Mulheres gestantes testadas VIH+ são incentivadas a fazer uso da terapia tripla e recebem alimentos que substituem o leite materno, para poder evitar a amamentação.

O gráfico 10 mostra os casos acumulados de mulheres gestantes VIH+ que participaram ou participam de programas de Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho.

Gráfico 10 - Número acumulado de mulheres participando de programas de Prevenção Vertical. São Tomé e Príncipe. 2005-2008.



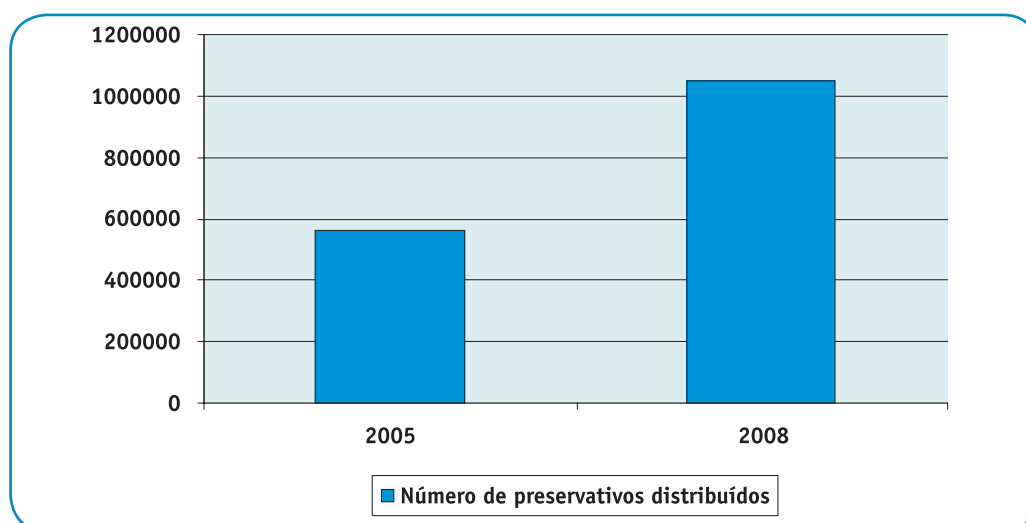
Fonte: Programa Nacional de Luta contra SIDA. São Tomé e Príncipe.

Foram realizadas **atividades de educação e informação sobre saúde sexual e reprodutiva**, incluindo o tema do VIH/SIDA, que se dirigiram não somente à população em geral de todas as localidades do país, mas também aos grupos vulneráveis, especialmente os jovens. Para a divulgação das mensagens foram utilizados programas de televisão, rádio, teatro e material impresso, entre outros. O tema do VIH/SIDA foi incluído nos currículos escolares e foram realizados programas de prevenção para profissionais do sexo.

Existe somente **um banco de sangue no país**. Todas as unidades de sangue são sistematicamente testadas para o VIH. Ainda não existe um sistema de controle externo para garantir a qualidade dos testes do VIH.

A **distribuição gratuita de preservativos** aumentou consideravelmente desde 2005. Atualmente os preservativos estão disponíveis em postos de saúde do país. ONGs e associações da sociedade civil apóiam na distribuição deste insumo. Apenas algumas farmácias na capital vendem preservativos.

Gráfico 11 - Distribuição gratuita de preservativos. São Tomé e Príncipe. 2005 e 2008



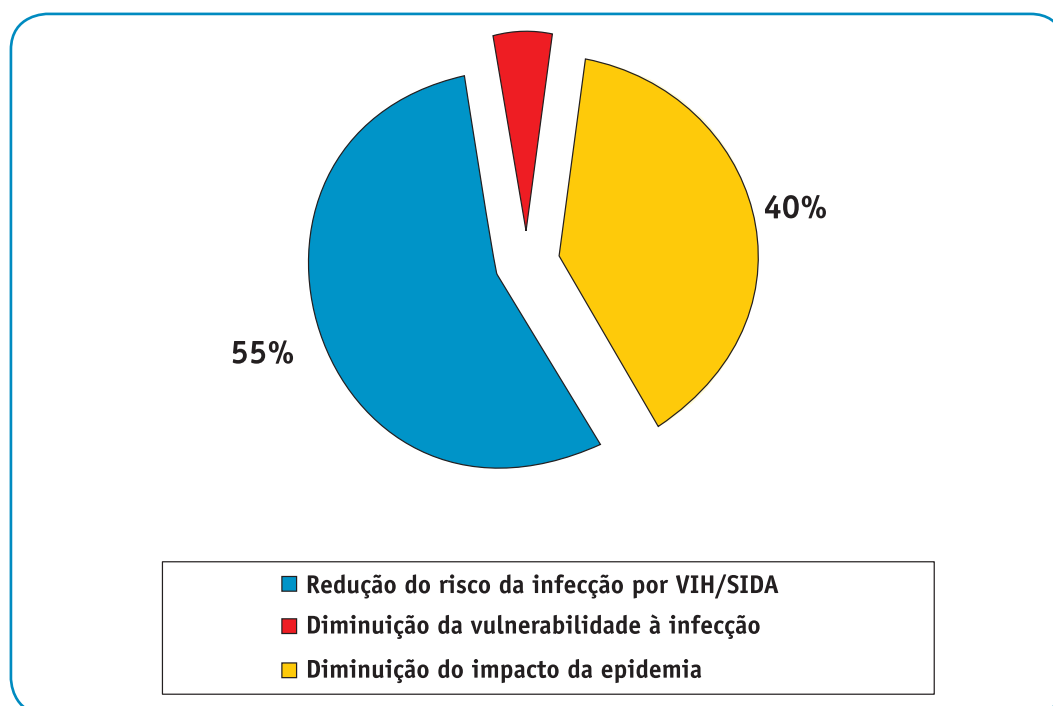
Fonte: Country Progress Report – São Tomé e Príncipe, 2006/2007. Gráfico processado por UNUSIDA.

Programas de apoio a Pessoas Vivendo com VIH/SIDA (PVVIH) e a suas famílias começaram em 2005. Estes programas ainda são muito limitados.

Por exemplo, a Cruz Vermelha e o UNICEF treinaram PVVIH em atividades geradoras de renda em 2006.

Até 2007, foram mobilizados **US\$ 2,027, 077** para a execução do Plano Estratégico Nacional de Luta contra SIDA (2004-2008). O gráfico 12 apresenta a distribuição dos fundos mobilizados segundo os três objetivos do plano.

Gráfico 12. Porcentagem dos fundos mobilizados no marco do Plano Estratégico Nacional de Luta contra SIDA 2004-2008 segundo os objetivos do plano. São Tomé e Príncipe. 2007.



Fonte: Country Progress Report – São Tomé e Príncipe, 2006/2007. Gráfico processado por ONUSIDA.

Perspectivas Futuras

Os **principais obstáculos** para o êxito do combate do VIH em São Tomé e Príncipe são:

- ◆ A Comissão Nacional de Coordenação da Luta contra o VIH/SIDA (CNLS) não foi operacionalizada. Como consequência, a resposta nacional ao VIH/SIDA não é suficientemente coordenada.
- ◆ Baixa participação dos ministérios além do Ministério de Saúde, porque o tema do VIH/SIDA é visto unicamente como um problema de saúde.
- ◆ Discriminação de pessoas vivendo com VIH. Por exemplo, pelo pessoal de programas nacionais de alimentação e dos serviços de saúde.
- ◆ O país ainda não dispõe de um sistema de vigilância epidemiológica de segunda geração.
- ◆ Dependência de financiamento externo.

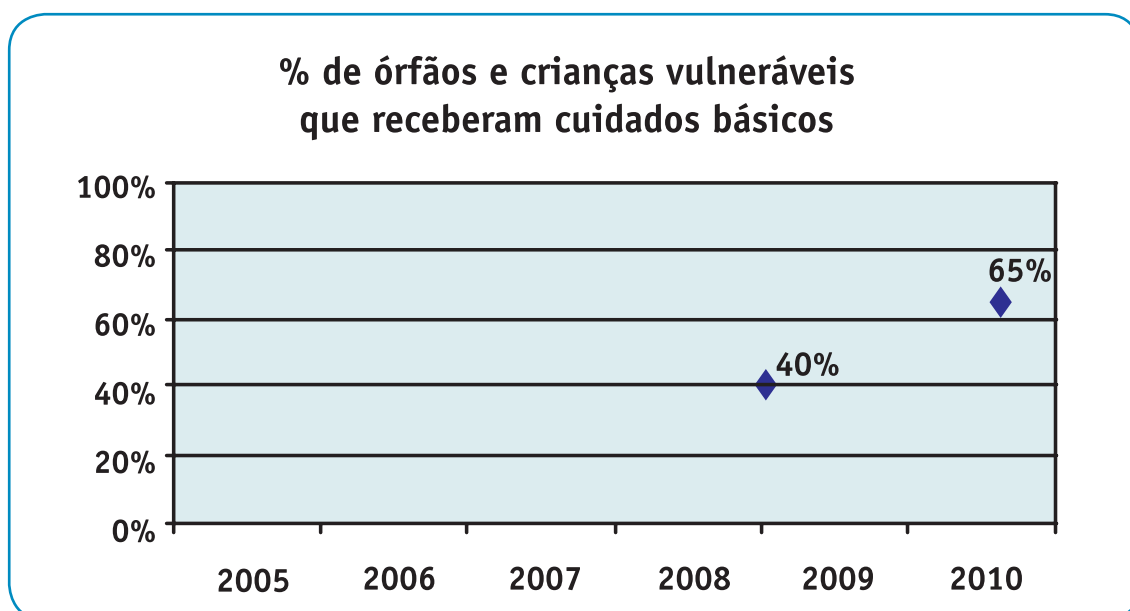
- ◆ Dificuldades causadas pela localização geográfica. Por exemplo, atrasos do fornecimento de medicamentos ou substitutos do leite.

As **principais medidas previstas** para vencer estes obstáculos são:

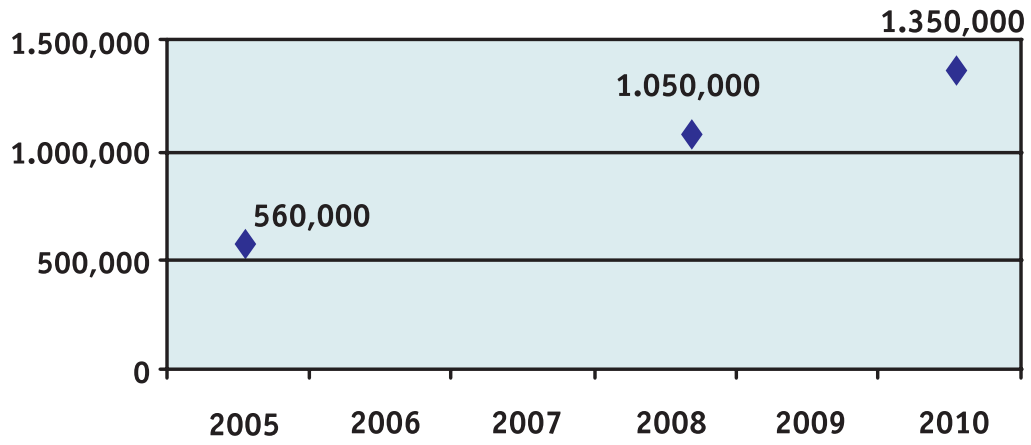
- ◆ Criação da Secretaria Executiva da CNLS.
- ◆ Reforço das atividades orientadas para Pessoas Vivendo com VIH. Criação de uma associação ou de grupos de apoio a Pessoas Vivendo com VIH.
- ◆ Melhorar os instrumentos de monitoramento e avaliação do Plano Estratégico Nacional para a Luta contra a SIDA.
- ◆ Criação de um sistema fiável de gestão financeira.

Foram estabelecidos alguns **parâmetros com vistas ao acesso universal**, conforme tabela-resumo e gráficos que se seguem.

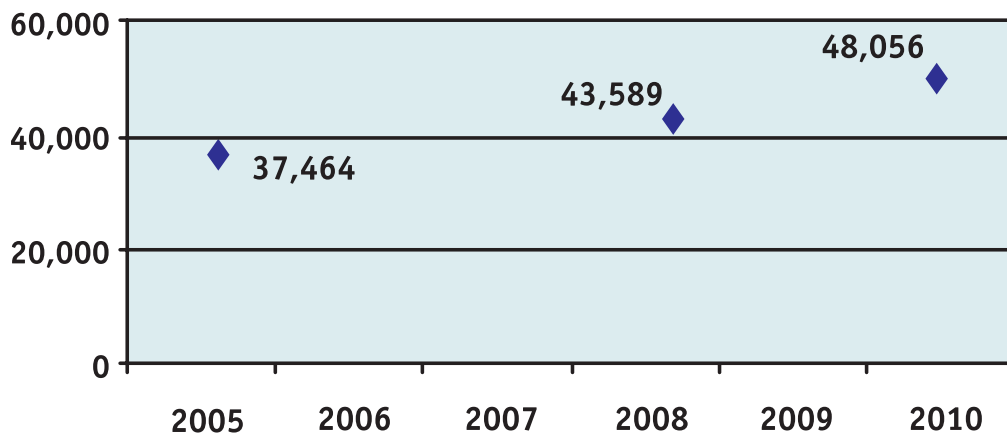
	2005	2008	2010
Percentual de órfãos e crianças vulneráveis recebendo apoio apropriado	...	40%	65%
Preservativos distribuídos	560.000	1.050.000	1.350.000

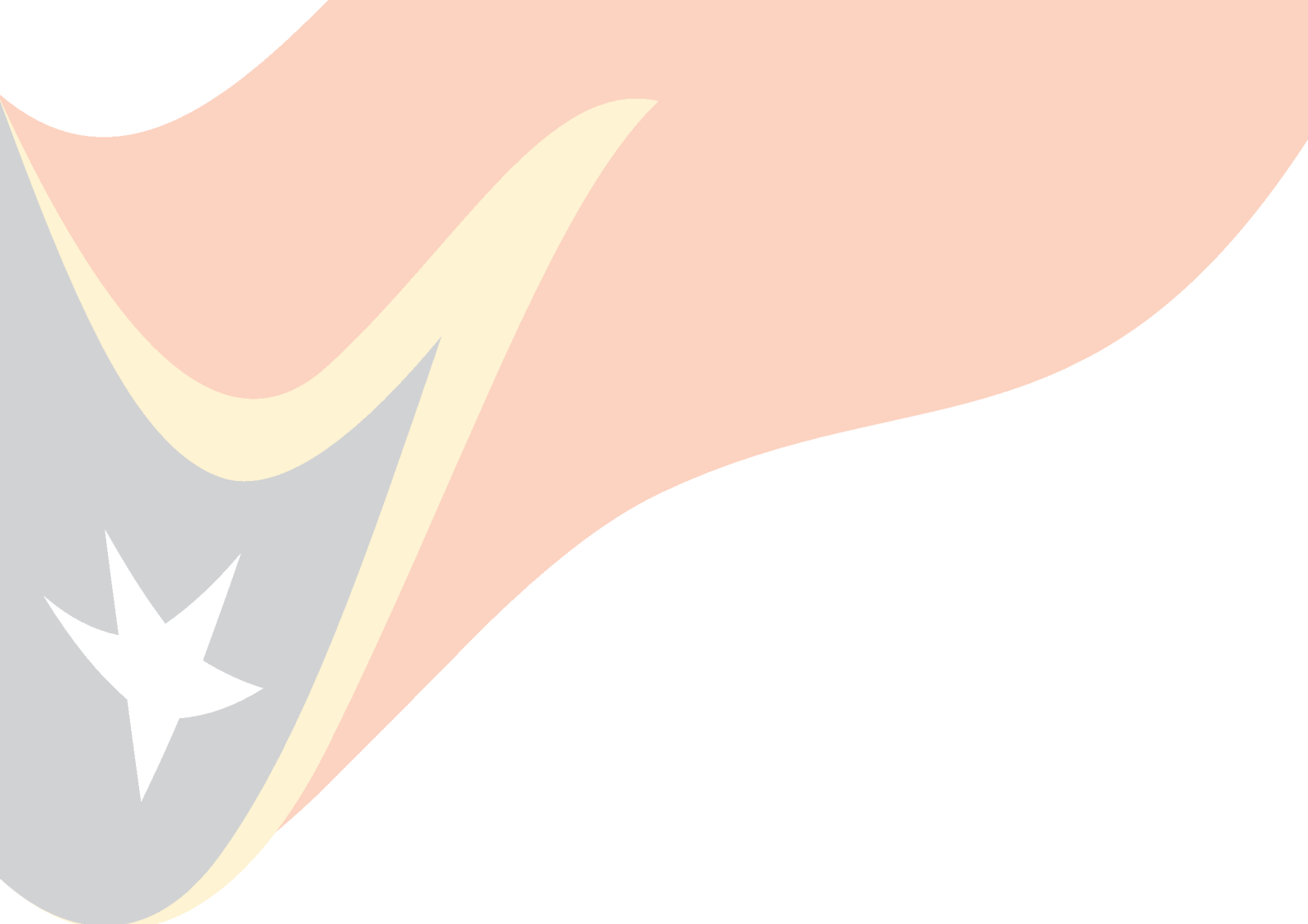


Número de preservativos distribuídos anualmente pelos setores público e privado



Quantidade de recursos distribuídos a países de baixa e média rendas (em US\$ milhões)





Timor Leste

Contexto Nacional

Timor Leste é um dos países mais jovens do mundo. Declarou-se independente da Indonésia em 1999 mas foi oficialmente declarada como Nação em Maio de 2002. O Timor-Leste enfrenta enormes desafios ao desenvolvimento, relacionados a fatores históricos, demográficos e sociais.

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

Timor Leste tem uma área de 18 889 Km² e uma população estimada em 1 milhão de habitantes. Estima-se que cerca de 41% da população vivem abaixo da linha de pobreza. O acesso da população à saúde básica é restrito. As taxas de mortalidade e de desnutrição infantil de Timor Leste estão entre as mais elevadas da região.

Situação Atual da Epidemia do VIH

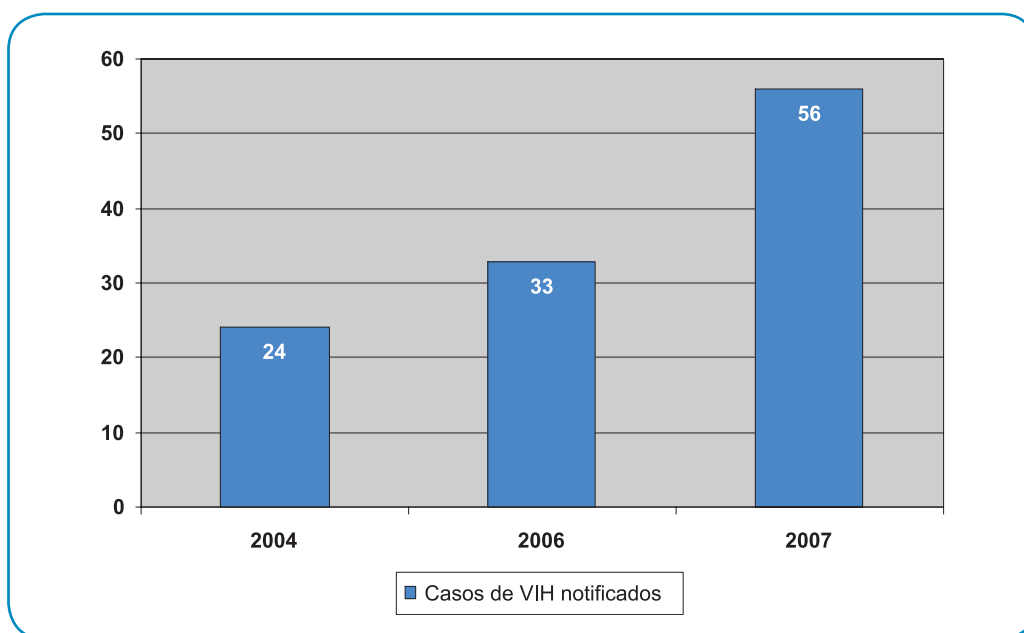
A epidemia de VIH no Timor-Leste reflete tanto seus desafios aos desenvolvimento quanto a fatores comportamentais, sociais e culturais específicos. O país enfrenta sérios desafios pela **falta de informação sobre o estado da epidemia do VIH**. O sistema de vigilância epidemiológica ainda é incipiente.

Em 2007, uma pesquisa de VIH foi realizada em 5 hospitais pelo Ministério de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS). **0,19% dos participantes na sondagem foram testados VIH+** (dimensão da amostra: 2143 participantes).¹

Estima-se que a taxa de prevalência do VIH em Timor Leste é relativamente baixa (aproximações: 0,2%-0,5%) mas **diferentes fatores** como o deslocamento massivo da população, a migração transfronteiriça, a alta taxa de desemprego e a debilidade do sistema de saúde **umentam a vulnerabilidade do país à epidemia do VIH.**

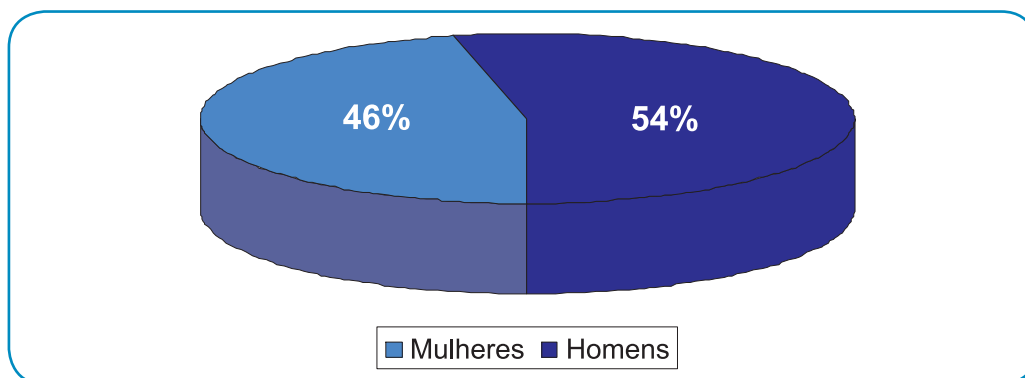
Em 2007, 56 casos de VIH foram notificados, conforme mostra o gráfico 1. Em vista das limitadas capacidades para a vigilância da epidemia, estima-se que o número de pessoas infectadas é muito maior que o número de pessoas VIH+ registradas.

Gráfico 1 - Casos de VIH notificados. Número de casos acumulado em 2004, 2006 e 2007 - Timor Leste.



Fonte: Ministério de Saúde de Timor Leste e USAID. Gráfico processado por ONUSIDA.

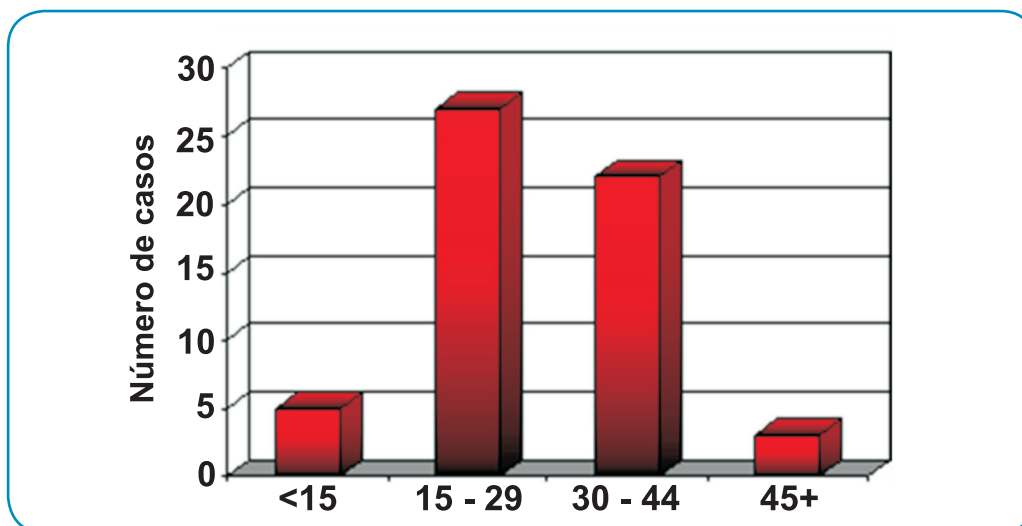
Gráfico 2 - Casos de VIH notificados por sexo. Timor Leste, 2007.



Fonte: Ministério de Saúde - Timor Leste.

¹ Em 2005, uma sondagem coordenada pela OMS registrou uma taxa de infecção do VIH de 0,5% entre os participantes (dimensão da amostra: 1373 participantes).

Gráfico 3 - Número de casos de VIH notificados por faixa etária. Timor Leste, 2007.



Fonte: Ministério de Saúde - Timor Leste.

Em 2003, um estudo registrou que **3% das mulheres profissionais de sexo foram infectadas pelo VIH**. Quanto aos **homens que fazem sexo com homens**, o estudo registrou uma taxa de infecção pelo VIH de 1%.²

As taxas de **Infeções Sexualmente Transmissíveis (DST)** são elevadas entre os grupos de maior risco de infecção (em especial entre mulheres profissionais de sexo e homens que fazem sexo com homens).

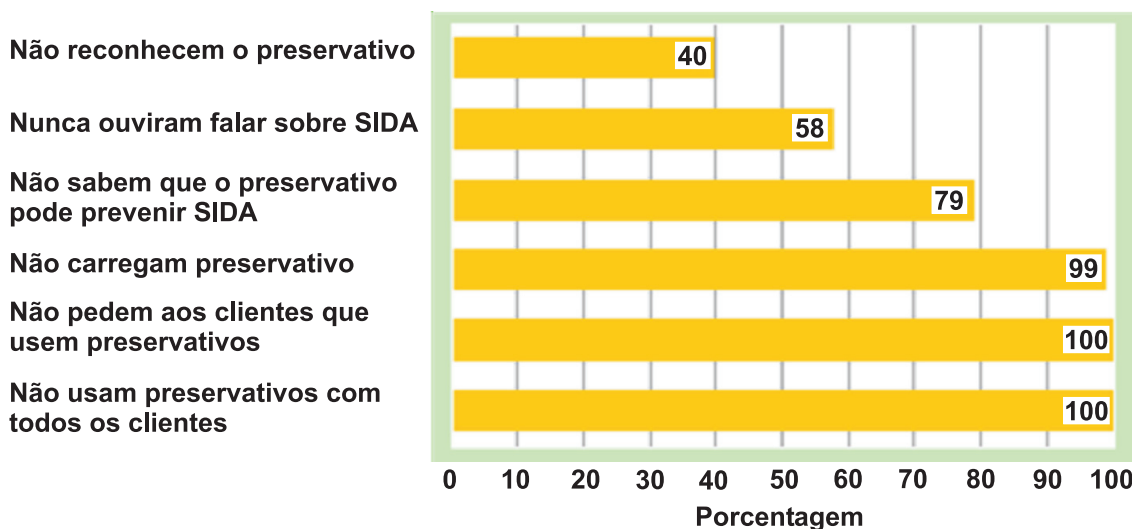
Dos 56 casos de infecção pelo VIH notificados em 2007, pelo menos três pessoas têm **co-infecção de VIH e Tuberculose**.

O **conhecimento da população sobre as formas de prevenção do VIH/SIDA é limitado**: Um estudo recente indicava que 16% das mulheres com idade entre 15 e 49 anos já haviam ouvido falar de VIH/SIDA e, entre elas, apenas 1% sabiam como prevenir a transmissão do vírus.

² No mesmo ano (2003) uma sondagem de DST e VIH entre grupos em maior risco (MARGs FHI survey) encontrou 60% dos profissionais do sexo e 29% dos homens que fazem sexo com homens infectados pelo VIH-2.

Um estudo do ano de 2003 indica que 79% das mulheres profissionais de sexo em Dili não sabiam que o uso de preservativos podia impedir a transmissão do VIH, conforme mostra o gráfico 4:

Gráfico 4 - Conhecimento do VIH e uso de preservativos entre mulheres profissionais de sexo em Dili - Timor Leste, 2003.



Fonte: ONUSIDA - Pisani and Dili STI survey team 2004.

Segundo os resultados de uma pesquisa realizada em 2003, taxistas, soldados e homens que fazem sexo com homens têm um conhecimento relativamente alto sobre a existência do VIH. Mas uma alta porcentagem desses grupos não sabe que o uso do preservativo pode prevenir a transmissão do VIH, conforme mostra a tabela 1:

Tabela 1 - Conhecimento de VIH e formas de transmissão do VIH entre taxistas, soldados e homens que fazem sexo com homens. Timor Leste, 2003.

Indicador	Taxistas	Soldados	Homens que fazem sexo com homens
Porcentagem que ouviu falar do VIH	84%	91%	86%
Porcentagem que sabe que o uso de preservativo pode prevenir a transmissão do VIH	42%	60%	63%

Fonte: Ministério de Saúde – Timor Leste. Plano Estratégico Nacional de VIH/SIDA/DSI 2006-2010. Tabela adaptada por ONUSIDA.

O acesso da população a preservativos é restringido pela escassez de preservativos ou pelo alto custo de venda. Além disso, aspectos culturais e religiosos limitam o uso de preservativos.

Resposta Nacional

Um primeiro **Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA (PEN I)** foi elaborado para o período de 2002-2005. Este plano multisetorial foi desenvolvido em cooperação com agências de cooperação internacional.

Os objetivos do PEN I foram o fortalecimento das estruturas de coordenação para a luta contra a SIDA em nível nacional, o estabelecimento de um sistema de vigilância epidemiológica nacional, bem como a disseminação da informação sobre os modos de transmissão do VIH entre a população.

Em 2005, o Ministério da Saúde, com o apoio das agências da ONU e as principais organizações da sociedade civil, deu início a um processo de revisão do PEN I. O resultado foi a elaboração de **um novo Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA (PEN II) para o período de 2006-2010**. O PEN II foi aprovado pelo Conselho de Ministros em agosto de 2006.

A **finalidade do PEN II** é impedir um aumento da taxa de prevalência do VIH e minimizar as conseqüências da epidemia para os portadores do vírus.

Os **objetivos específicos do PEN II** são:

- ◆ aumentar a cobertura dos serviços de prevenção do VIH/SIDA e das infecções sexualmente transmitidas (STI) e melhorar a qualidade destes serviços;
- ◆ aumentar o acesso à informação estratégica sobre VIH/SIDA e melhorar a qualidade desta informação;
- ◆ melhorar e ampliar o tratamento e o cuidado às pessoas que vivem com VIH/SIDA;
- ◆ fortalecer o sistema de saúde relativo ao DST e à SIDA e
- ◆ promover uma resposta multi-sectorial ao VIH/SIDA.

Para a coordenação dos intervenções contra VIH/SIDA foi estabelecida uma **Comissão Nacional de SIDA**.

A tabela que segue resume alguns progressos referente ao acesso universal à prevenção e ao tratamento:

Tabela 2 - Progressos quanto ao acesso universal à prevenção do VIH e ao tratamento de pessoas vivendo com VIH/SIDA.

Indicador	Homens que fazem sexo com homens
Aconselhamento e Testagem Voluntários	<ul style="list-style-type: none"> - Instruções e procedimentos desenvolvidos - 22 representantes do Governo e de Organizações não Governamentais capacitados - Serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntário estabelecidos em diferentes clínicas nacionais e privadas
Tratamento com medicamentos anti-retrovirais e tratamento de infecções oportunistas	<ul style="list-style-type: none"> - Instruções e procedimentos desenvolvidos - 20 pessoas vivendo com VIH/SIDA em tratamento anti-retroviral
Prevenção de Transmissão Vertical (da mãe ao filho)	<ul style="list-style-type: none"> - Instruções e procedimentos desenvolvidos - 26 trabalhadores de saúde de instituições governamentais e não governamentais capacitados em Prevenção da Transmissão Vertical - 33 provedores de saúde capacitados no uso de profilaxia anti-retroviral pós exposição
Informação estratégica para o monitoramento e a planificação das intervenções contra VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - 11 pessoas (equipe de laboratórios) capacitadas no diagnóstico de DST e VIH
Conhecimento de jovens sobre os modos de prevenção do VIH e das DST	<ul style="list-style-type: none"> - Realizada uma campanha nacional de informação sobre o VIH/SIDA para a juventude. - O tema de mudança de comportamento com vistas à redução do risco de uma infecção pelo VIH foi incluído nos programas de educação (dentro e fora da escola).

Fonte: Ministério de Saúde – Timor Leste. Tabela processada por ONUSIDA.

Os medicamentos anti-retrovirais foram providos pelo Governo Brasileiro através de um acordo de cooperação com o Timor Leste. O acordo também inclui a capacitação de pessoal para a realização de tratamento com medicamentos anti-retrovirais.

A resposta nacional tem sido fortalecida pela **participação do Timor Leste no Projeto Laços Sul-Sul**. Dentre os resultados da cooperação com o Projeto Laços Sul-Sul pod-se destacar:

- ◆ Início da oferta de tratamento anti-retroviral.
- ◆ Início do programa de prevenção ao VIH/SIDA entre jovens dentro e fora das escolas, com o apoio da mídia televisiva e radiofônica.
- ◆ Apoio na elaboração do Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA para 2006- 2010 (PEN II)
- ◆ Estabelecimento de uma unidade de VIH/SIDA no Ministério da Saúde;
- ◆ Treinamento para profissionais de saúde.

Entre janeiro e março de 2008, foram atribuídos US\$ 336,912 a intervenções contra o VIH/SIDA em Timor Leste, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Recursos atribuídos a intervenções contra o VIH/SIDA em Timor Leste.

Agências Apoiadoras	Atividade	Custos Alocados	Implementador por
GF	Treinamento VCT	\$ 5.000,00	Unidade de VIH
	Estabelecimento doo VCT	\$ 3.500,00	
	Treinamento de pessoal em Laboratório	\$ 600,00	
	Workshop em PEP	\$ 1.509,00	
	Treinamento em PEP	\$ 5.430,00	
	Programa de Treinamento Gerencial	\$ 695,00	
SRs		\$ 16.735,00	
	CVTL	\$ 49.682,00	
	CRS	\$ 66.921,00	
	MSI	\$ 66.900,00	
	UNFPA	\$ 108.466,00	
		\$ 291.969,00	
	\$ 308.704,00	Sub-recipiente	
MoH	Treianmento STIMG (co-fundado pela WHO)	\$ 2.600,00	Unidade VIH
	Treinamento PEP (co-fundado pela GF)	\$ 2.500,00	
	Apoio Social ap PLWHA	\$ 4.500,00	
	Impressão dos guias PEP, PMTC, VCT, Gerenciamento ARV, STI, SM	\$ 7.000,00	
		\$ 16.600,00	
WHO UNICEF	Reunião de Treinamento STI	\$ 5.400,00	Unidade VIH
	Treinamento PMTC	\$ 6.208,00	
	Total de gastos Janeiro - Março 2008	\$ 336.912,00	

Fonte: Ministério de Saúde - Timor Leste.

Existe uma **dependência de recursos financeiros externos** para a luta contra a SIDA em Timor Leste. O Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária alocará US\$ 9.4 milhões para os próximos 5 anos para esta luta.

Perspectivas Futuras

Aspectos relevantes e obstáculos para a luta contra o VIH / SIDA são:

- ◆ falta de envolvimento de pessoas vivendo com VIH/SIDA;
- ◆ estigma e discriminação de pessoas vivendo com VIH/SIDA;
- ◆ Indisponibilidade de dados atualizados sobre a epidemia de VIH/SIDA;
- ◆ Existem poucos/as conselheiros/as bem formados/as para Aconselhamento e Testagem Voluntário.
- ◆ Atraso da compra de equipamentos para laboratórios e bancos de sangue.
- ◆ Atraso de transferências financeiras para intervenções contra VIH/SIDA.

Foram estabelecidos objetivos com vistas ao acesso universal à prevenção e tratamento, conforme tabela 4.

Tabela 4 - Prevenção do VIH, tratamento e cuidados às pessoas vivendo com VIH. Metas até 2010 – Timor Leste.

Assunto	Meta 2010
Prevalência do VIH entre a população de 15 a 49 anos	≤ 0,5 %
Prevalência do VIH entre mulheres profissionais de sexo	< 1%
Prevalência de DST entre grupos de alto risco de infecção	< 1%
Porcentagem de pessoas vivendo com VIH/SIDA recebendo terapia anti-retroviral	95%

Fonte: Ministério de Saúde - Timor Leste.