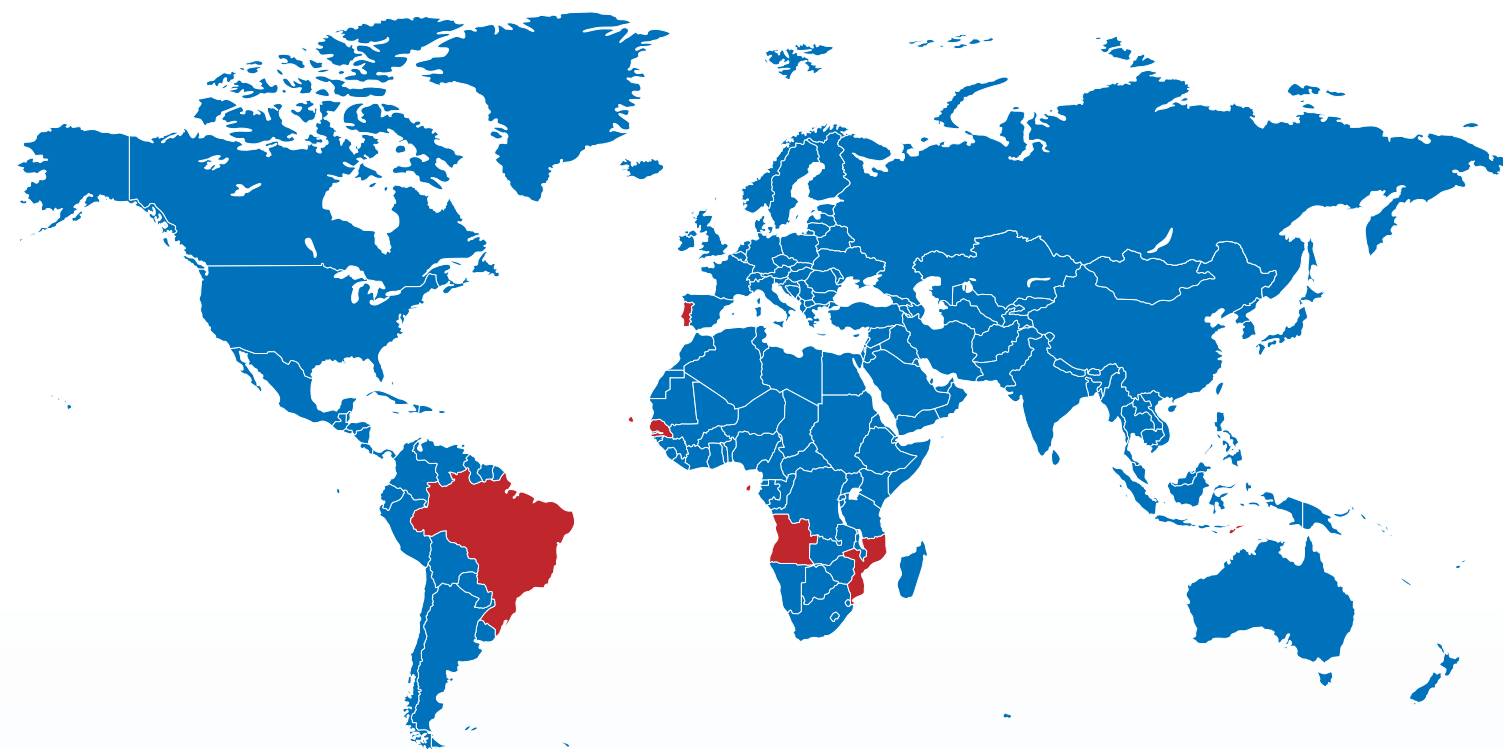


Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa

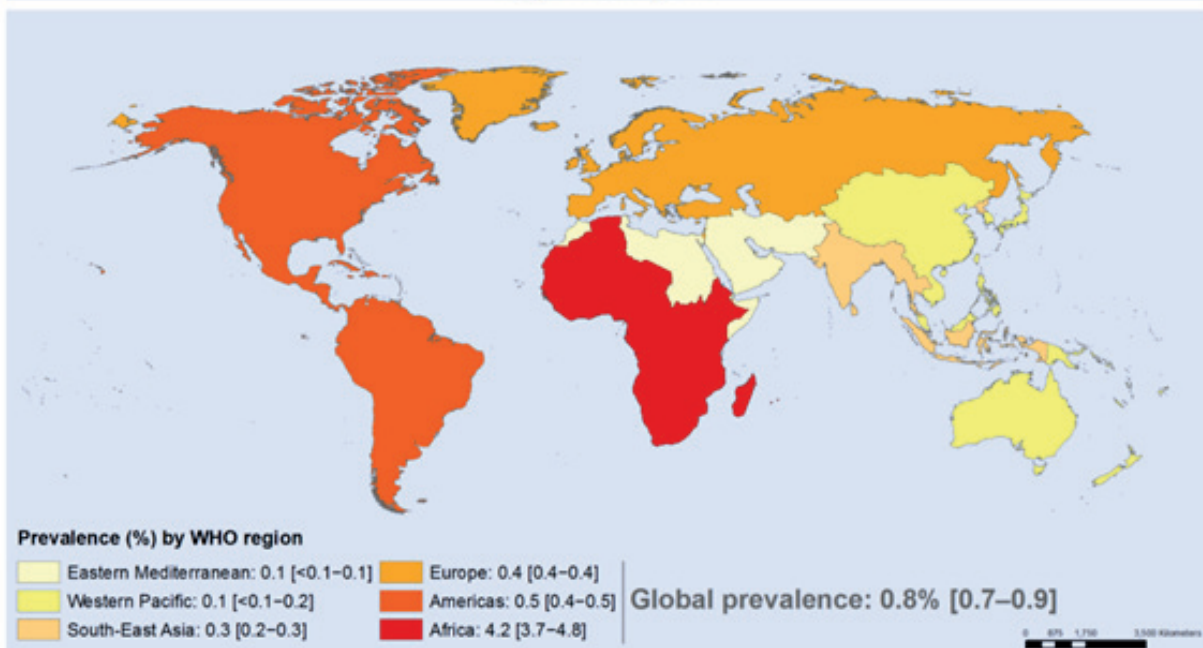
Epidemia de HIV nos países de língua oficial portuguesa - 4ª edição - 2018



Epidemia do HIV na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa CPLP (Quarta Edição)



**Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49, 2016
By WHO region**



Expediente

Elaboração:

ONUSIDA

Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP

Organização e coordenação:

Pedro Chequer

Colaboração e aporte de conteúdo:

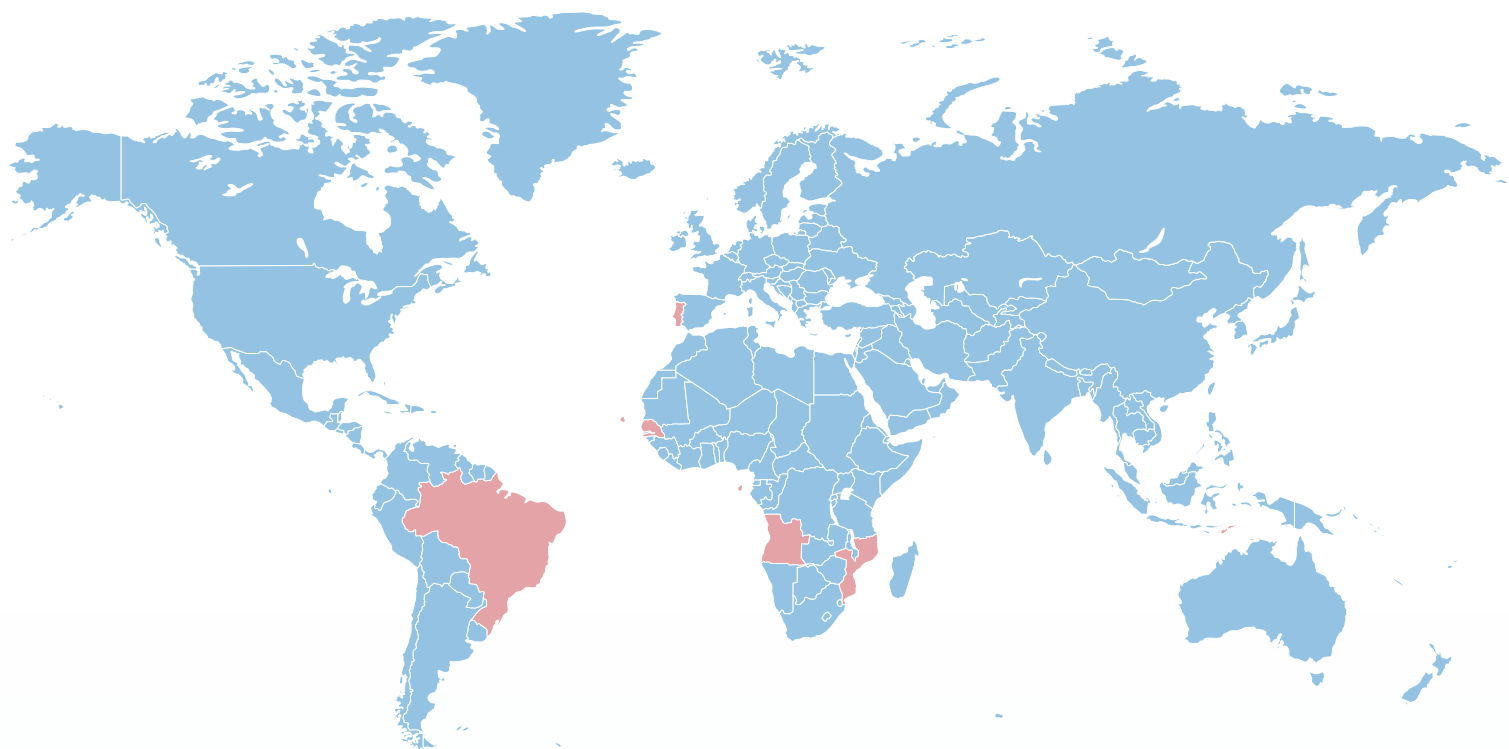
Programas de VIH/Sida de Países Membros da CPLP

ONUSIDA

Título para indexação:

HIV Epidemic in the Community of Portuguese Speaking Countries

Epidemia de VIH na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa



Lista de figuras

Figura 1. Pessoas vivendo com VIH, todas idades. Países-membros da CPLP, 2015	22
Figura 2. Novas infecções pelo VIH entre adultos de 15+. Países-membros da CPLP, 2005-2015	22
Figura 3. Óbitos por sida de todas as idades. Países-membros da CPLP, 2005-2015	23
Figura 4. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2016	24
Figura 5. Conhecimento abrangente sobre o VIH entre a população urbana e rural. Angola, 2015-2016	30
Figura 6. Cascata de cuidado contínuo do VIH. Brasil, 2016	38
Figura 7. Taxas de prevalência de VIH por subgrupo populacional. Brasil, 2002-2016	39
Figura 8. Taxa de detecção de sida por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016	46
Figura 9. Taxa de detecção de sida por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016	46
Figura 10. Taxa de incidência de VIH/sida (por 100.000 habitantes) em menores de cinco anos por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016	48
Figura 11. Proporção de casos de sida notificados no SINAN por raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016	48
Figura 12. Coeficiente de mortalidade por sida segundo sexo e razão de sexos. Brasil, 2006-2016	50
Figura 13. Prevalência do VIH na população geral. Cabo Verde, 2005	64
Figura 14. Número de novos casos de infecção pelo VIH segundo sexo. Cabo Verde, 2010-2015	65
Figura 15. Evolução da distribuição dos preservativos. Cabo Verde, 2010-2015	71
Figura 16. Testes de VIH realizados em Cabo Verde, 2003-2015	72
Figura 17. Distribuição da prevalência de VIH (%) em gestantes. CCS-Sida, Cabo Verde, 2010 a 2015	73
Figura 18. Evolução do número de gestantes que fizeram o teste de VIH. Cabo Verde, 2005-2015	74
Figura 19. Evolução do número de gestantes VIH+ em TARV. Cabo Verde, 2005-2015	74
Figura 20. Crianças e adultos em TARV. Cabo Verde, 2004-2015	75
Figura 21. Prevalência do VIH em mulheres por região. Guiné-Bissau, 2009	83
Figura 22. Óbitos decorrentes de sida e número de pessoas em TARV. Guiné-Bissau, 1990 a 2016 e 2010 a 2016	83
Figura 23. Pessoas vivendo com VIH e novas infecções pelo VIH. Guiné-Bissau, 1990-2016	85

Lista de tabelas

Tabela 1. Principais indicadores relacionados ao VIH. Angola, 2010 e 2016	31
Tabela 2. Gastos com o VIH por fonte de financiamento (em milhões de USD). Angola, 2010-2016	33
Tabela 3. Casos de VIH notificados no SINAN, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017	41
Tabela 4. Número de casos de VIH notificados no SINAN, por sexo e razão de sexo, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017	41
Tabela 5. Casos de VIH (número e percentual) notificados no SINAN segundo sexo, faixa etária e escolaridade, por ano do diagnóstico. Brasil, 2007-2017	42
Tabela 6. Casos de VIH (número e percentual) notificados no SINAN, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017	43
Tabela 7. Casos de VIH notificados no SINAN (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017	44
Tabela 8. Casos de sida notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2017	45
Tabela 9. Taxa de detecção de sida. Brasil, 2012-2016	45
Tabela 10. Casos de sida (número e taxa de detecção/100.000 hab.) em menores de cinco anos de idade notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2017	47
Tabela 11. Casos de sida (número e percentual) notificados no SINAN, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2017	49
Tabela 12. Evolução das aquisições e distribuições de preservativos masculinos, segundo largura nominal, por ano. Brasil, 2002-2017	52
Tabela 13. Evolução das aquisições e distribuições de preservativos femininos. Brasil, 2000-2017	53
Tabela 14. Evolução das aquisições e distribuições de gel lubrificante. Brasil, 2006-2017	53
Tabela 15. Rede assistencial em VIH/sida. Brasil, 2017	54
Tabela 16. Gastos do Ministério da Saúde em 2016 para implementação das ações nacionais de enfrentamento da epidemia de VIH/sida. Brasil, 2016	56
Tabela 17. Estimativa de tamanho populacional de trabalhadores(as) do sexo (TS). Cabo Verde, 2013	66
Tabela 18. Estimativa de tamanho populacional de homens que fazem sexo com homens (HSH). Cabo Verde,, 2013	66

Lista de siglas

ACNUR – Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados
ADECOS – Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário
ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica
ADV – Acesso à Despistagem Voluntária
AGR – Atividades Geradoras de Renda
AGUIBEF – Associação Guineense para o Bem-Estar Familiar
AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
APIS – *Aids Prevention Survey Indicators*
APS – Assistente Psicossocial
ARV – Medicamento Antirretroviral
ASC – Agentes de Saúde Comunitários
ASPF – Associação Santomense para Promoção Familiar
AT – Aconselhamento e Testagem
ATS – Aconselhamento e Testagem em Saúde
ATV – Aconselhamento e Testagem Voluntária
AUSAID – *Australian Agency for International Development* (Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional)
BAD – Banco Africano de Desenvolvimento
BRL – Reais brasileiros
BSS – *Behavioural Surveillance Survey* (Pesquisa de Vigilância Comportamental)
CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção
CAP – Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CCM – Comissão de Coordenação Multissetorial
CCR – Consulta da Criança em Risco
CCS-SIDA – Comitê de Coordenação do Combate à Sida
CD4 – Contagem de Linfócitos T-CD4+
CDC – Centros para o Controle e Prevenção de Doenças
CDD – *Capability Development Document*
CMC – Comunicação para Mudança de Comportamento
CNCS – Conselho Nacional de Combate ao HIV/Sida
CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CPN – Consultas Pré-Natais
CRT – Centro de Referência e Treinamento
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
CTS – Clientes de Trabalhadores(as) do Sexo
CV – Carga Viral
DASIS – Departamento de Análise da Situação de Saúde
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDI – Departamento de Doenças Infecciosas
DHS – *Demographic and Health Survey* (Questionário Demográfico sobre Saúde)

DIAHV – Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DNVE – Departamento Nacional de Vigilância Epidemiológica

DOT – *Directly Observed Treatment*

DPI – Diagnóstico Precoce Infantil

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DVEI – Departamento de Vigilância Epidemiológica do INLS

EAP – Estratégia de Aceleração da Prevenção

EBI – Ensino Básico Integrado

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças

ECOSOC – Conselho Econômico e Social das Nações Unidas

EIO – Espaço de Informação e Orientação

ENDA – *Environment Development Action in the Third World*

ES – Estudo Sentinela

FAA – Forças Armadas Angolanas

FG – Fundo Global

FNM – Fundo Nacional de Medicamentos

GAAC – Grupos de Apoio à Adesão Comunitária

GAM – *Global AIDS Monitoring*

GATV – Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária

GAVI – *Global Alliance for Vaccines and Immunization*

GCPH – Recenseamento Geral da População e Habitação

GTM – Grupo Técnico Multissetorial

HDR – *Human Development Reports*

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

HSH – Homens que Fazem Sexo com Homens

IBBS – *Integrated Biological and Behavioral Surveillance*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICF – *International Coach Federation*

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDS – Inquérito Demográfico de Saúde

IDSR – Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva

IEC – Informação, Educação e Comunicação

IED – Investimento Estrangeiro Direto

IIBC – Inquérito Integrado Biológico e Comportamental

IIMS – Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde

IMVF – Instituto Marquês de Valle Flôr

INASA – Instituto Nacional de Saúde Pública

INCAPSIDA – Inquérito de Conhecimento, Atitudes e Práticas sobre Sida

INE – Instituto Nacional de Estatísticas de São Tomé e Príncipe

INLS – Instituto Nacional de Luta contra a Sida

INSIDA – Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e Sida

IO – Infecções Oportunistas

IOF – Inquérito sobre o Orçamento Familiar
IPT – Terapia Preventiva com Isoniazida
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCS – Luta Contra a Sida
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros
LIC – *Low Income Country* (País de Baixa Renda)
M&A – Monitoramento e Avaliação
MCA – *Millenium Challenge Account* (Conta do Desafio do Milênio)
MEGAS – Medição de Gastos em Sida
MICS – Biomarcadores do Inquérito de Indicadores Múltiplos
MISAU – Ministério da Saúde de Moçambique
MNCH – *Maternal, Newborn and Child Health*
MoT – Modos de Transmissão
MOU – Memorando de Entendimento
MRG – Médicos Referência em Genotipagem
MS – Ministério da Saúde do Brasil
MTS – Mulheres Trabalhadoras do Sexo
NAC – Comissão Nacional sobre Aids
OBC – Organizações de Base Comunitária
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OGE – Orçamento Geral do Estado
OIT – Organização Mundial do Trabalho
OMCV - Organização das Mulheres de Cabo Verde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organizações Não Governamentais
ONU – Organização das Nações Unidas
ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida
OVC – Crianças Órfãs e Vulneráveis
PCAP – Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas
PCB – Junta de Coordenação de Programas
PCR – Proteína-C Reativa
PECS – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
PEN – Plano Estratégico Nacional
PENLS – Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida
PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PEPFAR – *US President's Emergency Plan for AIDS Relief*
PIB – Produto Interno Bruto
PID – Pessoas que Injetam Drogas
PLS – Programa de Luta contra a Sida
PMA – Programa Mundial de Alimentos
PNB – Produto Nacional Bruto
PNCTB – Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNLS – Programa Nacional de Luta contra a Sida
PNTS – Programa Nacional de Transfusão de Sangue
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV
PS – Profissionais do Sexo
PTV – Prevenção da Transmissão Vertical
PUD – Pessoas que Usam Drogas
PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV
PVVIH – Pessoas Vivendo com VIH
RARE – Estudo de Avaliação e Resposta Rápida
RIDES – Rede de Investigação Desenvolvimento em Saúde da CPLP em IST, VIH e Sida
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SE – Secretaria Executiva
SERNAP – Serviço Nacional Penitenciário
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIS – Sistema de Informação Sanitário
SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos
CD4+/CD8+ e Carga Viral
SMI – Sistema Materno Infantil
SNLS – Secretaria Nacional de Controle da Sida
SNLS – Secretariado Nacional de Luta Contra a Sida
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva
STD – Dobra de São Tomé
STP – São Tomé e Príncipe
SUS – Sistema Único de Saúde
SVE – Serviço de Vigilância Epidemiológica
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
T&T – Testar e Tratar
TARV – Terapia Antirretroviral
TB – Tuberculose
TRIPS – *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio)
TS – Trabalhadores(as) do Sexo
TU – Trabalhadores Uniformizados
TTP – Tratamento para Todas as Pessoas
UD – Usuários de Drogas
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis
UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos
UF – Unidade Federativa

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA – Fundo de Populações das Nações Unidas
UNGASS – Declaração de Compromisso em HIV/Aids na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
URVE – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica
US – Unidade de Saúde
USAID – *United States Agency for International Development* (Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional)
USD – *United States Dollar* (dólar americano)
VE – Vigilância Epidemiológica
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
VPP – *Voluntary Pooled Procurement* (Programa de Proteção Voluntária)
VTC – Aconselhamento e Testagem Voluntária

Sumário

Apresentação	17
Introdução	19
Sumário da epidemia do VIH nos países-membros da CPLP	22
Breve descrição da epidemia, resposta nacional e perspectivas futuras segundo o país	27
Angola	29
Brasil	37
Cabo Verde	61
Guiné-Bissau	81
Moçambique	91
Portugal	111
São Tomé e Príncipe	123
Timor-Leste	133

Apresentação

Desde seu início, a epidemia do VIH vem sendo objeto de extrema preocupação por parte da Organização das Nações Unidas e das Agências da ONU, e progressivamente teve sua existência incorporada à agenda política, econômica e social dos países-membros da Comunidade das Nações. Decorridos trinta anos, apesar dos avanços observados, muito ainda temos por fazer.

No campo da prevenção, constatamos a necessidade de se integrarem as diversas áreas programáticas, com vistas a permitir uma abordagem permanente e holística, permeando todas as ações de saúde desenvolvidas.

Na área de tratamento, continuamos a busca incessante pela cobertura universal, objetivando a detecção precoce da infecção, o início imediato da terapia e adesão aos medicamentos, para logarmos integralmente a eficácia terapêutica e a drástica redução da transmissão.

No campo dos Direitos Humanos, apesar dos avanços alcançados na grande maioria dos países, ainda temos um longo caminho a percorrer, com vistas à equidade de gênero, ao respeito à diversidade e à não discriminação das pessoas que vivem com o HIV.

O ONUSIDA, em atividade coordenada com suas agências copatrocinadoras e a CPLP, por intermédio dos países-membros, tem desenvolvido ações, alianças e parcerias bem-sucedidas para o alcance desses objetivos.

Os países-membros vêm envidando esforços para o alcance das metas estabelecidas, ao implementar ações programáticas e atividades com vistas à cobertura universal. Pesquisas para aprofundar o conhecimento sobre a epidemia têm sido desenvolvidas, desde as comportamentais às epidemiológicas, voltadas para estabelecer parâmetros e tendências. Observam-se excepcionais avanços na área de tratamento com vistas ao alcance das metas 90-90-90, ainda que seja necessário intensificar e expandir a detecção da infecção, particularmente nas populações mais vulneráveis. Na área de prevenção, apesar do nítido aumento da cobertura do tratamento, especial atenção deve ser dedicada aos jovens, particularmente aqueles de segmentos mais vulneráveis e sob maior risco. Atividades programáticas de educação continuada na escola devem estar inseridas no elenco das prioridades nessa área.

A elaboração e difusão desta publicação representa mais um passo para fortalecer e ampliar a capacidade dos países de língua portuguesa, irmanados não apenas pela presença de um idioma comum, mas também pela proximidade cultural forjada desde os tempos coloniais e historicamente ampliada pelo constante intercâmbio social, econômico e migratório.

Michel Sidibé
DIRETOR, ONUSIDA

Maria do Carmo Silveira
SECRETÁRIA EXECUTIVA, CPLP

Introdução

Em 2010, foi publicada a segunda edição do documento conjunto da CPLP e do ONUSIDA sobre a epidemia de VIH/sida nos países de língua oficial portuguesa. Sob a égide das novas iniciativas globais lideradas pelo ONUSIDA, particularmente aquela que estabeleceu os parâmetros para atingir 15 milhões de pessoas sob tratamento em 2015, muitos avanços foram observados nesses países no que concerne à resposta à epidemia. Resultados positivos na área de acesso à terapia antirretroviral fazem-nos vislumbrar um novo cenário no enfrentamento ao VIH/sida, fruto da ampliação do compromisso político dos países e mobilização de instâncias de cooperação, multi e bilaterais.

Todavia, lamentavelmente, perduram ainda retrocessos devido à pressão política de determinados segmentos sociais conservadores, o que tem comprometido a promoção de ações de prevenção, principalmente aquelas voltadas para populações mais vulneráveis e sob maior risco de infectar-se. Consequentemente, em determinados países, nota-se o recrudescimento da epidemia nos segmentos em pauta, o que, caso perdure nos próximos anos, poderá comprometer negativamente os esforços e as conquistas até aqui alcançadas.

O intercâmbio de informações e a disseminação de experiências bem-sucedidas, entre outros, são aspectos essenciais para a formulação e estabelecimento de novas estratégias. Com esse objetivo, o presente documento visa atualizar as informações sobre aspectos relativos à situação da epidemia de VIH/sida nos países lusófonos, bem como registrar progressos observados nas respostas nacionais à epidemia desses países desde sua última edição. O documento busca também trazer reflexões sobre as perspectivas futuras, mantendo sempre o foco naquelas relacionadas ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no campo da infecção pelo VIH.

Deve-se registrar que o conteúdo que se segue foi elaborado pelos países-membros da CPLP (exceto Timor-Leste e Guiné-Bissau, que não enviaram as informações solicitadas) em cooperação com o Secretariado Executivo da Comunidade e com o ONUSIDA Genebra. É pertinente também enfatizar o especial envolvimento dos Escritórios do ONUSIDA de Moçambique e Angola, que trabalharam em parceria com as respectivas autoridades nacionais. Como fontes adicionais, buscou-se acrescentar informações relevantes oficialmente registradas pelo ONUSIDA, OMS, Fundo Global e Banco Mundial.

A diagramação e impressão dos exemplares para o lançamento desta publicação é uma gentil colaboração do Ministério da Saúde do Brasil, por intermédio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

A CPLP

A Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) foi criada oficialmente em 1996, como um fórum multilateral que visa estreitar os laços entre os países nos quais o português é a língua oficial. O seu documento de origem foi assinado em Lisboa, no dia 17 de julho, por Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Timor-Leste tornou-se membro da CPLP em 2002, logo após seu processo de independência e, mais recentemente, também a Guiné-Equatorial, cujos dados nacionais não se encontram incluídos nesta publicação.

A CPLP tem como objetivos principais, segundo seu estatuto:

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

Os países-membros da CPLP ocupam uma área de 10.742.000 km², ou 7,2% da superfície terrestre. Juntos, eles perfazem uma população de aproximadamente 273 milhões de habitantes.

Considerando uma lista dos dez idiomas mais falados no mundo, encabeçada pelo chinês, a que se seguem o inglês, o hindi, o espanhol, o russo e o árabe, após o português enumeram-se o francês, o bengali e o japonês. O português é a terceira língua mais falada no Ocidente, depois do inglês e do espanhol.

A CPLP possui um secretariado permanente, sediado em Lisboa.

O ONUSIDA

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/Sida (ONUSIDA) é uma parceria inovadora que encoraja, mobiliza e apoia países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao VIH. Reúne recursos do Secretariado e de 11 agências das Nações Unidas em esforços coordenados e especializados para mobilizar o mundo contra a sida. Tem como instâncias copatrocinadoras: ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial.

Estabelecido em 1994, por meio de uma resolução do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (ECOSOC), o ONUSIDA iniciou suas atividades em janeiro de 1996.

O ONUSIDA é guiado por uma Junta de Coordenação de Programas (PCB) que conta com representantes de 22 governos de todas as regiões geográficas e das agências copatrocinadoras, além de cinco representantes de organizações não governamentais, incluindo associações de pessoas vivendo com VIH.

Visão

- Zero novas infecções por VIH;
- Zero discriminação;
- Zero óbitos relacionados à sida.

O ONUSIDA mobiliza e inspira o mundo a alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH, e cumpre sua missão:

- Unindo os esforços do sistema das Nações Unidas, sociedade civil, governos nacionais, setor privado, instituições globais, pessoas vivendo com e afetadas pelo VIH;
- Difundindo mensagens de solidariedade às pessoas mais afetadas pelo VIH, em defesa da dignidade humana, direitos humanos e igualdade de gênero;
- Mobilizando recursos políticos, técnicos, científicos e financeiros, buscando assegurar a transparência e eficiência nos resultados;
- Empoderando agentes de mudança com informações estratégicas e evidências para influenciar e garantir que os recursos sejam direcionados para onde possam produzir maior impacto.

A CPLP e o ONUSIDA

O ONUSIDA possui uma parceria com o Secretariado da CPLP e seus países-membros há longo tempo. Essa parceria se formalizou em 17 de março de 2010, quando da assinatura do Memorando de Entendimento (MOU) entre o ONUSIDA e a CPLP para a realização de atividades de cooperação em VIH/sida.

Esse memorando decorreu das prioridades do ONUSIDA em promover o apoio à cooperação técnica para e entre os países da CPLP.

Dentre algumas das ações prioritárias da cooperação, estão:

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

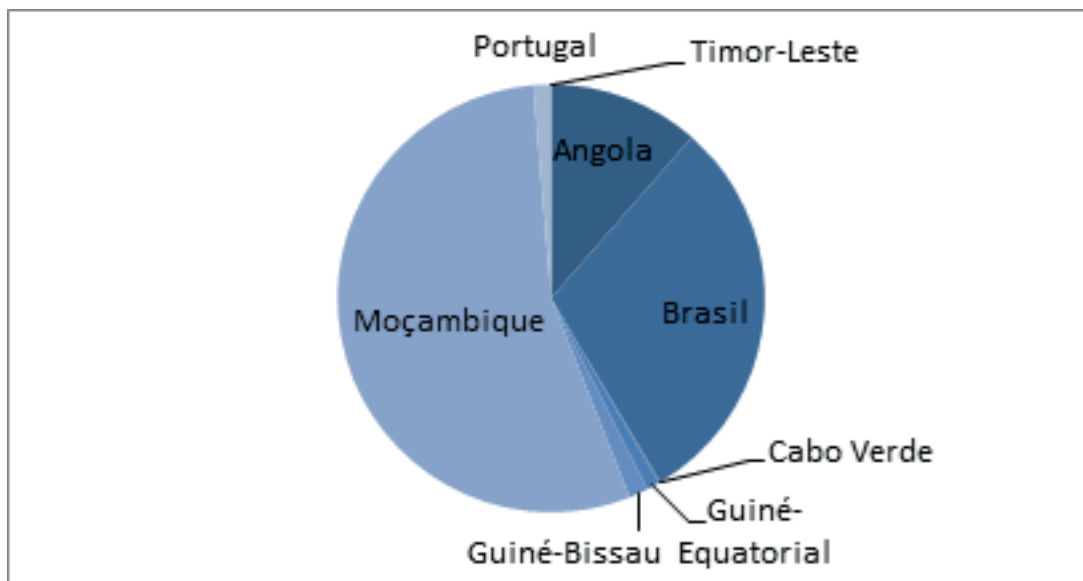
SUMÁRIO DA EPIDEMIA DO VIH NOS PAÍSES-MEMBROS DA CPLP¹

Aspectos epidemiológicos

Os dados seguintes se referem a Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, Portugal e Timor-Leste.

- Os países-membros da CPLP representam 8% do total estimado de pessoas vivendo com sida globalmente – 2,8 milhões [2,1-3,5].

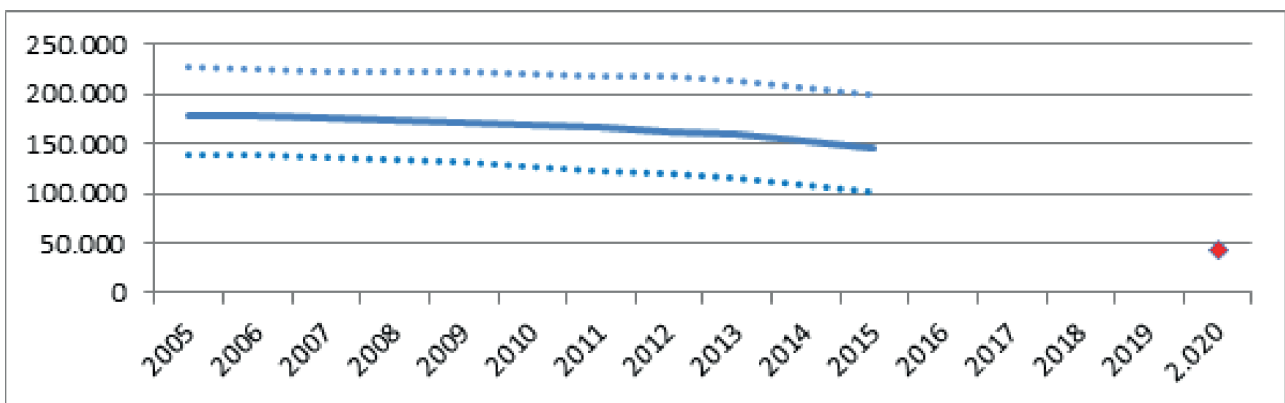
Figura 1. Pessoas vivendo com VIH, todas idades. Países-membros da CPLP, 2015.



Fonte: ONUSIDA.

- Nesses países, o número de novas infecções entre os adultos caiu 19% desde 2005 e 14% desde 2010, o que ainda está distante do compromisso global de reduzir as novas infecções em 75% até 2020.

Figura 2. Novas infecções pelo VIH entre adultos de 15+. Países-membros da CPLP, 2005-2015.

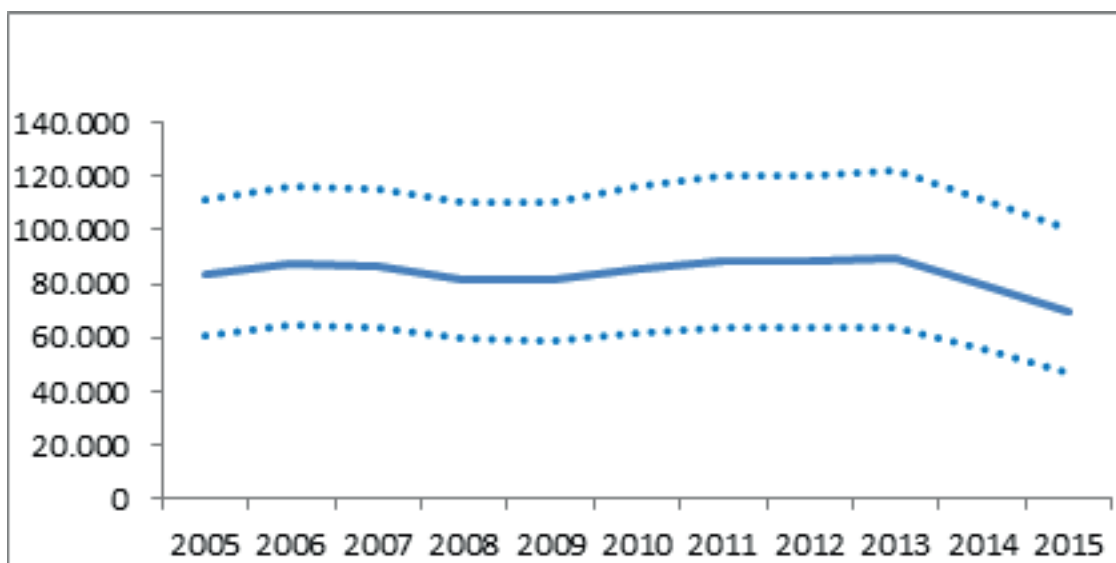


Fonte: ONUSIDA.

¹ Inclui dados obtidos junto ao ONUSIDA Genebra.

- Os óbitos por sida têm declinado mais rapidamente em anos recentes, com 16% de queda desde 2005.

Figura 3. Óbitos por sida de todas as idades. Países-membros da CPLP, 2005-2015.



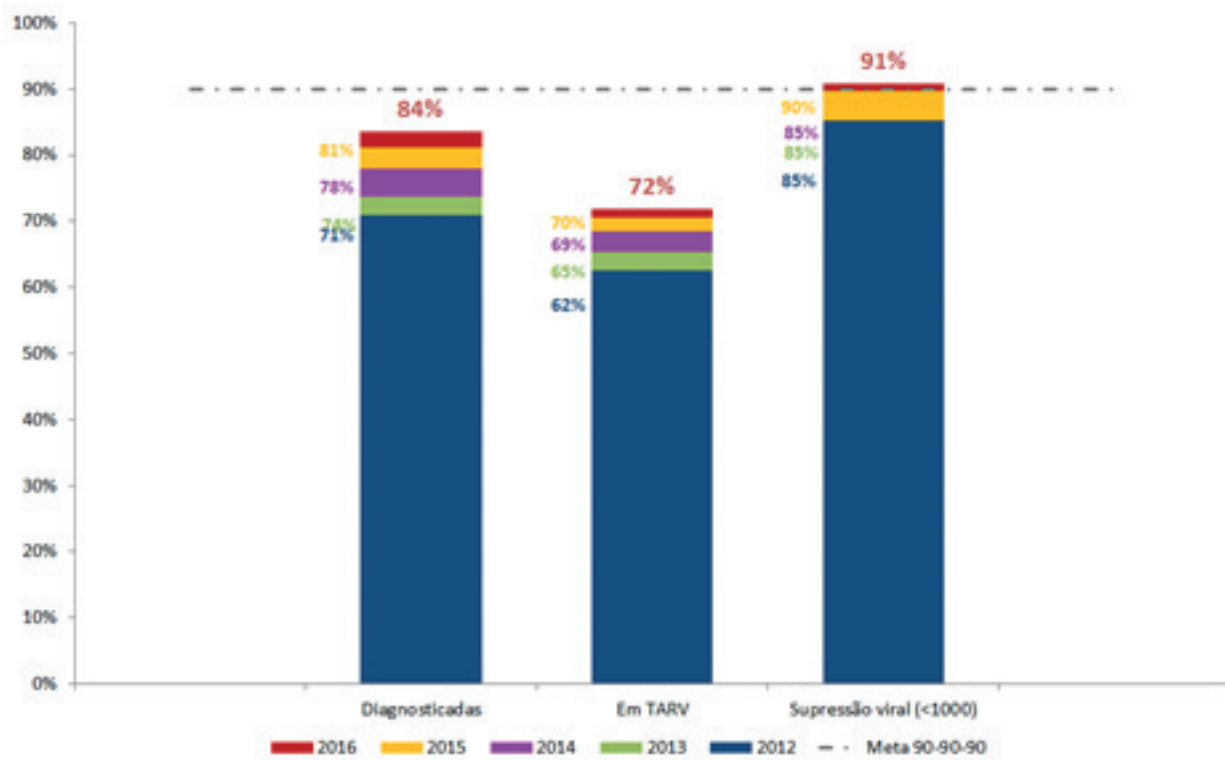
Fonte: ONUSIDA.

- Cerca de 12.000 [6.000 – 23.000] novas infecções ocorrem entre crianças de 0 a 14 anos todos os anos em países lusófonos. Nos países-membros da CPLP, estima-se que 152.000 [110.000-210.000] crianças vivam com VIH.
- A proporção de pessoas que vivem com VIH recebendo terapia antirretroviral (TARV) nos países-membros da CPLP varia de menos de 30% na Guiné-Bissau e em Angola para mais de 60% em Portugal.
- A prevalência em adultos (15-49 anos) é mais alta em Moçambique, onde mais de 10% da população adulta vivem com o VIH. A Guiné-Equatorial e a Guiné-Bissau têm uma prevalência de VIH superior a 3%, enquanto a prevalência em adultos de Angola é estimada em cerca de 2%. Os demais países possuem valores de prevalência inferiores a 1% na população geral, mas apresentam epidemias importantes em populações-chave no país.
- Portugal tem uma epidemia significativa entre usuários de drogas injetáveis (UDI), de 18,9%, que foi enfrentada de forma agressiva com redução de danos e descriminalização. A epidemia do Brasil entre UDI recuou à medida que o uso injetável de drogas ilícitas diminuiu. Contudo, entre todas as pessoas que usam drogas ilícitas (PUD), não apenas injetáveis, a prevalência de sida é de 5,0% (2010) e, entre as pessoas que usam crack, de 5,9% (2013).
- Em Cabo Verde e em Timor-Leste, a transmissão do VIH está concentrada nas populações de mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) e seus clientes. A prevalência em MTS de Timor-Leste é de 1,5% e, entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), de 1,3%.
- A prevalência de VIH entre HSH em Cabo Verde é de 15%; entre MTS, de 7,7%; e entre UDI, de 20%.
- Na Guiné-Bissau, a prevalência em MTS alcança 39,02%. Em Portugal, é de 5,7% entre MTS e de 7,2% entre HSH.
- Em Moçambique, a prevalência em população carcerária é de 24%, e entre UDI, em Maputo, chega a 50%.

O Brasil tem avançado particularmente na área de tratamento, havendo perspectivas de atingir as metas 90-90-90 do ONUSIDA estabelecidas para 2020. Os dados que se seguem registram aspectos relevantes da resposta brasileira:

- **Diagnóstico:** observou-se aumento no número e na proporção de pessoas diagnosticadas (18% entre 2012 e 2016) e diminuição do diagnóstico tardio, que passou de 29% para 25% no mesmo período.
- **Tratamento:** representa o maior desafio para o alcance da meta de 90% das PVVIH diagnosticadas sendo tratadas em 2020. Todavia, observou-se um incremento de 59% no número de PVVIH em TARV – de 313.000 para 498.000 pessoas – entre 2012 e 2016; até outubro de 2017, mais de 540 mil PVVIH estavam em TARV no país, representando um incremento de 8,5% em relação a 2016. É preciso intensificar as ações com vistas à inclusão de mais PVVIH em tratamento, uma vez que um pequeno incremento na taxa é suficiente para que se possa atingir a meta proposta.
- **Supressão viral:** a meta de supressão (CV <1.000 cópias/mL) já foi atingida, considerando que, em 2016, 91% das PVVIH em TARV tinham CV suprimida. No entanto, com a inclusão de cada vez mais PVVIH em TARV, resta o desafio não só de manter o sucesso da meta proposta, mas também de alcançar níveis mais baixos de carga viral.

Figura 4. Status do alcance das metas 90-90-90. Brasil, 2016.



Fonte: MS/SVS/DIAHV.

Financiamento de atividades

Na última década, Portugal contribuiu com aproximadamente 3 milhões de dólares como doador para países de baixa e média renda. Em 2014, o país investiu USD 120.000 apoiando bilateralmente respostas nacionais e USD 50,000 como contribuição ao Fundo Global. Com base nos últimos dados disponíveis, Portugal investiu USD 275 nos serviços públicos na área de sida.

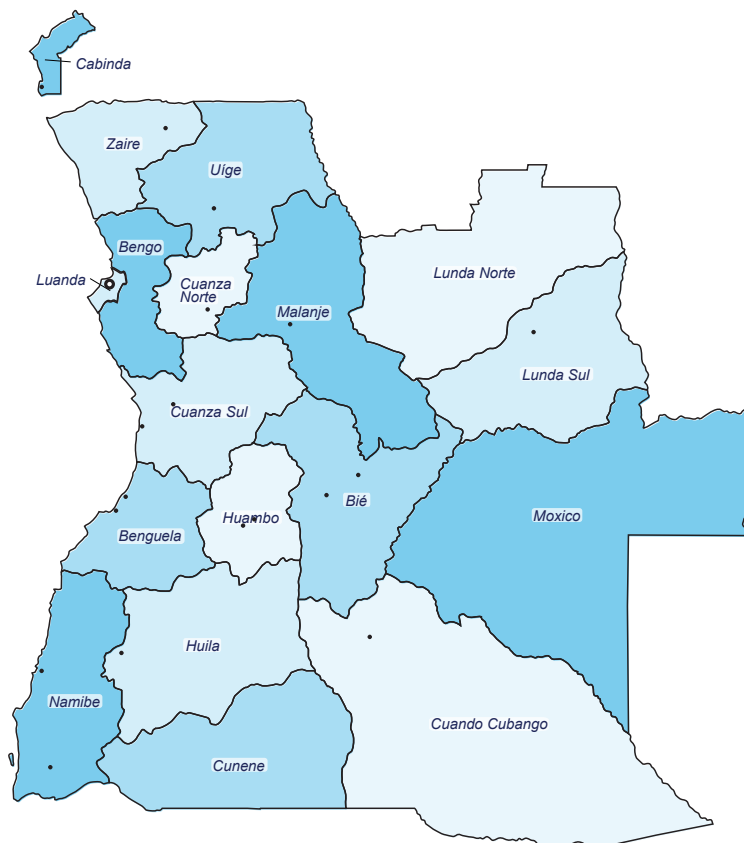
Países como o Brasil financiam quase integralmente a própria resposta nacional. Em 2012, recursos internacionais contribuíram com apenas 1% do total aplicado pelo país. Em 2014, o país investiu 804 milhões de dólares.

A razão de dependência entre aporte internacional e doméstico em outros países da CPLP varia de 7%, na Guiné-Equatorial, a mais de 90% em Moçambique.

Estima-se que, nos países-membros da CPLP (excluindo Timor-Leste e São Tomé e Príncipe), a necessidade de investimento atinja USD 3,2 bilhões até 2020 para financiar as ações de atenção e prevenção, incluindo os insumos necessários, a fim de atender os pressupostos da iniciativa 90-90-90.

Breve descrição da
epidemia, avanços
registrados e perspectivas
futuras, segundo país

Angola



1. CONTEXTO DO PAÍS

A República de Angola é um dos países mais extensos do continente africano, com área geográfica de 1.246.700 km². O país está situado na costa ocidental do continente e faz parte da sub-região da África Austral. Com base nos resultados de um censo realizado em 2014, a população de Angola é 25.789.024 de habitantes, sendo 48% homens e 52% mulheres, com uma taxa de crescimento anual de 2,7%. A população do país caracteriza-se por ser majoritariamente jovem, sendo a média de idade de 20,6 anos. Quanto às faixas etárias, 47,3% têm menos de 15 anos, 52,2% estão na faixa de 15-64 anos e 2,5% têm acima de 65 anos. A taxa de fecundidade estimada no país é de 5,7 filhos por mulher. Aproximadamente 63% dos angolanos vivem em áreas urbanas; os 37% restantes encontram-se em áreas rurais, muitas delas dispersas e com pouco ou nenhum acesso às redes de saúde e educação.

Angola conquistou sua independência em 1975 e atualmente seu regime governamental é o presidencialista. O país enfrentou uma guerra civil que durou 27 anos, mas tem mantido a estabilidade política desde o fim da guerra civil em 2002. Administrativamente, Angola está dividida em 18 províncias, 162 municípios e 559 comunas. A República de Angola é multicultural e multilinguística. O português é a língua oficial do país, sendo falado por 71% da população (85% nas zonas urbanas e 49% na zona rural); porém, diversos dialetos nacionais continuam sendo usados, como o *umbundu*, falado por 23% dos angolanos. Essas diversidades culturais e linguísticas exigem uma abordagem multilíngue e multicultural no que se refere às intervenções educacionais e na geração de consciência para a mudança de comportamentos.

Angola ocupa a 150ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em um ranking de 188 países. Esses dados se refletem em um limitado acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia elétrica e outros serviços sociais. Nesse sentido, o estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa expectativa de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um elevado índice de doenças transmissíveis e uma crescente proporção de doenças crônicas e degenerativas.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A informação para caracterizar o VIH em Angola provém de quatro principais fontes de dados: 1) o inquérito populacional realizado em 2016; 2) as tendências da vigilância-sentinela entre mulheres grávidas realizadas entre 2004 e 2013; 3) inquéritos biológicos e comportamentais integrados entre populações-chave; e 4) dados de programas recolhidos rotineiramente. Esses dados são então utilizados para elaborar estimativas e estabelecer as tendências do VIH no país.

Desde 1985, quando o primeiro caso de VIH em Angola foi reportado, estima-se que, até o final de 2016, cerca de 280.000 pessoas viviam com VIH, das quais 59% correspondiam ao sexo feminino. A epidemia do VIH/sida em Angola é classificada como generalizada, com uma prevalência de 1,9% em adultos de 15 a 49 anos (2,2% em mulheres e 1,5% em homens), embora existam diferenças significativas por província (um máximo de 6,1% na província de Cunene comparado a um mínimo de 0,5% na província de Zaire). No entanto, Angola encontra-se em uma posição peculiar, por ter uma prevalência do VIH relativamente mais baixa comparada com outros países da África Austral. Acredita-se que essa situação epidemiológica se deve à prolongada guerra civil vivida pelo país (1975 a 2002). Nesse período, as fronteiras permaneceram fechadas e os movimentos da população estavam restritos, limitando a propagação do VIH no país.

A Tabela 1 apresenta os principais indicadores relacionados ao VIH, obtidos a partir dos dados do programa, das estimativas de VIH atualizadas anualmente com o auxílio do UNAIDS e da pesquisa populacional nacional.

Dados do Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) de Angola 2015-2016 revelam que, entre os jovens de 15-24 anos, apenas 33% das mulheres e 32% dos homens possuem um conhecimento abrangente sobre o VIH e a sida, com diferenças importantes entre moradores das zonas urbanas e rurais. Foi mostrado que 67% das mulheres e 70% dos homens de 15-49 anos conhecem os locais em que podem fazer o teste. No entanto, apenas 47% das mulheres e 32% dos homens alguma vez fizeram um teste de VIH e receberam os resultados. No que diz respeito à percentagem de homens e mulheres que fizeram o teste e receberam os resultados nos últimos 12 meses, a situação torna-se mais preocupante: apenas 30% das mulheres e 20% dos homens se testaram e receberam os resultados.

Figura 5. Conhecimento abrangente sobre o VIH entre a população urbana e rural. Angola, 2015-2016.

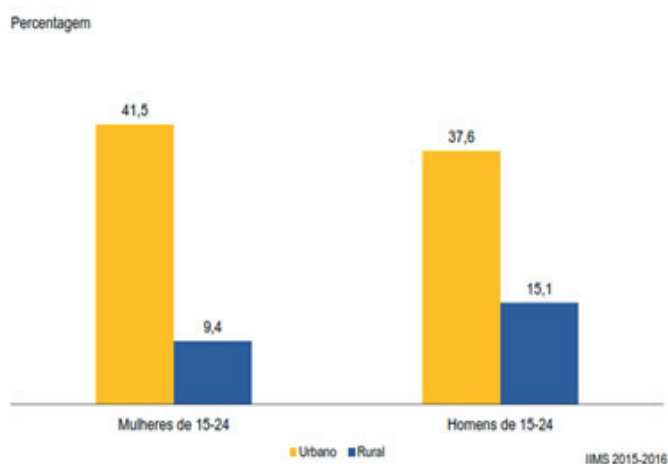


Tabela 1. Principais indicadores relacionados ao VIH. Angola, 2010 e 2016.

População geral	2010	2016
Total da população vivendo com VIH	210.000	280.000
Total da população recebendo TARV	22.036	62.228
Total da cobertura de tratamento na população geral	10%	22%
Total de novas infecções	25.000	25.000
Total de mortes relacionadas à sida	9.000	11.000
Adultos (15+)		
TOTAL de adultos 15+ vivendo com VIH	190.000	260.000
<i>Mulheres vivendo com VIH</i>	110.000	160.000
Adultos que necessitam de TARV	64.385	207.875
<i>Adultos que recebem tratamento</i>	20.573	59.056
Cobertura do tratamento de adultos do TOTAL	11%	23%
Cobertura do tratamento de adultos que necessitam de TARV	32%	28%
Novas infecções em adultos	21.000	21.000
Mortes relacionadas à sida	7.400	9.100
Jovens (15-24)		
TOTAL de jovens de 15 a 24 anos vivendo com VIH	20.000	34.000
<i>Mulheres vivendo com VIH</i>	20.000	23.000
Novas infecções em jovens	7.300	7.400
<i>Mulheres</i>	4.700	4.800
Crianças (0-14)		
TOTAL de crianças vivendo com VIH	18.000	23.000
Crianças que necessitam de TARV	12.000	16.000
<i>Crianças recebendo tratamento</i>	1.463	3.172
Cobertura do tratamento de crianças do TOTAL	8%	14%
Cobertura do tratamento de crianças que necessitam de TARV	12%	20%
Novas infecções em crianças	3.800	3.600
Mortes relacionadas à aids	2.100	2.100
Gestantes que necessitam de tratamento	14.000	17.000
<i>Gestantes recebendo tratamento</i>	3.652	7.613
Cobertura do tratamento de PTV	26%	45%
Infecções relacionadas à PTV	3.800	3.600
Taxa de transmissão vertical	27%	21%
Número de serviços de Aconselhamento e Testagem (AT)	808	1.448
Número de serviços de PTV do VIH	304	650
Número de serviços de TARV, adultos	147	570
Número de serviços de TARV, crianças	136	290

Fonte: ONUSIDA; Ministério da Saúde de Angola.

De 2004 a 2013, para conhecer e monitorar a dinâmica da epidemia do VIH em Angola, a vigilância-sentinel (Vigilância Epidemiológica do VIH em Mulheres Grávidas em Consulta Pré-natal) foi realizada em centros de saúde selecionados, distribuídos em todo o país. Os sítios-sentinel foram escolhidos com base na geografia, pessoal capacitado e infraestrutura adequada para realizar estudos de soroprevalência. Seis estudos foram conduzidos para fornecer tendências ao longo do tempo. As principais conclusões dessas pesquisas, que apresentam adequada proporção de correlação com os resultados do inquérito populacional recentemente realizado em 2016, indicaram variações regionais na prevalência do VIH, prevalência relativamente estável ao longo do tempo e diferenças significativas por faixa etária.

Em Angola, a epidemia em populações-chave pode estar alimentando os casos de infecção no país. Foram conduzidas pesquisas IBBS (Vigilância Biológica e Comportamental Integrada) recentes entre as seguintes populações-chave: mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) em 2015 e 2016, homens que fazem sexo com homens (HSH) em 2011 e 2016 e conscritos das forças armadas em 2015.

Nenhuma pesquisa entre outras populações-chave ocorreu nos últimos sete anos. Três pesquisas IBBS estão planejadas para 2017-2018 entre mineiros, motoristas de caminhão e prisioneiros e, uma vez concluídas, permitirão uma compreensão mais profunda sobre a epidemia entre esses grupos. Os resultados recentes indicam níveis de prevalência aproximadamente duas vezes mais elevados entre os HSH e as forças armadas e valores de prevalência cerca de quatro vezes maiores entre as trabalhadoras do sexo feminino em comparação com a população geral.

Com base em um estudo de modos de transmissão realizado em 2011, a via heterossexual continua a ser o principal modo de transmissão do VIH, sendo responsável por 79,2% do total de casos notificados. A transmissão vertical é responsável por cerca de 6% e a sanguínea (por transfusão ou uso de objetos contaminados) por 0,5%.

3. RESPOSTA NACIONAL

De acordo com o Plano Estratégico Nacional (PEN) (2015-2018), o Instituto Nacional de Luta contra a Sida (INLS) e seus parceiros, por meio dos programas provinciais de Luta Contra a Sida (LCS), desenvolveram uma intensa agenda de trabalho, que priorizou os seis eixos seguintes:

- Prevenção da infecção;
- Diagnóstico, tratamento e cuidados continuados;
- Criação de um ambiente ético e jurídico favorável;
- Integração e articulação multissetorial;
- Reforço da capacidade e mobilização de recursos;
- Monitoramento & Avaliação e gestão da informação estratégica.

As principais intervenções de prevenção têm sido realizadas por meio de campanhas televisivas e radiofônicas; eventos de capacitação de educadores de pares e grupos selecionados, como palestras, workshops, fóruns, debates, distribuição de preservativos e de material de Informação, Educação e Comunicação (IEC); comunicação interpessoal com diversos atores, com vistas à promoção de comportamentos seguros; conhecimento das formas de transmissão e prevenção do VIH; conhecimento do estado de saúde; e adesão ao aconselhamento e testagem, prevenção da transmissão vertical e terapia antirretroviral (AT/PTV/TARV). A prevenção da infecção pelo VIH em jovens constitui uma prioridade na resposta nacional.

O programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) é prioritário para o Governo de Angola e constitui um pilar no combate ao VIH/sida. O programa teve início em 2004, com a instalação de três unidades na capital do país e em 2005 expandiu-se para as 18 capitais provinciais. Desde 2007, está integrado aos serviços de saúde reprodutiva, o que permite maior acesso das gestantes ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Um total de 650 unidades de saúde contam com os serviços de PTV e diagnóstico da criança exposta, nos quais se aplicam testes sorológicos rápidos a partir dos 18 meses de idade.

Em Angola, os serviços de Aconselhamento e Testagem (AT) são apoiados pela Lei nº 8/2004, que protege a confidencialidade dos usuários, atribuindo direitos e deveres às PVVIH, profissionais de saúde, atores envolvidos e população geral. Atualmente, esses serviços constituem uma rede integrada com clínicas móveis e serviços de PTV e TARV para adultos e crianças. Os centros de AT registraram um crescimento rápido – até o fim de 2016 o país possuía 1.448 unidades com realização de serviços de AT.

Em 2004, foi elaborado o primeiro protocolo de normas de TARV, que foi revisado e atualizado com adaptações em relação às novas recomendações da OMS em 2017. O número de centros de atendimento que disponibilizam TARV e PTV aumentou e, como resultado, também aumentou a quantidade de soropositivos em acompanhamento. Atualmente, o país conta com um total de 570 serviços de TARV para adultos e 290 para crianças.

As atividades desenvolvidas em Angola para o combate à epidemia do VIH/sida durante o período de 2010 a 2016 foram financiadas, principalmente, pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), o PEPFAR o Fundo Global, além de outros parceiros em pequena escala, nomeadamente, União Europeia, Agências das Nações Unidas e entidades do setor privado. Tendo em conta o financiamento público, bem como o financiamento internacional e privado, estima-se que as despesas com atividades ligadas à resposta ao VIH em Angola totalizaram 24,73 milhões de dólares em 2010 e 35,87 milhões de dólares em 2016. Em 2016, as despesas do OGE foram reduzidas em 75,8% em relação a 2010, possivelmente devido ao declínio no preço internacional do petróleo.

Tabela 2. Gastos com o VIH por fonte de financiamento (em milhões de USD). Angola, 2010-2016.

Fonte	2010	2015	2016
OGE	15	10,09	3,62
União Europeia	1,5		
Nações Unidas	0,3		
Fundo Global	10		15
Banco Mundial	2,4		
PEPFAR	3		17
Privado	0,4		
Outros	0,4	0,24	0,23
Total (USD)	24,73	10,33	35,87

Fontes: OGE; PEPFAR; Relatório de revisão PEN 2015-2018. Documento preliminar. Pendente de aprovação oficial.
Fonte da taxa de câmbio: mercado primário, Banco Nacional de Angola.

Conquistas:

- Coordenação multissetorial;
- Compromisso com o desenvolvimento da estratégia Testar e Tratar (T&T) a partir da Província de Angola;
- Disponibilidade de testes rápidos;
- Campanhas de aconselhamento e testagem;
- Promoção de testagem a gestantes;
- Formação de pontos focais;
- Contribuição do Estado para a resposta nacional;
- Apoio de organizações da sociedade civil que trabalham com VIH;
- Fortalecimento da vigilância epidemiológica;
- Sensibilização para populações de maior vulnerabilidade;
- Distribuição de preservativos (femininos e masculinos);
- Entrega de material de IEC;
- Revisão no médio prazo do PEN 2015 a 2017;
- Apoio domiciliário às PVVIH e suas famílias;
- Seminários para grupos-chave;
- Apoio psicossocial às PVVIH;
- Defesa dos direitos das crianças soropositivas;
- Prevenção da violência doméstica;
- Encontro TB/VIH.

4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS

- Fortalecer as ações que conduzem à conquista de objetivos *Fast Track*;
- Transferência de competências para profissionais não médicos;
- Expansão do número de unidades com serviços integrados IST/VIH/sida/TB/SSR/PTV;
- Reforço da Vigilância Epidemiológica;
- Melhoria da gestão de estoques;
- Implementação das atividades conjuntas de TB/VIH;
- Aumento da cobertura de PTV de gestantes diagnosticadas;
- Aumento do número de crianças expostas com diagnóstico definitivo;
- Reforço da parceria com o setor privado e a sociedade civil;
- Envolvimento e comprometimento das autoridades e outros setores da sociedade;
- Melhoria na descentralização e desconcentração da Gestão Pública (municipalização dos serviços de saúde e a participação comunitária/ADECOS);
- Iniciativa africana de 2 milhões de trabalhadores comunitários em saúde;
- Operacionalização das Políticas Públicas multissetoriais relacionadas à vulnerabilidade para a infecção pelo VIH;

- Inserção de temas sobre direitos humanos, estigma, discriminação e igualdade de gênero em todas as ações e intervenções programáticas;
 - Operacionalização do Princípio “*Three Ones*”;
 - Avaliação do PEN 2015 a 2017;
 - Elaboração do PEN 2018 a 2021;
 - Agenda de Desenvolvimento Pós 2015, no quadro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que orientarão a política de desenvolvimento e as prioridades de financiamento durante os próximos 15 anos;
 - Desenvolvimento de estratégias para a sustentabilidade financeira da resposta nacional ao VIH, tuberculose e hepatites virais.

Brasil



1. CONTEXTO DO PAÍS

O Brasil é uma república federativa formada por 26 estados, divididos em 5.570 municípios, e pelo Distrito Federal. Os estados distribuem-se em cinco regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Com uma área de 8.515.767 km², equivalente a 47% do território sul-americano, o Brasil é o quinto maior país do planeta, contendo o quinto maior contingente populacional – mais de 200 milhões de habitantes. Grande parte da população vive em áreas urbanas, fortemente concentradas nas regiões Sudeste (86,4 milhões de habitantes), Nordeste (56,9 milhões de habitantes) e Sul (29,5 milhões de habitantes), enquanto as duas regiões mais extensas, o Centro-Oeste e o Norte, que formam 64,12% do território brasileiro, contam com um total de 33,4 milhões de habitantes.

A expectativa de vida do brasileiro ao nascer, em 2016, era estimada em 72,2 anos para homens e 79,4 anos para mulheres. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de fecundidade no Brasil era de 1,7 filhos por mulher em 2015. Nesse mesmo ano, a taxa de mortalidade infantil (de crianças com até um ano) foi de 13,8 mortes para cada mil nascidos vivos. Também em 2016, o país apresentou um PIB de 6,3 trilhões de reais; porém, apesar desse PIB nominal elevado, a distribuição de riqueza no país ainda é bastante concentrada, situação que se reflete no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) brasileiro, que assumiu, em 2015, a 79ª posição em uma lista de 187 países².

Com relação à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988 com a promulgação da Constituição Federal vigente, tornou o acesso universal, igualitário e integral à saúde um direito de todos e dever do Estado. O SUS organiza-se de forma descentralizada, com ações articuladas entre as três esferas da Federação: União, estados e municípios.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

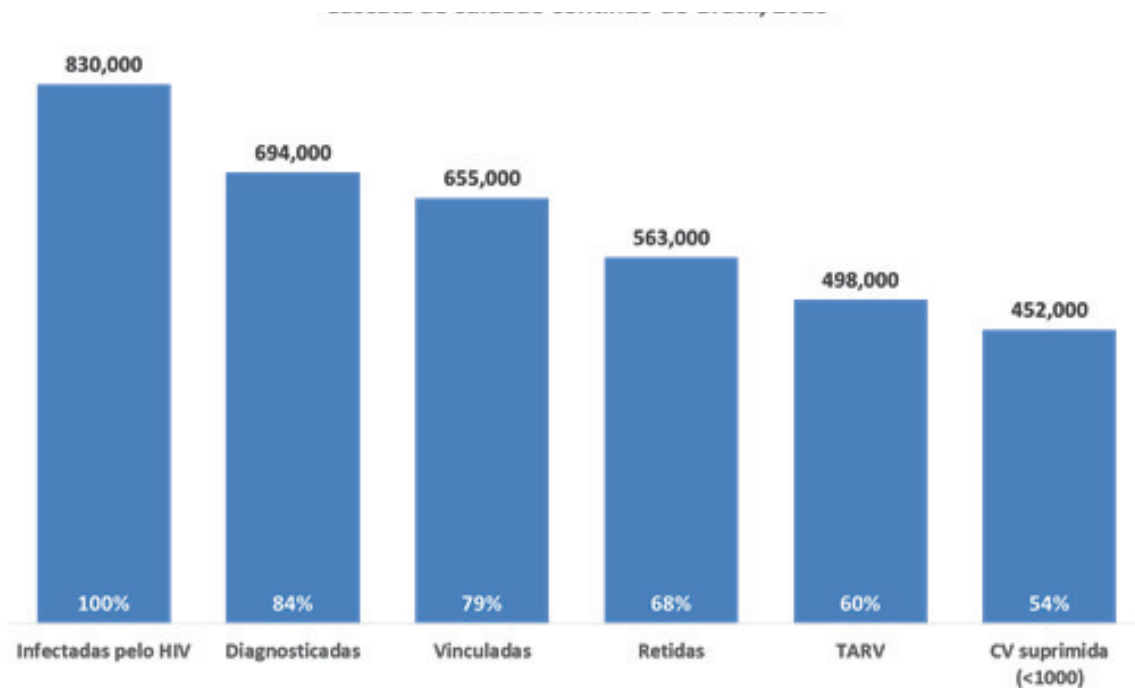
Em 2016, estimou-se que cerca de 830 mil indivíduos viviam com VIH/sida no Brasil, com uma taxa de prevalência de VIH na população geral de 0,4%. Nesse ano, 37,0% dos casos de VIH notificados ocorreram entre jovens de 20 a 29 anos. Entre homens, 60,8% dos casos de 2016 ocorreram entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

Nos últimos anos, têm-se utilizado as cascatas de cuidado como instrumentos fundamentais para nortear as tomadas de decisão e para o desenho de políticas de saúde baseadas em informações qualificadas. Da mesma maneira, por meio delas, podem-se analisar o avanço e os resultados dos esforços empreendidos para o alcance das metas 90-90-90 propostas pelo ONUSIDA para 2020, também adotadas pelo Brasil: 90% das pessoas vivendo com VIH (PVVIH) do país diagnosticadas; 90% destas em terapia antirretroviral (TARV); e 90% das pessoas em TARV com carga viral (CV)

² Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf>. Acesso em 18 dez. 2017.

suprimida. Das 830 mil PVVIH estimadas no país ao final de 2016, 84% (694 mil) estavam diagnosticadas; 79% (655 mil) haviam sido vinculadas a algum serviço de saúde; e 68% (563 mil) estavam retidas nesses serviços (Figura 6). Observa-se cobertura antirretroviral de 60% (498 mil) e supressão viral de 54% (452 mil) entre todos os indivíduos infectados pelo VIH.

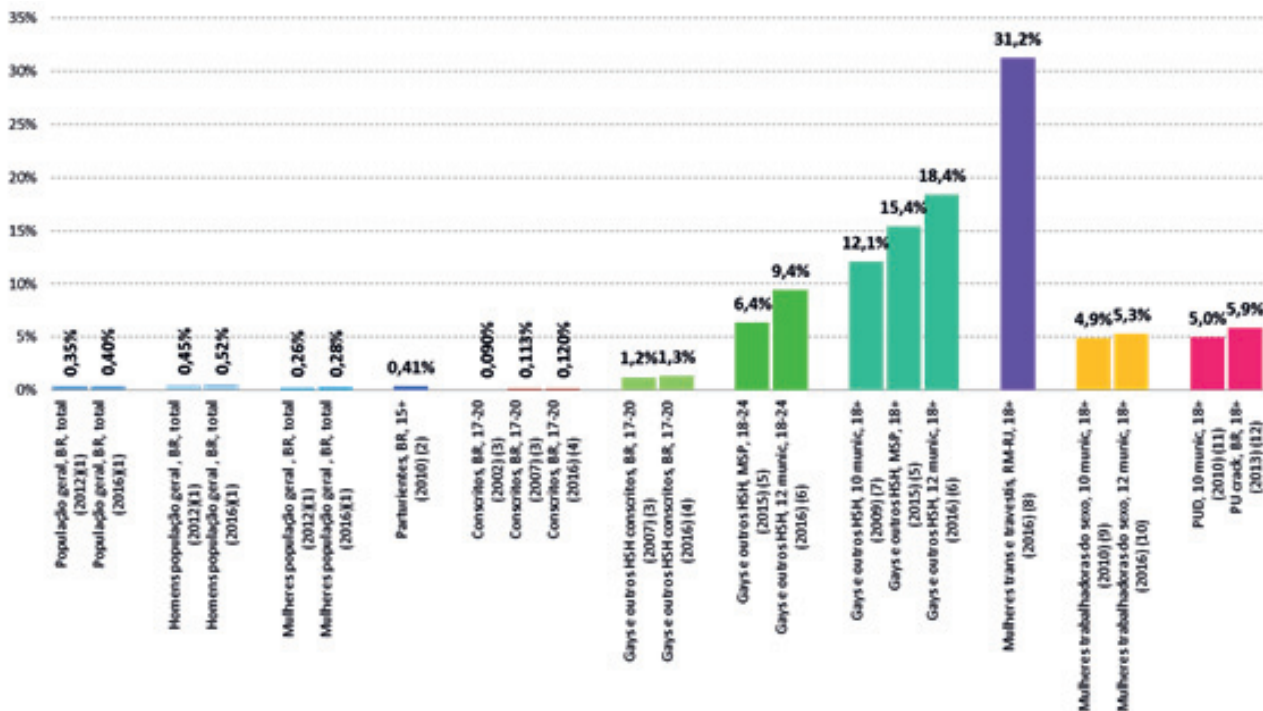
Figura 6. Cascata de cuidado contínuo do VIH. Brasil, 2016.



(*) Vinculadas: pelo menos um CD4 ou CV ou dispensação de ARV no ano; retidas: pelo menos dois CD4 ou CV ou estar em TARV.
Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

No ano de 2016, o DIAHV financiou pesquisas de vigilância epidemiológica e comportamental com o objetivo de monitorar a epidemia do VIH, da sífilis e das hepatites B e C em populações vulneráveis, tais como conscritos das forças armadas, HSH, mulheres trabalhadoras do sexo e travestis e transexuais. Resultados preliminares apresentaram uma prevalência de VIH de 18,4% entre HSH com 18 anos ou mais de idade e de 9,4% entre os HSH de 18 a 24 anos; para as hepatites, as prevalências observadas foram 0,75% e 1,73% para as hepatites B e C, respectivamente; para a sífilis, a prevalência encontrada foi de 27,6%. Com relação às mulheres trabalhadoras do sexo, a prevalência de VIH foi de 5,3%, e a de sífilis, de 8,5%. Já entre os conscritos, a prevalência de VIH foi de 0,1%; a de sífilis, de 1,6%; e a das hepatites, de 0,22% e 0,28%, respectivamente, para B e C. Entre os conscritos HSH, a prevalência de sífilis encontrada foi de 5,2% (sendo 4,9% de sífilis ativa) e a prevalência de VIH foi de 1,3% (Figura 7).

Figura 7. Taxas de prevalência de VIH por subgrupo populacional. Brasil, 2002-2016.



Fontes: (1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Brasília, 2016; (2) Pereira et al. Transitioning from antenatal surveillance surveys to routine HIV testing: a turning point in the mother-to-child transmission prevention programme for HIV surveillance in Brazil. *BMC Infect Dis.* 2017 Jul 5;17(1):469; (3) Szwarcwald et al. Práticas de risco relacionadas à infecção pelo HIV entre jovens brasileiros do sexo masculino, 2007. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.27, suppl.1, pp.s19-s26; (4) Spherhake et al. Apresentação realizada no Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017; (5) Veras et al. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav.* 2015 Sep;19(9):1589-98; (6) Kerr et al. Comportamento, atitudes e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017; (7) Kerr et al. HIV among MSM in a large middle-income country. *AIDS.* 2013 Jan 28;27(3):427-35; (8) Grinsztejn et al. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *The Lancet HIV.* 3018(17):30015-2, fev, 2017; (9) Damacena et al. Risk factors associated with HIV prevalence among female sex workers in 10 Brazilian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011 Aug;57 Suppl 3:S144-52; (10) Szwarcwald et al. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre mulheres profissionais do sexo em 12 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017; (11) Bastos et al. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2010; (12) Bastos et al. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: 2014. 224 p.

A mais recente Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP), realizada em 2013, informou sobre os conhecimentos e hábitos da população relacionados com o risco de infectar-se pelo VIH. Em relação ao conhecimento sobre as formas de prevenção e de transmissão do vírus, a maioria da população brasileira com idades entre 15 e 64 anos (94%) sabe que usar preservativo é a melhor maneira de evitar que o vírus da sida seja transmitido durante a relação sexual – um decréscimo de quatro pontos percentuais desde 2008. Um terço da população concordou com a afirmativa de que uma pessoa que esteja tomando medicamento para sida tem menos risco de transmitir o vírus para outra pessoa.

De modo geral, em 2013, 36,1% da população brasileira entre 15 e 64 anos já haviam se testado para o VIH alguma vez na vida, sendo as mulheres as que mais se testaram (44,8%). Nessa mesma faixa etária, 92,7% declararam ter tido, ao menos uma vez na vida, alguma prática sexual, sendo que 81,3% haviam tido pelo menos uma relação sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa. A proporção de pessoas que iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos diminuiu de 27,7% em 2008 para 25,1% em 2013, tendo sido observada diferença entre os sexos: nos homens, 34,9%, enquanto nas mulheres, 15,4%.

O número de parcerias sexuais na vida foi maior entre homens do que entre as mulheres: enquanto a proporção de homens com mais de dez parcerias foi de 56,6%, entre as mulheres foi de 26,3%. A proporção de indivíduos que tiveram relação sexual com pessoas do mesmo sexo foi de 6,5%, tendo sido maior entre os homens (7,9%). Entre as pessoas que tiveram relação sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa, 27,7% tiveram mais de uma parceria, 12,1% tiveram mais de cinco parcerias casuais, 81,1% tiveram relação sexual com parcerias fixas, 24,5% com parcerias casuais e 4,7% com pessoas que conheceram pela internet (7,0% dos homens e 2,2% das mulheres).

No que se refere aos jovens entre 15 e 24 anos de idade, 64,2% dos jovens sexualmente ativos utilizaram preservativo na primeira relação sexual. Entre a população sexualmente ativa nos 12 meses anteriores à pesquisa, 39,1% usaram preservativo na última relação, independentemente do tipo de parceria, e 66,7% usaram preservativo em relações com parceria casual. O uso de preservativo em todas as relações sexuais aconteceu em 23,5% com qualquer parceria, 19,9% com parceria fixa e 54,9% com parceria casual.

Estimou-se que o tamanho relativo da população de HSH no país é de 3,5%, sendo 1,2% bissexuais e 2,3% homossexuais.

A proporção de pessoas entre 15 e 64 anos que declararam ter tido relações sexuais em troca de dinheiro nos 12 meses que antecederam a pesquisa foi de 1,1%. Entre as mulheres, 0,8% eram trabalhadoras do sexo. O tamanho relativo do grupo de homens profissionais do sexo de idade entre 15 e 64 anos foi de 1,4%. Cerca de 4,7% dos homens declararam já ter pago por sexo alguma vez nos 12 meses que precederam a pesquisa.

Ainda de acordo com a PCAP de 2013, quando questionados sobre o uso de drogas, 10,3% dos entrevistados afirmaram ter feito, pelo menos uma vez na vida, uso de alguma substância psicoativa. No período correspondente à coleta de dados, 2,3% dos indivíduos declararam ainda fazer uso de alguma droga.

O diagnóstico precoce do VIH ($CD4 < 200$ células/mm³) no país caiu de 32% em 2010 para 25% em 2016, e o CD4 mediano, no mesmo período, passou de 374 células/mm³ para 415 células/mm³. Em relação ao CD4 de entrada em terapia antirretroviral, 36% das pessoas vivendo com VIH no país iniciaram a TARV com $CD4 \geq 500$ células/mm³, e um quarto delas iniciou a terapia com CD4 abaixo de 200 células/mm³. Essas proporções eram de 14% e 35%, respectivamente, no ano de 2009. Estimou-se que 16,5% das PVVIH do país ainda não haviam iniciado tratamento ao final de 2016, e que o período médio entre a realização do primeiro CD4 e o início da TARV foi de 46 dias.

Em 2016, aproximadamente 498 mil pessoas estavam em TARV no Brasil, número 230% maior que no ano de 2009, e 91% delas tinham carga viral abaixo de 1.000 cópias/mL. Iniciaram a TARV no último ano aproximadamente 70 mil pessoas, sendo 58% delas do sexo masculino e 50% com idade entre 25 e 39 anos.

De 2007 até junho de 2017, foram notificados no SINAN 194.217 casos de infecção pelo VIH no Brasil, sendo 96.439 (49,7%) na região Sudeste, 40.275 (20,7%) na região Sul, 30.297 (15,6%) na região Nordeste, 14.275 (7,4%) na região Norte e 12.931 (6,7%) na região Centro-Oeste. No ano de 2016, foram notificados 37.884 casos de infecção pelo VIH, sendo 3.912 (10,3%) casos na região Norte, 7.693 (20,3%) casos na região Nordeste, 15.759 (41,6%) na região Sudeste, 7.688 (20,3%) na região Sul e 2.832 (7,5%) na região Centro-Oeste (Tabela 3).

Tabela 3. Casos de VIH notificados no SINAN, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017^(1,2)

UF de Residência	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total 2007-2017
Brasil	6862	7457	8041	9539	11318	12891	18537	28957	36360	37884	16371	194217
Norte	158	194	259	406	475	556	894	2246	3381	3912	1794	14275
Nordeste	409	469	607	832	1144	1325	2153	4795	7190	7693	3680	30297
Sudeste	4928	5308	5592	6287	6963	7701	9482	12966	14907	15759	6546	96439
Sul	1141	1269	1294	1608	2057	2520	4712	6751	8067	7688	3168	40275
Centro-Oeste	226	217	289	406	679	789	1296	2199	2815	2832	1183	12931

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) SINAN até 30/06/2017. (2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Nesse período, foi notificado no SINAN um total de 131.969 (67,9%) casos de infecção pelo VIH em homens e 62.198 (32,1%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2016, desconsiderando casos de VIH em gestantes, foi de 2,5 (M:F) (Tabela 4).

Tabela 4. Número de casos de VIH notificados no SINAN, por sexo e razão de sexo, por ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017^(1,2)

Ano de diagnóstico	Número de casos			Razão M:F
	Masculino	Feminino	Total ⁽³⁾	
2007	4050	2811	6862	1,4
2008	4438	3017	7457	1,5
2009	4965	3075	8041	1,6
2010	6063	3475	9539	1,7
2011	7533	3782	11318	2,0
2012	8498	4390	12891	1,9
2013	12309	6223	18537	2,0
2014	19824	9123	28957	2,2
2015	25481	10868	36360	2,3
2016	26934	10943	37884	2,5
2017	11874	4491	16371	-
Total	131969	62198	194217	

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Sinan até 30/06/2017.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

(3) 50 casos ignorados com relação ao sexo.

No que se refere às faixas etárias, observou-se que, no período de 2007 a 2017, a maioria dos casos de infecção pelo VIH ocorreu entre indivíduos nas faixas de 20 a 34 anos, com percentual de 52,5% dos casos. Com relação à escolaridade, no mesmo período, verificou-se um elevado percentual de casos com informação ignorada (25,4%), o que dificulta uma melhor avaliação dos casos de infecção pelo VIH relativos a esse item (Tabela 5).

Com relação à raça/cor da pele autodeclarada, observou-se que, entre os casos de infecção pelo VIH registrados no SINAN no período de 2007 a 2017, 47,6% ocorreram entre pessoas brancas e 51,5% entre pretas e pardas. No sexo masculino, 49,6% dos casos estão entre brancos e 49,4% entre pretos e pardos; entre as mulheres, 43,2% dos casos são entre brancas e 55,9% entre pretas e pardas. Ressalte-se o alto percentual de casos com a informação sobre raça/cor ignorada: em torno de 8,5% nos últimos cinco anos (Tabela 6).

Tabela 6. Casos de VIH (número e percentual) notificados no SINAN, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017^(1,2)

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Subtotal		Ignorado		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº
Masculino															
2007	2116	58,7	384	10,7	25	0,7	1068	29,6	11	0,3	3604	89,0	446	11,0	4050
2008	2363	59,1	419	10,5	27	0,7	1183	29,6	9	0,2	4001	90,2	437	9,8	4438
2009	2578	57,2	473	10,5	26	0,6	1418	31,5	13	0,3	4508	90,8	457	9,2	4965
2010	3147	57,1	499	9,1	33	0,6	1817	33,0	17	0,3	5513	90,9	550	9,1	6063
2011	3777	54,9	633	9,2	28	0,4	2416	35,1	20	0,3	6874	91,3	659	8,7	7533
2012	4282	54,8	745	9,5	37	0,5	2728	34,9	24	0,3	7816	92,0	682	8,0	8498
2013	6049	54,1	1065	9,5	67	0,6	3975	35,6	24	0,2	11180	90,8	1129	9,2	12309
2014	9018	49,7	1792	9,9	116	0,6	7165	39,5	55	0,3	18146	91,5	1678	8,5	19824
2015	10850	46,6	2356	10,1	168	0,7	9803	42,1	85	0,4	23262	91,3	2219	8,7	25481
2016	10801	43,9	2619	10,6	163	0,7	10915	44,4	104	0,4	24602	91,3	2332	8,7	26934
2017	4777	43,5	1184	10,8	62	0,6	4890	44,6	61	0,6	10974	92,4	900	7,6	11874
Total	59758	49,6	12169	10,1	752	0,6	47378	39,3	423	0,4	120480	91,3	11489	8,7	131969
Feminino															
2007	1329	52,2	366	14,4	13	0,5	830	32,6	7	0,3	2545	90,5	266	9,5	2811
2008	1439	53,2	352	13,0	9	0,3	895	33,1	12	0,4	2707	89,7	310	10,3	3017
2009	1437	51,1	382	13,6	16	0,6	970	34,5	8	0,3	2813	91,5	262	8,5	3075
2010	1565	48,9	420	13,1	19	0,6	1183	37,0	14	0,4	3201	92,1	274	7,9	3475
2011	1731	50,0	436	12,6	12	0,3	1274	36,8	9	0,3	3462	91,5	320	8,5	3782
2012	1824	45,3	580	14,4	25	0,6	1593	39,5	7	0,2	4029	91,8	361	8,2	4390
2013	2608	46,4	785	14,0	30	0,5	2185	38,9	16	0,3	5624	90,4	599	9,6	6223
2014	3397	40,9	1151	13,8	45	0,5	3694	44,4	26	0,3	8313	91,1	810	8,9	9123
2015	3925	39,3	1379	13,8	72	0,7	4579	45,8	36	0,4	9991	91,9	877	8,1	10868
2016	3828	38,1	1421	14,2	56	0,6	4692	46,8	39	0,4	10036	91,7	907	8,3	10943
2017	1501	36,2	628	15,1	23	0,6	1975	47,6	25	0,6	4152	92,5	339	7,5	4491
Total	24584	43,2	7900	13,9	320	0,6	23870	42,0	199	0,3	56873	91,4	5325	8,6	62198
Total⁽³⁾															
2007	3445	56,0	750	12,2	38	0,6	1898	30,9	18	0,3	6149	89,6	713	10,4	6862
2008	3803	56,7	771	11,5	36	0,5	2078	31,0	21	0,3	6709	90,0	748	10,0	7457
2009	4015	54,8	855	11,7	42	0,6	2388	32,6	21	0,3	7321	91,0	720	9,0	8041
2010	4712	54,1	919	10,5	52	0,6	3001	34,4	31	0,4	8715	91,4	824	8,6	9539
2011	5510	53,3	1069	10,3	40	0,4	3690	35,7	29	0,3	10338	91,3	980	8,7	11318
2012	6106	51,5	1325	11,2	62	0,5	4322	36,5	31	0,3	11846	91,9	1045	8,1	12891
2013	8659	51,5	1850	11,0	97	0,6	6163	36,7	40	0,2	16809	90,7	1728	9,3	18537
2014	12417	46,9	2943	11,1	161	0,6	10861	41,0	81	0,3	26463	91,4	2494	8,6	28957
2015	14779	44,4	3736	11,2	240	0,7	14384	43,2	121	0,4	33260	91,5	3100	8,5	36360
2016	14631	42,2	4041	11,7	219	0,6	15609	45,1	143	0,4	34643	91,4	3241	8,6	37884
2017	6278	41,5	1812	12,0	85	0,6	6870	45,4	86	0,6	15131	92,4	1240	7,6	16371
Total	84355	47,6	20071	11,3	1072	0,6	71264	40,2	622	0,4	177384	91,3	16833	8,7	194217

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos. (3) 50 casos ignorados com relação ao sexo.

Entre os homens maiores de 13 anos de idade, no período de 2007 a junho de 2017, verificou-se que 48,9% dos casos de infecção pelo VIH foram decorrentes de exposição homossexual, 37,6% heterossexual, 9,6% bissexual e 2,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (UDI); entre as mulheres, nessa mesma faixa etária, note-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual e 1,7% na de UDI. A notificação compulsória da infecção pelo VIH, no entanto, é muito recente, o que impede uma análise epidemiológica rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil (Tabela 7).

Tabela 7. Casos de VIH notificados no SINAN (número e percentual) em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, segundo categoria de exposição hierarquizada, por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2007-2017^(1,2)

Categoria de exposição	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Masculino																								
Sexual	1064	32,0	1356	37,4	1717	41,4	2229	44,2	2936	45,9	3547	49,3	5125	49,7	8230	49,2	10907	51,1	11841	51,5	5556	53,4	54508	48,9
Bissexual	419	12,6	433	11,9	436	10,5	503	10,0	624	9,8	668	9,3	977	9,5	1610	9,6	1939	9,1	2128	9,3	948	9,1	10685	9,6
Heterossexual	1552	46,7	1592	43,9	1738	41,9	2058	40,8	2508	39,2	2694	37,4	3869	37,5	6283	37,6	7789	36,5	8266	35,9	3588	34,5	41937	37,6
UDI	261	7,9	226	6,2	225	5,4	221	4,4	288	4,5	234	3,3	268	2,6	424	2,5	469	2,2	458	2,0	169	1,6	3243	2,9
Hemofílico	5	0,2	2	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	2	0,0	5	0,0	3	0,0	6	0,0	5	0,0	30	0,0
Transfusão	1	0,0	3	0,1	1	0,0	1	0,0	2	0,0	1	0,0	1	0,0	4	0,0	2	0,0	5	0,0	1	0,0	22	0,0
Acidente de trabalho	1	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	1	0,0	3	0,0	4	0,0	1	0,0	11	0,0
Transmissão vertical	17	0,5	18	0,5	35	0,8	33	0,7	36	0,6	49	0,7	67	0,6	166	1,0	241	1,1	294	1,3	132	1,3	1088	1,0
Subtotal	3320	83,5	3630	83,3	4152	85,3	5045	84,7	6394	86,3	7195	86,1	10310	85,1	16723	85,6	21353	84,8	23002	86,3	10400	88,5	111524	85,7
Ignorado	656	16,5	728	16,7	714	14,7	909	15,3	1014	13,7	1166	13,9	1799	14,9	2818	14,4	3842	15,2	3658	13,7	1349	11,5	18653	14,3
Total	3976	100,0	4358	100,0	4866	100,0	5954	100,0	7408	100,0	8361	100,0	12109	100,0	19541	100,0	25195	100,0	26660	100,0	11749	100,0	130177	100,0
Feminino																								
Sexual	2397	96,7	2519	96,9	2610	96,6	2935	96,4	3171	96,4	3748	96,8	5409	97,4	7677	97,1	9182	96,7	9198	96,7	3853	96,5	52699	96,8
UDI	64	2,6	56	2,2	61	2,3	74	2,4	88	2,7	82	2,1	80	1,4	125	1,6	148	1,6	119	1,3	52	1,3	949	1,7
Hemofílico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Transfusão	1	0,0	2	0,1	3	0,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,1	3	0,0	6	0,1	7	0,1	3	0,1	29	0,1
Acidente de trabalho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	0	0,0	7	0,0
Transmissão vertical	17	0,7	23	0,9	28	1,0	36	1,2	31	0,9	43	1,1	62	1,1	105	1,3	162	1,7	189	2,0	84	2,1	780	1,4
Subtotal	2479	90,4	2600	88,7	2702	89,8	3046	90,0	3291	89,2	3873	90,0	5556	91,4	7910	88,4	9499	89,0	9516	88,4	3992	90,5	54464	89,4
Ignorado	263	9,6	330	11,3	306	10,2	339	10,0	399	10,8	428	10,0	526	8,6	1033	11,6	1170	11,0	1253	11,6	419	9,5	6466	10,6
Total	2742	100,0	2930	100,0	3008	100,0	3385	100,0	3690	100,0	4301	100,0	6082	100,0	8943	100,0	10669	100,0	10769	100,0	4411	100,0	60930	100,0

Fonte: MISA/S/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.
Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017. (2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Quanto à síndrome da imunodeficiência adquirida decorrente do vírus (sida), no Brasil, de 1980 a junho de 2017, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) um total de 882.810 casos de sida. A distribuição proporcional dos casos de sida, identificados de 1980 até junho de 2017, mostra uma concentração maior nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 52,3% e 20,1% do total de casos. As regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 15,4%, 6,1% e 6,0% do total dos casos, respectivamente (Tabela 8).

Tabela 8. Casos de sida notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM⁽¹⁾, segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2017^(2,3)

UF de Residência	1980-2004 ⁽⁴⁾	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total ⁽⁵⁾ 1980-2017
Brasil	387838	37842	37158	38228	40557	40426	39966	41926	41530	42457	41279	39860	38090	15653	882810
Norte	11313	2092	2240	2511	3105	3178	3433	3438	3517	4357	4503	4289	4406	1808	54190
Nordeste	39768	6088	5773	6597	7155	7467	7703	8116	8491	9050	8846	8828	8662	3746	136290
Sudeste	246119	19770	18671	17704	18056	18308	17604	18298	17476	16990	16406	15690	14961	5935	461988
Sul	70274	7625	8250	9053	9773	8932	8661	9282	9073	9007	8605	8322	7439	3031	177327
Centro-Oeste	20361	2267	2224	2363	2468	2540	2564	2792	2973	3052	2919	2729	2621	1133	53006

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) O SICLOM foi utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(2) SINAN e SISCEL até 30/06/2017 e SIM de 2000 a 2016.

(3) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

(4) Para o período de 1980 a 2004, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar <www.aids.gov.br>, no menu Centrais de Conteúdos > Boletins Epidemiológicos.

(5) Nove casos ignorados em relação à UF.

A taxa de detecção de sida no país está em torno de 20 casos por 100 mil habitantes, indicando uma estabilização ao longo dos últimos anos (Tabela 9). Isso indica que o Brasil registra uma marca de cerca de 40 mil novos casos de sida por ano.

Tabela 9. Taxa de detecção de sida. Brasil, 2012-2016^(1,2)

Ano do diagnóstico	Nº de casos	Taxa de detecção
2012	41530	21,4
2013	42457	21,1
2014	41279	20,4
2015	39860	19,5
2016	38090	18,5

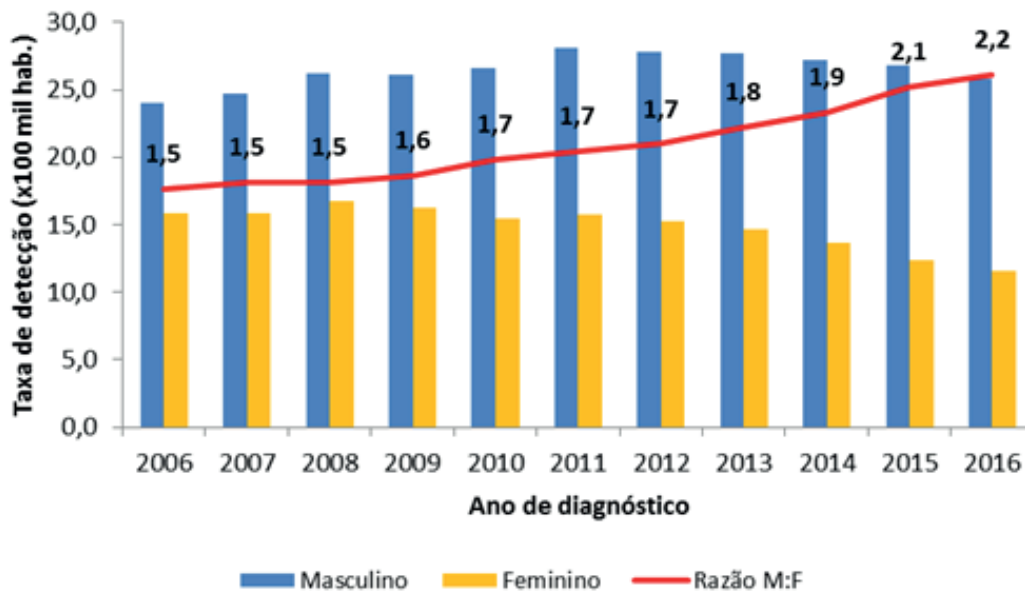
Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2017 e declarados no SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

As taxas de detecção de sida em homens nos últimos dez anos têm apresentado tendência de crescimento; em 2006, a taxa foi de 24,1 casos/100 mil habitantes, a qual passou para 25,8 em 2016: aumento de 7,1%. Entre as mulheres, nota-se tendência de queda dessa taxa nos últimos dez anos, que passou de 15,9 em 2006, para 11,6 casos/100 mil habitantes em 2016, representando uma redução de 27%. A partir de 2009, observou-se uma redução gradual dos casos de sida em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 22 casos de sida em homens para cada 10 casos em mulheres em 2016, comparados a 15 casos em 2006 (Figura 8).

Figura 8. Taxa de detecção de sida por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

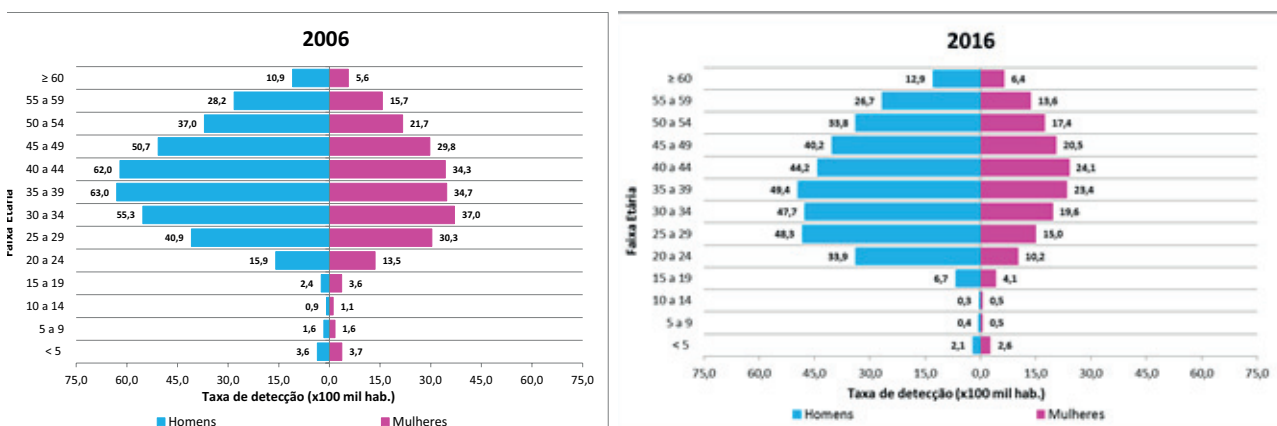
Notas: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLON até 30/06/2017 e declarados no SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

A maior concentração dos casos de sida no Brasil ocorreu entre indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Os casos nessa faixa etária correspondem a 52,9% dos casos do sexo masculino e, entre as mulheres, a 49,0% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2017.

Quando comparados os anos de 2006 e de 2016, observaram-se reduções nas taxas de detecção entre os indivíduos de até 14 anos de idade, em ambos os sexos. Nas demais faixas etárias, a taxa de detecção entre os homens foi superior, sendo até três vezes maior do que entre as mulheres no último ano para as faixas etárias de 20 a 24 anos e de 25 a 29 anos (Figura 9).

Figura 9. Taxa de detecção de sida por sexo e razão de sexos, por ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLON até 30/06/2017 e declarados no SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas pelo VIH. Verificou-se que 39,1% delas residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes VIH-positivas no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste.

A taxa de detecção de gestantes com VIH no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha. Em 2012, foram distribuídos 366.910 testes de VIH para gestantes, enquanto em 2017, somente até o mês de outubro, já haviam sido distribuídos 3.350.440 testes.

Em um período de dez anos, houve aumento de 23,8% na taxa de detecção de VIH em gestantes: em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2016, passou para 2,6/mil nascidos vivos. A tendência de crescimento também é verificada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste, com taxa de 2,2 casos/mil nascidos vivos em 2006 e 2,0 em 2016. As regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa; ambas apresentavam taxa de 1,2 em 2006, passando para 2,9 e 2,0 casos/mil nascidos vivos em 2016, respectivamente. Em 2016, a região Sul mostrou a maior taxa de detecção (5,6 casos/mil nascidos vivos) entre as regiões – aproximadamente 2,2 vezes maior que a taxa do Brasil.

Em 2016, foram notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLUM, 349 casos de sida em menores de cinco anos, a maioria dos quais na Região Nordeste (32,1%), seguida pelo Sudeste (29,2%), Sul (17,2%), Norte (16,6%) e Centro-Oeste (4,9%) (Tabela 10 e Figura 10).

Tabela 10. Casos de sida (número e taxa de detecção/100.000 hab.) em menores de cinco anos de idade notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLUM⁽¹⁾, segundo UF e região de residência por ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2017^(2,3)

UF de Residência	1980-2004 ⁽⁴⁾		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016 ⁽⁵⁾		2017		1980-2017	
	n°	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	n°	
Brasil	10603	797	4,5	654	3,6	600	3,6	603	3,8	559	3,6	553	4,0	473	3,4	474	3,4	430	2,8	412	2,8	346	2,3	349	2,4	125	16978			
Norte	318	62	3,3	80	4,2	71	4,2	89	5,5	78	4,9	89	5,7	68	4,3	70	4,4	61	3,6	72	4,3	49	2,9	58	3,5	18	1183			
Nordeste	925	184	3,4	128	2,3	156	3,0	155	3,0	151	3,0	159	3,8	111	2,6	122	2,8	136	2,9	130	2,8	103	2,3	112	2,5	32	2604			
Sudeste	6155	353	5,1	261	3,7	192	3,0	202	3,3	190	3,2	186	3,6	169	3,2	155	2,9	131	2,3	117	2,0	109	2,0	102	1,8	49	8371			
Sul	2641	166	6,9	152	6,3	152	7,4	138	7,1	123	6,6	94	5,3	111	6,3	104	5,8	77	4,0	74	3,9	69	3,7	60	3,2	22	3983			
Centro-Oeste	564	32	2,5	33	2,5	29	2,4	19	1,6	17	1,4	25	2,4	14	1,3	23	2,1	25	2,2	19	1,7	16	1,4	17	1,5	4	837			

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) SICLUM utilizado para validação dos dados do SISCEL.

(2) SINAN e SISCEL até 30/06/2017 e SIM de 2000 a 2016.

(3) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

(4) Para o período de 1980 a 2004, consultar Boletins Epidemiológicos anteriores ou acessar <www.aids.gov.br>, no menu Centrais de Conteúdos > Boletins Epidemiológicos.

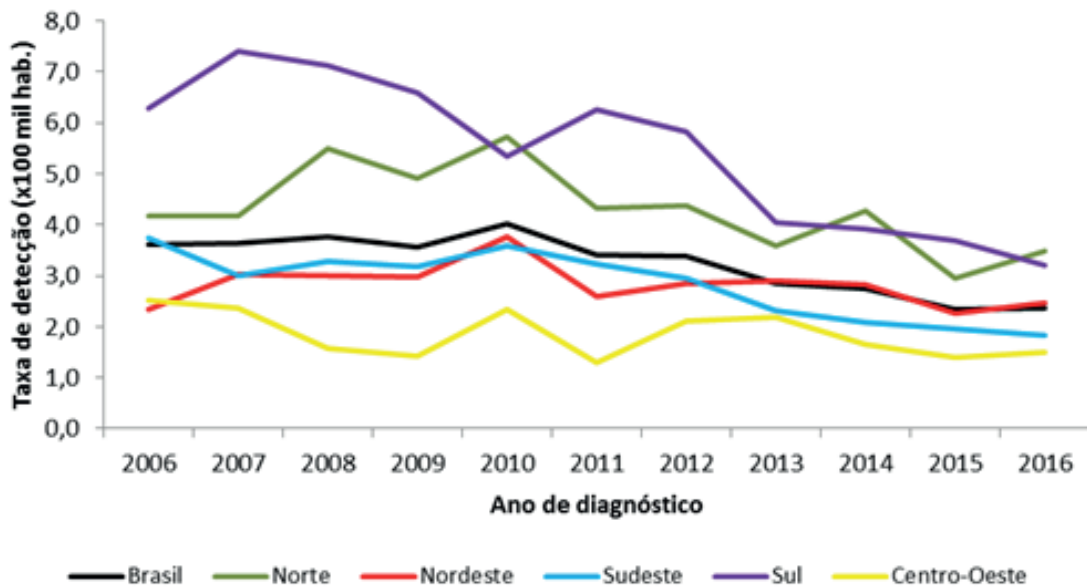
(5) Taxa de detecção de 2016 calculada sobre a população de 2015.

População: MS/SE/Datasus, em <www.datasus.gov.br>, no menu Informações de Saúde > Demográficas e Socioeconômicas, acessado em 06/11/2017.

A taxa de detecção de casos de sida em menores de cinco anos, indicador utilizado no Brasil para monitorar a redução da transmissão vertical do VIH³, em 2016 foi de 2,4 casos/100.000 habitantes. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste também apresentaram tendência de queda nessa taxa, com diminuição de 51,4%, 49,2% e 40,0%, respectivamente, na comparação entre 2006 e 2016. A região Nordeste apresentou um leve aumento na taxa de detecção de sida em menores de cinco anos: 8,7%, passando de 2,3 casos por 100 mil habitantes em 2006 para 2,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. A região Norte apresentou uma discreta redução de 16,7%, passando de 4,2 em 2006 para 3,5 casos/100 mil hab. em 2016 (Figura 10).

3 Mendes Pereira GF, Caruso da Cunha AR, Rocha Moreira MB et al. Perspectivas para o controle da transmissão vertical do HIV no Brasil. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Saúde Brasil, 2010.

Figura 10. Taxa de incidência de VIH/sida (por 100.000 habitantes) em menores de cinco anos por região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

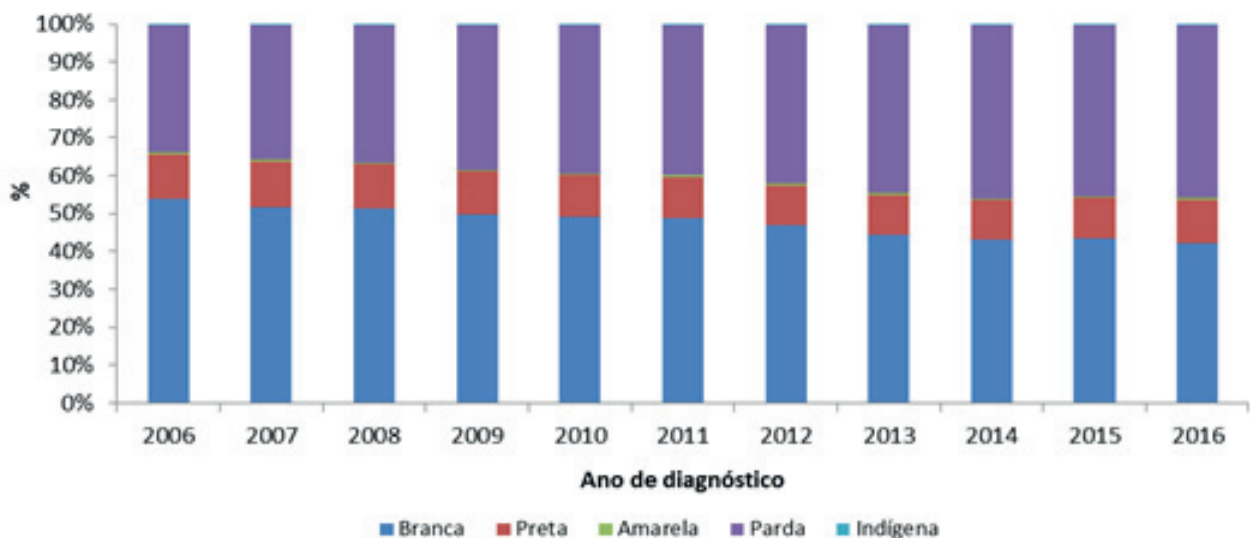
Notas: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLON até 30/06/2017 e declarados no SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Quando analisados os casos de sida nos últimos dez anos e a distribuição dos indivíduos pelo quesito raça/cor, observou-se queda de 21,9% na proporção de casos entre pessoas brancas. Entre as pessoas autodeclaradas pardas, a proporção aumentou 35,7%.

Comparando-se a distribuição proporcional dos casos de sida segundo raça/cor da pele no período de 2006 a 2016, notou-se aumento da proporção de casos em indivíduos autodeclarados pardos, redução da proporção de casos entre brancos e estabilidade entre as demais raças/cores. Entre os indivíduos autodeclarados pretos ou pardos, a proporção de casos entre os homens foi inferior à proporção de casos entre as mulheres (Tabela 11 e Figura 11).

Figura 11. Proporção de casos de sida notificados no SINAN por raça/cor e ano de diagnóstico. Brasil, 2006-2016^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Tabela 11. Casos de sida (número e percentual) notificados no SINAN, segundo raça/cor por sexo e ano de diagnóstico. Brasil, 2005-2017^(2,3)

Ano de diagnóstico	Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena		Subtotal		Ignorado		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Masculino															
2005	7781	54,5	1632	11,4	106	0,7	4733	33,2	25	0,2	14277	89,2	1733	10,8	16010
2006	7776	55,3	1496	10,6	88	0,6	4658	33,2	32	0,2	14050	89,7	1606	10,3	15656
2007	7813	52,8	1606	10,8	125	0,8	5204	35,1	61	0,4	14809	90,4	1570	9,6	16379
2008	8241	52,5	1628	10,4	84	0,5	5693	36,3	37	0,2	15683	91,0	1546	9,0	17229
2009	8305	50,8	1677	10,3	86	0,5	6235	38,1	46	0,3	16349	91,1	1594	8,9	17943
2010	8750	50,8	1691	9,8	75	0,4	6644	38,6	59	0,3	17219	91,9	1527	8,1	18746
2011	9065	50,0	1774	9,8	93	0,5	7149	39,4	50	0,3	18131	92,1	1555	7,9	19686
2012	8867	47,8	1798	9,7	94	0,5	7744	41,7	54	0,3	18557	93,2	1363	6,8	19920
2013	8603	45,8	1835	9,8	86	0,5	8191	43,6	56	0,3	18771	92,7	1473	7,3	20244
2014	7817	44,4	1718	9,8	73	0,4	7952	45,2	44	0,2	17604	93,2	1284	6,8	18888
2015	7211	44,5	1640	10,1	69	0,4	7236	44,7	38	0,2	16194	93,9	1059	6,1	17253
2016	6249	43,6	1570	11,0	56	0,4	6413	44,7	49	0,3	14337	94,1	905	5,9	15242
2017	2282	41,7	599	11,0	24	0,4	2545	46,5	19	0,3	5469	94,9	296	5,1	5765
Feminino															
2005	4899	52,4	1246	13,3	71	0,8	3106	33,3	19	0,2	9341	89,7	1068	10,3	10409
2006	4655	51,6	1195	13,3	61	0,7	3080	34,2	23	0,3	9014	90,1	991	9,9	10005
2007	4643	50,0	1259	13,5	42	0,5	3319	35,7	30	0,3	9293	91,1	909	8,9	10202
2008	4916	49,7	1319	13,3	37	0,4	3586	36,3	31	0,3	9889	91,2	960	8,8	10849
2009	4757	48,5	1249	12,7	46	0,5	3727	38,0	32	0,3	9811	91,0	970	9,0	10781
2010	4511	46,3	1257	12,9	57	0,6	3877	39,8	43	0,4	9745	92,5	789	7,5	10534
2011	4611	46,7	1228	12,4	52	0,5	3945	39,9	40	0,4	9876	91,7	897	8,3	10773
2012	4391	44,9	1190	12,2	53	0,5	4092	41,9	49	0,5	9775	92,7	770	7,3	10545
2013	3948	41,9	1103	11,7	35	0,4	4311	45,7	32	0,3	9429	92,7	748	7,3	10177
2014	3377	40,5	995	11,9	37	0,4	3898	46,8	28	0,3	8335	93,1	614	6,9	8949
2015	2843	40,8	850	12,2	26	0,4	3222	46,2	30	0,4	6971	94,3	423	5,7	7394
2016	2293	38,5	776	13,0	29	0,5	2835	47,6	23	0,4	5956	93,9	390	6,1	6346
2017	833	38,9	282	13,2	6	0,3	1013	47,3	9	0,4	2143	94,7	121	5,3	2264
Total⁽³⁾															
2005	12680	53,7	2878	12,2	177	0,7	7839	33,2	44	0,2	23618	89,4	2802	10,6	26420
2006	12431	53,9	2691	11,7	149	0,6	7738	33,6	55	0,2	23064	89,9	2597	10,1	25661
2007	12456	51,7	2866	11,9	167	0,7	8523	35,4	91	0,4	24103	90,7	2479	9,3	26582
2008	13157	51,5	2947	11,5	121	0,5	9279	36,3	68	0,3	25572	91,1	2506	8,9	28078
2009	13063	49,9	2926	11,2	132	0,5	9962	38,1	78	0,3	26161	91,1	2564	8,9	28725
2010	13261	49,2	2948	10,9	132	0,5	10521	39,0	102	0,4	26964	92,1	2316	7,9	29280
2011	13676	48,8	3002	10,7	145	0,5	11095	39,6	90	0,3	28008	92,0	2452	8,0	30460
2012	13258	46,8	2988	10,5	147	0,5	11836	41,8	103	0,4	28332	93,0	2133	7,0	30465
2013	12551	44,5	2938	10,4	121	0,4	12502	44,3	88	0,3	28200	92,7	2221	7,3	30421
2014	11194	43,2	2713	10,5	110	0,4	11850	45,7	72	0,3	25939	93,2	1899	6,8	27838
2015	10054	43,4	2490	10,7	95	0,4	10458	45,1	68	0,3	23165	94,0	1482	6,0	24647
2016	8542	42,1	2346	11,6	85	0,4	9248	45,6	72	0,4	20293	94,0	1295	6,0	21588
2017	3115	40,9	882	11,6	30	0,4	3558	46,7	28	0,4	7613	94,8	418	5,2	8031

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos notificados no SINAN até 30/06/2017.

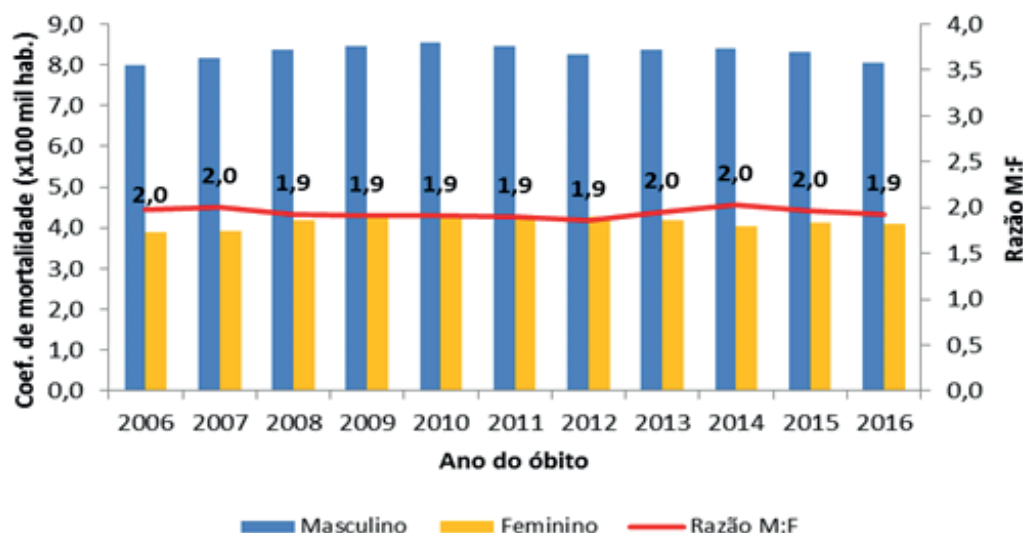
(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

(3) Sete casos ignorados com relação ao sexo.

Desde o início da epidemia de sida (1980) até 31 de dezembro de 2016, foram notificados no Brasil 316.088 óbitos tendo o VIH/sida como causa básica (CID10: B20 a B24). A maior proporção desses óbitos ocorreu na região Sudeste (59,6%), seguida das regiões Sul (17,6%), Nordeste (13,0%), Centro-Oeste (5,1%) e Norte (4,7%). Em 2016, a distribuição proporcional dos 12.366 óbitos foi a seguinte: 42,4% no Sudeste, 21,3% no Nordeste, 19,6% no Sul, 10,2% no Norte e 6,5% no Centro-Oeste.

Para o ano de 2016, o coeficiente bruto de mortalidade relacionada à sida no Brasil foi de 6,0/100.000 habitantes. Para esse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade em homens e em mulheres ficou na casa dos 8,1/100.000 e 4,1/100.000 habitantes, respectivamente (Figura 12).

Figura 12. Coeficiente de mortalidade por sida segundo sexo e razão de sexos. Brasil, 2006-2016^(1,2)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Casos declarados no SIM de 2000 a 2016.

(2) Dados preliminares para os últimos cinco anos.

3. RESPOSTA NACIONAL

A resposta brasileira à epidemia de VIH/sida está fundamentada no direito à saúde e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo estruturada nos seguintes pilares: inovação (incorporação de novas tecnologias para o diagnóstico, prevenção e tratamento); evidência científica (utilização de estudos e pesquisas de vanguarda e incorporação de resultados visando a eficácia, eficiência e efetividade da rede de atenção); diálogo com todos os atores (interação com organizações de base comunitária, academia, estados e municípios, conselhos de classe, frentes parlamentares e outras instâncias colegiadas); atuação internacional (participação, visibilidade e protagonismo nos fóruns multilaterais e prática de cooperação Sul-Sul).

A promoção da prevenção, do diagnóstico e do tratamento das IST/VIH/sida no Brasil é realizada a partir de intensa mobilização e articulação entre as esferas federal, estadual e municipal da gestão em saúde. No país, utiliza-se o paradigma da Prevenção Combinada do VIH.

A denominação “Prevenção Combinada do VIH” remete à ideia de conjugação de diferentes ações tanto de prevenção ao VIH quanto aos fatores associados à infecção. Assim, sua definição parte do pressuposto de que as diferentes intervenções devem ser conciliadas em uma estratégia conjunta, por meio da combinação das três formas de intervenções possíveis na formulação de estratégias de prevenção ao VIH: biomédicas, comportamentais e estruturais. A conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados e possibilidades do termo “Prevenção Combinada”. Considera-se ainda que essa combinação de ações deve ser centrada nos indivíduos, em seus grupos sociais e na sociedade em que estão inseridos. A premissa básica estabelecida é a de que estratégias de prevenção abrangentes devem observar de forma concomitante esses diferentes focos, levando sempre em consideração as especificidades dos sujeitos e dos seus contextos, bem como as variadas formas de transmissão do vírus.

A estratégia da Prevenção Combinada, no Brasil, abrange a terapia antirretroviral para todas as PVVIH; o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites virais; imunização para as hepatites virais; redução de danos para pessoas que usam drogas; distribuição de insumos de prevenção; testagem regular para o VIH, outras IST e hepatites virais; profilaxias pós-exposição e pré-exposição (esta última, em vias de implementação nacional) para o VIH.

PrEP

A profilaxia pré-exposição ao VIH (PrEP) consiste no uso de antirretrovirais (ARV) para reduzir o risco de adquirir a infecção pelo VIH. A eficácia e a segurança da PrEP já foram comprovadas em diversos estudos clínicos e subpopulações, tendo-se evidenciado sua efetividade em estudos de demonstração⁴, com redução de até 90% do risco de infecção.

O governo brasileiro introduziu, em dezembro de 2017, a PrEP como uma estratégia adicional ao conjunto de ações preventivas ao VIH para pessoas soronegativas sob maior risco de adquirir o vírus. No Brasil, sua indicação está voltada a pessoas que tenham práticas sexuais de maior risco, pertencentes aos grupos de maior prevalência para o VIH (gays/HSH, pessoas trans e trabalhadores do sexo) ou em parcerias sorodiferentes para o VIH.

A partir dos marcos da Prevenção Combinada do VIH, que estabelecem diferenciação de ações de prevenção para distintos grupos, de acordo suas vulnerabilidades, a PrEP é orientada apenas para algumas das populações sob maior risco e vulnerabilidade para adquirir o VIH: HSH, mulheres trans, trabalhadoras do sexo e parcerias sorodiferentes (quando apenas uma delas está infectada).

PEP

A profilaxia pós-exposição (PEP) é parte dos esforços de Prevenção Combinada e já está implantada no âmbito do SUS. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de PEP tem por objetivo simplificar a prescrição, visando a expansão da estratégia de Prevenção Combinada, por meio da recomendação de esquema único de antirretrovirais para todas as PEP (ocupacional, sexual consentida e violência sexual). Considerando a necessidade de se estabelecerem recomendações e diretrizes para a organização da rede de serviços de PEP, em 2016, o Ministério da Saúde do Brasil publicou as “Diretrizes para Organização da Rede de Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV – PEP”, voltadas para gestores de saúde. Ainda como forma de contribuir para esse aprimoramento institucional, estabeleceu-se como uma das ações imperiosas para a consolidação da PEP a capacitação dos trabalhadores que lidam diretamente com essa profilaxia. Como forma de ampliar o alcance dessa alternativa de prevenção à população, uma lista dos serviços que a oferecem é disponibilizada no sítio eletrônico do DIAHV e em um aplicativo para dispositivos móveis. Atualmente, estão cadastrados 626 serviços em 268 municípios (todas as capitais do país contam com ao menos um serviço de saúde que oferta PEP). Em 2016, foram registradas 57.464 dispensações de PEP, um aumento de quase 39% em relação às dispensações de 2015. Além do aumento no número de dispensações, observou-se uma mudança no perfil da profilaxia, desde o início da disponibilização de PEP sexual no SUS, em 2009: enquanto 72% (8 mil) das dispensações ocorreram por exposição ocupacional, em 2009, nos primeiros seis meses no ano de 2016, o uso de PEP por exposição ocupacional não ultrapassou 33% (19 mil) do total. Em contrapartida, as dispensações de PEP por exposição sexual ocasional, que naquele ano não ultrapassaram 3%, representaram 50% do total em 2016.

Tratamento para todas as Pessoas (TTP)

O pressuposto dessa estratégia de prevenção do VIH é o de que as PVVIH em TARV, além de terem uma melhor qualidade de vida, apresentam menor quantidade de vírus em circulação em seus corpos (com carga viral baixa ou mesmo indetectável), o que conduz à redução da transmissão do VIH na comunidade. Essa asserção vem sendo reiteradamente corroborada por evidências científicas.

Tendo como premissa a redução da capacidade de transmissão do vírus por pessoas em TARV e a consequente redução da carga viral comunitária, a estratégia do Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) baseia-se na indicação de tratamento para todas as pessoas tão logo diagnosticadas com VIH/sida.

4 Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE et al. Effectiveness and safety of oral HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) for all populations: A systematic review and meta-analysis. AIDS, [S.l.], v. 30, n. 12, p. 1973-83, 31 jul. 2016.

Diante desse desafio, o Ministério da Saúde atuou em duas frentes. Por um lado, reforçou a descentralização da oferta de testagem para o VIH em toda a estrutura do SUS. Por outro, atualizou, ao final de 2013, o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção do HIV/Aids em Adultos”, antecipando o tratamento com antirretrovirais para todas as pessoas diagnosticadas com o vírus, independentemente da manifestação dos sintomas da sida e/ou contagem de CD4+, tendo sido o primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo.

O país oferece todas as classes de antirretrovirais existentes, de forma alinhada com o que existe de mais atual na indicação de tratamento para cada população (adultos, gestantes, crianças), com base em evidências científicas. Atualmente, a indicação para tratamento inicial em adultos com VIH/sida consiste em dois inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (INNT) e o dolutegravir (inibidor da integrase). O tratamento pode ser realizado em centros especializados, em centros de referência ou na Atenção Básica, variando de acordo com a organização das redes locais de atendimento e dos fluxos estabelecidos pelos estados e municípios. Para pacientes experimentados, a escolha do tratamento mais adequado passa por Câmaras Técnicas em cada estado, nas quais Médicos Referência em Genotipagem (MRG) indicam a melhor opção de esquema de antirretroviral, com base no histórico e nos exames de genotipagem.

Até 30 de novembro de 2017, cerca de 544.000 pessoas estavam em tratamento antirretroviral no Brasil.

Distribuição de insumos de prevenção

Para a prevenção das IST/VIH/sida, o governo brasileiro busca disponibilizar preservativos masculinos e femininos, bem como gel lubrificante, de forma gratuita, por meio dos serviços de saúde e de organizações da sociedade civil parceiras. No período 2010-2017 (até 31/10/2017), foram adquiridos pelo Governo Federal 893 milhões de preservativos masculinos, conforme a Tabela 12.

Tabela 12. Evolução das aquisições e distribuições de preservativos masculinos, segundo largura nominal, por ano. Brasil, 2002-2017⁽¹⁾

Ano	Total de preservativos adquiridos (em milhões de unidades)			Total de preservativos distribuídos (em milhões de unidades)		
	52mm	49mm	Total	52mm	49mm	Total
2002	285,0	8,5	293,5	140,0	6,2	146,2
2003	15,2	-	15,0	241,0	16,0	257,0
2004 ⁽²⁾	472,5	57,5	530,0	151,2	1,8	153,0
2005	150,0	-	150,0	235,0	16,3	251,3
2006 ⁽³⁾	-	-	-	232,0	20,0	252,0
2007	900,0	100	1000,0	119,0	3,8	122,8
2008 ⁽²⁾	100,0	-	100,0	409,6	0,5	410,0
2009	750,0	38,9	788,9	424,1	37,5	461,6
2010	-	-	-	299,2	34,0	333,2
2011	292,5	-	292,5	480,3	15,3	495,6
2012	725,0	-	725,0	316,8	20,8	337,6
2013 ⁽⁴⁾	100,0	-	100,0	610,4	15,1	625,5
2014 ⁽⁴⁾	620,0	-	620,0	430,8	13,0	443,8
2015 ⁽⁴⁾	300,0	10	310,0	552,4	0,0	552,4
2016 ⁽⁴⁾	410,0	-	410,0	375,8	9,5	385,3
2017	549,9	12	561,9	429,5	10,7	440,2

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Informações até 31/10/2017.

(2) Adequação da quantidade adquirida anteriormente informada.

(3) Aquisição realizada no ano anterior.

(4) Passam a ser apresentadas as aquisições que efetivamente ocorreram no ano indicado e não no ano de sua programação ou Registro de Preço.

Em relação aos preservativos femininos, o DIAVH vem investindo em campanhas para ampliar a divulgação e a aceitação desses insumos. De acordo com a Tabela 13, foram adquiridos, pelo Governo Federal, 76 milhões de preservativos femininos entre os anos 2000 e 2017 (31/10).

Tabela 13. Evolução das aquisições e distribuições de preservativos femininos. Brasil, 2000-2017⁽¹⁾

Ano	Quantidade adquirida (em unidades)	Quantidade distribuída (em unidades) ⁽²⁾
2000	2.000.000	1.407.500
2001	2.000.000	517.000
2002	4.000.000	1.967.000
2003	-	2.524.000
2004	-	1.541.500
2005 ⁽²⁾	4.000.000	39.000
2006	-	1.042.000
2007	4.000.000	1.569.000
2008	-	2.962.500
2009	-	2.050.800
2010	-	379.700
2011	20.000.000	0
2012	-	11.609.500
2013	-	6.313.500
2014	25.000.000	2.074.000
2015	15.000.000	22.310.800
2016	-	10.004.180
2017	-	8.013.78

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Informações até 31/10/2017. (2) SISMAT – fonte de informação sobre a distribuição de 2005 a 2009, 211 e 2012.

O gel lubrificante em sachês passou a ser adquirido e distribuído gratuitamente no SUS em 2006. Desde então, até outubro de 2017, o total adquirido foi de 198 milhões de unidades (Tabela 14).

Tabela 14. Evolução das aquisições e distribuições de gel lubrificante. Brasil, 2006-2017⁽¹⁾

Ano	Quantidade adquirida (em unidades)	Quantidade distribuída (em unidades)
2006	4.000.000	276.200
2007	⁽²⁾	1.874.200
2008	15.000.000	1.851.500
2009	⁽²⁾	2.170.400
2010	⁽²⁾	5.768.200
2011 ⁽³⁾	16.000.000	10.483.900
2012 ⁽³⁾	9.000.000	12.416.860
2013 ⁽³⁾	20.000.000	13.967.000
2014 ⁽³⁾	5.000.000	18.879.997
2015 ⁽³⁾	35.000.000	35.270.600
2016 ⁽³⁾	52.000.000	37.222.975
2017	42.000.000	37.652.832

Fonte: MS/SVS/Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais.

Notas: (1) Informações até 31/10/2017.

(2) Insumo não adquirido no referido ano.

(3) Passam a ser apresentadas as aquisições que efetivamente ocorreram no ano indicado, e não no ano de sua programação ou Registro de Preço.

Rede Assistencial

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), em março de 2017, para atenção especializada em VIH/sida, estavam disponíveis para os brasileiros 436 Serviços de Assistência Especializada (SAE), 35 Centros de Referência e Treinamento (CRT), 176 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), 412 serviços hospitalares, 2.583 leitos-sida (clínicos e hospital-dia), 93 hospitais-dia e 91 unidades de assistência domiciliar terapêutica, dentre outros serviços.

Tabela 15. Rede assistencial em VIH/sida. Brasil, 2017.

Rede assistencial em VIH/sida	Nº
Serviços	
106/001 – Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA	397
106/002 – Serviço de Assistência Especializada – SAE	436
106/003 – Centro de Referência e Treinamento – CRT	35
106/004 – Assistência Domiciliar Terapêutica em Sida– ADT	37
106/005 – Unidade Dispensadora de Medicamentos – UDM	176
Subtotal	1.081
Habilitações	
1101 – Serviço hospitalar para tratamento de sida	412
1103 – Tratamento da lipoatrofia facial para portadores de VIH/sida	17
1104 – Tratamento da lipodistrofia para portadores de VIH/sida	17
1203 – Hospital-dia – VIH/sida	93
0906 – Cuidados prolongados para enfermidades decorrentes de sida	99
Subtotal	638
Leitos	
Leitos hospital-dia – sida ⁽¹⁾	567
Leitos clínicos – sida ⁽²⁾	2.016
Subtotal	2.583
Total geral	4.30

Fontes: SCNES, março/2017; Ministério da Saúde, DATASUS, SCNES, março/2017. Consulta 09/05/2017. Link: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>

Notas: (1) Leitos SUS - 535.

(2) Leitos SUS - 1.793.

A disseminação do teste rápido anti-VIH nos serviços de saúde, a estratégia da Prevenção Combinada, a simplificação do tratamento com poucos comprimidos ao dia, o sucesso terapêutico, a queda na mortalidade, o aumento da sobrevida e o VIH com caráter de agravo crônico demandam um fluxo assistencial hierarquizado e integral da pessoa com diagnóstico reagente para o VIH. Dessa forma, o Brasil propõe uma readequação do modelo assistencial, organizando linhas de cuidado que incluem serviços de diferentes níveis de complexidade, abrangendo em especial a Atenção Básica, de forma que as pessoas vivendo com VIH acessem os serviços de saúde de acordo com a realidade de cada local, sem discriminação ou estigma.

No que diz respeito à Prevenção da Transmissão Vertical do VIH, foram mantidas as campanhas informativas, treinamento, ampliação da rede especializada e disponibilização crescente de insumos como testes rápidos, protocolos clínicos e antirretrovirais (para parturientes e crianças expostas), inibidores de lactação (cabergolina) e fórmula infantil. As ações de controle desse agravo e manejo da mulher gestante vivendo com VIH e da criança exposta estão detalhadas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de VIH, Sífilis e Hepatites Virais, recentemente atualizado. Desde a iniciativa “Rede Cegonha”, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde, tem sido realizada a ampliação dos testes rápidos na Atenção Básica, para o aumento do diagnóstico precoce do VIH, da hepatite B e da sífilis nas gestantes e suas parcerias sexuais. Com base no modelo da OMS de certificação de países, o Brasil construiu uma ferramenta para a certificação dos municípios brasileiros que atingirem as metas de eliminação da transmissão vertical de VIH.

A eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis congênita constitui uma prioridade para a região da América Latina e do Caribe e está contida na Estratégia para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em 2014, a OPAS criou o Comitê Regional para Validação da Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de VIH e Sífilis, certificando os países que alcançarem:

- 1) Taxa de transmissão vertical do VIH $\leq 2\%$, ou taxa de incidência de até 0,3 caso/1.000 nascidos vivos;
- 2) Taxa de incidência de sífilis congênita $\leq 0,5$ caso/1.000 nascidos vivos;
- 3) Cobertura de pré-natal (pelo menos 1 consulta) $\geq 95\%$;
- 4) Cobertura de testagem para VIH e sífilis em gestantes $\geq 95\%$;
- 5) Cobertura de tratamento com antirretrovirais (ARV) em gestantes VIH+ $\geq 95\%$; e,
- 6) Cobertura de tratamento com penicilina em gestantes com sífilis $\geq 95\%$.

Esse processo de certificação foi estruturado para a realidade brasileira, respeitando as especificidades do SUS, mediante a formação de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde que adequou a proposta de validação e os instrumentos de certificação da eliminação da transmissão vertical de VIH e/ou sífilis com os critérios e os indicadores específicos à realidade nacional. Em 2017, a cidade de Curitiba, capital do estado do Paraná, no Sul do Brasil, foi a primeira a receber a certificação de eliminação. Outros municípios estão na iminência de eliminar a transmissão vertical do VIH como problema de saúde pública, o que significa o fortalecimento do SUS e a implementação de práticas bem-sucedidas de vigilância e atenção em saúde, demonstrando um avanço na política brasileira de prevenção da transmissão vertical do VIH.

Em relação à tuberculose (TB), a estimativa de prevalência de coinfeção TB/VIH é de 8,8%, sendo ainda a maior causa de morte entre pacientes com VIH/sida, e a taxa de óbito chega aos 20%. Entre as principais ações em andamento para combater a coinfeção estão: a ampliação do acesso ao diagnóstico, realizando testes rápidos para VIH em todos os portadores de tuberculose; treinamento de profissionais; e a distribuição de tuberculostáticos para serviços especializados e unidades de dispensação de medicamentos. O Brasil já faz uso do tratamento de quatro drogas para a tuberculose (4 em 1), o que confere mais eficiência ao tratamento.

Além das ações destacadas acima, desde 2004 o Brasil oferece gratuitamente no SUS o tratamento cirúrgico e/ou ambulatorial das alterações corporais decorrentes da lipodistrofia para PVVIH em uso de terapia antirretroviral. No âmbito da garantia dos direitos humanos no contexto do VIH/sida, são realizadas ações de combate ao estigma e à discriminação, tais como campanhas educativas, apoio a projetos de assessoria jurídica e ações de mobilização social.

A tabela abaixo apresenta os gastos do governo federal em 2016 para a implementação das ações nacionais de enfrentamento da epidemia de VIH/sida.

Tabela 16. Gastos do Ministério da Saúde em 2016 para implementação das ações nacionais de enfrentamento da epidemia de VIH/sida. Brasil, 2016.

Gastos do Ministério da Saúde na Atenção ao VIH		
Custos totais por item (2016)	Reais (BRL)	USD ⁽¹⁾
Hospitalizações	52.953.710,70	15.179.507,15
Atendimento ambulatorial	275.165.456,40	78.877.871,98
Testes laboratoriais para monitoramento da terapia (CD4/CV/genotipagem) ⁽²⁾	42.880.902,64	12.292.074,71
Outros serviços de atenção ao VIH (tratamento da lipodistrofia)	4.408.474,08	1.263.716,44
Total	375.408.543,82	107.613.170,28

Número de PVVIH em TARV (2015)	677.000	
Gastos com VIH por paciente, excluindo TARV (2016)	Reais (BRL)	USD
	554,42	158,90

Gastos do Ministério da Saúde com TARV		
Custo médio paciente/ano (2016)	Reais (BRL)	USD
1ª linha (283.787 pacientes)	657,40	188,45
2ª linha (186.773 pacientes)	4.371,51	1.253,12
3ª linha (20.994 pacientes)	14.127,71	4.049,80

Fonte: Ministério da Saúde (2017) – Dados preliminares.

Notas: (1) Valor médio de USD em 2016: 1 USD = 3,4885 BRL.

(2) Custo unitário dos testes laboratoriais de VIH: CV = 22,92 BRL (9,97 USD); CD4 = 26,12 BRL (7,49 USD); genotipagem do VIH: 516,55 BRL (148,07 USD).

Além das ações de âmbito nacional, o Brasil tem colaborado para o fortalecimento das respostas nacionais às IST/VIH/sida em países em desenvolvimento e parceiros de cooperação Sul-Sul, como os integrantes da CPLP, a exemplo do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS). O quadro a seguir contempla as principais ações de cooperação do DIAHV entre os anos 2013 e 2016.

Quadro 1. Ações colaborativas do Brasil para o fortalecimento da resposta às IST/VIH/sida em outros países. Brasil, 2013-2017.

Ano	Tema	Países parceiros	Outros parceiros	Objetivo	Atividades	Resultados
2015-2017	Assistência e tratamento do VIH, transmissão vertical do VIH e da sífilis congênita, no âmbito da CPLP	Comunidade de Países de Língua Portuguesa (Moçambique, Angola e Guiné-Bissau, Brasil, Portugal, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste)	OPAS	Realizar diagnóstico situacional sobre a implementação da Recomendação Opção B+, da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da CPLP	Diagnóstico situacional dos países com perfil de epidemia de VIH/sida generalizada (Moçambique, Angola e Guiné-Bissau)	Relatório contendo diagnóstico da situação da implementação da Recomendação da Opção B+, da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita em Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné-Equatorial, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Oficina para validação dos resultados e discussão dos próximos passos sobre o apoio mútuo entre os países em 2017, em Lisboa, Portugal
					Diagnóstico situacional dos países com perfil da epidemia de VIH/sida concentrada (Brasil, Portugal, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste)	
					Proposta de Oficina com os países da CPLP para o alcance das recomendações da Opção B+	
					Relatório final sobre o Diagnóstico, execução da oficina e recomendações para Cooperação	
2013-2016	Prevenção e assistência em VIH/sida para a população geral e os grupos populacionais mais vulneráveis e sob maior risco de infecção; desenvolvimento de capacidades de gestão e técnica do Secretariado Nacional de Luta contra a Sida, do Ministério da Saúde de Guiné-Bissau e das instituições parceiras da sociedade civil	Brasil-Guiné-Bissau	MS do Brasil e de Guiné-Bissau	Contribuir para a redução do impacto da epidemia de VIH/sida em Guiné-Bissau	Elaborar Plano nacional de comunicação para redução de vulnerabilidades e mudança de comportamentos	Cooperação finalizada em novembro de 2016, com realização de missão de avaliação. Constatou-se que os objetivos específicos traçados inicialmente para o projeto foram parcialmente alcançados por meio das atividades desenvolvidas. Foram realizadas 14 das 21 atividades previstas originalmente. As modificações observadas no planejamento original deveriam ser à interrupção, por um período de três anos, na implementação do projeto, em razão das condições políticas em Guiné-Bissau, em 2012. Com isso, o projeto teve que ser repactuado em 2015.
					Realizar capacitações técnicas das instituições envolvidas na resposta à epidemia do VIH/sida nas áreas de prevenção, serviços de testagem e aconselhamento	
					Realizar capacitações técnicas das instituições envolvidas na resposta à epidemia do VIH/sida na área de prevenção da transmissão vertical	
					Realizar capacitações técnicas das instituições envolvidas na resposta ao VIH/sida nas áreas de manejo clínico de antirretrovirais, infecções oportunistas e coinfeção tuberculose/VIH	
					Realizar capacitações técnicas nas áreas de comunicação relacionadas à radiodifusão, assessoria de imprensa, intervenção urbana e produção gráfica das instituições envolvidas no combate à epidemia do VIH/sida	
					Realizar capacitações técnicas e institucionais nas áreas de prevenção positiva, aconselhamento e gestão de projetos, com ênfase na redução do estigma, promoção dos direitos humanos e fortalecimento de redes sociais e comunitárias da rede nacional de pessoas vivendo com VIH/sida de Guiné-Bissau	
					Realizar capacitações técnicas nas áreas de gestão, logística de medicamentos, monitoramento e avaliação do Secretariado Nacional de Luta contra a Sida, o Ministério da Saúde de Guiné-Bissau e as instituições parceiras da sociedade civil	

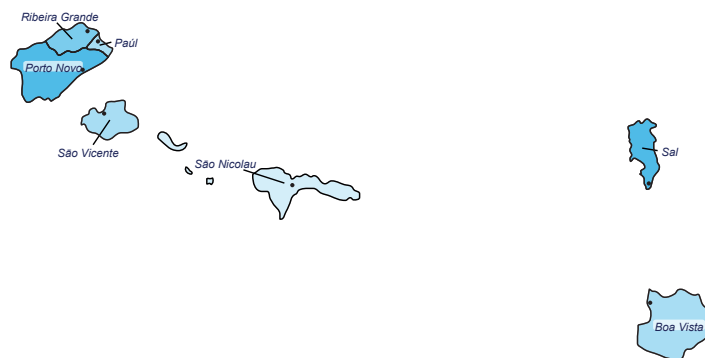
4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Apesar dos avanços no enfrentamento à epidemia no Brasil, persistem desafios em diversas áreas.

- Para a diminuição da transmissão sexual do VIH, envidam-se esforços visando: a ampliação de três para seis milhões da quantia destinada à aquisição e distribuição do teste rápido, o aumento do número de multiplicadores em testagem rápida nos estados e a extensão da testagem para populações vulneráveis e população geral;
- O país necessita fortalecer o acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento das IST/VIH/sida na população em uso de drogas injetáveis, álcool e outras drogas;
- No campo da coinfeção TB/VIH, o desafio centra-se na organização e na ampliação da rede de serviços para diagnóstico e tratamento desses dois agravos, além da disponibilização de tuberculostáticos para a rede de VIH/sida, de modo que esses serviços possam se estabelecer como referência também para o tratamento da coinfeção;
- Quanto à redução da transmissão vertical, com vistas à sua eliminação até 2030, a partir da iniciativa “Rede Cegonha”, o país precisa assegurar o acesso ao planejamento reprodutivo e o cuidado humanizado às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério. Além dos cuidados com as gestantes e parturientes, deve haver compromisso com a promoção de condições adequadas de atenção em saúde para os recém-nascidos, bem como com o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças.

Com vistas à sustentabilidade do acesso gratuito ao tratamento antirretroviral no país, o Ministério da Saúde busca garantir preços justos para aquisição dos medicamentos ARV, a partir da utilização de mecanismos de negociação de preços, bem como de flexibilidades no Acordo TRIPS.

Cabo Verde



1. CONTEXTO DO PAÍS

Contexto geográfico, demográfico, socioeconômico e de saúde de Cabo Verde

O arquipélago de Cabo Verde situa-se no Oceano Atlântico, a 620 km da costa oeste da África. É composto por dez ilhas e oito ilhéus Barlavento, ao norte, incluindo Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista e as ilhas Sotavento, ao sul, incluindo Maio, Santiago, Fogo e Brava. Santa Luzia é a única ilha desabitada. Com uma área total de 4.033 km², Cabo Verde possui, ao todo, 22 municípios. O relatório do censo preliminar em 2010 relatou que quase 62% da população vivem em áreas urbanas, contra apenas 38% em áreas rurais. Do total da população, 48% estão concentrados na ilha de Santiago, incluindo o município de Praia, que é o mais populoso, com 26,9%.

Cabo Verde tem uma população de cerca de 505.983 habitantes (projeção de 2012), da qual um pouco mais da metade (50,5%) é de mulheres. O nível de ocupação é de 132 habitantes por quilômetro quadrado. Com uma média de idade de 26,8 anos e 50% da população com menos de 22 anos, a população de Cabo Verde é igualmente muito jovem. A taxa de natalidade foi de 4,2 em 2007, mostrando uma fecundidade significativamente maior em áreas rurais (3,7 filhos por mulher) em comparação com áreas urbanas (1,9 filhos por mulher). Entre 2000 e 2010, a taxa de fecundidade foi de 2,9 filhos por mulher e o crescimento médio da população foi de 1,2% ao ano. Em termos de mortalidade, uma melhoria significativa foi observada no país, vez que a taxa de mortalidade diminuiu de 6,6% para 5,0% em mulheres e de 8,1% para 6,3% em homens entre 1990 e 2000 (relatório do censo preliminar, 2010). A taxa de mortalidade infantil em 2007 foi de 21,7 por mil nascidos vivos e 25,7 por mil crianças com menos de cinco anos, a terceira mais baixa na África; de 1990 para 2013, caiu para 25 por 1.000 nascidos vivos. Da mesma forma que a mortalidade infantil, a mortalidade materna caiu de 53,7 por 100.000 nascidos vivos para 48,4 por 100.000 nascidos vivos. Esses resultados positivos estão relacionados a uma melhoria global na cobertura pré-natal: o número de partos assistidos por pessoal médico especializado aumentou de 54% em 1995 para 90% hoje. A mesma tendência positiva é observada para a expectativa de vida ao nascer, que aumentou de 70,6 para 74,9 anos para as mulheres e 64,4 para 66,5 anos para os homens entre 1990 e 2000, e, em 2010, para 68,9 e 76,6 anos, respectivamente, em homens e mulheres. A expectativa de vida de 71 anos coloca o país em terceiro lugar em toda a África. Cabo Verde também tem feito grandes esforços para conter a propagação de doenças infecciosas.

Contexto socioeconômico

As informações a seguir tomaram por base dados da página Web do Banco Mundial (<http://www.worldbank.org/pt/country/caboverde/overview>, consultada em dezembro de 2016).

Contexto social

Entre 2003 e 2008, a taxa de pobreza nacional aumentou de 37% para 27%, enquanto a taxa de pobreza extrema diminuiu de 21% para 12% (usando definições nacionais). Foi realizado um levantamento exaustivo das receitas e despesas dos agregados familiares na primavera de 2016 e os dados estão sendo preparados para análise. O setor do turismo em Cabo Verde, como o motor do crescimento, trouxe uma contribuição significativa para essa redução.

Em 2015, Cabo Verde ocupava o 122º lugar no ranking de 187 países no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A expectativa média de vida, estimada em 71 anos, é a mais alta da África subsaariana. Em 2011, 94% das crianças com menos um ano de idade foram vacinadas e a porcentagem da população que vive a menos de meia hora de distância de um centro de saúde foi de 86%. Da mesma forma, o resultado da educação situa Cabo Verde no nível mais alto da África subsaariana. A taxa de alfabetização de adultos é estimada em 87%, embora ainda existam diferenças entre os homens e as mulheres.

Contexto econômico

A recuperação pós-crise em Cabo Verde continua frágil. Como a renda desse arquipélago depende em grande parte do turismo, o crescimento econômico foi reduzido para cerca de 1,5% em 2015 – quase metade da taxa em 2014. As previsões de crescimento eram de cerca de 4% em 2016, o que representa um ligeiro aumento em relação ao ano anterior, mas ainda não suficiente para reduzir os níveis de dívida. Cabo Verde está em uma encruzilhada, com a dívida pública perto de 125% do produto interno bruto (PIB) no final de 2015. As pressões sobre as finanças públicas em 2016 e além sugeriram um alto risco de aumento contínuo da dívida. O governo assumiu os passivos das empresas públicas em grande parte insolventes (incluindo a TACV, companhia aérea nacional, e um projeto de habitação social – Casa para Todos). A consolidação fiscal urgente e agressiva é necessária para colocar a dívida em uma trajetória sustentável e permitir que a política fiscal seja orientada para o crescimento futuro.

O abrandamento do crescimento se refletiu em uma queda do investimento estrangeiro direto (IED), um dos principais motores do crescimento do país, e a racionalização continuada do investimento público no contexto do crescimento da dívida. As atividades econômicas também foram afetadas pelo crescimento lento do crédito ao setor privado, apesar das reduções respectivas de 0,25 e 3 pontos percentuais das estimativas de taxas e das taxas de reservas mínimas obrigatórias pelo Banco Central em ano.

Com a desaceleração do investimento, os gastos com importações também diminuíram, o que contribuiu para uma posição melhor do saldo externo de contas correntes em 2015. O saldo externo também se beneficiou de um aumento significativo na entrada de remessas privadas e repatriamento menor de lucros de empresas estrangeiras. As reservas permaneceram bastante robustas, bem acima da referência interna, no plano internacional, em 12 semanas de importação.

Desafios do desenvolvimento

Consolidar seus resultados como um país de renda média e continuar a reforçar as condições de redução da pobreza e ampliação da prosperidade compartilhada serão desafios cruciais para o país. Uma pequena economia aberta como a de Cabo Verde é vulnerável aos riscos representados por eventos econômicos globais. Dada a sua taxa de câmbio fixa, será essencial reconstruir *buffers* fiscais para absorver choques futuros. Diversificação dentro e fora do setor do turismo, e mercados de trabalho mais flexíveis, também podem ajudar a absorver choques.

No aspecto estrutural, Cabo Verde enfrenta fragmentação nas nove ilhas habitadas e a distância entre estas envolve altos custos de transporte. A pequena dimensão do país reduziu a perspectiva de aumentar os resultados de nível. Custos unitários do trabalho são elevados. Os desafios de infraestrutura ainda existem e a prestação de serviços públicos, incluindo a energia, deve ser melhorada. Um clima seco reduz o potencial da agricultura, embora grandes esforços para melhorar a mobilização de água estejam começando a produzir resultados. Finalmente, o país é vulnerável à mudança climática, à elevação do das águas do mar e aos desastres naturais.

Contexto de saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (2007)⁵, na sub-região do Oeste Africano, Cabo Verde é um dos países com os melhores indicadores de saúde da população, graças a um esforço persistente realizado desde a independência, com a criação de infraestrutura, treinamento de pessoal, organização dos serviços, alocação cuidadosa de recursos e leis que suportam a institucionalização do sistema de saúde. Para uma nação insular, pequena e com poucos recursos financeiros, não foi fácil chegar a esse nível de realização.

De acordo com o mesmo documento, a natureza montanhosa da maioria das ilhas, o pequeno tamanho da população, a dispersão das comunidades rurais em áreas remotas, às vezes de difícil acesso, e a falta de transporte de massa, principalmente por via marítima, colocam dificuldades em encontrar soluções para os problemas de saúde pública.

O perfil epidemiológico de Cabo Verde, em transição, mostra que as doenças não transmissíveis tendem a ultrapassar em frequência e gravidade as doenças infecciosas, o que representa novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2002)⁶.

Aliás, Correia (2003)⁷ e o Banco Mundial (2005)⁸ já haviam chamado a atenção para o processo de uma transição epidemiológica no país arquipélago, onde as doenças não transmissíveis já foram as principais causas de morte (Abrahams et al., 2011)⁹ e as referências ali descrevem três fatores de transição: 1) transição demográfica (alteração de um período de alta fertilidade e mortalidade para um de baixa fecundidade e mortalidade); 2) transição epidemiológica (mudança de uma elevada prevalência de doenças infecciosas para uma elevada prevalência de doenças crônicas e degenerativas); e 3) transição nutricional (mudança na dieta, energia de alimentos densos e desequilíbrio nutricional, acompanhada por alterações nos padrões de atividade).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2007), o desenvolvimento da força de profissionais de saúde eficazes mostra um crescimento significativo e diversificado, mas ainda insuficiente, especialmente na formação de profissionais especializados em diversas áreas, tanto em clínica de saúde como em gestão pública, a fim de atender as necessidades do setor, dar uma resposta diferenciada aos problemas e assegurar o bom funcionamento do sistema. A essa falha se soma a dificuldade de atrair especialistas nacionais após o treinamento, o uso forçado de assistência técnica internacional e o sistema de evacuação de doentes, em nível nacional e no estrangeiro.

Também se verifica a questão das disparidades no acesso aos cuidados de saúde entre as populações rurais e urbanas, inclusive na esfera intraurbana, segundo alguns autores, no que se relaciona ao papel da colaboração entre a sociedade civil e as comunidades locais por um lado, e os decisores políticos e pesquisadores de outro, para minimizar as diferenças sistemáticas na saúde dos diferentes grupos que vivem em contextos urbanos e rurais.

Note-se que, de acordo com o censo nacional de 2010 (INE, 2010), Cabo Verde tinha 491.875 habitantes. O município de Praia, em particular, mostrou forte crescimento populacional ao longo das décadas anteriores: 71.276 habitantes em 1990, 106.348 em 2000 e 131.719 em 2010, com 86,5%, 88,5% e 97,0% de população urbana, respectivamente.

Cabo Verde apresenta desigualdades no acesso às especialidades de saúde, particularmente em suas ilhas e nos municípios mais periféricos (Fogo, Brava e Santo Antão), que enfrentam maiores dificuldades. Nesse contexto, os sistemas de saúde devem estar preparados para fazer face aos desafios.

5 Ministério da Saúde. Relatório Estatístico 2006. Praia, Cabo Verde, 2007.

6 Ministério da Saúde. Boletim de Vigilância Epidemiológica. Direcção Geral de Saúde. Cabo Verde, 2002.

7 Correia, Artur Jorge, Ildo Carvalho e Simone Lima. Plano Ambiental Intersectorial do sector Ambiente e Saúde. GEP/MAAP, Praia, Cabo Verde, 2003.

8 A Dinâmica da Pobreza em Cabo Verde. INE. Banco Mundial, 2005.

9 Abrahams, Z., Mchiza, Z. e Steyn, N. Diet and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition. BMC Public Health, 11(1): 801, 2011.

Em Cabo Verde, o Sistema Nacional de Saúde é um modelo misto, em que o setor privado trabalha em conjunto com o setor público nas ações de saúde pública, segundo a Lei de Bases da Saúde¹⁰.

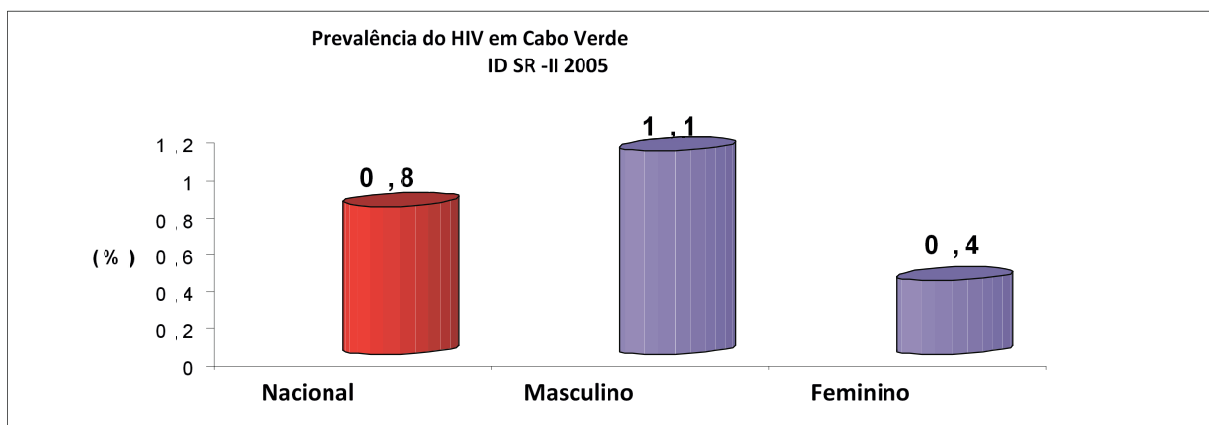
A rede de instituições de saúde pública consiste de dois hospitais centrais (um em Praia, para cobrir principalmente a região de Sotavento, e outro em São Vicente, para cobrir a região de Barlavento); quatro hospitais regionais (um em Santiago Nord para cobrir os municípios do interior de Santiago, com exceção do município de São Domingos; um em São Filipe para cobrir as ilhas do Fogo e Brava e Ribeira; um em grande Santo Antão, que cobre a ilha de Santo Antão; e um na ilha de Sal); 28 centros de saúde; cinco centros de saúde reprodutiva; um centro de ergoterapia; um centro de Saúde Mental; e 113 unidades básicas de saúde.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A análise da situação epidemiológica do VIH em Cabo Verde

Cabo Verde registra uma epidemia de VIH com uma prevalência de 0,8% (II Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva – IDSR-II, 2005) na população geral, o que reflete a sua natureza concentrada em determinadas populações: 7,9% entre os(as) trabalhadores(as) do sexo (TS), 3,9% entre usuários de drogas (UD) e 15% entre homens que fazem sexo com homens (HSH).

Figura 13. Prevalência do VIH na população geral. Cabo Verde, 2005.



Fonte: IDSR-II, 2005.

Os dados mostram uma disparidade entre os sexos, indicando que a infecção pelo VIH afeta mais homens do que mulheres (respectivamente, 1,1% e 0,4%), apesar de os dados do programa de monitoramento de gestantes indicarem uma tendência variando entre 0,7% e 1%. As faixas etárias mais afetadas são as de pessoas idosas, com uma prevalência de 2,5% no grupo etário de 45-49 anos, e de 2% entre os de 25-29 anos. Os jovens entre 15-24 anos são os menos afetados, com uma prevalência significativamente inferior à média nacional.

Notificações de casos de 2014 (Relatório Estatístico MS, de 2014) também mostram que 72,1% das novas infecções ocorrem no grupo de 25 a 54 anos. Esses resultados sugerem que jovens com menos de 24 anos de idade provavelmente se protegem ou se abstêm de sexo.

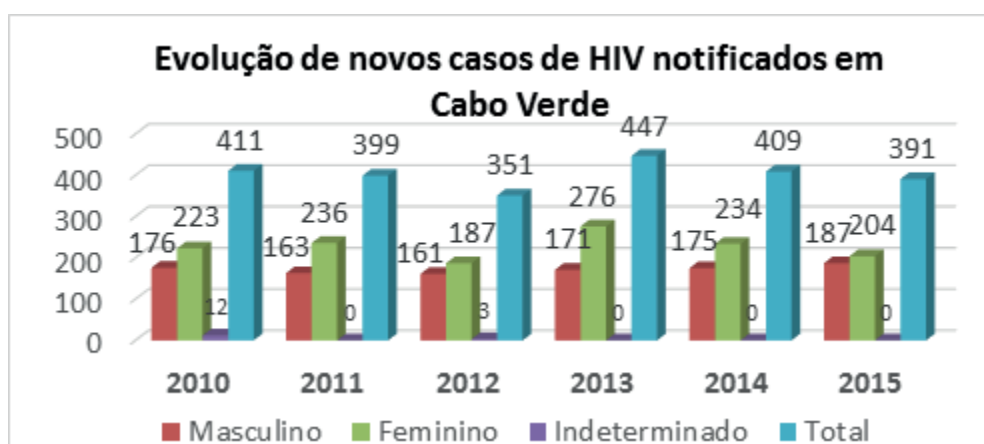
¹⁰ Departamento de Saúde, Cabo Verde, 1989.

Dinâmica da epidemia a partir dos casos relatados

Desde 2008, o número de casos relatados por ano e de acordo com o sexo indica que as mulheres são mais afetadas. No entanto, a razão atinge 0,86 em 2012, provavelmente indicando que as mulheres que recebem prevenção da transmissão vertical (PTV) são mais submetidas a testagem que os homens.

O maior número de novos casos de 2011 a 2014 foi registrado em Santiago, com 765 casos cumulativos, assim distribuídos: Praia, 586 casos cumulativos; Santa Catarina, 179 casos cumulativos; São Vicente, 152 casos cumulativos; Sal, 58 casos cumulativos. Deve-se ressaltar que esses municípios e as respectivas populações são de tamanhos diferentes.

Figura 14. Número de novos casos de infecção pelo VIH segundo sexo. Cabo Verde, 2010-2015.



Fonte: Relatório Nacional do Programa; MS Relatório Estatístico de 2015.

A distribuição proporcional da infecção pelo VIH por sexo, em 2015, foi de 47,8% em homens contra 52,2% em mulheres. De acordo com relatórios do Serviço de Vigilância Epidemiológica (SVE), em 2014, foram relatados 409 novos casos de VIH; entre estes, 351 são por VIH-1; 46, por VIH-2; dez por VIH-1 e VIH-2; e dois são indeterminados. A Ilha de Santiago registrou os mais novos casos (220 casos em Praia e 41 casos em Santa Catarina), seguida por São Vicente, com 32 novos casos. De 1987 a 2014, o número acumulado de casos relatados de VIH/sida foi de 4.946, incluindo 1.766 na fase de sida e 1.066 óbitos. Em relação à evolução da mortalidade por VIH/sida, um relatório estatístico do MS mostra que a taxa de óbitos por 100.000 habitantes varia entre 15,2 e 14,5 em 2010 e 2014, respectivamente.

Situação epidemiológica em populações-chave

Estimativa do tamanho das populações-chave

Em 2013, três estudos sobre as populações-chave foram realizados no país para melhorar a informação estratégica, a saber: 1) estudo sociocomportamental e de soroprevalência do VIH entre profissionais do sexo; 2) estudo sociocomportamental e de soroprevalência do VIH entre homens que fazem sexo com homens; 3) estudo sociocomportamental e de soroprevalência do VIH entre os usuários de drogas.

Esses três estudos privilegiaram cinco locais urbanos e suburbanos: Praia, Santa Cruz, Santa Catarina, São Vicente e Sal, para as populações de profissionais do sexo e de usuários de drogas; Praia, São Vicente e Sal, para a população de HSH.

Tabela 17. Estimativa de tamanho populacional de trabalhadores(as) do sexo (TS).
Cabo Verde, 2013.

Locais	TS - Mulheres	TS - Homens	Total
Praia	-	45	643
Santa Cruz	-	12	93
Santa Catarina	88	2	90
Sal	198	25	223
São Vicente	366	30	396
Total	1331	1314	1445

Fonte: Pesquisa sociocomportamental e de soroprevalência do VIH entre as populações-chave, Cabo Verde, 2013.

De acordo com a Tabela 18, Praia, Sal e São Vicente registraram o maior número de mulheres e homens TS. Em termos percentuais, 39% (45) dos homens TS foram identificados em Praia e apenas 2% em SC. De acordo com a Tabela 4, o número estimado de HSH dos três locais da ilha é de 694 pessoas. Essa estimativa inclui os estrangeiros que vivem nessas cidades. A razão para a subestimação do tamanho dessa população pode ser explicada pelo forte estigma de que ela é vítima e, consequentemente, pelo medo de revelar sua orientação sexual. O CES 2013 revela que a grande maioria da população HSH (mais de 70%) está localizada em Praia.

Tabela 18. Estimativa de tamanho populacional de homens que fazem sexo com homens (HSH), cabo Verde, 2013.

Locais	Número estimado
Praia	533
São Vicente	85
Sal	76
Total	694

Fonte: Pesquisa sociocomportamental e de soroprevalência do VIH entre populações-chave, Cabo Verde, 2013.

A Tabela 19 mostra os vários locais em que foram estimados 2.216 usuários de drogas. Praia representa 52% do peso dos UD, similar a estudos anteriores. O maior número de UD foi estimado nas duas maiores cidades do arquipélago. As mulheres são muito menos propensas ao uso de drogas que os homens, sendo uma mulher por quatro homens, exceto em Santa Cruz.

Tabela 19. Estimativa de usuários de drogas (UD) segundo localidade, Cabo Verde, 2013.

Local	UD sexo feminino	UD sexo masculino	Total
Praia	224	921	1145
Santa Catarina	6	60	66
Santa Cruz	59	269	328
Sal	54	168	222
São Vicente	90	365	455
Total UD estimados	433	1783	2216

Fonte: Pesquisa sociocomportamental e de soroprevalência do VIH em populações-chave, Cabo Verde, 2013.

Visão geral da situação dos trabalhadores do sexo

Os(as) trabalhadores(as) do sexo (TS) em Cabo Verde são muito móveis; de fato, um mapeamento desenvolvido em 2013 identificou mais de 80 “pontos quentes” do comércio sexual (bares, clubes, parques...) em mais de sete locais em Praia, incluindo dois nos quais TS/HSH foram identificados. O sexo acontece em veículos de clientes, na residência destes ou na residência dos TS. Os bordéis praticamente desapareceram, tendo sido substituídos por casas alugadas por vários TS que as operam, bem como hotéis.

Prevalência do VIH entre TS

Os dados de VIH em TS demonstram uma mudança rápida na prevalência da população estudada, passando de 5,3% para 7,7% em dois anos (2013). Em comparação com os dados disponíveis de 2005 (IDSR 2005) sobre a prevalência na população geral, essa situação confirma a natureza concentrada da epidemia de VIH em Cabo Verde. Os maiores percentuais de VIH entre TS estão localizados em Sal, seguido de Praia; em números absolutos, em primeiro lugar estão Praia e São Vicente, entre os quais se observa a presença de transgêneros.

Embora a prevalência seja menor entre TS mais jovens (15-19 anos), o percentual daqueles que começam a praticar sexo comercial antes dos 18 anos é muito preocupante. De fato, os dados qualitativos relataram uma tendência crescente de tais práticas entre os jovens, incluindo adolescentes.

Principais riscos e determinantes de vulnerabilidade entre TS

O baixo nível de escolaridade também aparece como um importante fator que reflete o contexto social de TS, uma vez que cerca de 75% dos(as) TS infectados(as) tinham apenas o ensino básico ou nenhuma escolaridade quando da realização da citada pesquisa. Em termos de atividade, em sua maioria são donas de casa (25%), ambulantes (21%) ou estudantes (17%). Muitas TS são do campo – mulheres e meninas em situação de maior vulnerabilidade, que transitam regularmente entre áreas rurais e urbanas com motoristas de caminhão, os quais frequentemente as recompensam em espécie. Os dados de 2013 mostram que 32% das mulheres envolvidas em sexo comercial estão desempregadas e 27% têm renda insuficiente. A essa falta de autonomia financeira adiciona-se a ausência de suporte para pais e filhos. Quanto ao estado civil, a proporção de TS divorciadas/separadas caiu drasticamente, de 34% em 2011 para 1% em 2013. Em contraste, a proporção de TS casadas aumentou de quase nenhum para 13% na última pesquisa. Globalmente, porém, 57% das respondentes TS dizem ter um parceiro fixo, o sugere que 43% das TS se relacionam com um homem que não é seu marido. O estudo em 2013 confirma os resultados de 2011 para a porcentagem de TS individuais (86%), com um aumento de 48% entre os dois anos.

Visão geral da situação dos HSH

Historicamente, São Vicente tem sido um espaço em que os HSH foram capazes de se afirmar. Eles costumam contatar-se entre si por telefone ou por meio de redes sociais. Em São Vicente, onde a primeira organização LGBT foi criada, pelo menos 30 HSH são abertamente gays hoje. Porém, uma proporção de homens com práticas exclusivamente homossexuais permanece desconhecida; essas pessoas não aceitam sua orientação sexual, definindo-se muitas vezes como heterossexuais. Grande parte deles são relatados como, de fato, bissexuais, de acordo com informantes-chave, e constituem na maioria homens casados. A bissexualidade também pode ser uma estratégia para evitar a estigmatização. O estudo de 2013 descobriu que 82% dos HSH relataram ter sexo com mulheres.

Prevalência de VIH entre HSH

Os dados do estudo de 2013 mostram uma prevalência de VIH de 15% entre HSH, o que equivale a uma taxa 15 vezes maior do que entre a população geral. Níveis de prevalência na população das diferentes ilhas variam amplamente. O caso mais crítico é claramente observado em São Vicente, com 26%, seguido por Santiago (Praia 15%). Em Sal, ainda que a prevalência seja menor, o risco de aumento continua baixo devido ao uso de preservativos. Quando separamos os níveis de infecção antes e depois dos 25 anos de idade, vemos que 22,2% dos HSH infectados têm mais de 25 anos, contra apenas 6,6% com menos de 25 anos. A prevalência mais elevada (58,3%) é observada no grupo de idade de 35-39 anos.

Há pouca diferença na prevalência entre os HSH com nível superior e com nível secundário de instrução, girando em torno de 13% em ambos os casos. A prevalência mais alta é observada naqueles que receberam apenas a instrução primária; essa diferença sugere um possível efeito das atividades de prevenção nas escolas. Além disso, indica ao mesmo tempo que esforços devem ser envidados junto aos HSH que receberam apenas o ensino primário. De fato, os dados do estudo demonstram que quanto mais baixo o nível de educação menor o nível de conhecimento sobre a epidemia. Por outro lado, 74% dos HSH com ensino superior e 70% daqueles com um nível secundário de educação têm alto grau de conhecimento sobre a epidemia. Já entre aqueles que receberam apenas o ensino básico, apenas 42% dos HSH revelam conhecimento completo.

A maioria da população de HSH entrevistados em 2013 era jovem (66% com menos de 30 anos). A proporção de jovens de 15 a 29 anos foi maior em São Vicente (80%) e em Praia (68%), e menor em Sal (53%). Quase todos os HSH (97%) eram solteiros. Os HSH que relataram ter tido apenas um parceiro constante nos últimos seis meses correspondiam a 19%. De todos os HSH no estudo, 33% disseram ter um parceiro fixo. Para a grande maioria dos HSH, no entanto, a importância da relação é de ordem emocional; apenas 10% deles admitem sexo por dinheiro. A maioria destes vêm de Sal, com 26% dos HSH envolvidos em sexo comercial, enquanto em outros locais esse percentual não é superior a 8%.

Principais determinantes de risco e vulnerabilidade entre HSH

O estudo ESCS (Situação Econômica, Social e Cultural) 2013 mostra que, em Cabo Verde, os casos de violência contra HSH não são raros na comunidade: cerca de 25% dos HSH no estudo relataram terem sido vítimas de violência. Desses atos de violência, 51% foram agressões puramente verbais e 45%, ataques físicos. Embora os números sejam pequenos, 7% dos HSH sofreram violência sexual. Os casos de violência são mais frequentemente relatados em São Vicente (39%) em comparação com 22% e 13% em Praia e Sal, respectivamente. Os casos de HSH alegando terem sido vítimas de ataques policiais são pouco frequentes (8%). O contexto de discriminação e violência homofóbica também explica por que muitos dos HSH temem que sua orientação sexual seja revelada. Do total de HSH, 37% relataram que não sabiam se um familiar estava ciente de sua orientação sexual.

Em outras palavras, na melhor das hipóteses, 65% dos HSH não revelaram sua orientação sexual à família. Esse medo de revelar a orientação sexual obriga a maioria dos HSH a permanecerem ocultos, o que torna difícil ter acesso aos serviços de prevenção e cuidados do VIH em uma perspectiva que se adequa ao seu estilo de vida.

Visão geral da situação dos usuários de drogas (UD)

A população de UD é geralmente jovem; 64% dos usuários de drogas têm menos de 30 anos e 40% menos de 25 anos. As maiores porcentagens de UD foram encontradas no grupo de 20-24 anos (28%), seguido pelo de 25-29 anos (24%). As maiores porcentagens de UD entre 20-24 anos foram encontradas em São Vicente e em Praia, com 31% e 30%, respectivamente, 3% e 2% acima da média para 20-24 anos. Esse perfil é observado em todo o país, exceto Santa Cruz e Santa Catarina, em que os maiores percentuais foram encontrados no grupo de 25-29 anos. A partir de 30 anos, o número de UD é menos importante, seja porque o nível de responsabilidade individual aumenta, o uso de drogas não é mais recomendado, ou porque suas ocupações elevam a probabilidade de dissimular essa atividade.

Uma constante reportada é o baixo nível socioeconômico dos UD, bem como das populações residentes em torno dos locais de agregação dos UD. Certos tipos de atividades parecem facilitar mais o consumo que outras, tais como lavagens de carro e leilões de peixe. Em todos os pontos mais críticos, o uso de droga coexiste com a prostituição, muitas vezes no mesmo espaço, e as interações entre esses dois fenômenos explicam em grande parte a propagação do VIH/sida entre usuários de drogas.

Prevalência do VIH entre os usuários de droga

A prevalência média do VIH entre os UD em Cabo Verde é de 3,9%, ou cerca de quatro vezes a prevalência na população geral (DHS 2005). As maiores prevalências de VIH entre os UD foram registradas em São Vicente e em Praia, que estão acima dessa média. Dados de prevalência do VIH entre usuários de drogas mostram que ela aumenta com a idade dos entrevistados. Nessa perspectiva, os dados indicam que a partir da idade de 25 anos, a prevalência de VIH se

encontra acima da média nacional para UD. Deve-se, todavia, levar em conta esses dados sobre a prevalência do VIH em diferentes faixas etárias com alguma reserva, sabendo que os números são, por vezes, muito pequenos.

Quanto à relação entre o nível de educação dos usuários de drogas e prevalência do VIH, se compararmos as prevalências entre usuários com EBI (Ensino Básico Integrado) e aqueles com nível superior, vemos que a proporção dos segundos é claramente inferior à média de 3,9% para UD, com uma prevalência de 1,5%, enquanto a prevalência de VIH entre UD que receberam educação básica é de 5,4%. Pouco mais da metade da população UD (52%) é alfabetizada ou recebeu educação básica, e quase a metade (47%) recebeu educação secundária. Apenas 1% dos entrevistados disseram ter um nível mais alto de formação. Dos usuários de drogas, 46,2% estão desempregados e são 42,3% assalariados. O desemprego afeta os UD em São Vicente e Sal (mais de 50% de desempregados). O peso da imigração nessa comunidade UD é pequena, com 2,3% de estrangeiros ou de pessoas com dupla nacionalidade, contra 89,5% de nativos do país.

A droga mais utilizada na primeira experiência (96% dos casos) é a cannabis (“padjinha”). Os maiores percentuais de usuários de cocaína foram encontrados em Praia (49%) e São Vicente (38%), que são grandes cidades. Embora os números sejam pequenos, é interessante notar que, em lugares muito menores, podem ser encontradas maiores proporções de usuários de cocaína, como Sal, Santa Cruz e Santa Catarina. Finalmente, outros solventes e inalantes, anfetaminas, alucinógenos, sedativos e outros são consumidos por 2% de utilizadores, especialmente em Sal. Fumar a droga é o modo mais comum de consumo (94%), seguido por inalação (32%). Apenas oito UD (0,9%) relataram injetar a droga.

Principais determinantes de risco e vulnerabilidade entre UD

Embora referentes apenas a um pequeno número de usuários em Cabo Verde, dados mostram a existência de uma associação entre uso de drogas e comportamento sexual de risco. Esses resultados mostram claramente que a droga funciona como um determinante do risco, mas o uso da droga por si só não pode ser considerado como um fator direto na transmissão do VIH. No entanto, os dados sugerem uma forte interação entre o uso de drogas e outros determinantes do aumento da exposição ao VIH, em particular a associação com o trabalho sexual e o ambiente social do sexo comercial.

3. RESPOSTA NACIONAL

Gestão da informação estratégica

A Secretaria Executiva do Comitê de Coordenação do Combate à Sida (CCS-SIDA) coleta todos os dados estratégicos sobre a resposta ao VIH e possui um excelente conhecimento do monitoramento e do *gap* programático, devido ao fato de assegurar regularmente a produção do relatório de progresso. Além disso, foram realizados vários estudos biológicos e comportamentais sobre as populações-chave e um estudo da população geral. Duas pesquisas foram realizadas em trabalhadores do sexo durante o ciclo de programa 2011-2015. Em 2013, um estudo sobre HSH e outro sobre UD também foram conduzidos, demonstrando o interesse do país em ampliar o programa com base na evidência científica. No entanto, em geral, o sistema de registro de dados em unidades de saúde passa por algumas dificuldades e atrasos no registro de dados factuais. De sua parte, o Escritório das Nações Unidas tenta reunir informações de saúde para fortalecer a base nacional de dados, mas a tarefa tem se mostrado complexa. Até o momento, nenhum identificador que possibilite desagregar os dados por tipo de populações-chave foi definido nos registros, o que torna difícil avaliar a presença de vários serviços utilizando essa variável. O programa também planeja continuar as atividades de vigilância-sentinela na população geral, mas, argumentando-se boa cobertura de PTV, tais atividades não têm sido implementadas desde 2009. Um estudo sobre resistência a drogas parece útil para verificar se os 2,5% de pacientes em ARV que vêm a óbito não desenvolveram resistência ao tratamento, mas, até esta data, os laboratórios não estão equipados para testar a resistência à droga. Entre as necessidades não atendidas em Cabo Verde, observa-se também a falta de estudos sobre os modos de transmissão (MoT).

O fortalecimento do sistema de informação sanitária, em particular, passa necessariamente pela simplificação das interfaces para o primeiro nível sanitário, e também pela construção da capacidade na gestão e tratamento de dados em nível central. Um grande esforço é crucial para apoiar a sociedade civil no acompanhamento e avaliação. Em todos os casos, devem ser desenvolvidas estratégias para incluir um identificador de populações-chave a fim de

avaliar a capacidade de diferentes serviços de chegar a essas populações. Finalmente, são necessários esforços para que os resultados do monitoramento e avaliação sejam devolvidos aos atores da linha de frente, de modo a lhes permitir rever a sua estratégia.

Prevenção da transmissão do VIH

Prevenção na população geral

As escolas do país foram envolvidas na luta contra o VIH mediante a introdução de um módulo sobre VIH/sida no currículo escolar e a participação das escolas na celebração do Dia Mundial de Luta contra a Sida. O objetivo era garantir um bom acesso à informação e a todos os meios de prevenção. De 2011 a 2015, como parte do programa de prevenção no ambiente escolar, 617 alunos foram treinados em habilidades sociais como educadores de pares e 30 mil jovens escolares foram alcançados pela IEC local.

Também se organizaram várias campanhas para oferecer gratuitamente aconselhamento e testagem “*on-the-spot*” graças às unidades de testagem móveis fornecidas pela associação VERDEFAM e ao marketing social do preservativo. Os dados de monitoramento do CCS-Sida mostram que, na população geral, estima-se que 18.000 pessoas foram alcançadas pelas atividades de IEC. Desde 2010, um total de 1.160 pessoas, entre adultos jovens e trabalhadores comunitários, foram treinados em educação de pares para garantir a IEC no contexto da comunidade. Entre os jovens sob maior risco, no entanto, apenas 4.163 jovens nas escolas foram beneficiados. Cerca de 500 crianças de rua também foram sensibilizadas pela IEC em seis abrigos.

Programas de TV e spots de rádio têm sido desenvolvidos com foco na população geral e, durante os principais festivais do país, são realizadas campanhas de testagem e IEC.

Prevenção em TS

De todos os(as) TS que participaram no estudo ESCS, em 2013, 69% conheciam os dois métodos de prevenção (preservativos/fidelidade), o que representa uma melhoria de quase 10% em relação a 2011, excedendo em 9% o objetivo esperado para 2013. No entanto, apenas 38% sabiam que uma pessoa com aparência saudável pode se infectar e rejeitaram duas crenças equivocadas sobre a sida em 2013. De 2011 a 2013, esse aspecto do conhecimento sobre o VIH piorou ainda mais, com uma diminuição de 10% daqueles que demonstraram um conhecimento adequado em relação a 2011. É possível que essa situação esteja relacionada à mudança de perfil dos(as) TS. Em 2013, as melhores taxas de conhecimento foram encontradas em São Vicente (48%) e Sal (41%) e não houve grandes diferenças entre as faixas etárias.

Prevenção para UD

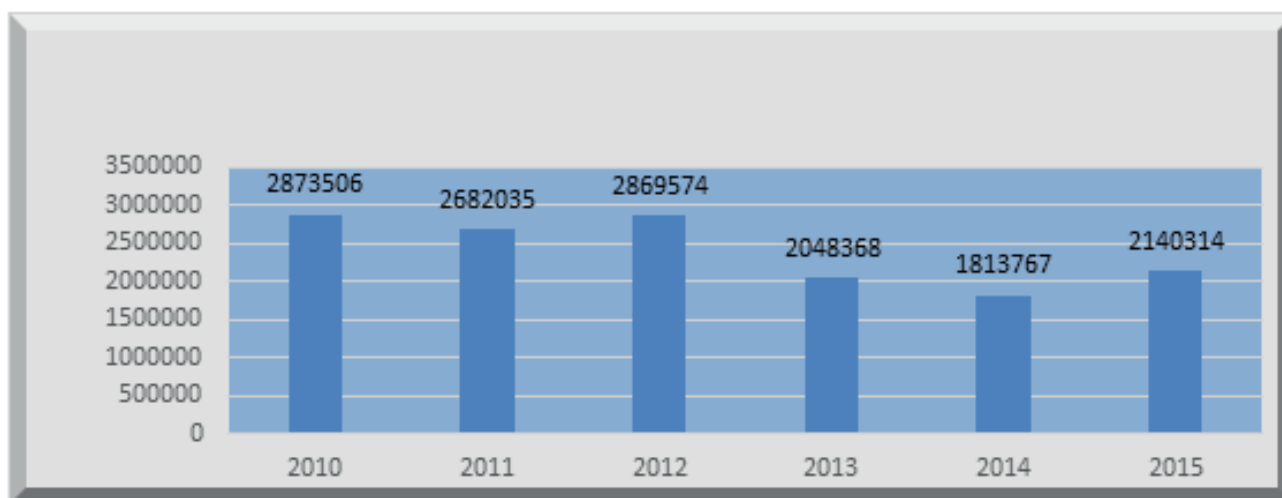
Os dados do estudo de 2013 revelam que 83% dos usuários de drogas (UD) sabem que o uso regular do preservativo em toda relação sexual protege contra o VIH (74% em Santa Cruz); 81% dos entrevistados acham que uma relação com um parceiro fiel não infectado também oferece proteção; a abstinência foi citada como fator de proteção por 65%. No entanto, comparando dados de 2011 e 2012, não se observa nenhum aumento marcante do conhecimento sobre o uso regular de preservativos como prevenção entre usuários de drogas. Em relação ao conhecimento sobre a sida, apenas 64% dos usuários de drogas sabem que uma pessoa saudável pode estar infectada pelo VIH, e somente uma porcentagem muito pequena rejeitou a afirmação de que o vírus é transmitido por mosquitos. Tal resultado sugere uma baixa exposição dessa população à IEC. Finalmente, os percentuais daqueles que sabem que uma pessoa saudável pode estar infectada e que rejeitam duas crenças errôneas, bem como daqueles que têm conhecimento completo da epidemia, são muito baixos, com 29% e 24% dos UD. Os menores níveis de conhecimento dessas variáveis foram encontrados entre as pessoas com mais de 35 anos, e os maiores, entre o grupo de 20 a 29 anos. Praia é particularmente deficitária nesse item, com 19%, contra 53% em São Vicente. Há também uma maior consciência entre as mulheres (47%) do que entre os homens (28%).

Acesso a preservativos

A oferta de preservativos tem sido feita por meio de serviços de saúde e outros parceiros da sociedade civil (relatórios de várias instituições, 2013). Em 2011, o Instituto Cabo-Verdiano para Igualdade e Equidade de Género (ICIEG) também lançou uma campanha para promover o preservativo feminino; no entanto, o conhecimento do insumo e a disponibilidade (0,2%) desse tipo de preservativo ainda não são generalizados e a demanda permanece fraca.

Durante diferentes atividades e sob a coordenação do CCS-Sida e da Plataforma das ONG, em média, 2 milhões de preservativos são distribuídos anualmente pelas unidades de saúde e outros parceiros da sociedade civil. O número insuficiente é explicado por dificuldades na provisão devido à falta de recursos.

Figura 15. Evolução da distribuição dos preservativos. Cabo Verde, 2010-2015.

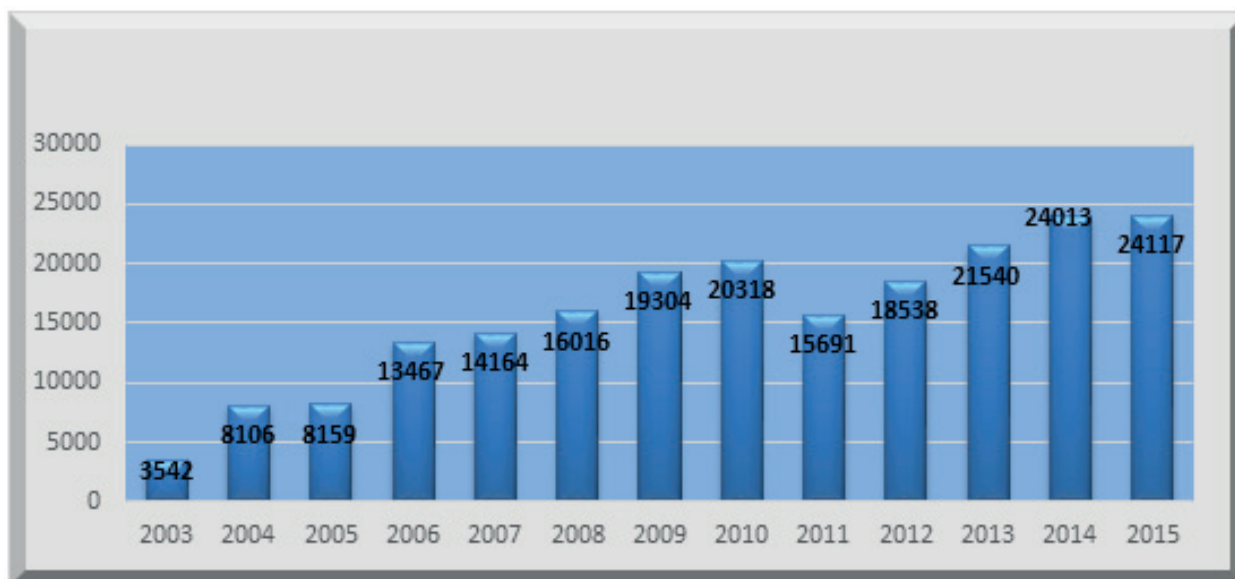


Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV)

A testagem e o aconselhamento estão disponíveis em todos os municípios nas Delegações de Saúde (DS), bem como em algumas ONG. A descentralização para os Centros de Saúde e Unidades SSR está atualmente sendo implementada e um manual de Aconselhamento e Testagem Voluntária (VCT) para treinamento foi produzido. Muitos agentes do Ministério da Saúde e de ONG foram treinados em ATV, PTV e em várias técnicas de testagem e de confirmação (Western Blot e Elisa). O teste rápido também foi disponibilizado nas DS e, recentemente, em alguns Centros de Saúde (CS) e serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Desde 2008, os serviços de ATV também foram reforçados por meio dos centros “CIN-Saúde” da VERDEFAM nas cidades de Praia, Mindelo, Tarrafal, São Filipe (Fogo) e Espargos (Sal). Finalmente, três unidades de testagem móveis também são disponibilizadas pela VERDEFAM, o que melhora a proximidade com a comunidade e favorece uma boa adesão na população.

Figura 16. Testes de VIH realizados em Cabo Verde, 2003-2015.



Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Em 2015, 24.117 pessoas foram testadas para VIH e receberam os seus resultados, sendo 20.491 nas unidades de saúde e 3.626 nas unidades móveis da ONG VERDEFAM.

Aconselhamento e testagem voluntária para trabalhadores do sexo

Entre 2012 e 2015, o número absoluto de profissionais do sexo que foram testados e que receberam seus resultados aumentou de 157 para 740. No estudo ESCS de 2013, 77% dos TS já haviam sido testados. Em 2013, 31% das TS fizeram o teste e receberam seus resultados nos 12 meses anteriores, em comparação com 28,5% em 2011, resultado abaixo do esperado para 2015 (95%). Isso está abaixo dos resultados esperados para 2015 (95%). Essa baixa taxa de testagem em trabalhadores sexuais é uma preocupação particular no tocante a essa população, que corre risco regular para a infecção. Isso foi especialmente verdadeiro para as TS menores de 25 anos, das quais menos de um quarto fizeram o teste e receberam o resultado no decorrer de 2013.

Oferta de aconselhamento e testagem voluntária para HSH

Entre os HSH, apenas 61% dos participantes do estudo ESCS 2013 conheciam ou fizeram o teste pelo menos uma vez. Uma proporção semelhante (58%) recebeu seu resultado, mas nos últimos 12 meses, essa taxa diminuiu acentuadamente, com apenas 32% de HSH testados e recebendo seus resultados. Aqui, novamente as taxas mais baixas (<28%) foram observadas entre os menores de 25 anos. A taxa também foi menor para aqueles com, no máximo, a educação primária. As pessoas com mais de 25 anos de idade tiveram maior probabilidade (38%) de terem sido testadas e terem recebido seus resultados, o que reflete parcialmente o fato de que estas tiveram mais tempo para obter informação e se decidir a realizar o teste. Todos os HSH entrevistados já tinham ouvido falar de IST.

Oferta de aconselhamento voluntário e testagem de UD

Em 2013, 41% dos UD relataram ter feito o teste e recebido seus resultados, contra apenas 33% em 2011. A mesma tendência é observada entre aqueles que fizeram o teste e receberam o resultado ao longo dos 12 meses anteriores, com um aumento de 4% em relação a 2011, embora a taxa permaneça muito baixa, com apenas 18%. A melhor adesão à testagem é observada em São Vicente, com 61% dos casos, e a menor em Sal, com apenas 24% dos casos. A situação geral nos vários municípios também é preocupante.

Segurança transfusional

Assim que o primeiro caso de sida ocorreu, em 1986, o foco do PNLS voltou-se para a segurança transfusional e a promoção da doação voluntária de sangue. Uma política nacional de gestão sanguínea foi definida e aprovada pelo Ministério da Saúde. O objetivo inicial era assegurar um nível de 100% de segurança transfusional no sangue coletado, testado para VIH, hepatite B e C e sífilis. Para esse fim, os serviços do Banco de Sangue foram fortalecidos com o aumento de duas para cinco unidades, e recursos humanos adicionais foram alocados para alcançar esse objetivo. Realizaram-se várias campanhas de doação de sangue, o que levou a um aumento gradual do número de doadores. Os clubes de doadores foram estabelecidos em algumas ilhas. Em 2012, o relatório do Programa Nacional de Transfusão de Sangue (PNST) indicou que 3.313 doações de sangue foram feitas nas cinco estruturas do país. Das doações de sangue total, 85,8% representam doações voluntárias e 14,2% doações de famílias fidelizadas.

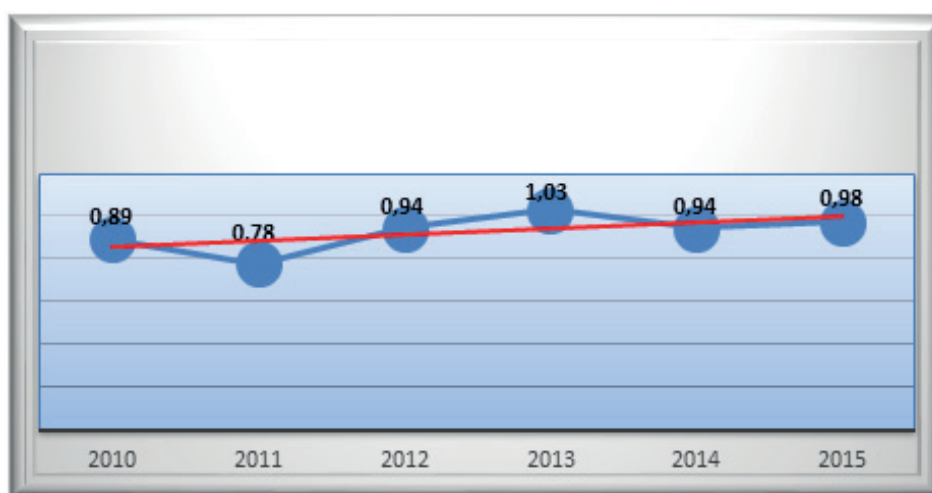
Gestão das IST

De 2011 a 2015, a profilaxia e o manejo das IST foram fortalecidos pela melhoria das capacidades dos profissionais de saúde e pela promoção da abordagem sindrômica em todos os serviços ativos de testagem de IST. Todas as 22 DS de saúde agora têm serviços de consulta para IST. Graças ao apoio das unidades móveis da VERDEFAM, a testagem das IST também é realizada em estratégia avançada. Em 2012, 7% das mulheres e 6% dos homens relataram ter sintomas de IST, sendo que 75% dessas mulheres e 65% dos homens disseram ter procurado tratamento em instalações de saúde (APIS 2012). No que diz respeito à gestão, o relatório do Programa de Luta contra a Sida (PLS) indica que, no ano de 2015, 7.354 casos de IST foram diagnosticados e tratados de acordo com as normas nacionais, incluindo 7.098 casos de corrimento, 108 casos de ulceração genital, 82 de condiloma e 66 casos de sífilis. No entanto, foram reportados ocasionais desabastecimentos de estoques de kits de tratamento para IST, devido a atrasos no desembolso no nível dos doadores, e também de reagentes para o diagnóstico das hepatites B e C. O estabelecimento de uma provisão de emergência é recomendado para compensar a falta de estoque.

Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

O programa para a prevenção da transmissão vertical do VIH foi implementado em 2005, com o estabelecimento de serviços de PTV nos Núcleos Provinciais de Combate à Sida (NPC) e Centros SSR. A equipe de cuidados também foi treinada para o tratamento e acompanhamento de mulheres grávidas e crianças. Gestantes VIH-positivas foram seguidas até o parto, conforme o protocolo já existente.

Figura 17. Distribuição da prevalência de VIH (%) em gestantes. CCS-Sida, Cabo Verde, 2010 a 2015.



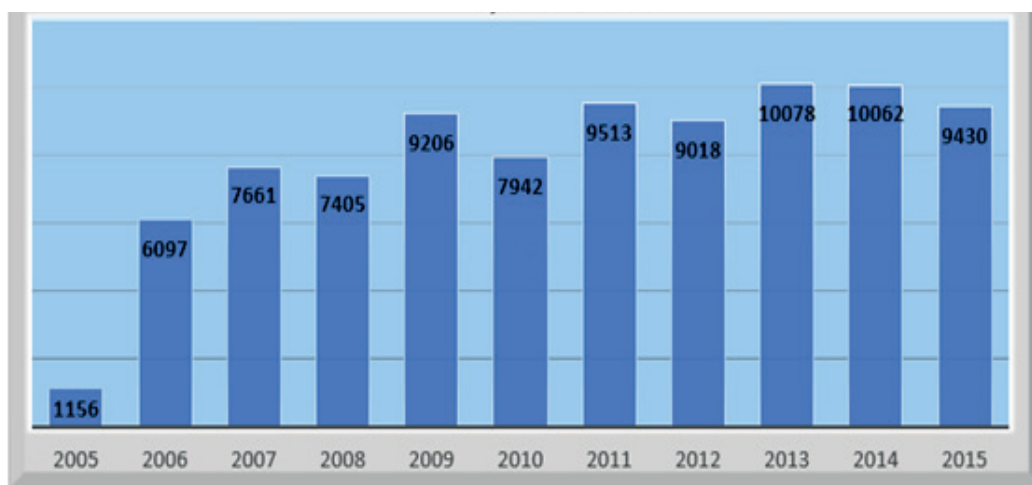
Fonte: Relatório do PNLS, 2016.

A prevalência do VIH permanece inferior a 1% entre 2010 e 2015, dependendo dos dados disponíveis.

Entre os casos de gestantes VIH-positivas que chegam aos NPC entre 2010 e 2015, a proporção média de recém-infectadas é de 27%, em comparação com 73% de grávidas com diagnóstico já conhecido. As crianças nascidas de mães soropositivas também são monitoradas pelo menos até os 18 meses, conforme a pendência da confirmação do seu estado sorológico e do tipo de seguimento a ser fornecido. Recomenda-se a amamentação exclusiva, e o número de crianças cujas mães estão em tratamento é baixo. Essa estratégia é viável e tem o apoio da Cap Vert Telecom, que financiou a demanda de leite artificial, quando necessário.

A taxa de testagem das gestantes durante o período 2005-2015 vem melhorando constantemente, com mais de 96% de gestantes testadas para o VIH em uma clínica pré-natal e recebendo seus resultados.

Figura 18. Evolução do número de gestantes que fizeram o teste de VIH. Cabo Verde, 2005-2015.



Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde.

A cobertura de gestantes em terapia antirretroviral para reduzir o risco de transmissão de mãe para filho é de 100% para todas as mulheres VIH-positivas que chegam à clínica pré-natal. No entanto, o envolvimento de cônjuges e parceiros na PTV continua a ser o principal ponto fraco da estratégia.

Um exemplo de ação a ser implementada é a realização de uma campanha geral “Pais Responsáveis” para incentivar os homens/cônjuges a acompanhar a sua mulher grávida no pré-natal, com o objetivo de aumentar o número de cônjuges e parceiros a participar do acompanhamento da gestante.

Figura 19. Evolução do número de gestantes VIH+ em TARV. Cabo Verde, 2005-2015.



Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde.

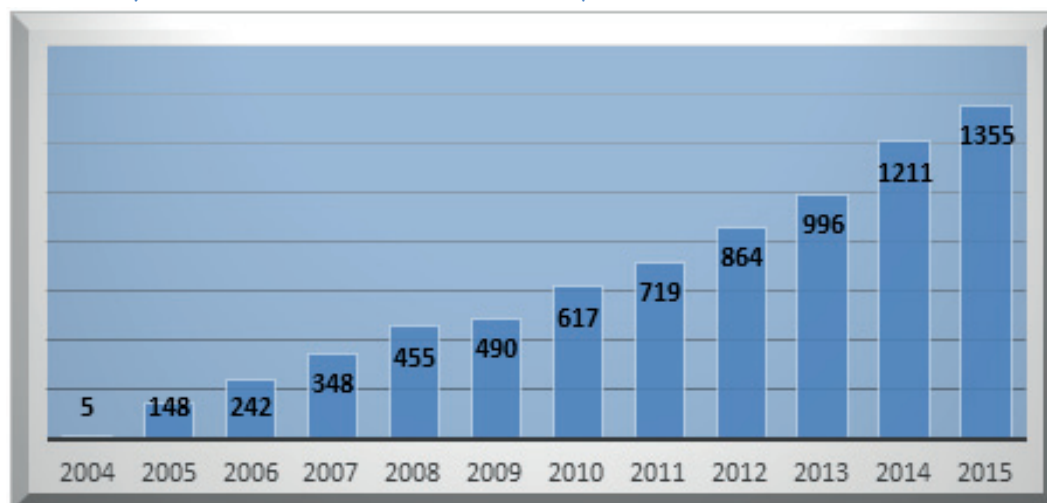
Cuidados médicos e psicossociais às PVVIH

De acordo com a política nacional, apenas as Delegações de Saúde com um médico treinado na prescrição de ARV podem fornecer cuidados e serviços de apoio aos afetados pelo VIH. Até 2015, havia 17 instalações que fornecem cuidados e apoio em VIH, incluindo cuidados pediátricos.

A fim de garantir o acesso a cuidados de qualidade, o documento sobre normas e protocolos de cuidados para PVVIH (PEC VIH), desenvolvido em 2004 e revisado pela primeira vez em 2009, está atualmente sendo mais uma vez atualizado para se adequar aos novos conhecimentos e evolução dos padrões internacionais. Esse documento normativo é disponibilizado a todas as instituições que prestam cuidados de VIH e serviços de apoio, ou seja, Delegações de Saúde e Hospitais Regionais. A princípio, todos os tipos de cuidados (tratamento ARV, profilaxia de infecções oportunistas com cotrimoxazol, tratamento de outras IO e cuidados paliativos) estão disponíveis nas 22 instalações que assistem as PVVIH. Desde 2004, medicamentos ARV gratuitos estão disponíveis em todos os lugares e os ARV são dispensados aos que têm CD4 menor que 350 células/mm³.

De 2004 a 2015, de acordo com os dados disponíveis, nas estruturas regionais de tratamento, 2.300 (988 homens, 1.312 mulheres) pacientes vivendo com VIH são monitorados em locais de tratamento. Entre eles, 1.355 estão em tratamento antirretroviral, a saber, 1.290 adultos e 65 crianças.

Figura 20. Crianças e adultos em TARV. Cabo Verde, 2004-2015.



Fonte: Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Desses 1.355 pacientes, 593 são do sexo masculino. De acordo com os dados disponíveis, 96,6% dos pacientes em tratamento com ARV estão em retenção 12 meses após o início do tratamento. Isso representa um aumento de 6,4% em relação a 2011. De 2011 para 2015, a cobertura do tratamento ARV em Cabo Verde entre pacientes elegíveis aumentou de 73% para 90% em adultos e de 69% para mais de 95% em crianças. No entanto, a cobertura entre todos os pacientes, estimada de acordo com as últimas projeções Spectrum 2015, é de 32%. A ocorrência de óbito em pacientes em tratamento vem diminuindo ano a ano, passando de 27 casos em 2013 para 19 casos em 2015.

A contagem de CD4 é feita exclusivamente nos dois hospitais centrais que dispõem de equipamentos apropriados, e a carga viral é realizada no Hospital Central de Praia. Observam-se dificuldades de transporte de amostras e falta de envolvimento de prestadores de cuidados de saúde que não sejam pontos focais de sida. Uma explicação para esse baixo nível de envolvimento parece estar relacionada ao preconceito dos provedores em relação às PVVIH, o que exige uma maior conscientização desses profissionais, inclusive com a introdução de treinamento em uma abordagem mais integrada do VIH nas instalações de saúde. Há também preocupações quanto à possível resistência aos ARV, uma vez que o país não possui capacidade laboratorial para o estudo da resistência a medicamentos.

O estabelecimento de apoio psicossocial foi identificado como uma prioridade pelo programa e está disponível em todas as delegações da saúde por meio de psicólogos e enfermeiros, assistentes sociais e outros profissionais treinados.

Como parte do suporte, diversas contribuições foram fornecidas por várias organizações da sociedade civil (Morabi, VERDEFAM, Cruz Vermelha, OMCV), incluindo apoio alimentar para PVVIH, intervenções para o pagamento de cuidados médicos e medicamentos para os indigentes, bem como microcrédito, atividades geradoras de renda – AGR (em média, 257 VIH beneficiárias por ano) e suporte à formação profissional. O apoio nutricional foi fornecido em 2015 em 20 dos 22 municípios. A maioria dos beneficiários são adultos (92%), principalmente mulheres (70%), e 8% são crianças. No caso das AGR, se essas atividades tivessem prosseguimento, elas deveriam ser realizadas em parceria com empresas privadas e alinhadas com o plano de redução da pobreza. Também são recomendadas ações destinadas a assegurar a integração profissional das PVVIH nas empresas do país.

No entanto, a resposta nessa área ainda é insuficiente e precisa ser fortalecida para melhorar o acesso aos cuidados de longa duração para pessoas infectadas e afetadas pelo VIH, de acordo com os padrões internacionais.

Em relação às crianças órfãs e vulneráveis (OVC), de acordo com o relatório da plataforma das ONG, 528 OVC se beneficiaram do apoio escolar (305 órfãos e 223 crianças em situação vulnerável).

Em relação à perda de seguimento, os dados mostram que essa taxa está diminuindo (de 4% em 2011 para menos de 2% em 2013). No entanto, um obstáculo diz respeito à baixa avaliação do papel dos profissionais não médicos no que concerne a cuidados de saúde. Os assistentes psicossociais (APS), por exemplo, são pouco valorizados por seus colegas prestadores de cuidados e muitas vezes necessitam reduzir sua contribuição a um trabalho de explicação de um protocolo, em uma perspectiva estritamente paramédica. Essa compreensão do papel dos APS obstaculiza o seu verdadeiro trabalho clínico com PVVIH. Faz-se necessário treinamento para esses profissionais e conscientização dos prestadores de cuidados nas dimensões não médicas relacionadas com o VIH. É preciso também que os assistentes sociais abandonem essa perspectiva estritamente paramédica e sejam treinados na mediação social, particularmente no contexto de um reforço altamente necessário das visitas domiciliares, apoio à adesão ao tratamento e pesquisas sociais para identificar os indigentes.

Promovendo um ambiente de apoio

Durante o estudo exploratório de 2015, as redes de pessoas vivendo com o VIH informaram que ainda seriam fortemente estigmatizadas se a família, amigos e vizinhos descobrissem o estado sorológico das PVVIH. Essa situação difere de um local para outro, especialmente em relação à relativa proximidade dos laços sociais. Em Sal, por exemplo, uma vez que a ilha é muito pequena e todos se conhecem, as PVVIH sequer imaginam participar da REDE, criando uma associação de PVVIH. No resto do país, até o momento, nenhuma PVVIH se atreve a revelar seu diagnóstico. Esse medo da discriminação deve necessariamente estar relacionado com a postura moral, talvez até estratégica, por parte dos líderes comunitários.

Em 2015, foi realizado um estudo sobre a construção do índice de estigma e discriminação, confirmando que o estigma interno é superior a 90% entre pessoas VIH-positivas. Atualmente, mais de 90% das pessoas que vivem com VIH confiam nos profissionais de saúde e na prestação de serviços.

O contexto associado à rejeição de certos comportamentos, como os atribuídos aos HSH, UD ou TS, juntamente com a carga moral que permeia a sociedade, não facilitam a mudança de mentalidade necessária para prevenção, acesso ao tratamento e implementação de Lei nº 19/VII/2007, que regula a prevenção, controle e tratamento do VIH e o marco estratégico para a proteção dos direitos humanos. Os indicadores de impacto para os estudos ESCS 2011-2013 mostram poucas mudanças entre 2009 e 2012 no que se refere a atitudes em relação às PVVIH. Na verdade, apenas 22% das mulheres de 15 a 49 anos expressaram quatro atitudes de aceitação das PVVIH em 2009 e 31% em 2012, o que mostra uma melhora de apenas 9%. Entre os homens, o resultado é ainda menos encorajador, com apenas 4% de melhoria (de 27% para 31%).

Participação da sociedade civil: principais realizações

A parte descentralizada das atividades em conjunto com a sociedade civil agora é confiada à Plataforma das ONG, que coordena as intervenções lideradas por organizações da sociedade civil, OBC, ONG e outras associações. Graças dos esforços dessa plataforma, muitas organizações da sociedade civil, tanto em nível nacional como local, investiram na mobilização social, nas ações de IEC e na distribuição de preservativos, particularmente durante atividades de testagem

voluntária na esfera comunitária. Também foram feitas contribuições importantes por organizações comunitárias e ONG em apoio psicossocial para PVVIH e suas famílias, apoio a OVC, em particular por ONG que atuam no campo das crianças, mulher e família. Também foi relatado apoio para melhorar as condições de habitação das PVVIH e seu envolvimento em atividades geradoras de renda (AGR). Além dessas atividades de conscientização e apoio, as ONG também participaram de sessões de capacitação, feiras de saúde, treinamento de educadores pares, mobilização social, VCT e cuidados integrados. Da mesma forma, 149 ações de supervisão dessas atividades de campo foram realizadas entre 2012 e 2013 pela Plataforma da Sociedade Civil. A associação MERABI, a Associação VERDEFAM, a Cruz Vermelha, a Fundação de Solidariedade de Cabo Verde, a Rádio Comunitária de Santa Cruz e a Rede de Fita Branca de Cabo Verde são as principais organizações da sociedade civil envolvidas ativamente na resposta nacional ao VIH. Finalmente, três organizações (CCD-Gránias, o Centro Terapêutico de Granja a Tenda El Shaddaï) são investidas na gestão de UD.

Governança e mobilização de recursos

A implementação desses novos desafios programáticos foi identificada por vários estudos, indicando a preocupação do Programa Nacional no sentido de repetir o princípio da cientificidade das ações. O PNA de 2011-2015 foi financiado com USD 12.578.727 na Rodada 8 do Fundo Global e Fundos Nacionais. Esse financiamento é administrado separadamente por dois Destinatários Principais do Fundo Global, um para o setor público, representado pelo Ministério Saúde, e outro para a sociedade civil, representada pela Plataforma de ONG de Cabo Verde.

Recomendações gerais da revisão e priorização

Os resultados da revisão do NSP 2011-2015 indicam que o progresso ocorreu de forma constante em várias áreas (prevenção, tratamento, redução do impacto socioeconômico e governança). A análise da situação e da resposta nacional ao VIH em Cabo Verde mostra sucessos no setor da saúde, em particular a prestação de serviços em PTV e TARV e apoio psicossocial. Os resultados da PTV foram muito satisfatórios graças ao envolvimento de todos os atores e à integração dos serviços de SSR nos NPC. Isso ressalta a importância de consolidar o que foi alcançado ao fortalecer a qualidade das intervenções. A atuação do Governo de Cabo Verde, juntamente com o apoio do Fundo Global e o suporte técnico dos parceiros das Nações Unidas, tem contribuído para alcançar os presentes resultados. Essa análise da resposta, embora muitas vezes qualitativa, oferece um panorama do que foi feito, mas os mecanismos necessários para geração de relatórios do setor público e do setor comunitário apresentam limitações para uma avaliação precisa dos indicadores de progresso.

A revisão NSP 2011-2015 fornece recomendações e ações prioritárias para o próximo PSN nas seguintes áreas:

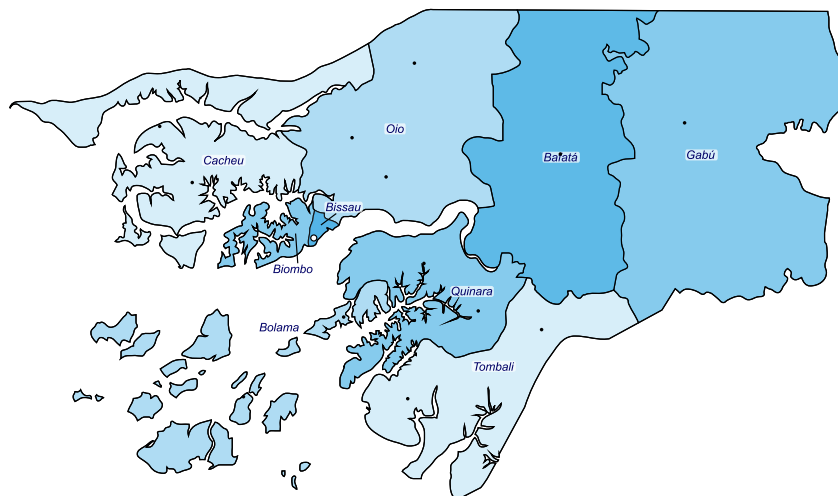
- **Reforçar as intervenções junto a populações-chave** (HSH, TS, UD), incluindo a população privada de liberdade e outros grupos vulneráveis (migrantes, motoristas de ônibus, clientes de TS), além de adolescentes e jovens, alguns dos quais pertencem a populações-chave. Isso reforça a definição de um pacote coerente de serviços como parte de uma política nacional combinada de prevenção (distribuição de preservativos, maior conhecimento do estado sorológico, apoio à seleção de cuidados, respeito aos direitos humanos etc.). Trata-se também de fortalecer o sistema de referência e contrarreferência para populações-chave. Para a implementação dessa política, deve-se criar um grupo técnico para monitorar as intervenções.
- **Fortalecer a PTV** para salvaguardar as realizações atuais e a sustentabilidade dos resultados para gestantes, que são um alvo prioritário. Conceber uma estratégia inovadora para o envolvimento de homens/parceiros na PTV.
- **Fortalecer a capacidade das ONG** para aumentar a parceria na resposta nacional.
- **Fortalecer a liderança nacional** por meio da do Monitoramento e Avaliação e uma melhor coordenação de todas as partes interessadas nacionais (Ministérios e comunidade) e parceiros das Nações Unidas/Fundo Mundial envolvidos na luta contra a sida em Cabo Verde. Fortalecer informações estratégicas sobre as principais Ilhas de Cabo Verde e realizar um estudo MoT.
- **Apoiar a criação de um ambiente favorável** e implementar um sistema de monitoramento e avaliação de direitos humanos, com um mecanismo de alerta fornecido por associações e comunidades.
- **Fornecer assistência técnica** para a implementação do próximo NSP, em parceria com as agências das Nações Unidas, a Experiência da Facilidade de Apoio Técnico do ONUSIDA (DAT/AOC) França e outros prestadores de aconselhamento e testagem.

4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Apesar da baixa taxa de prevalência e da tendência para concentração do VIH/sida em determinados grupos, Cabo Verde deve continuar a desenvolver esforços para manter e reforçar os níveis de resposta à epidemia, de forma a evitar o alastramento descontrolado da infecção na população geral. Os principais desafios são:

- Mobilizar recursos adicionais para o financiamento integral do Plano Estratégico Nacional de Luta contra o VIH/sida;
- Desenvolver estudo e mapeamento do subgrupo de homens que fazem sexo com homens, com vistas a adquirir conhecimento sobre sua situação epidemiológica, como também adotar medidas adequadas para combater a epidemia;
- Reforçar a abordagem baseada em gênero nas ações e intervenções de luta contra o VIH/sida;
- Fortalecer o sistema de monitoramento e avaliação, com realização de estudos e pesquisas mais sistemáticos e melhoria na produção, gestão e difusão de dados;
- Capacitar os atores e intensificar intervenções junto aos grupos prioritários, além de promover o comportamento de menor risco face ao VIH/sida;
- Aumentar a oferta e facilitação do ADV (acesso à testagem voluntária) para o VIH;
- Capacitar e mobilizar PVVIH, promovendo a sua participação como mediadoras de saúde, no sentido de apoiar os seus pares na adesão terapêutica;
- Reforçar o sistema de informação sanitária, melhorando a fluidez da informação e a qualidade dos dados produzidos;
- Promover uma cultura de seguimento e avaliação, condição fundamental para uma associação virtuosa entre as atividades desenvolvidas, os resultados obtidos e o seu desempenho.

Guiné-Bissau



1. CONTEXTO DO PAÍS

A República da Guiné-Bissau está localizada na África Ocidental. Limita o Senegal ao norte, a República da Guiné ao sul e a leste e o Oceano Atlântico a sudoeste. O país abrange uma área total de 36.125 km², dos quais 78% estão localizados no continente africano, sendo o restante constituído por um arquipélago conhecido como Ilhas Bijagós, composto por 88 ilhas, das quais 20 são habitadas. Com base em dados estimados a partir do Recenseamento Geral da População e Habitação (GCPH) 2009, Guiné-Bissau possuía uma população estimada de 1.844.000 habitantes em 2015, com uma taxa de crescimento anual médio de 2,05%. A maioria da população vive em áreas rurais (60,4%) e cerca de 86,3% da população urbana do país está concentrada nas quatro maiores cidades (Bissau, Bafata, Gabu e Canchungo).

Quase 40% da população da Guiné-Bissau tem menos de 15 anos. As mulheres representam mais da metade da população (51,6% de mulheres e 48,4% de homens). Guiné-Bissau é um país de baixa renda (LIC), com baixo nível de desenvolvimento humano. Em 2013, o seu produto interno bruto (PIB) situou-se em USD 1.090 per capita. Foi classificado em 177º de 187 países no Índice de Desenvolvimento Humano 2013 (IDH) (Relatório do IDH do PNUD, 2014). Os indicadores-chave para a Guiné-Bissau são os seguintes (MICS 2014 e HDR 2014):

- Expectativa de vida: 48,6 anos (Relatório de Desenvolvimento Humano – HDR, 2014);
- Taxa de escolaridade: 50,5% entre meninas e 70,4% entre meninos (Anexo 2: MICS 2014);
- Taxa de fertilidade: 106 por 1.000;
- Taxa de mortalidade infantil: 54,5 por 1.000;
- Taxa de mortalidade em crianças com menos de cinco anos: 88,1 por 1.000;
- Taxa de mortalidade materna: 900 por 100.000;
- Taxa de cobertura contraceptiva moderna: 16%;
- Taxa de parto assistida: 45%.

Tabela 20. Estatísticas socioeconômicas da Guiné-Bissau, segundo o Global Health Observatory, 2013, 2014 e 2015.

População total (2015)	1.844.000
Produto Nacional Bruto per capita (PPP internacional \$, 2013)	1
Expectativa de vida ao nascimento M/F (anos, 2015)	57/60
Probabilidade de morte antes dos cinco anos de idade (por 1.000 nascidos vivos)	Não disponível
Probabilidade de morte entre 15 e 60 anos de idade M/F (por 1.000 hab., 2015)	310/240
Gastos totais em saúde per capita (Intl \$, 2014)	91
Gastos totais em saúde em % do PIB (2014)	5,6

Fonte: Global Health Observatory.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A revisão do Programa de Sida da Guiné-Bissau revelou a falta de informações estratégicas atualizadas em várias áreas. Somente três estudos foram realizados desde 2011, além da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (PCAP) sobre saúde reprodutiva na população em geral em 2010.

Do ponto de vista epidemiológico, Guiné-Bissau está experimentando uma epidemia de VIH generalizada, com uma prevalência de 3,3% na população geral – 1,8% de VIH-1, 0,9% de VIH-2 e 0,7% com perfil duplo (estudo de soroprevalência na população geral, INASA, 2010). O país é um dos poucos em que ambos os tipos de vírus VIH (VIH-1 e VIH-2) são encontrados. A prevalência global do VIH é maior nas áreas urbanas (3%) do que nas áreas rurais (2,3%), e é maior entre as mulheres (5%) do que entre os homens (1,5%). Estima-se que 6,9% das mulheres adultas (entre 15 e 49 anos) estejam infectadas com VIH-1, com disparidades significativas entre as regiões.

A prevalência do VIH em gestantes é de 5%. Em termos de distribuição regional, de acordo com o estudo de vigilância sorológica (INASA, 2014), cinco regiões têm uma taxa de prevalência igual ou superior a 5% (Bafata: 7,9%; Bissau: 5,9%; Tombali: 5,3%; Oio: 5,3% e Quinara: 5%). Entre 2009 e 2014, no entanto, a taxa de prevalência caiu de 9,5% para 3% em Gabu, enquanto aumentou de 2,7% para 5,3% em Oio.

A prevalência do VIH entre os doadores de sangue em Bissau e Bafata foi de 3,3% (131 de 3.964), das quais 87% eram doadores familiares. Os outros marcadores foram de 8,3% para o vírus da hepatite B (HBV), 0,33% para o vírus da hepatite C (HCV) e 0,03% para a sífilis.

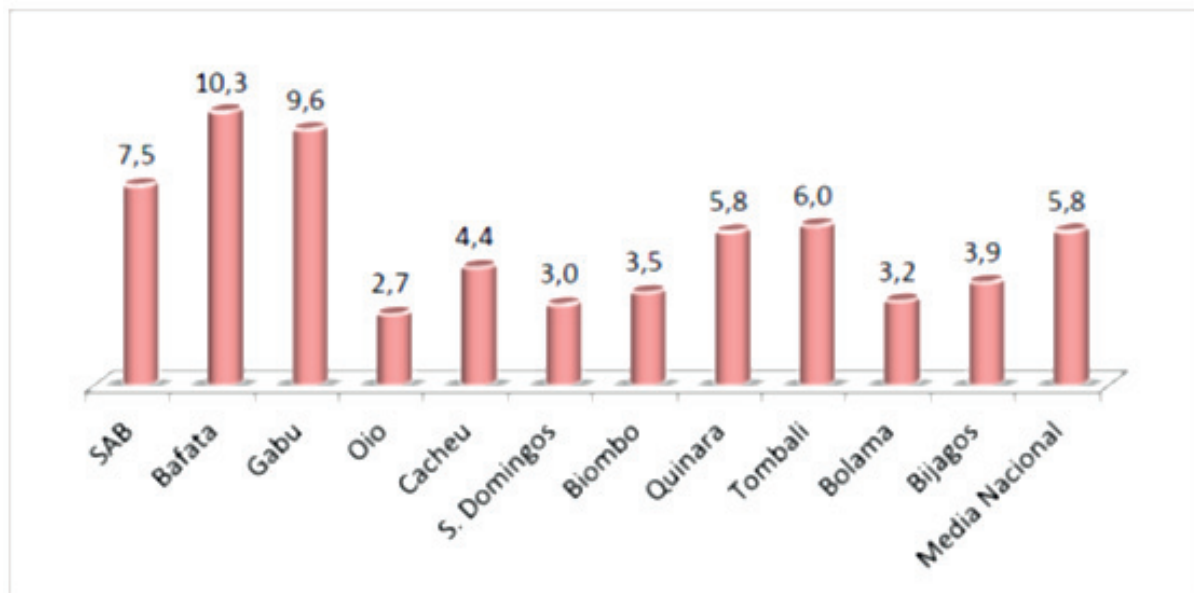
Quanto à circuncisão masculina, o MICS 2014 revelou que 79,9% dos homens de 15 a 49 anos declararam ter sido circuncidados. *Fanadores* (indivíduos que tradicionalmente realizam a circuncisão masculina) receberam apoio da Secretaria Nacional de Controle da Sida (SNLS) em 2014, a qual forneceu suprimentos para garantir condições assépticas durante a circuncisão.

Em resumo, a Guiné-Bissau está enfrentando uma epidemia de VIH generalizada que afeta predominantemente as áreas urbanas e as mulheres, e está distribuída de forma desigual em todas as regiões, não tendo sido recentemente documentada em grande parte.

A epidemia de VIH na Guiné-Bissau, considerada generalizada, compreende cerca de 36 mil pessoas infectadas (34.000-47.000), das quais 12 mil estão em tratamento (33% em 2016), o que representa um número três vezes maior em relação a 2010 (3.800). A soroprevalência nacional é de 3,3% na população geral e de 3,1% em pessoas maiores de 15 anos. O país convive com os dois subtipos do VIH, predominando, todavia, o VIH-1. A prevalência é bastante elevada em determinados segmentos sociais e a proporção entre trabalhadoras do sexo alcança 39% (2012). A taxa de prevalência encontrada em bolsas de sangue doadas para transfusão chega a ser três vezes maior que a média nacional – 9,4%.

Na Guiné-Bissau, à semelhança de outros países da CPLP, verifica-se uma feminização da epidemia. A prevalência entre as mulheres (6,3%) é cerca de três vezes maior do que entre os homens (2,2%). Ademais, o risco de transmissão vertical é calculado em 14%. De acordo com estudo-sentinela de 2009, a região que apresenta a maior prevalência em mulheres é Bafata e a menor é Oio (Figura 21).

Figura 21. Prevalência do VIH em mulheres por região. Guiné-Bissau, 2009.

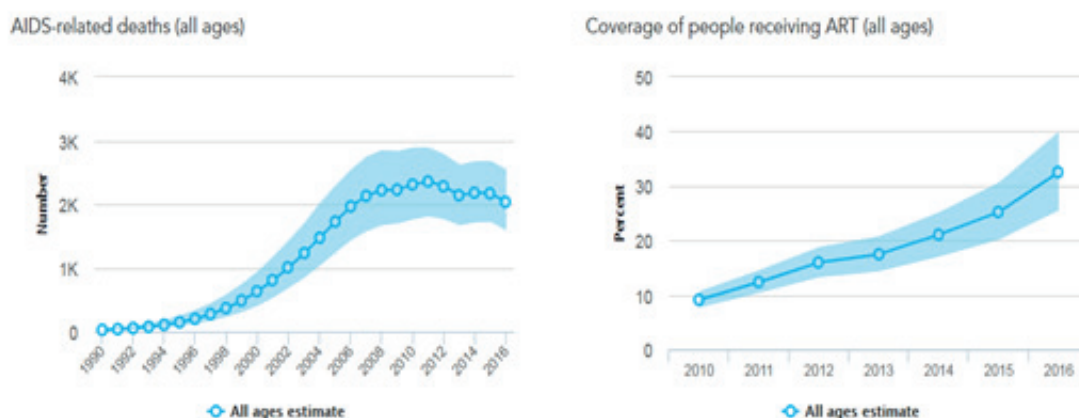


Fonte: SNLS.

Em pesquisa realizada com jovens de 15 a 24 anos, registrou-se que 22% conheciam, pelo menos, duas vias de transmissão do VIH/sida. Destes, somente 12% tinham conhecimento exato, tanto sobre os meios de transmissão quanto sobre as formas de prevenção, como também rejeitavam as principais ideias falsas sobre a transmissão do VIH/sida.

Em 2012, estimou-se que os novos casos de VIH/sida no país aumentaram em 25%. Em 2016, calcula-se a ocorrência de 1.100 novas infecções na população de 15 a 49 anos e aproximadamente 500 na de 0 a 14 anos. O relatório do Secretariado Nacional de Luta contra a Sida (SNLS), que destaca o período entre janeiro de 2011 a setembro de 2012, reportou que, durante os dois últimos anos, 486 pessoas morreram em Guiné-Bissau em decorrência da sida. Por região, foram registrados 183 óbitos no Setor Autônomo de Bissau, 64 na região de Bafatá, 83 em Biombo, 65 em Oio, bem como 25 em Cacheu, 21 em Gabu, 18 em Tombali, 10 em Quinara e 5 Bolama. A região sanitária dos Bijagós foi a que registrou o menor número de mortes relacionadas à sida.

Figura 22. Óbitos decorrentes de sida e número de pessoas em TARV. Guiné-Bissau, 1990 a 2016 e 2010 a 2016.



Fonte: Estimativas ONUSIDA 2017.

Nota-se na Figura 22 acima que, como acontece em outros países, a ocorrência de óbitos é inversamente proporcional à ampliação da cobertura da terapia antirretroviral.

3. RESPOSTA NACIONAL

Os resultados de um estudo sorológico e comportamental realizado nas cidades de Bissau, Bafata, Canchungo, Gabu, Mansoa e Buba revelaram um aumento da prevalência do VIH em profissionais do sexo, entre 2007 e 2009, de 26% para 39% no país como um todo, e de 54,6% em Bissau (Relatório sobre o Estudo de Vigilância Sentinela de VIH/IST entre PS, Projeto Saúde Bandim/INASA 2007, 2009-2010). A prevalência do VIH entre homens que fazem sexo com homens (HSH) é de 25% (Estudo Exploratório HSH, ENDA 2010). No entanto, esse estudo não foi representativo, pois contemplou apenas três regiões (Bissau, Gabu e Bubaque).

A prevalência de VIH/sida entre populações vulneráveis é a seguinte:

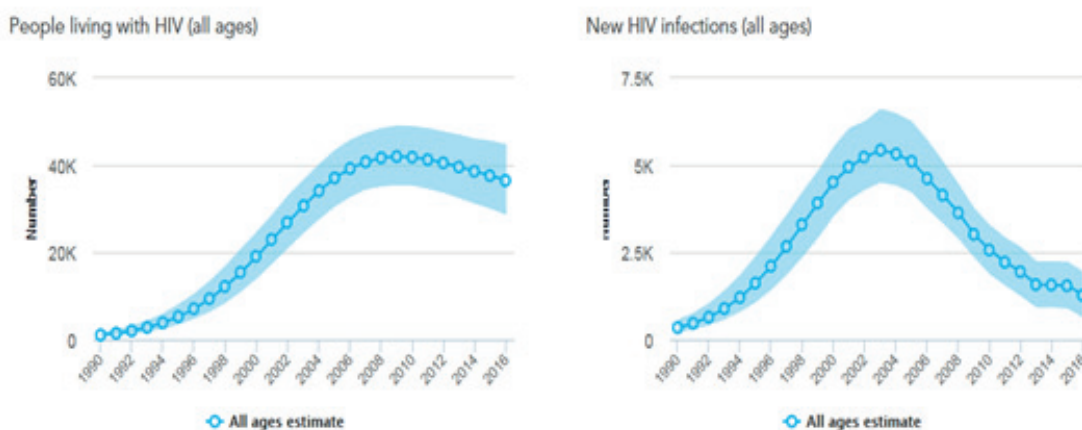
- 7,7% entre jovens mulheres vendedoras de rua, monitoradas em clínicas móveis em nível nacional (ENDA Testing Report, 2014);
- 2,9% entre jovens de 15 a 24 anos (1,4% entre meninos e 4,2% entre meninas) (Instituto Nacional de Saúde Pública – INASA, 2010);
- 14,6% entre trabalhadores uniformizados, com prevalência de VIH-1 em 9,3%, prevalência de VIH-2 em 2,7% e infecção dupla em 1,6%, durante aconselhamento e testagem voluntária (VCT) (relatório do Hospital Militar Principal);
- 5,5% para VIH-1, 2,4% para VIH-2 e 1,4% para dupla infecção entre motoristas interurbanos (Projeto de Saúde Bandim, 2010).

No que diz respeito aos adolescentes e aos jovens (Relatório preliminar MICS5/2014), o conhecimento do VIH permanece muito baixo entre os jovens de 15 a 24 anos (22,5% entre as meninas e 21,7% entre os meninos); essa taxa é ainda menor entre os jovens de 15 a 19 anos (20,3% entre as meninas e 19,3% entre os meninos). Os comportamentos de risco são comuns: 1) 18,7% das meninas entre 15 e 19 anos tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos, em comparação com 16,4% dos meninos da mesma idade; 2) apenas 40,9% das meninas de 15 a 19 anos declararam ter usado preservativo durante a relação sexual mais recente, em comparação com 59,5% dos meninos; 3) 16,9% das meninas e 9% dos meninos de 15 a 19 anos fizeram o teste e receberam seus resultados nos últimos 12 meses. Na Guiné-Bissau, jovens de ambos os sexos de 15 a 19 anos, trabalhadores uniformizados e motoristas interurbanos formam a maior parte das populações vulneráveis ao VIH.

Observa-se que o apoio à coinfeção TB/VIH é irregular, devido não apenas à baixa integração dos serviços de TB e VIH, mas também ao fornecimento irregular de testes de VIH e ao acesso insuficiente aos ARV. A cooperação entre os programas de TB e VIH deve ser fortalecida para que todos os pacientes coinfectados com VIH e TB recebam medicamentos anti-VIH e TB ou IPT.

De acordo com as estimativas SPECTRUM (ajustadas em 2015), a taxa de novas infecções entre a população de 15 anos e mais permaneceu estável em todo o país entre 2010 e 2014. A distribuição de gênero mostra que a prevalência do VIH é consideravelmente maior entre as mulheres do que entre os homens (SPECTRUM 2015).

Figura 23. Pessoas vivendo com VIH e novas infecções pelo VIH, Guiné-Bissau, 1990-2016.



Fonte: Estimativas ONUSIDA 2017.

Em geral, a Figura 23 acima mostra uma tendência descendente na incidência do VIH entre 2010 e 2013, com um ligeiro aumento em 2014. Essa redução nas novas infecções pode ser devida às várias fontes de financiamento disponibilizadas no país para prevenção, cuidados e tratamento entre a população geral e populações-chave (HSH e TS).

Em virtude da indisponibilidade de estudos sobre novas infecções pelo VIH, a triangulação, pelo INASA, dos dados das várias pesquisas realizadas (estudo da prevalência do VIH entre a população geral, INASA 2010, levantamentos centrais sobre gestantes, 2009 e 2014, levantamentos CAP da população geral, 2010 e 2014) revelou os fatores de risco que poderiam influenciar a ocorrência de novas infecções nos próximos anos, juntamente com as cidades e populações mais propensas a serem afetadas. Esses fatores de risco são os seguintes: 1) sexo casual desprotegido nos últimos 12 meses (o risco é cinco vezes maior); 2) morar em uma área urbana (o risco é três vezes maior); e 3) histórico prévio de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Nas cidades das regiões de Bafata, Bissau, Oio, Tombali e Quinara, as populações mais afetadas são os jovens de 15 a 24 anos as mulheres de 20 a 49 anos, além dos grupos vulneráveis e em risco (TS, HSH, motoristas interurbanos e trabalhadores uniformizados).

Em geral, as mortes relacionadas ao VIH aumentaram ligeiramente entre 2010 e 2014, conforme indicado pelos dados SPECTRUM 2015 – 2.264 óbitos em 2010, alcançando 2.231 em 2012 e 2.199 em 2014.

As populações-chave podem ter acesso desproporcionalmente baixo aos serviços de prevenção e tratamento (e, para o VIH e a tuberculose, à disponibilidade de cuidados e serviços de apoio). O contexto epidemiológico na Guiné-Bissau mostra que o risco de infecção pelo VIH é maior para populações-chave e vulneráveis, devido ao atendimento irregular a essas populações nos centros de saúde. As principais populações-chave (PS, HSH e pessoas que injetam drogas–PID) são as impulsionadoras da epidemia, com taxas de prevalência consideravelmente maiores que as da população geral. Enquanto isso, as populações vulneráveis enfrentam maior exposição devido à sua profissão ou status para o VIH. As populações vulneráveis são jovens mulheres vendedoras de rua, trabalhadores uniformizados e motoristas interurbanos. As características compartilhadas por essas populações são acesso limitado à prevenção e, portanto, um conhecimento insuficiente sobre o VIH, particularmente nos locais não contemplados pelas intervenções e onde o acesso aos cuidados de saúde é limitado, o que agrava ainda mais as desigualdades.

Oficialmente, não há barreiras legais para as populações-chave e nada encoraja sua criminalização.

A seguir listam-se as populações-chave e vulneráveis e os fatores que contribuem para o seu acesso desigual aos cuidados de saúde:

- **TS:** a frequência com a qual os TS fazem sexo, no contexto do trabalho sexual formal e informal, é um importante fator de risco. A falta de serviços adequados de prevenção e tratamento de IST e VIH para essa população torna-se ainda mais problemática pelo fato de que o uso de preservativo permanece irregular e há um baixo nível de conhecimento do próprio status para o VIH entre os TS. As principais barreiras ao acesso aos cuidados de saúde são o estigma, a insegurança socioeconômica, a degradação familiar e um baixo nível de educação.
- **HSH:** estigma, discriminação, agressão verbal, violência física e rejeição são fatores que tornam os HSH vulneráveis e limitam seu acesso aos serviços de saúde.
- **PID:** não estão disponíveis dados factuais em nível nacional sobre pessoas que injetam drogas na Guiné-Bissau. Há necessidade de estudos bio comportamentais e mapeamento de *hotspots*, bem como estimativa do tamanho desse grupo-alvo;
- **PVVIH:** as dificuldades que as pessoas vivendo com VIH enfrentam no acesso a serviços e tratamento de prevenção são de natureza estrutural. A cobertura insuficiente dos serviços de VIH e o fato de que a coinfeção TB/VIH, a prevenção da transmissão vertical (PTV) e as atividades de saúde materna, neonatal e infantil (MNCH) não estão suficientemente integradas no pacote de serviços são barreiras à prevenção e ao tratamento. Além disso, o baixo nível de acesso aos serviços de TB para PVVIH deve-se a uma baixa colaboração entre os programas de TB e VIH, tendo em vista que os serviços de TB e VIH não estão efetivamente integrados. Além disso, os funcionários dos centros que oferecem TARV não recebem formação e treinamento suficientes sobre a detecção de casos de tuberculose entre as PVVIH.

A falta de serviços e estratégias adequados, as falhas do sistema de referência e de contrarreferência, a deficiência dos serviços comunitários e a ausência de um orçamento substancial impedem o acesso a serviços de prevenção e tratamento para a população como um todo, especialmente trabalhadores uniformizados e motoristas interurbanos.

A resposta nacional contra o VIH/sida na Guiné-Bissau vem passando por um momento delicado, não somente em razão da instabilidade política e institucional que o país enfrenta. O apoio do Fundo Global e outras instituições tem sido crucial para a manutenção das atividades desenvolvidas. A Tabela 21 a seguir reflete o aporte do Fundo Global ao país.

Tabela 21. Contribuição do Fundo Global para a resposta ao VIH/sida em Guiné Bissau.

Componente	Alocados	Empenhados	Desembolsados
VIH/sida	USD 46,357,726	USD 46,022,163	USD 43,472,332
Tuberculose	USD 15,790,854	USD 15,736,530	USD 14,113,579
Malária	USD 45,793,571	USD 45,864,533	USD 43,092,528
Outros	USD 632,298	USD 632,298	USD 632,298
Total	USD 108,574,449	USD 108,255,524	USD 101,310,737

Fonte: Ministério da Saúde de Guiné-Bissau.

O número de PVVIH testadas para TB ao longo do Q12 foi de 207, sendo que a meta para o período era de 273. A meta e o resultado parecem baixos quando se considera que os pacientes VIH são sistematicamente rastreados com testes de tuberculose. O problema é que esses dados, que constam no dossiê clínico, infelizmente, não são preenchidos nas fichas de coleta de informações em vigor.

4. DESAFIOS E PERSPECTIVAS

- Aumentar a disponibilidade e utilização eficiente de insumos (testes, medicamentos, preservativos);
- Proporcionar às mães soropositivas atenção integral pré e pós-parto, incluindo serviços e orientação alimentar;
- Disponibilizar o exame PCR em todas as províncias;
- Elevar o acesso aos serviços de testagem voluntária nos centros de saúde e promover estratégias para que um maior número de homens e jovens realizem o teste;
- Implementar serviços de atenção psicossocial, cuidados continuados de saúde e apoio nutricional em todos os locais de atendimento;
- Realizar estudos em populações específicas para aprimoramento da base de dados e direcionar atividades às populações-chave e vulneráveis;
- Criar condições para uma resposta multissetorial, com maior participação de diferentes atores;
- Fornecer meios para a descentralização da resposta à epidemia;
- Aprimorar a pesquisa, cuidado e tratamento de infecções oportunistas;
- Aumentar o número de pessoal qualificado e treinado em centros de saúde, bem como de equipamentos novos e de boa qualidade;
- Desenvolver estratégias avançadas para a prestação de serviços de ATV;
- Levar em consideração a questão de gênero nas análises e estratégias elaboradas;
- Contribuir para a melhoria do estado nutricional de pessoas recebendo tratamento para uma melhor adesão;
- Fortalecer o sistema de PTV em todas as províncias e aumentar o número de gestantes soropositivas que recebem profilaxia, assim como o de recém-nascidos;
- Coordenar as intervenções realizadas pelo setor da saúde em todos os níveis;
- Rever a lei específica sobre o VIH em uma abordagem altamente participativa de todos os interessados (judiciário, parlamento, setor privado, sociedade civil, como bem PVVIH);
- Capacitar financeiramente as PVVIH para que elas possam desenvolver atividades geradoras de renda;
- Contribuir para o fortalecimento da sociedade civil e associações de rede de pessoas vivendo com o VIH.

Tabela 22. Dados nacionais sobre VIH/Sida. Guiné-Bissau, 2016.

Estimativas de VIH e Sida

Adultos e crianças vivendo com VIH	36.000 [29.000 - 45.000]
Adultos de 15 anos e mais vivendo com VIH	32.000 [25.000 - 40.000]
Mulheres de 15 anos e mais vivendo com VIH	20.000 [15.000 - 24.000]
Homens de 15 anos e mais vivendo com VIH	13.000 [10.000 - 16.000]
Crianças de 0 a 14 anos vivendo com VIH	4.200 [3.100 - 5.200]
Taxa de prevalência do VIH em adultos de 15 a 49 anos	3,1 [2,4 - 3,9]
Taxa de prevalência do VIH em mulheres de 15 a 49 anos	3,8 [2,9 - 4,8]
Taxa de prevalência do VIH em homens de 15 a 49 anos	2,4 [1,9 - 3,1]
Prevalência do VIH entre mulheres jovens	0,8 [0,3 - 1,4]
Prevalência do VIH entre homens jovens	0,5 [0,2 - 0,8]
Adultos e crianças com infecção recente pelo VIH	1.300 [<1.000 - 1.900]
Adultos de 15 anos e mais com infecção recente pelo VIH	1.100 [<1.000 - 1.600]
Mulheres de 15 anos e mais com infecção recente pelo VIH	<1.000 [<500 - <1.000]
Homens de 15 anos e mais com infecção recente pelo VIH	<500 [<500 - <1.000]
Crianças de 0 a 14 anos com infecção recente pelo VIH	<500 [<100 - <500]
Incidência do VIH por 1.000 hab. (adultos de 15 a 49 anos)	1,18 [0,58 - 1,83]
Incidência do VIH por 1.000 hab. (todas as idades)	0,72 [0,35 - 1,10]
Mortes em adultos e crianças em decorrência da sida	2.000 [1.600 - 2.500]
Mortes em adultos de 15 anos e mais em decorrência da sida	1.800 [1.400 - 2.300]
Mortes em mulheres de 15 anos e mais em decorrência da sida	<1.000 [<1.000 - 1.100]
Mortes em homens de 15 anos e mais em decorrência da sida	<1000 [<1.000 - 1.200]
Mortes em crianças de 0 a 14 anos em decorrência da sida	<500 [<200 - <500]
Órfãos de 0 a 17 anos em decorrência da sida	25.000 [20.000 - 31.000]

Testagem de VIH e cascata de tratamento

Pessoas vivendo com VIH	36.000 [34.000 - 47.000]	Fonte: Spectrum
Pessoas vivendo com VIH em TARV	12.000	Fonte: Spectrum
Porcentagem de pessoas vivendo com VIH em TARV	33	

Terapia antiretroviral (TARV)

Cobertura de adultos e crianças em TARV (%)	33 [26 - 40]
Adultos de 15 anos e mais em TARV	35 [27 - 44]
Mulheres de 15 anos e mais em TARV	42 [33 - 51]
Homens de 15 anos e mais em TARV	24 [19 - 30]
Crianças de 0 a 14 anos em TARV	15 [11 - 18]
Número de adultos e crianças em TARV (Nº)	11.900
Adultos de 15 e mais em TARV	11.300
Mulheres de 15 anos e mais em TARV	8.200
Homens de 15 anos e mais em TARV	3.100
Crianças de 0 a 14 anos em TARV	610

Prevenção da transmissão vertical (PTV)

Cobertura de gestantes em TARV para PTV (%)	85 [61 - >95]
Gestantes que receberam TARV para PTV (N°)	1.500
Gestantes que necessitam TARV para PTV (N°)	1.700 [1.300 - 2.200]
Diagnóstico precoce infantil (%)	45 [30 - 42]
Novas infecções evitadas pela PTV (N°)	<500 [<500 - <1.000]

Profissionais do sexo

Estimativa do tamanho da população (N°)	3.138	
Prevalência do VIH (%)	39	Fonte: GARPR 2012
Uso de preservativo (%)		

Homens que fazem sexo com homens

Estimativa do tamanho da população (N°)	7.048
---	-------

População jovem

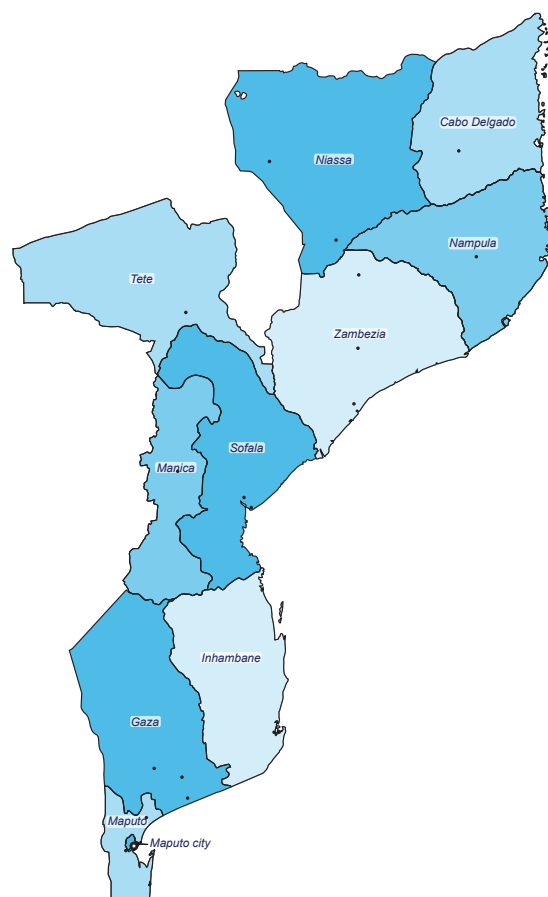
Conhecimento sobre prevenção do VIH entre jovens de 15-24 anos	22,3	Fonte: 2013 DHS
Conhecimento sobre prevenção do VIH entre mulheres jovens de 15-24 anos	22,5	Fonte: 2013 DHS
Conhecimento sobre prevenção do VIH entre homens jovens de 15-24 anos	21,7	Fonte: 2013 DHS

TB e VIH

Manejo conjunto do tratamento de TB e VIH (%)	11 [8 - 18]
Estimativa de mortes por TB em PVVIH (N°)	1.200 [< 1.000 - 1.800]

Fonte: ONUSIDA.

Moçambique



1. CONTEXTO DO PAÍS

A República de Moçambique situa-se na costa sudeste da África Austral e possui uma área de 799.380 km². O país está dividido em 11 províncias, 159 distritos e 465 postos administrativos. Estima-se que a população moçambicana seja de cerca de 27 milhões de habitantes, dos quais 51,7% são mulheres¹¹. Do total da população, 67,7% vivem em zonas rurais e têm a agricultura como o principal meio de subsistência. Moçambique caracteriza-se por ser um país jovem, com 44,5% da população entre os 0 e 14 anos; 52,4% na faixa dos 15 aos 64 anos; e 3% com 65 anos ou mais. Afere-se que a esperança de vida ao nascer seja de 52,2 anos para os homens e 56,5 para as mulheres. A taxa de crescimento populacional foi estimada em 2,6% no ano de 2017 e a taxa global de fecundidade é de 5,1 filhos por mulher. A mortalidade infantil chega a 76 mortes por 1.000 nascidos vivos¹².

Moçambique apresenta uma grande diversidade étnica e cultural. Além do português, que é a língua oficial, outras vinte línguas são usadas pela população. O país conquistou sua independência em 1975 e atualmente constitui-se como uma república presidencialista.

Atualmente, o PIB do país é de 14,6 bilhões de dólares e o crescimento econômico foi estimado em 5,2% para 2017¹⁰. A infraestrutura do sistema de saúde e questões econômicas, tais como desemprego, alto coeficiente de Gini, baixa produção agrícola e alta carga de doenças transmissíveis, contribuem para que Moçambique seja um dos oito países do mundo com piores índices de desenvolvimento humano. Estima-se que 54,7% da população moçambicana vivam abaixo da linha da pobreza e que a taxa de alfabetização seja de 56%¹³.

11 Disponível em: <<http://www.ine.gov.mz/>>. Acesso em: 8 maio 2017.

12 Banco Mundial, 2016.

13 PNUD (Ed.). Human development for everyone. New York, NY: United Nations Development Programme; 2016. 272 p. (Human development report). Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf. Acesso em: 8 maio 2017.

Sistema educacional

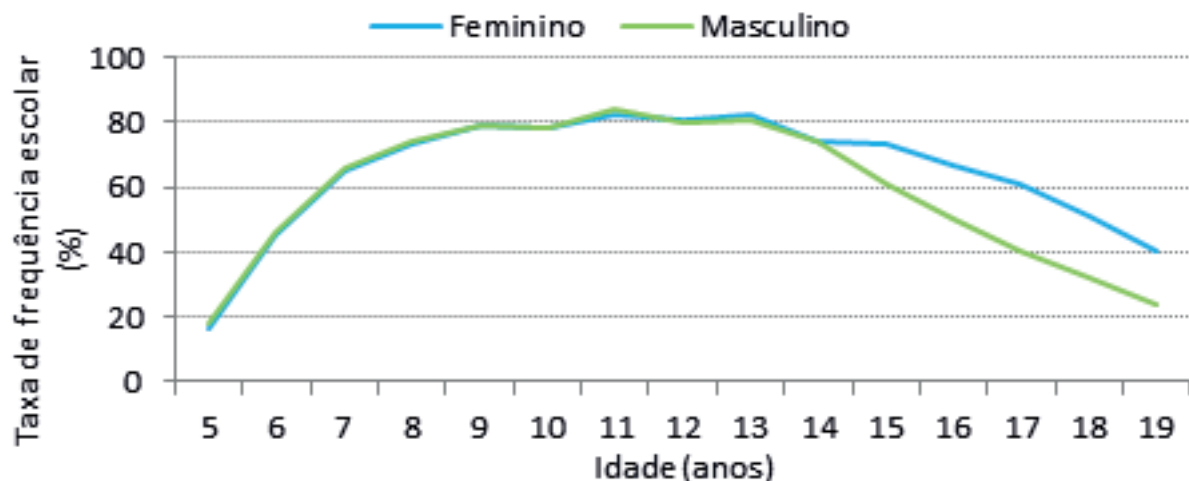
O sistema educacional de Moçambique é composto por três subsistemas: ensino pré-escolar, ensino escolar e ensino extraescolar¹⁴.

O ensino pré-escolar é coordenado pelo Ministério da Mulher e Ação Social (MMAS) e divide-se em dois níveis: o nível das creches, que cobre as crianças dos de zero a dois anos, e o nível dos jardins de infância, que atende crianças entre os dois e os cinco anos. A frequência é facultativa. O ensino escolar inclui 1) o ensino geral, 2) o ensino técnico-profissional e 3) o ensino superior. O ensino extraescolar engloba atividades de alfabetização e de aperfeiçoamento e atualização cultural e científica, realizadas fora do sistema regular de ensino.

A educação primária em Moçambique é gratuita e oferece um ensino básico de sete anos para todos. A idade oficial de ingresso na 1ª classe é de seis anos, completados no ano de ingresso. Depois de concluir o Ensino Primário, os alunos podem continuar os seus estudos no Ensino Secundário Geral, com duração de cinco anos. O Ensino Secundário Geral não é gratuito, sendo em sua maior parte oferecido pelo sistema público, que cobre 90% dos alunos.

Uma pesquisa realizada em 2011¹⁵ mostrou que 33% das mulheres e 18% dos homens não tinham completado nenhum nível de escolaridade, sendo esse percentual maior entre as pessoas que habitam áreas rurais e que se localizam nos quintis mais baixos de riqueza. As taxas de escolarização por idade e sexo (Figura 24) indicam um equilíbrio de gênero nas idades inferiores. Entretanto, os dados mostram que, a partir dos 15 anos, as taxas de frequência escolar entre meninas decrescem com maior velocidade quando comparadas às dos meninos de mesma idade.

Figura 24. Taxas de frequência escolar por idade e sexo. Moçambique, 2011.



Fonte: MISAU, 2011.

¹⁴ Pages - Educação [Internet]. [cited 2017 May 14]. Disponível em: <http://www.mined.gov.mz/EDUCA/Pages/default.aspx>. Acesso em: 10 dez. 2017.

¹⁵ Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, ICF International. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 [Internet]. Calverton, Maryland, EUA: MISAU, INE e ICFI; 2013. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

Sistema de saúde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Moçambique está descentralizado pelas 11 províncias, 30 municípios e 159 distritos do país. O Ministério da Saúde (MISAU) é responsável pela definição de políticas de saúde, e os diferentes programas são encarregados da elaboração de guias, normas e diretrizes de implementação.

Os principais desafios do sistema de saúde incluem os recursos financeiros limitados, infraestruturas deficientes, escassez de recursos humanos qualificados para responder à demanda, necessidade de melhoria da qualidade de dados reportados ao sistema de informação em saúde e as limitações dos sistemas de armazenamento de insumos.

Nove em cada dez moçambicanos residem em áreas não cobertas pela rede sanitária, que distam cerca de uma hora de caminhada da Unidade Sanitária (US) mais próxima. Estima-se que a razão da população por US é um leito para 1.039 pessoas, com variação substancial entre as províncias e regiões geográficas do país¹⁶.

O SNS estrutura-se em quatro níveis de prestação de serviços: os Centros de Saúde (CS) e Postos de Saúde (PS) constituem o nível primário e prestam os serviços básicos de saúde, que, contudo, incluem a maior parte dos programas prioritários. Hospitais Distritais, Gerais e Rurais, que habitualmente servem a mais de um distrito, constituem o nível secundário, e representam o primeiro nível de referência. O nível terciário é constituído de Hospitais Provinciais e o quaternário é formado por Hospitais Centrais e Especializados. Os níveis terciário e quaternário oferecem cuidados diferenciados, prestados por profissionais especializados¹⁷.

Nos últimos dez anos, o setor de saúde registrou importantes progressos na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, sobretudo primários. Cerca de 200 novas Unidades Sanitárias primárias e alguns hospitais foram construídos nesse período, e um número considerável de PS (320) foram elevados à categoria de CS, passando dessa forma a oferecer serviços de maternidade. Entre 2006 e 2015, o país registrou um aumento de 86% em recursos humanos – de 25.683 profissionais de saúde em 2006 para 47.833 em 2015¹⁸. Com vistas à melhoria dos serviços de referência, foram igualmente realizadas diversas intervenções nas US dos níveis II a IV. Porém, a cobertura da rede do SNS é ainda limitada.

Atualmente, o SNS conta com aproximadamente 1.590 US no país, 72% (1.149) das quais oferecem serviços de TARV.

Sistema penitenciário

O sistema penitenciário moçambicano ainda tem sua base legal essencial no Decreto-Lei nº 26.643, de 1936. Pela necessidade de atualizar o sistema, um processo prolongado de reforma se iniciou em 2002, com a adoção da Política Prisional¹⁹.

O Serviço Nacional Penitenciário (SERNAP) é um órgão que faz parte do Ministério da Justiça, sendo responsável pela gestão e administração dos centros penitenciários. Foi criado em 2013, substituindo o SNAPRI (Serviço Nacional Prisional), instituído em 2006. O SERNAP conta com 84 estabelecimentos penitenciários que albergam ao todo quase 20.000 reclusos, a maioria dos quais são jovens com idade entre 16 e 21 anos. Do total de estabelecimentos, apenas 19 (23%) possuem postos de saúde funcionais e apenas cinco médicos trabalham exclusivamente nas prisões²⁰. No restante dos estabelecimentos prisionais, os serviços básicos de saúde são fornecidos pelas unidades de saúde mais próximas.

A situação dos reclusos em risco de adquirir a infecção por VIH é abordada em termos gerais na Política Prisional, na Diretriz para as Populações-Chave (MISAU, 2015), no PEN IV e na Lei VIH (19/2014).

16 MISAU/MOH – DRH. Relatório Anual dos Recursos Humanos. Maputo, abril 2014.

17 MISAU. Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019.

18 MISAU. Plano Nacional de Desenvolvimento de RH 2016-2025.

19 Resolução 65/2002. Política Prisional e estratégia da sua implementação.

20 HEARD, Programmes to Reduce Human Rights Barriers to Access, Uptake and Retention in HIV and TB Services: Baseline Assessment for Mozambique, Durban 2017.

Ambiente legal

O ambiente legal referente às PVVIH e pessoas em risco de adquirir o VIH melhorou durante os últimos anos. Moçambique faz parte da maioria dos tratados internacionais de direitos humanos relevantes, salvo o Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais. No nível nacional, foi aprovada a Lei nº 19/2014, de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com VIH e Sida²¹. Por outro lado, a Constituição estabelece os direitos básicos dos seus cidadãos.

O novo código penal, revisto em 2014, não criminaliza o ato individual de venda ou transação de sexo e relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo²². A lei trabalhista penaliza a discriminação baseada na orientação sexual²³.

Existem áreas onde o arcabouço legal ainda precisa ser fortalecido para se alcançar um ambiente suficientemente favorável às populações-chave e vulneráveis, nomeadamente o sexo transacional e o uso de drogas. O trabalho sexual é parcialmente legalizado, o que implica que as trabalhadoras do sexo ainda trabalham em entornos e condições pouco seguras. O uso de drogas, por outro lado, é criminalizado e punido com penas de prisão.

O marco normativo é relativamente favorável; entretanto, persistem lacunas na sua implementação. Isso se explica, em parte, pelo baixo nível de conhecimento por parte dos provedores de serviços, exiguidade de fundos, déficit de pessoal qualificado e casos de abuso de poder por alguns funcionários públicos, em particular a polícia. Nota-se, também, fraco conhecimento da lei vigente, particularmente no sistema penitenciário. O marco normativo e as políticas relevantes oferecem base suficiente para a população prisional em relação ao VIH. Espera-se que o incremento paulatino do compromisso do governo melhore a situação dos reclusos.

Na área de proteção da mulher, Moçambique adotou a Lei nº 29/2009, que dispõe sobre a violência doméstica praticada contra a mulher e que protege as mulheres vítimas da violência doméstica²⁴, além de uma estratégia nacional para combater os casamentos prematuros²⁵. A lei nacional estabelece a idade núbil de 18 anos, mas permite o casamento aos 16 anos quando ocorrem circunstâncias de interesse público e familiar, e com o consentimento dos representantes legais²⁶. A Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança, ratificada por Moçambique, estabelece 18 anos como idade mínima para o casamento.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Moçambique vive um ambiente de severa epidemia do VIH/sida. Estima-se que 1,8 milhão de pessoas vivam com o VIH no país, dos quais 36% são homens e 53% são mulheres maiores de 15 anos; 11% dos infectados são crianças de 0 a 14 anos²⁷. A epidemia tem um carácter heterogêneo em termos geográficos, sociodemográficos e socioeconómicos: mulheres, moradores de áreas urbanas e pessoas que residem nas províncias da região Sul e Centro são as mais afetadas pelo VIH/sida. Cabo Delgado, na região Norte, também é uma província com alta carga de infecção. A principal via de transmissão continua sendo a sexual (heterossexual) em cerca de 90% dos casos em adultos.

21 Lei nº 19/2014. Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com HIV e Sida. Disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/NovaLeiHIV_SIDA.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.

22 Lei nº 35/2014. Lei da revisão do Código Penal. Disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei-35_2014Codigo_Penal.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.

23 Lei nº 23/2007. Lei de Trabalho. Disponível em: <<http://www.mitess.gov.mz/sites/default/files/documents/files/Lei%2023%202007%20Lei%20de%20Trabalho.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2017.

24 Lei nº 29/2009. Lei sobre a violência doméstica praticada contra a mulher. Disponível em: <http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2014/11/Lei_VD_2009.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.

25 Estratégia Nacional de Prevenção e Combate aos Casamentos Prematuros (2016-2019), adotada pelo Conselho de Ministros, dezembro 2015. Disponível em: <<http://www.wlsa.org.mz/wp-content/uploads/2016/02/EstrategiaCasamentosPrematuros.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2017.

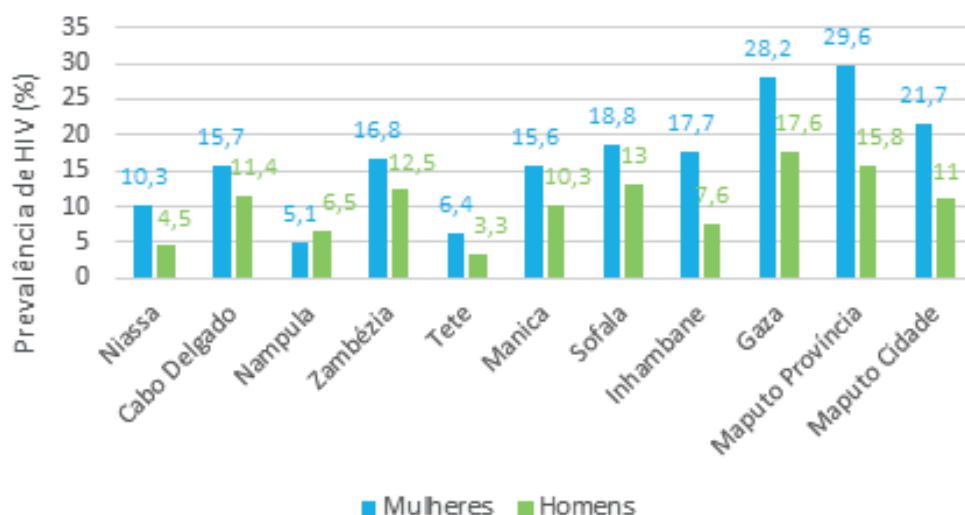
26 Lei nº 10/2004. Lei da família. Disponível em: <http://jafbase.fr/doc/Afrique/Mozambique/Lei%2010.2004%20-%20Lei%20da%20Familia.pdf>. Acesso em: 11 maio 2017.

27 UNAIDS Estimates, 2016. Submetido ao ONUSIDA em maio 2017. Spectrum versão 5.56.

Dados do Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e VIH/Sida em Moçambique (IMASIDA) 2015²⁸ revelaram que a prevalência do VIH/sida entre os adultos de 15-49 anos era de 13,2% (15,4% nas mulheres e 10,1% nos homens). Os resultados desse estudo ainda demonstraram que o risco de infecção pelo VIH por indivíduos de 15-49 anos é superior nos residentes de áreas urbanas (16,8%) comparativamente aos moradores de zonas rurais (11%).

Há grande disparidade na taxa de prevalência entre províncias, que pode variar de 3,3% entre homens em Tete a 29,6% em mulheres em Maputo Província (Figura 25).

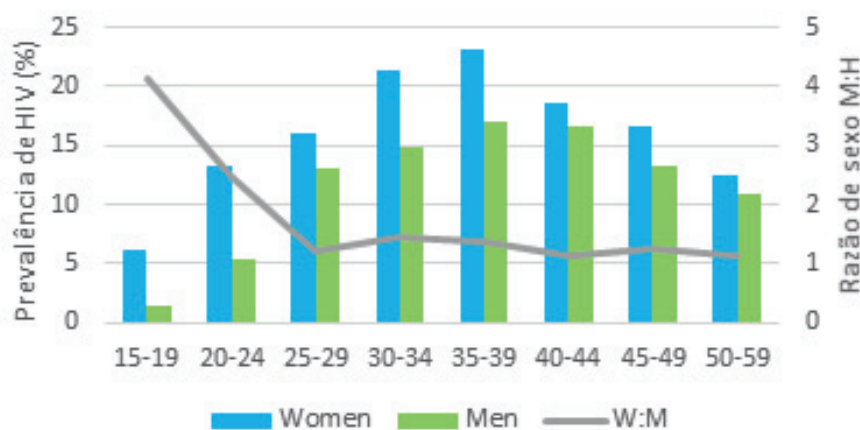
Figura 25. Prevalência de VIH (%) na população de 15 a 49 anos por sexo e província. Moçambique, 2015.



Fonte: IMASIDA, 2015.

A prevalência de VIH tem uma relação direta com a idade dos homens e mulheres, e, em ambos os casos, atinge seu pico na faixa etária de 35-39 anos. A razão de sexos (M:H) é bastante elevada nos jovens, particularmente entre os de 15 a 19 anos; a prevalência chega a ser quatro vezes maior entre as mulheres quando comparadas aos homens de mesma idade (Figura 26).

Figura 26. Prevalência de VIH (%) por idade e sexo. Moçambique, 2015.



Fonte: IMASIDA, 2015.

28 MISAU, INE, ICF Internacional, 2015. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/Sida em Moçambique 2015. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF International.

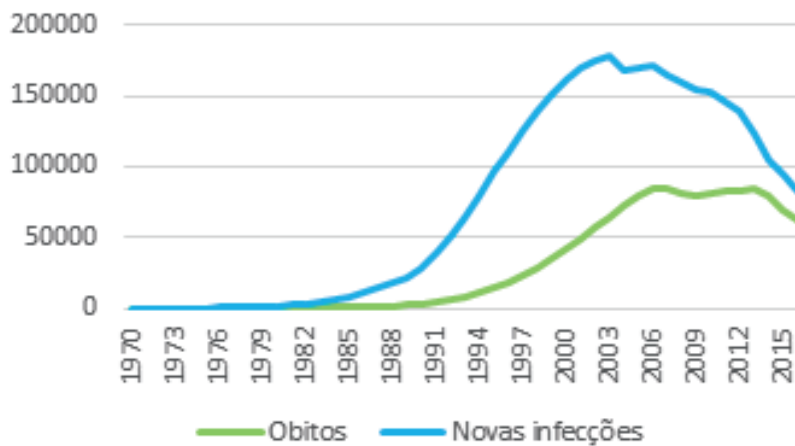
O IMASIDA também mensurou a prevalência de VIH em casais moçambicanos e demonstrou que em 16,7% dos casais pelo menos um dos parceiros vive com VIH. Em 4,8% dos casais a mulher está infectada, em 4,8% o homem está infectado e em 7,1% ambos estão infectados.

O inquérito igualmente mostrou que 30% das mulheres e 31% dos homens possuem conhecimento abrangente sobre o VIH. Em 2015, 3% das mulheres e 20% de homens de 15 a 49 anos declararam ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos 12 meses que precederam o inquérito. Nessa população, o uso de preservativo na última relação foi de 72% entre mulheres e 24% entre homens.

Tendência

Exercícios de modelagem mostram que o número de novas infecções vem diminuindo em Moçambique, em todas as suas regiões. De 2010 a 2016, esse número decresceu em 46% e em 2016 estima-se que 83.000 novas infecções tenham ocorrido. O número de óbitos também diminuiu, porém de forma menos acentuada (24% no mesmo período) e, em 2016, 62.000 pessoas morreram por doenças relacionadas ao VIH. Apesar dos avanços, Moçambique ainda não alcançou o controle epidêmico, definido como o momento em que o número de infecções decresce a ponto de ficar abaixo do número de óbitos (Figura 27).

Figura 27. Número de novas infecções e óbitos relacionados ao VIH. Moçambique, 1970 a 2015.



Fonte: IMASIDA, 2015.

Exercício de modelagem (Modos de Transmissão) conduzido em 2014²⁹ mostrou que 25,3% das novas infecções na população de 15 a 49 anos ocorrem entre pessoas em relações sexuais estáveis, provavelmente devido à alta prevalência de sorodiferença e ao baixo uso de preservativos em pessoas em relações estáveis. Pessoas com múltiplas parceiras também contribuem consideravelmente para o número de novas infecções no país (22,6%). O modelo mostrou, também, que 28,7% das novas infecções ocorrem em populações-chave e que esse percentual é maior nas regiões Norte (onde a população de clientes de mulheres trabalhadoras do sexo chega a quase 23% da população masculina) e Centro, pela alta contribuição da rede de sexo transacional. Por sua vez, o sexo transacional está frequentemente associado ao sexo intergeracional, pois homens mais velhos têm mais condições de oferecer dinheiro ou presentes em troca de sexo. Mulheres jovens iniciam relações transacionais com homens mais velhos como forma de conseguirem apoio financeiro para suas necessidades básicas (ex.: comida, roupa, mensalidades escolares, etc.) ou para obter bens materiais desejados (ex.: celulares, roupas da moda, joias, refeições em restaurantes caros) e o status social que vem com eles. Ambas as formas de relacionamento sexual, o sexo transacional e o intergeracional, colocam a mulher em alto risco de adquirir o VIH, pois parceiros mais velhos apresentam maior taxa de prevalência de VIH adquirido em relações anteriores. Além disso, a jovem tem seu poder de negociação do sexo seguro diminuído por diversas razões, incluindo o medo de desafiar alguém mais velho.

29 CNCS, GTM, ONUSIDA. Distribuição da incidência de infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão, 2013. Maputo, 2014.

VIH em populações-chave e vulneráveis

Mulheres trabalhadoras do sexo

Em 2011 e 2012, foi realizado o primeiro Inquérito Integrado Biológico e Comportamental (IIBC) entre mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) em Moçambique³⁰. A prevalência do VIH entre as MTS foi de 31,2% em Maputo, 23,6% na Beira e 17,8% em Nampula, e a prevalência de VIH entre as MTS de 25 anos ou mais foi significativamente mais elevada quando comparada à das mulheres de 15 a 24 anos em todas as três cidades.

Segundo os resultados, 63,8%, 76,5% e 65,4% das MTS em Maputo, Beira e Nampula, respectivamente, nunca se casaram ou nunca viveram com alguém como se fossem casadas. Entretanto, 34,6%, 48,1% e 40% das MTS tiveram relações sexuais com um parceiro estável no mês anterior ao inquérito em Maputo, Beira e Nampula, respectivamente.

O inquérito também apontou que 34,9% das MTS em Maputo, 51,5% na Beira e 48,4% em Nampula fizeram sexo por dinheiro pela primeira vez na faixa etária de 15-17 anos. O percentual das MTS que tiveram um a dois clientes no mês anterior ao inquérito é de 27,9%, 47,0% e 26,5% em Maputo, Beira e Nampula, respectivamente. Já a proporção de MTS que tiveram sete ou mais clientes no mesmo período era de 24,9% em Maputo, 10,5% na Beira e 21,8% em Nampula.

Com relação ao uso de preservativo, 85,8%, 73,4% e 62,8% das MTS em Maputo, Beira e Nampula, respectivamente, usaram o preservativo na última relação sexual com um cliente. O estudo estimou que 2,0% da população adulta feminina em Maputo, 5,0% na Beira e 4,5% em Nampula sejam MTS.

Homens que fazem sexo com homens

Em 2011, foi conduzido um IIBC entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) em Maputo, Beira e Nampula/Nacala³¹. A prevalência de VIH foi estimada em 8,2%, 9,1% e 3,7% em Maputo, Beira e Nampula/Nacala, respectivamente. Assim como entre as MTS, a prevalência entre os HSH na faixa etária acima dos 24 anos foi significativamente maior que entre os da faixa etária de 18 a 24 anos.

No que se refere ao uso de preservativo, 76%, 80,3 e 61,9% dos HSH usaram o preservativo na última relação anal com um homem em Maputo. Já no que tange ao número de parceiros, 11,1% dos HSH em Maputo, 15,3% na Beira e 9,3% em Nampula/Nacala tiveram pelo menos três parceiros sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito.

O estudo também demonstrou que parte considerável dessa população está envolvida em sexo transacional, já que 47,7%, 26,5% e 39,2% dos HSH receberam dinheiro, bens ou serviços em troca de sexo com um homem nos 12 meses anteriores ao inquérito em Maputo, na Beira e em Nampula/Nacala, respectivamente. Outro importante resultado foi o fato de grande parte dos HSH terem reportado relações anais ou vaginais com mulheres nos 12 meses anteriores ao inquérito: 75,8% em Maputo, 43,8% na Beira e 65,3% em Nampula/Nacala.

Com relação ao tamanho populacional, o inquérito estimou que 1,5%, 1,8% e 1,3% dos homens com pelo menos 15 anos de idade são HSH em Maputo, na Beira e em Nampula/Nacala, respectivamente.

Pessoas que injetam drogas

Em 2013 e 2014, também foi conduzido um IIBC entre pessoas que injetam drogas (PID) em Maputo e Nampula/Nacala³². A prevalência de VIH nessa população foi estimada em 50,1% em Maputo e 19,9% em Nampula. Entre os que tiveram teste reagente para o VIH durante o estudo, 63,3% e 29,5% sabiam de seu estado sorológico em Maputo e Nampula/Nacala, respectivamente. Estigma e discriminação parecem ser importantes barreiras ao acesso ao serviço, tendo em vista que, nos 12 meses anteriores ao inquérito, 7,9% e 32,6% das PID em Maputo e Nampula/Nacala tiveram alguma experiência de discriminação. Nos mesmos locais, respectivamente, 72,2% e 42,6% das PID foram presas alguma vez.

30 INS, CDC, UCSF, I-TECH. Relatório Final: Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique 2011–2012 [Internet]. São Francisco: UCSF; 2013 p. 99. Disponível em: <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/gsi/IBBS-MTS-Relatorio-Final.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017

31 INS, CDC, UCSF, Pathfinder International, PSI, LAMBDA, et al. Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique 2011 [Internet]. São Francisco: UCSF; 2013. Disponível em: <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/gsi/IBBS-HSH-Relatorio-Final.pdf>. Acesso em: 10 dez 2017.

32 Global AIDS Monitoring, 2017.

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 30,4% dos homens que injetam drogas em Maputo e 60,3% em Nampula tiveram duas ou mais parceiras sexuais ocasionais. Entre as mulheres que injetam drogas em Maputo, 40,5% tiveram dois ou mais parceiros sexuais nesse período. Com relação ao uso de preservativo, 52,4% e 29,1% das PID usaram o preservativo na última relação sexual.

Adicionalmente, 58% e 68% das PID reportaram ter usado equipamento esterilizado na última vez que injetaram drogas, e 61,2% e 19,5% reportaram consumir drogas diariamente em Maputo e Nampula/Nacala, respectivamente.

Com relação ao tamanho populacional, o inquérito estimou que 0,22% e 0,15% dos homens com pelo menos 15 anos de idade são PID em Maputo e Nampula, respectivamente.

Mineiros

Calcula-se que existam 35 mil mineiros moçambicanos irregulares trabalhando em minas sul-africanas³³. As principais províncias de origem desses mineiros são Maputo, Gaza e Inhambane.

Em 2012, foi conduzido um estudo entre mineiros em Ressano Garcia, povoação fronteiriça entre Moçambique e África do Sul³⁴. O estudo mostrou que a prevalência de VIH entre os mineiros foi de 22,3%, variando de 14,7% em Inhambane a 27,4% em Maputo. Entre os mineiros soropositivos, 75% não sabiam de seu estado sorológico.

Aproximadamente um em cada cinco mineiros ativos fizeram sexo com três ou mais mulheres diferentes nos 12 meses antes do estudo, e três em cada cinco mineiros ativos usaram o preservativo na última vez que fizeram sexo com uma parceira ocasional ou a quem deram dinheiro em troca de sexo. Com relação ao uso de preservativo com parceiras regulares ou esposa, apenas um em cada cinco mineiros ativos usou o preservativo na última relação sexual.

Trabalhadores agrícolas em plantações na África do Sul

Em 2010, um IIBC foi conduzido entre 2.810 trabalhadores agrícolas de 23 plantações em três cidades na fronteira entre a África do Sul e Moçambique: Musina, Tzaneen e Malelane³⁵.

Dos entrevistados, 54% eram mulheres e 88,8% dos trabalhadores eram sexualmente ativos; 31,4% reportaram ter tido mais de um parceiro nos últimos 12 meses; e 53,6% relataram uso de preservativo na última relação com parceiro não regular. Quanto ao sexo transacional, 13,2% reportaram ter recebido dinheiro ou presentes em troca de sexo. Esses indicadores demográficos e de comportamento sexual não estão disponíveis por nacionalidade, mas, segundo o relatório da pesquisa, não houve diferenças significativas desses indicadores por país de origem do trabalhador.

Entretanto, o relatório traz alguns dados específicos para os 400 trabalhadores moçambicanos entrevistados. A prevalência de VIH nesse grupo foi estimada em 41,5%, quatro vezes a prevalência de VIH na população de 15 a 49 anos do país na época. Destes, 20% eram casados, 66% reportaram ver a parceria pelo menos semanalmente, 41% reportaram ter tido mais de uma parceria sexual no último ano e 18% relataram ter sido vítimas de sexo forçado.

Caminhoneiros de longa distância

Em 2012, foi realizado um inquérito IBBS (Vigilância Biológica e Comportamental Integrada) entre caminhoneiros de longa distância no cruzamento de Inchope, Província de Manica em Moçambique³⁶. A prevalência de VIH entre os caminhoneiros foi de 15,4% e apresentou variações de acordo com o país de residência, sendo maior entre os habitantes de Moçambique (21,9%) comparada à dos que residiam em outro país (8,9%).

33 Barwise K, Lind A, Bennett R, Martins E. Intensifying action to address HIV and tuberculosis in Mozambique's cross-border mining sector. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. 2013;43(4):699-719.

34 MISAU, INS, CDC, UCSE, MITRAB & I-TECH (2013). Final Report: the Integrated Biological and Behavioral Survey among Mozambican Workers in South African Mines, 2012. Maputo: MISAU.

35 IOM. Integrated Biological and Behavioral surveillance survey (IBBS) in the commercial agricultural sector in South Africa. South Africa: IOM; 2010 p. 82.

36 UCSE, CDC, Pathfinder International, I-Tech, Universidade Católica de Moçambique, Instituto Nacional de Saúde. Resultados Preliminares: Estudo Sobre a Saúde dos Camionistas. 2012.

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, dois em cada dez caminhoneiros reportaram ter tido duas parcerias principais; um em cada dez reportou ter tido três ou mais parcerias ocasionais; e três em cada dez tiveram pelo menos uma parceria a quem pagaram por sexo.

Com relação ao uso de preservativos, nos 12 meses anteriores ao inquérito, três em cada dez participantes não usaram preservativo todas as vezes que tiveram relações sexuais com uma parceria ocasional ou transacional.

População carcerária

Em 2012, foi conduzido um estudo transversal entre 2.428 reclusos do sistema penitenciário em Moçambique, com o objetivo de determinar a prevalência de VIH e verificar o nível de conhecimento, atitudes e práticas com relação ao VIH³⁷. A média de idade dos reclusos que participaram da pesquisa foi de 28,6 anos, sendo que 90% deles eram de nacionalidade moçambicana, 76% estavam presos pela primeira vez e 90% eram do sexo masculino. A média de idade dos funcionários foi de 34,9 anos e 79% deles eram do sexo masculino. O estudo mostrou que 24% dos reclusos em penitenciárias moçambicanas estão infectados pelo VIH.

Dos reclusos entrevistados, 94% sabiam que o VIH pode ser transmitido por meio de relações sexuais desprotegidas e 91% sabiam da transmissão por compartilhamento de agulhas; entretanto, somente 68% conheciam a possibilidade de transmissão vertical do VIH. As entrevistas entre os reclusos também mostraram que 14,5% deles usavam drogas injetáveis e que 31% haviam se envolvido em relações sexuais consensuais com outro recluso. Entretanto, existiam também relações sexuais entre reclusos e funcionários (15%) e relações entre reclusos e visitantes (9%). As relações sexuais foram consensuais (21,4%), pagas (28% entre reclusos e 8% entre reclusos e funcionários) ou forçadas (13,9%).

Mulheres jovens (15 a 24 anos)

Estima-se que 19,8% das jovens moçambicanas estejam infectadas pelo VIH, taxa três vezes maior que a apresentada pelos jovens do sexo masculino de mesma idade.

Elas iniciam a atividade sexual precocemente: 25% das jovens de 15 a 24 anos tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos, e costumam se envolver em relações intergeracionais (relação sexual com parceiro dez anos mais velho) com maior frequência que os homens de mesma idade. Das meninas de 15 a 19 anos sexualmente ativas, 10,7% reportaram ter tido relação sexual com homens dez anos mais velhos que elas. A relação intergeracional resulta em maior risco de infecção, pois parceiros mais velhos apresentam maior taxa de prevalência de VIH, adquirido em relações anteriores, e acabam por colocar as meninas mais jovens em situação de maior risco. Além disso, na relação intergeracional as jovens estão em posição de desigualdade, com diminuição do seu poder de negociação do sexo seguro. As jovens africanas, em geral, iniciam relações com parceiros mais velhos em troca de benefícios materiais, especialmente em situações de pobreza e desemprego.

A desigualdade de gênero e a violência baseada em gênero também contribuem para a maior vulnerabilidade das mulheres jovens ao VIH. Quase um quarto das meninas acham justificável o marido bater na mulher, sendo essa proporção inversamente proporcional ao nível de escolaridade e ao quintil de riqueza. A esse respeito, 22,4% das meninas de 15 a 19 e 37,7% das de 20 a 24 anos reportaram ter sofrido violência física desde os 15 anos de idade, e a maioria dos casos de violência física contra a mulher (82,1%) foi causada pelo esposo ou ex-esposo.

Com relação à violência sexual, 9,3% e 17,5% das meninas de 15 a 19 e de 20 a 24 anos, respectivamente, reportaram ter sofrido violência sexual em algum momento. Os três principais perpetradores da violência sexual na população feminina de Moçambique são os parceiros (39,1%), os ex-parceiros (24,3%) e os ex-namorados (16,3%).

37 Serviço Nacional Penitenciário. Ministério da Justiça. República de Moçambique. Assessment of the Situation of HIV, STIs and TB and Health Needs in Prisons in Mozambique. Final Report. 2013.

Circuncisão

O Governo de Moçambique criou, em 2013, o Programa Nacional de Circuncisão Masculina, que tinha como objetivo expandir a circuncisão masculina em um período de quatro anos, com uma meta de circuncidar 2 milhões de homens com idade entre 10 e 49 anos. Foram definidas como prioritárias as províncias com menor prevalência da circuncisão e maior prevalência do VIH. Desde então, o percentual da população masculina de 15 a 49 anos circuncidada aumentou de 47,4% em 2011 para 63% em 2015. A proporção de circuncidados por um praticante de medicina tradicional/amigo/familiar (33%) é maior que a proporção de homens circuncidados por um trabalhador/profissional de saúde (27%). Nota-se uma diferença na proporção de homens circuncidados entre as províncias; a taxa é mais alta nas províncias de Niassa (95%) e Nampula (93%) e mais baixa nas províncias de Tete (9%), Manica e Sofala (ambas com 20%).

3. RESPOSTA NACIONAL

O Governo de Moçambique adotou uma abordagem multisetorial de resposta ao VIH/sida que pressupõe o envolvimento de setores governamentais e outros setores da sociedade, tendo o Conselho Nacional de Combate à Sida (CNCS) como coordenador, por meio de um Plano Estratégico Nacional³⁸ que orienta a resposta do Estado Moçambicano à pandemia.

O CNCS é presidido pelo Primeiro-Ministro e inclui o Ministro da Saúde como Vice-Presidente, Ministros do Plano e Finanças, Negócios Estrangeiros, Educação, Ação Social e da Juventude e Desportos, e representantes da sociedade civil. Um Secretariado Executivo tem o mandato de liderar, coordenar e monitorar todas as atividades em apoio à Estratégia Nacional, não implementando programas, mas servindo o CNCS.

A estrutura de coordenação da resposta ao VIH em Moçambique preconiza a participação efetiva da sociedade civil no processo de coordenação no Conselho Diretivo do CNCS, no Comitê de Coordenação e na estrutura provincial ao mais alto nível Governo Provincial. O compromisso amplamente manifestado é que a ação conjugada das Organizações da Sociedade Civil (OSC) faça chegar a voz da sociedade civil aos espaços formais.

As OSC, nas suas diferentes formas (organizações não governamentais, organizações de base comunitária, organizações religiosas, entre outras) têm uma contribuição importante na resposta nacional e no alcance das metas definidas pelo país em médio e longo prazo (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e Declaração Política de Alto Nível), por meio de intervenções e serviços que complementam as ações providas por outros atores e implementadores da resposta nacional, os diferentes setores do governo e o setor privado.

A plataforma da sociedade civil para a saúde (PLASOC-M, composta por organizações nacionais) é o espaço privilegiado de coordenação e tomada de decisões referentes à contribuição das organizações membros à resposta nacional; essa plataforma tem igualmente um forte componente de *advocacy* para assegurar que as necessidades do cidadão, no que se refere à saúde e às grandes endemias (sida, malária e tuberculose), sejam respondidas.

A sociedade civil em Moçambique ainda enfrenta desafios referentes à sua capacidade de resposta a uma epidemia multidimensional que requer ações inovadoras e robustas; esses desafios vão desde a capacidade técnica até a disponibilidade de recursos materiais e financeiros para o desenvolvimento de suas ações. Na interação das OSC com outros países é notável o desafio linguístico, que constitui uma barreira para acesso às outras OSC e aprendizagem; nesse sentido, a plataforma e as organizações-membros têm na sua agenda e prioridades o estreitamento de relações com os países de expressão portuguesa.

O setor privado em Moçambique tem sido um ator-chave na resposta nacional por meio de programas implementados pela ECOSIDA (Empresários contra a Sida) com um foco específico em programas de prevenção do VIH/sida no local de trabalho e comunidades ao redor de grandes empreendimentos.

38 CNCS. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015 – 2019 [Internet]. Maputo; 2015 [cited 2016 Jul 8] p. 60. Disponível em: [http://www.rdc.org.mz/ing/centro-de-recursos/OutrosDocumentos/PEN-IV-2015-2019-Vers%C3%A3o-Aprovada-pelo-Conselho-de-Ministros-1%20\(2\).pdf](http://www.rdc.org.mz/ing/centro-de-recursos/OutrosDocumentos/PEN-IV-2015-2019-Vers%C3%A3o-Aprovada-pelo-Conselho-de-Ministros-1%20(2).pdf). Acesso em: 10 dez 2017.

Embora o CNCS seja responsável pela coordenação geral, o MISAU, por meio de seu Programa Nacional de Controle (PNC) de IST-VIH/SIDA, criado em 1988, é a entidade do Serviço Nacional de Saúde responsável pela gestão dos serviços de saúde relacionados ao VIH e outras infecções de transmissão sexual. Integrado à Direção Nacional de Saúde Pública, a missão do programa é coordenar, regulamentar e prestar cuidados e tratamento às pessoas vivendo com VIH. Para responder de forma estratégica aos desafios dessa missão, o PNC IST-VIH/SIDA conta com os seguintes componentes: 1) Aconselhamento e testagem em saúde; 2) Cuidados e tratamento (adultos e crianças); 3) Coinfecção TB/VIH, em coordenação com o programa de tuberculose, integrado à Direção Nacional de Saúde Pública; 4) Apoio psicossocial e prevenção positiva; 5) IST; 6) Monitoramento e avaliação e (7) Melhoria da qualidade. Outros dois programas que respondem de forma coordenada pelo enfrentamento ao VIH no setor da saúde são o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH, inserido dentro da Direção Nacional de Saúde Pública, como parte integrante do programa de Saúde da Mulher e da Criança; e o Programa de Circuncisão Masculina, inserido na Direção Nacional de Assistência Médica.

O PNC IST-VIH/SIDA e o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical regem-se pelos seguintes planos orientadores:

- Plano Econômico e Social (PES): Plano Anual que responde às atividades traçadas no plano estratégico do setor da saúde, com a finalidade de projetar atividades que irão concorrer para o alcance das metas traçadas pelos programas;
- Plano de Aceleração da Resposta ao VIH e Sida (PdA) (2013-2017): em junho de 2011, os Estados-Membros das Nações Unidas, por meio da Declaração de Compromisso na Assembleia Geral, ratificaram os compromissos de alto nível, para até 2015, com extensão para 2017: eliminar a transmissão vertical do VIH (até <5%); oferecer TARV a 80% de pacientes elegíveis; reduzir em 50% o número de novas infecções por VIH. Assim sendo, foi desenhado em 2012 um plano de aceleração da resposta, em que são descritas de forma detalhada as atividades para o alcance dessas metas globais.
- Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH e Sida (PEN IV 2015-2019): esse plano articula as ações que concorrem para a provisão de serviços de prevenção, cuidados e tratamento e mitigação das consequências do VIH, adaptados ao contexto social e às condições do país.
- Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do VIH (E-TV) (2012-2015): em 2011, Moçambique endossou a Iniciativa Global de E-TV, cujo principal enfoque era voltado para a redução para menos de 5% da TV do VIH até 2015, e para a cobertura de 90% da oferta dos esquemas ARV mais eficazes para a PTV entre mulheres grávidas elegíveis. Diversos setores do governo estão envolvidos com o novo plano em coordenação com o Ministério da Saúde, nomeadamente os Ministérios da Educação, da Mulher, de Ação Social, da Juventude e Desporto, da Defesa Nacional, da Justiça, entre outros. A sociedade civil e o setor privado também estão comprometidos no combate ao VIH/sida em Moçambique.

Gastos em sida³⁹

Após terem aumentado anualmente para atingir USD 332,5 milhões em 2014, os gastos totais em VIH/sida em Moçambique se estabilizaram em USD 341 milhões em 2015 e USD 332,7 milhões em 2016. A resposta continua a ser essencialmente apoiada pela ajuda externa, que representou 97% dos gastos em 2016. Os principais financiadores são o Governo dos Estados Unidos e o Fundo Global, responsáveis, respectivamente, por 62% e 25% dos gastos totais em sida no mesmo ano. Os recursos públicos domésticos foram de 3%, enquanto os gastos restantes são cobertos por outros doadores bilaterais, agências multilaterais e ONG internacionais.

A análise dos gastos por área programática mostra que a metade dos recursos foi dirigida aos cuidados e tratamento (com USD 169,4 milhões em 2016), seguida pelos gastos para o reforço de sistema da saúde e governança (USD 67,8 milhões), prevenção da transmissão sexual (USD 37,4 milhões) e prevenção de transmissão vertical (USD 22,9 milhões). O restante dos recursos (USD 35,2 milhões) foi alocado para a gestão de programas, proteção social e

39 CNCS, ONUSIDA. Medição de gastos em HIV/SIDA (MEGAS) do período de 2014 em Moçambique [Internet]. 2016 [cited 2017 May 14]. Disponível em: <http://cncs.co.mz/wp-content/uploads/2015/11/Relat%C3%B3rio-MEGAS-2014-Final1.pdf>. Acesso em: 10 dez 2017.

habilitadores críticos.

O recente aumento de gastos para os cuidados e tratamento resultou na diminuição progressiva das despesas com a prevenção da transmissão sexual, que passaram de USD 54,9 milhões em 2014 para USD 37,4 milhões em 2016.

Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS)

Em Moçambique, a prevenção é o foco central da política de combate ao VIH/sida. No componente preventivo, as ações são enfocadas não apenas na educação do paciente, mas também nas intervenções para identificação de PVVIH, PTV, tratamento aos pacientes coinfectados com TB/VIH, prevenção e testagem das IST e abordagens para populações de alto risco e vulneráveis. Na área de comunicação, o país adota mensagens que fortaleçam a educação do paciente e da comunidade geral, incluindo mensagens de prevenção do VIH para os diferentes grupos etários, segundo as características sociodemográficas e culturais da população.

Para identificação da PVVIH, o Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) é a intervenção-chave. Essa atividade teve início em 1999, com a oferta da testagem voluntária nos 80 Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) que cobriam uma pequena fração da população. Para responder a essa iniquidade da oferta dos serviços de testagem, foi criado, em 2005, o serviço de ATS nas Unidades Sanitárias (US) e nas comunidades, e em 2008 iniciou-se a integração do ATS em outros serviços clínicos. Desse modo, o ATS passou a ser oferecido de diversas formas: o Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor (ATIP), Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Utente (ATIU) e a testagem baseada no caso-índice tanto na US como na comunidade. Até o final de 2016, foram testadas 6.959.836 pessoas para o VIH, o que corresponde a 87% de cumprimento da meta anual⁴⁰.

A identificação de PVVIH é feita por meio de testes sorológicos (*Determine* e *Unigold*) e testes virológicos (PCR DNA-VIH).

Em Moçambique, considera-se PVVIH: 1) toda criança com idade superior a 18 meses e adulto que apresentar resultados de teste rápido positivo. Essa positividade é conferida usando-se o teste *Determine* e confirmada pelo teste *Unigold*; e 2) toda criança com idade inferior a oito meses que apresentar o teste virológico de PCR DNA-VIH positivo.

Embora mais de oito em cada dez homens e mulheres saibam onde fazer o teste, apenas 61% das mulheres e 38% dos homens alguma vez fizeram um teste de VIH e receberam os resultados. Adicionalmente, somente 31% das mulheres e 19% dos homens foram testados nos 12 meses anteriores ao inquérito. A testagem recente é mais comum entre as pessoas que vivem em zonas urbanas, com maior nível de escolaridade e nos maiores quintis de riqueza. Entre as PVVIH testadas durante o inquérito, somente 34% reportaram que sabiam ser positivas e, entre as que sabiam, 75% reportaram estar em TARV.

A cobertura de testagem vem crescendo desde 2009, mas, apesar dos avanços na identificação de PVVIH, a vinculação aos serviços de cuidados e tratamento e a qualidade da testagem continuam sendo um grande desafio para o PNC IST-VIH/SIDA. Os dados de 2016 mostram uma taxa de vinculação de 68% de pacientes diagnosticados com VIH aos cuidados e tratamento. Contudo, importa salientar que esse número de novos pacientes inscritos não se refere necessariamente aos que foram testados no mesmo período. Esses dados são uma aproximação da vinculação entre testagem e cuidados de VIH, como forma de prover uma informação geral sobre a lacuna que existe entre a testagem e vinculação aos cuidados e tratamento, uma vez que o sistema de registro atualmente em uso não permite o seguimento de indivíduos entre a testagem e os cuidados.

Ainda no componente preventivo, o PNC IST-VIH/SIDA possui também intervenções para as populações de alto risco, nomeadamente MTS, HSH, PID e população carcerária. O pacote de intervenções para esse grupo tem como principal objetivo assegurar o acesso a serviços de saúde de qualidade, livres de discriminação e baseados em evidências, de modo a contribuir para uma resposta efetiva à epidemia do VIH em Moçambique. Esses serviços incluem não apenas intervenções estruturais, biomédicas e comportamentais, mas também o acesso universal à TARV para MTS e HSH.

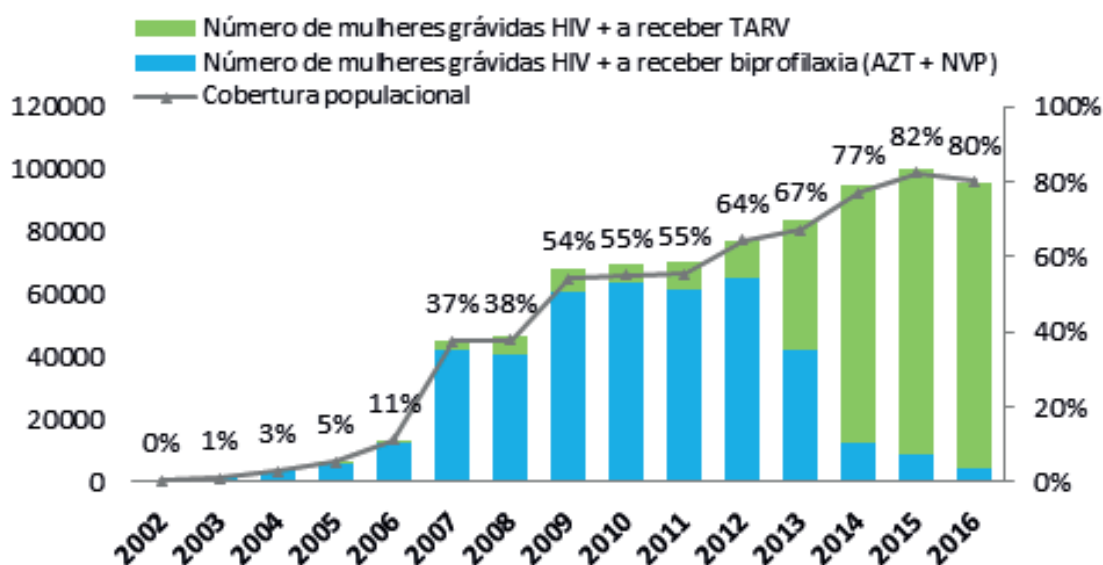
40 MISAU. Relatório Anual das Atividades Relacionadas ao HIV/Sida, 2016. Maputo: MISAU, 2017.

Prevenção da Transmissão Vertical

Moçambique atingiu progressos consideráveis no componente de PTV. A implementação do programa é guiada pelo Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical⁴¹ e pelo Plano de Aceleração da Resposta ao VIH e Sida (PdA) (2013-2017)³², cujos principais objetivos enfocam o aumento para 90% da cobertura de mulheres vivendo com VIH recebendo esquemas mais efetivos para PTV e a redução da transmissão vertical para menos de 5%.

O número de US oferecendo PTV aumentou de 1.213 em 2013 para 1.450 em 2016. A oferta da Opção B+ nas US que oferecem PTV aumentou de 534 em 2013 para 1.148 em 2016, fato que contribuiu para o aumento da proporção de mulheres grávidas soropositivas em PTV recebendo esquemas mais eficazes: de 50% em 2013 para 88% em 2016³⁰

Figura 28. Cobertura de PTV e número de mulheres em PTV por esquema. Moçambique, 2002 a 2016.



Fonte: MISAU, 2016.

(Figura 28).

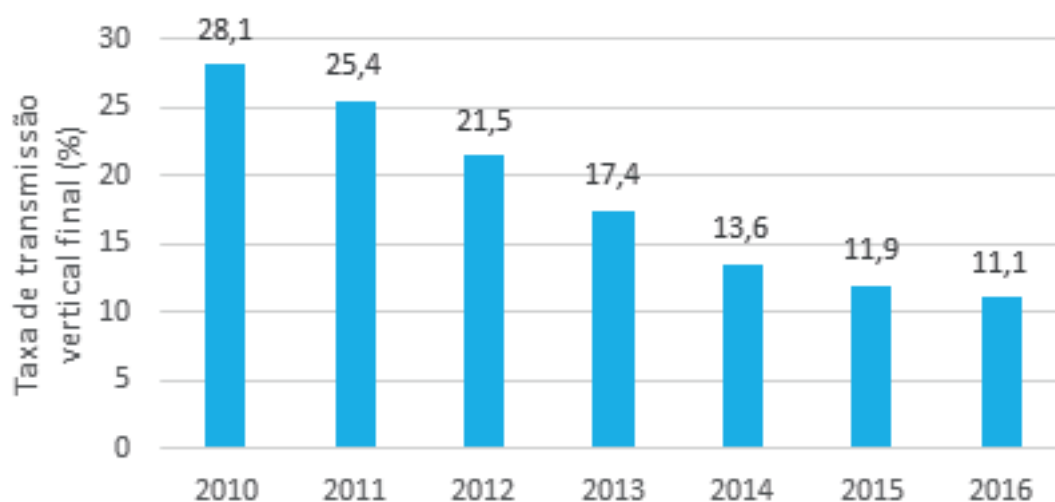
O programa de PTV também expandiu o acesso ao diagnóstico precoce infantil (DPI), de modo que, em finais de 2016, 1.344 US ofereciam DPI para crianças expostas contra 752 US em 2013. Consequentemente, o número de crianças que colheram amostra de sangue para PCR DNA-VIH antes de oito semanas de vida aumentou de 40,3% em 2013 para 67% em 2016. O programa de PTV está, desde o último trimestre de 2016, em processo de expansão faseada da tecnologia simplificada de diagnóstico de PCR DNA-VIH, esperando-se até o fim de 2017 alocar um total de 130 máquinas em US de grande volume e prevalência de VIH. A outra intervenção inovadora na componente de PTV inclui a integração do planeamento familiar nos serviços do Sistema Materno Infantil (SMI), abordagens para o envolvimento do homem e o acesso universal à TARV para parceiro positivo de mulher grávida e lactante VIH negativa.

Apesar dos avanços alcançados, estima-se que a taxa de TV em 2016 seja de 11,1% (Figura 29) e que 13.224 novas infecções tenham ocorrido em crianças em 2016.

Entre os desafios do Programa de PTV, verifica-se a baixa retenção aos cuidados de SMI/PTV (62% após um ano de início de TARV), a baixa cobertura de partos institucionais (70%) e a baixa adesão e retenção do par mãe-filho na consulta da criança em risco (CCR) até o diagnóstico final da criança.

41 MISAU. Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV (E-TV) (2012-2015).

Figura 29. Taxa de transmissão vertical final. Moçambique, 2010 a 2016.



Fonte: MISAU, 2016.

Cuidados e tratamento

Em Moçambique, cerca de 990 mil PVVIH estão em TARV, o que representa uma cobertura de apenas 54%. O Plano Estratégico Nacional IV e os novos guias nacionais de tratamento recomendam abordagens agressivas de expansão do tratamento.

O país iniciou a oferta gratuita da TARV em 2003 em apenas 12 localidades, limitada aos pacientes com contagem de CD4 < 200 células/mm³ ou com sinais e sintomas de doença avançada (estágio III ou IV da OMS). Desde então, o tratamento passou a ser estendido às PVVIH com infeções mais recentes, de acordo com as atualizações rotineiras dos critérios de elegibilidade preconizados pela OMS e com a adoção do compromisso para o alcance das metas globais propostas pelo ONUSIDA (90-90-90).

Em março de 2016, os critérios de início da TARV mudaram oficialmente no país para início da terapia com CD4 ≤ 500 células/mm³ em todo paciente com idade ≥ 5 anos e, em agosto de 2016, iniciou-se a implementação, de forma faseada, da abordagem do “Testar e Iniciar” no país. Espera-se atingir a expansão nacional em 2018, com a revisão dos guias nacionais de tratamento para refletir essa mudança de critério no país.

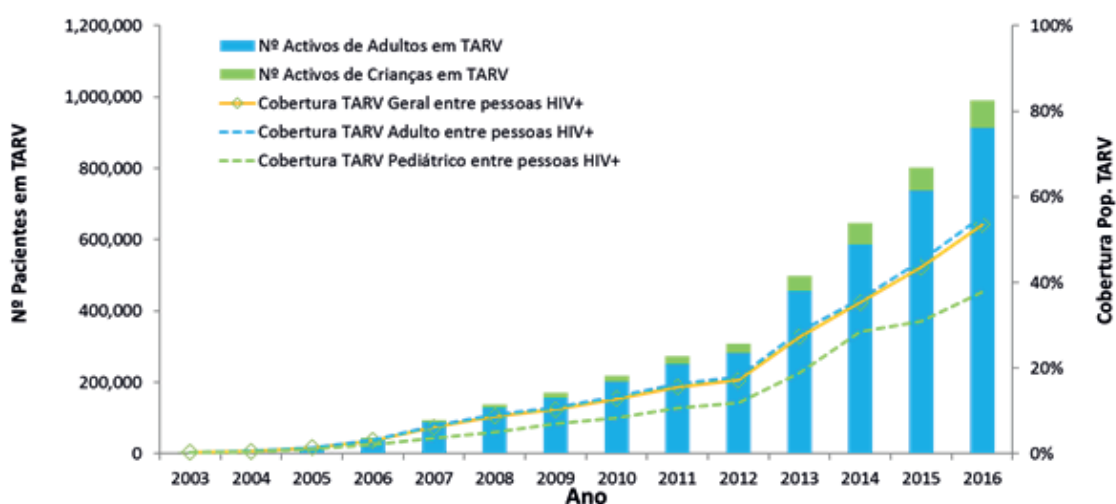
Assim sendo, os critérios de TARV em vigor no país recomendam:

- Nas US contempladas pela abordagem do Testar e Iniciar: acesso universal à TARV para todo paciente (adulto, criança, gestante e adolescente) independentemente do estágio clínico e imunológico.
- Nas US não contempladas pela abordagem do Testar e Iniciar:
 - TARV universal independentemente do estágio clínico e imunológico para gestantes, lactantes, crianças menores de cinco anos de idade, pacientes coinfectados com TB/VIH, hepatite e cânceres invasivos;
 - TARV para pacientes com idade > 5 anos, com CD4 < 500 ou que estiverem no estágio clínico III ou IV da OMS;
 - TARV universal independentemente do estágio clínico e imunológico para parceiro positivo de gestante ou lactante VIH negativa.

Com a implementação do plano de aceleração⁴² e posteriores modificações no critério de elegibilidade para início de tratamento, nota-se um progresso considerável nessa área, de modo que em finais de 2016 a cobertura de US que ofereciam TARV aumentou para 72% do total de 1.595 US do país, com consequente aumento do número de PVVIH a se beneficiarem da TARV. Em 2016, 990.085 PVVIH estavam recebendo TARV em Moçambique, representando cobertura de 54% (Figura 30), sendo maior em adultos (55%) quando comparados às crianças (38%).

No que concerne à retenção dos pacientes em TARV, os dados mostram que existem ainda grandes desafios. Em 2016, 70% dos pacientes permaneciam em TARV após 12 meses do início do tratamento e, ao fim do terceiro ano após o início de tratamento, apenas 49% dos pacientes continuam em TARV. A baixa retenção reflete os desafios ainda enfrentados pelo país para conseguir que a TARV tenha impacto na diminuição das novas infecções.

Figura 30. Número de PVVIH em TARV e cobertura de TARV por faixa etária. Moçambique, 2003 a 2016.



Fonte: MISAU, 2016.

Com a implementação da abordagem do Testar e Iniciar, é notável um aumento crescente da demanda para as US. Nesse âmbito, surge a necessidade acrescida de implementar abordagens que apoiem a melhoria da qualidade dos cuidados clínicos oferecidos aos usuários, bem como garantir a adesão dos pacientes à TARV e a retenção destes. A implementação de modelos diferenciados tem sido uma das principais abordagens, levando sempre em consideração as características das US e os recursos humanos disponíveis. As diferentes intervenções estão centradas na redução do tempo de espera nas US, melhoria da qualidade do atendimento clínico, descongestionamento das Unidades Sanitárias de grande volume e espaçamento das consultas clínicas para pacientes estáveis. Outro foco igualmente importante é a melhoria da adesão e retenção aos cuidados, mediante a revelação do diagnóstico ou do status sorológico e apoio psicossocial e prevenção positiva, implementação de um sistema de identificação precoce de pacientes faltosos e abandonos, busca consentida, abordagem familiar/de pares (mãe-filho, casais), expansão dos Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC), formação de grupos de apoio e a dispensação trimestral de ARV.

O exame de carga viral (CV) foi introduzido no país em 2014 e, com a implementação do Testar e Iniciar, em agosto de 2016, foi lançado o monitoramento rotineiro da TARV usando a CV nos locais do Testar e Tratar. Espera-se que, com a consolidação dessa intervenção, o monitoramento da TARV mediante a contagem de CD4 diminua gradualmente.

42 MISAU. Plano de Aceleração da resposta ao HIV e SIDA 2013-2015 [Internet]. Maputo; 2013 [cited 2014 Jun 23] p. 114. Disponível em: <http://www.misau.gov.mz/attachments/article/401/Plano%20de%20Aceleracao%20Digital%20Edition.pdf>. Acesso em: 10 dez 2017.

Tabela 23. Cooperação entre Países de Língua Portuguesa na área de VIH/sida. Moçambique, 2014 a 2017.

Ano	Tema	Países parceiros	Outros parceiros	Objetivo	Atividades	Resultados
2014-2015	Sociedade Civil	Brasil	ONUSIDA	Fortalecer a participação da Sociedade Civil na elaboração do Plano Estratégico Nacional 4		
2016	Testar e Iniciar	Brasil		Troca de experiência	Troca de lições aprendidas e desafios	Identificação de abordagens para ultrapassar os desafios
2017	Normas de TARV pediátrica	Brasil		Troca de experiência	Participação na oficina de trabalho do comitê terapêutico nacional para revisão das normas de TARV no país	Normas revistas

Fonte: MISAU, 2017.

Tabela 24. Indicadores submetidos ao Global AIDS Monitoring (GAM) 2016. Moçambique, 2017.

Indicador	Valor	Referência
1.1 PVVIH 15-49 anos que conhecem seu estado sorológico	Total: 33,5% Homens: 22,4% Mulheres: 39,8%	IMASIDA 2015
1.2 PVVIH em TARV	Total: 53,5% Adultos: 55,5% Crianças: 37%	Numerador: dados do PNC IST, VIH/SIDA Denominador: Spectrum Estimates, versão 5.56
1.3 Retenção à TARV após 12 meses de início de tratamento	Total: 69,9% Crianças: 68,7% Adultos: 70% Gestantes: 61,7%	PEPFAR
1.4 PVVIH com supressão da carga viral	Não disponível	
1.5 Diagnóstico tardio de VIH	Não disponível	
1.6 Desabastecimento de estoques de ARV	5%	CMAM, 2016
1.7 Mortalidade por VIH por 100.000 habitantes	Total: 244,48/100.000 hab. Homens: 275,19/100.000 hab. Mulheres: 215,04/100.000 hab.	Spectrum Estimates, versão 5.56
2.1 Diagnóstico precoce infantil	44,80%	Numerador: dados do PNC IST-VIH/SIDA Denominador: Spectrum Estimates, versão 5.56
2.2 Taxa de transmissão vertical de VIH	11,10%	Numerador: dados do PNC IST, VIH/SIDA Denominador: Spectrum Estimates, versão 5.56
2.3 Prevenção da transmissão vertical	80%	Spectrum Estimates, versão 5.56
2.4 Sífilis entre gestantes	A, Cobertura de testagem para sífilis na CPN: 61,8% B, Prevalência na CPN: 3,8% C, Tratamento: não disponível	Dados do PNC IST-VIH/SIDA
2.5 Taxa de sífilis congênita	Não disponível	

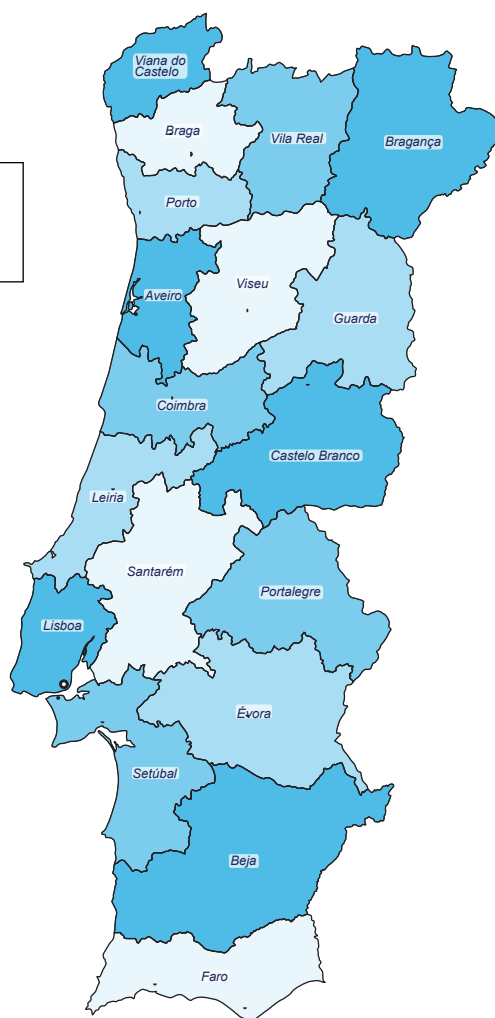
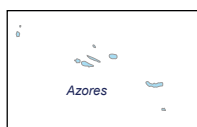
3.1 Incidência de VIH	15-49: 0,66%; 0,59% em homens e 0,74% em mulheres 15-24: 0,56%; 0,43% em homens e 0,70% em mulheres Todos: 3,63/1.000: Homens: 3,32/1.000 e mulheres: 3,95	Spectrum Estimates, versão 5.56
3.2 Tamanho populacional de populações-chave	- MTS: 2%, 5% e 4,5% da população feminina em Maputo, Beira e Nampula, respectivamente (2012) - HSH: 1,5%, 1,8% e 1,3% da população masculina em Maputo, Beira e Nampula, respectivamente (2011) - PID: 0,22% e 0,15% da população adulta masculina em Maputo e Nampula, respectivamente (2014) - Prisioneiros: 19.631 reclusos (2016)	IBBS MTS, 2012 IBBS HSH, 2011 IBBS PID, 2014 IBBS reclusos, 2013
3.3 Prevalência de VIH em populações-chave	- MTS: Maputo: 31,2%; Beira: 23,6%; Nampula: 17,8% (2012) - HSH: Maputo: 8,2%; Beira: 9,1%; Nampula: 3,7% (2011) - PID: Maputo: 50,1%; Nampula: 19,9% (2014) - Reclusos: 24% (2013)	IBBS MTS, 2012 IBBS HSH, 2011 IBBS PID, 2014 IBBS reclusos, 2013
3.4 Conhecimento do status sorológico positivo para VIH em populações-chave	- MTS: Maputo: 51,9%; Beira: 20,2%; Nampula: 10,4% - HSH: Maputo: 6,3%; Beira: 9,3%; Nampula: 9,1% - PID: Maputo: 63,3%; Nampula: 29,5%	IBBS MTS, 2012 IBBS HSH, 2011 IBBS PID, 2014
3.5 Cobertura de TARV entre populações-chave vivendo com VIH	- MTS: Maputo: 49%; Beira: 54,8%; Nampula: 27,3% - HSH: não disponível - PID: 53,7% - Reclusos: não disponível	IBBS MTS, 2012 IBBS HSH, 2011
3.6 Uso de preservativo entre populações-chave	- MTS: Maputo: 85,8%; Beira: 73,4%; Nampula: 62,8% - HSH: Maputo: 76,0%; Beira: 80,3%; Nampula/Nacala: 61,9% - PID: Maputo: 52,4%; Nampula: 29,1%	IBBS MTS, 2012 IBBS HSH, 2011 IBBS PID, 2014
3.7. Cobertura de programas de VIH entre populações-chave	Percentual que recebeu preservativos, lubrificantes ou panfletos nos últimos seis meses: - MTS: Maputo: 56,5%; Beira: 36,4%; Nampula: 52,2% - HSH: Maputo: 74,9%; Beira: 49,8%; Nampula: 80,7% - PID: Maputo: 26,8%; - Nampula/Nacala: 60%	IBBS MTS, 2012 IBBS HSH, 2011 IBBS PID, 2014
3.8 Práticas de injeção segura entre PID	Maputo: 57,9% Nampula: 68,3%	IBBS PID, 2014
3.9 Seringas e agulhas distribuídas entre PID	Não disponível	
3.10 Cobertura de terapia de substituição por metadona entre PID	Não disponível	
3.11 Sífilis ativa em MTS	Não disponível	
3.12 Sífilis ativa em HSH	Não disponível	
3.13 Programa de prevenção nas penitenciárias	Não disponível	

3.14 Hepatites virais em populações-chave	Coinfecção VIH/HBV: - Maputo: 3% - Nampula: 6% Coinfecção VIH/HCV: - Maputo: 26% - Nampula: 4%	IBBS PID, 2014
3.15 PrEP	Não aplicável	Estudos-piloto com parceiros realizados nas províncias de Sofala e Tete em trabalhadoras do sexo. Em outubro de 2017, estudo-piloto em casais sorodiferentes iniciado na província da Zambézia
3.16 Prevalência de circuncisão masculina	15-49 anos: 62,6% 15-19 anos: 68,2% 20-24 anos: 63,3% 25 a 49 anos: 60,2%	IMASIDA, 2015
3.17 Número de homens circuncidados	10 a 14 anos: 111.141 15 a 19 anos: 80.942 20 a 24 anos: 32.529 25 a 49 anos: 27.587 50+: 880 Total: 253.079	Dados do programa de CMMV, 2016
3.18 Uso de preservativo na última relação de risco	Não disponível	
4.1 Atitudes discriminatórias contra PVVIH	Somente a questão 1 está disponível: % de pessoas que comprariam vegetais frescos de vendedor VVIH Homens 15-49: 75,9% Mulheres 15-49: 75,4%	IMASIDA, 2015
4.2 Não procura por serviços de VIH por estigma e discriminação entre populações-chave	Não disponível	
4.3 Prevalência de violência cometida por parceiro íntimo recente	Mulheres 15-49: 18,8% Mulheres 15-19: 10,2% Mulheres 20-24: 17,6% Mulheres 25-49: 20,2%	IMASIDA, 2015
5.1 Conhecimento sobre prevenção do VIH entre jovens	Sabe que o risco de transmissão pode ser reduzido se possuir apenas um parceiro não infectado que não tem outros parceiros: - 15-24 anos: 65%; Mulheres: 62,8% e Homens: 68,2% Sabe que o risco de transmissão pode ser reduzido se utilizar preservativos em todas as relações sexuais: - 15-24 anos: 59%; Mulheres: 54,6% e Homens: 65,4%	IMASIDA, 2015
5.1 Conhecimento sobre prevenção do VIH entre jovens	Sabe que o risco de transmissão pode ser reduzido se possuir apenas um parceiro não infectado que não tem outros parceiros: - 15-24 anos: 65%; Mulheres: 62,8% e Homens: 68,2% Sabe que o risco de transmissão pode ser reduzido se utilizar preservativos em todas as relações sexuais: - 15-24 anos: 59%; Mulheres: 54,6% e Homens: 65,4%	IMASIDA, 2015

5.2 Demanda por planejamento familiar satisfeita por métodos modernos	- 15-49: 25,7% - 15-19: 15,7% - 20-24: 31,7% - 25-49: 27,4%	IMASIDA, 2015
10.1 Tratamento VIH/TB	28.584	Dados MISAU, 2016
10.2 Proporção de PVVIH que iniciaram TARV e que tinham TB ativa	Não disponível	
10.3 Proporção de PVVIH que iniciaram TARV e que iniciaram terapia preventiva para TB	50,30%	Dados MISAU, 2016
10.4 Homens com corrimento uretral	3,10%	Dados MISAU, 2016
10.5 Gonorreia entre homens	Não disponível	
10.6 Testagem para hepatite B	Não disponível	
10.7 Proporção de coinfectados VIH/HBV recebendo terapia combinada	Não disponível	
10.8 Testagem hepatite C	Não disponível	
10.9 Proporção de coinfectados VIH/HCV recebendo tratamento	Não disponível	
10.10 Testagem de câncer cervical entre mulheres vivendo com VIH	Não disponível	

Fonte: MISAU, 2017.

Portugal



1. CONTEXTO DO PAÍS

Portugal, oficialmente República Portuguesa, localiza-se no sudoeste da Europa, na zona ocidental da Península Ibérica e em dois arquipélagos no Atlântico Norte (arquipélagos dos Açores e da Madeira), ocupando uma área territorial de 92.090 km².

De acordo com o Censo Nacional de 2011, residem em Portugal 10.562.178 habitantes, dos quais 47,7% são homens (5.046.600) e 52,2% são mulheres (5.515.578).

Mais de 80% da população residente concentra-se em três regiões do país: Norte (34,9%), Lisboa (26,7%) e Centro (22,0%). O restante da população distribui-se pelas regiões do Alentejo (7,2%), Algarve (4,3%), Região Autónoma da Madeira (2,5%) e Região Autónoma dos Açores (2,3%).

Em 2016, nasceram com vida (nascidos vivos) 87.126 crianças de mães residentes em Portugal. Esse valor traduz um aumento de 1,9% (1.626 crianças) relativamente ao ano de 2015.

O total de óbitos de pessoas residentes em território nacional foi de 110.535, representando um aumento de 1,8% (1.996 óbitos) em relação a 2015. Do total de óbitos, 55.601 foram de homens e 54.934 de mulheres; 85,0% dos óbitos dizem respeito a pessoas com 65 e mais anos de idade. Registraram-se ainda 278 óbitos de crianças com menos de um ano (28 a mais do que os registrados em 2015). Em 2016, Portugal manteve um saldo natural negativo situado em -23.409 (-23.011, em 2015).

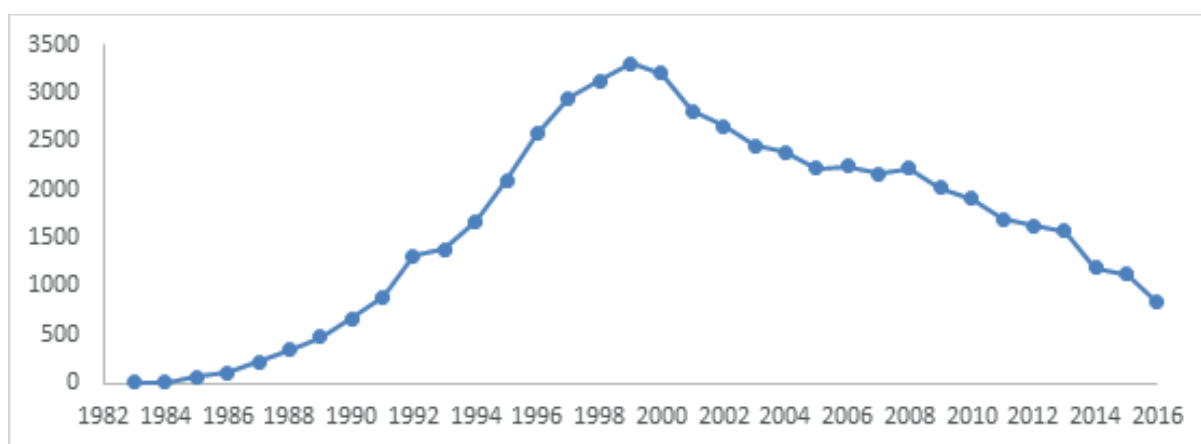
O país possui uma alta taxa de envelhecimento da população; aproximadamente 19% dos portugueses têm mais de 65 anos. Os que se situam entre 0 e 14 anos representam 15% da população e 65% têm entre 15 e 64 anos.

Portugal é uma república parlamentarista em que o presidente é o chefe de Estado e o primeiro-ministro é o chefe de Governo. O PIB português de 2016 apresentou um valor nominal de aproximadamente 185 milhões de euros. Dentre os países da CPLP, Portugal é o que apresenta o maior Índice de Desenvolvimento Humano, atingindo a marca de 0,830, o que colocou o país no grupo de Países de Desenvolvimento Humano muito elevado, ocupando a 43ª posição entre os 188 países listados. Em Portugal, o acesso à saúde é universal.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Desde 1983, data do primeiro caso identificado de infecção pelo VIH em Portugal, até 15 de abril de 2017, foram notificados 55.632 casos pela Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infecciosas. Do total acumulado, 33,38% correspondem a usuários de drogas, 45,44% a transmissão heterossexual, 17% a transmissão homossexual e 0,25 a transmissão vertical. A maioria dos casos de infecção ocorreram no grupo etário dos 20 aos 49 anos (80,1%) e 15% em pessoas com mais de 50 anos. Dos 21.529 casos de sida diagnosticados, 79% ocorreram em homens, sendo a razão de sexos (M:F) de 2,6.

Figura 31. Evolução dos casos de infecção pelo VIH, por ano de diagnóstico. Portugal, 1983 a 2016.



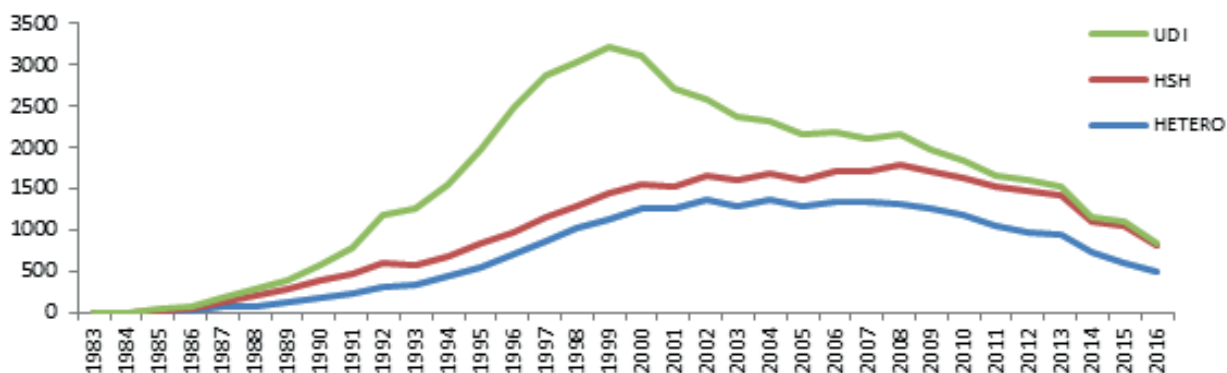
Fonte: Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica; Departamento de Doenças Infecciosas – URVE/DDI (casos notificados até 15 de abril de 2017, de acordo com a base de dados nacional de vigilância epidemiológica, 1982-2016).

Durante o ano de 2016, foram diagnosticados e notificados, até 15 de abril de 2017, 841 novos casos de infecção pelo VIH, correspondendo a uma taxa de 8,1 novos casos por 100.000 habitantes, não ajustada para o atraso da notificação. Verifica-se, nos últimos anos, uma tendência decrescente do número de novos casos, assistindo-se a uma redução de 73,5% destes entre 2000 e 2016.

Na data da notificação, 41,1% dos indivíduos residiam no distrito de Lisboa, 18,5% no distrito do Porto e 11,3% no distrito de Setúbal, o que está de acordo com os anos anteriores e confirma a importância dos grandes centros urbanos na epidemiologia da infecção pelo VIH. Manteve-se o predomínio de casos de transmissão heterossexual verificado nos anos anteriores (57% dos novos diagnósticos), seguido dos casos de transmissão entre homens que fazem sexo com homens (HSH), que representam 35% dos casos. Continua a verificar-se o predomínio do sexo masculino: a cada três mulheres diagnosticadas em 2016, havia sete homens diagnosticados (razão de 2,7). A transmissão entre usuários de drogas injetáveis (UDI) tem diminuído de forma acentuada, registrando-se uma redução de 98,6% no número de novos casos, nos últimos 20 anos (1997-2016).

A transmissão vertical da infecção pelo VIH em Portugal tem, igualmente, registrado uma tendência decrescente, tendo-se verificado em 2015 uma taxa de transmissão vertical global de 1,7%, correspondendo a quatro casos de infecção por VIH-1, não se registrando nenhum caso de transmissão de infecção por VIH-2.

Figura 32. Evolução dos casos de infecção pelo VIH segundo categoria de transmissão e ano de diagnóstico. Portugal, 1983 a 2016.



Fonte: URVE/DDI (casos notificados até 15 de abril de 2017, de acordo com a base de dados nacional de vigilância epidemiológica, 1983-2016).

A epidemia de VIH/sida em Portugal é caracterizada pela existência de um número expressivo de casos de infecção pelo VIH-2. Do total de casos acumulados (55.632) e diagnosticados até 31 de dezembro de 2016, 1.841 eram de VIH-2 (3,3%) e 565 eram infecções pelo VIH-1 e VIH-2 (1,0%).

Até 31 de dezembro de 2016, registraram-se em Portugal 11.008 mortes associadas à infecção pelo VIH. A mortalidade pelo VIH tem diminuído de forma constante, desde 2000, verificando-se uma redução do número de mortes associadas ao VIH de cerca de 60%.

Cascata do tratamento do VIH

Existem, atualmente, diferentes ferramentas de modelagem matemática que permitem inferir o número de pessoas que vivem com VIH. Em Portugal, de acordo com a ferramenta de modelagem matemática do Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) (VIH Modelling Tool), as estimativas apontam que, utilizando os dados de 2014, o número de pessoas que vivem com VIH (excluindo naturalmente os casos em que já se verificou o óbito) é de 44.176 (43.175-45.154), das quais 39.877 (39.476-40.295) já estão diagnosticadas (90,3%). Essa projeção deve ser interpretada em sentido crítico, sendo merecedora de reavaliação, de acordo com dados epidemiológicos mais recentes e eventuais ajustes a serem incorporados na ferramenta. O fato de outras ferramentas de modelagem poderem produzir estimativas diferentes das acima referidas, como é o caso do Estimation and Projection Package e do Spectrum, implica que todos os valores estimados sejam considerados com a prudência científica adequada.

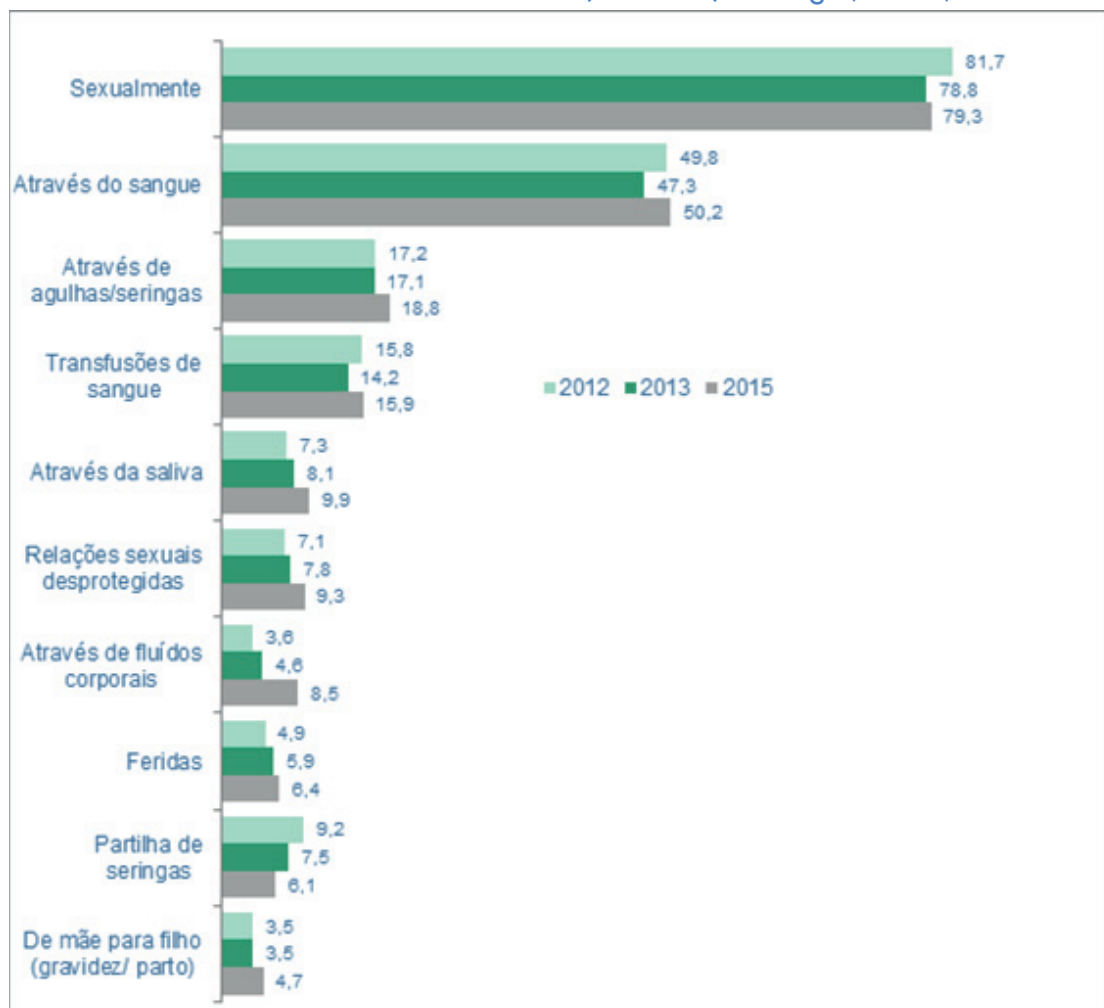
Relativamente a dados referentes ao número de pessoas em tratamento e, dentre estas, às que se encontram em supressão virológica, foram consultadas informações disponíveis no aplicativo SI.VIDA e dados recebidos diretamente dos próprios hospitais. Assim, de um universo de 34.391 pessoas, 31.304 encontram-se em terapia, o que corresponde a 91,3%; destas, considerando o universo de pessoas com resultado disponível de carga viral (28.326), 88,2% (24.982) apresentam uma carga viral inferior a 200 cópias/mL.

Tendo em conta alguns vieses resultantes de problemas de integração e migração de dados dos sistemas de informação de vigilância epidemiológica e de seguimento das pessoas que vivem com VIH, ainda não é possível ao país construir a cascata, conforme definida pelo ONUSIDA, para 2020: 90% das pessoas diagnosticadas; destas, 90% em tratamento e destas, 90% com carga viral indetectável. O Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose envidou esforços, durante o ano de 2017, no sentido de conhecer de forma mais concreta a atual situação de Portugal em relação às referidas metas.

Conhecimentos, atitudes e práticas

A informação disponível sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população geral portuguesa diante da epidemia de VIH aponta um ligeiro retrocesso na utilização de preservativos em 2015 em relação aos anos anteriores, já que diminuiu a percentagem de inquiridos que referem utilizar preservativo sempre ou na maioria das relações sexuais: 30,7% em 2015, em relação a 31,3% em 2013, 33,0% em 2012 e 35,9% em 2010. Dos inquiridos, 88% têm conhecimento da existência do teste de VIH e destes, cerca de 48% referem já ter feito pelo menos uma vez na vida o teste (aumento de 4,7% em relação a 2013).

Figura 33. Conhecimento sobre as vias de transmissão da infecção entre homens e mulheres com idades entre 15 e 64 anos (n=1.000). Portugal, 2012, 2013 e 2015.



Fonte: Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face à infecção VIH/sida. População Portuguesa, residentes em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, 15 a 64 anos. Junho de 2015. Markttest.

No grupo de imigrantes, a informação recolhida por meio do estudo “Imigrantes: VIH/Sida e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis”, realizado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, por solicitação da Direção-Geral da Saúde, aponta para a existência de comportamentos de risco, incluindo a multiplicidade de parceiros sexuais (12,5%), a utilização irregular do preservativo (85,6% o utilizaram irregularmente com parceiro fixo e 55,4% com parceiro ocasional), a baixa percepção do risco de infecção (cerca de 50% consideram não estar em risco), a utilização reduzida dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (cerca de 50% nunca os utilizaram), o acesso a preservativos gratuitos (58% nunca receberam preservativos gratuitamente) e o acesso ao teste de VIH (51% nunca fizeram o teste).

O estudo realizado a pedido da Direção-Geral da Saúde, pelo Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, intitulado “Infecção por VIH no grupo de Homens que têm Sexo com Homens: fatores de risco e novas trajetórias de seropositividade”, revela níveis elevados de autoconhecimento, verificando-se que 77,4% dos entrevistados têm nível razoável ou muito alto de informação sobre as formas de transmissão do vírus. Disso decorre o reconhecimento de práticas de risco e a procura, por iniciativa própria, do diagnóstico por cerca de metade dos participantes (53,1%), sendo esse comportamento dominante entre as faixas etárias mais jovens.

No que diz respeito ao uso de preservativo nessa população, cerca de 25% dos indivíduos referem não usá-lo sempre, evidenciando espaços de exposição ao risco de transmissão do vírus. Esse comportamento é mais prevalente nas relações sexuais anais entre parceiros estáveis. No caso dos atos sexuais com parceiros ocasionais, mais de um quarto dos que declaram ter tido relações sexuais com parceiros soronegativos não usaram o preservativo de forma regular.

3. RESPOSTA NACIONAL

Desde os primeiros registros de casos de infecção pelo VIH no país, em 1983, destacam-se na cronologia de implementação da resposta nacional as seguintes etapas:

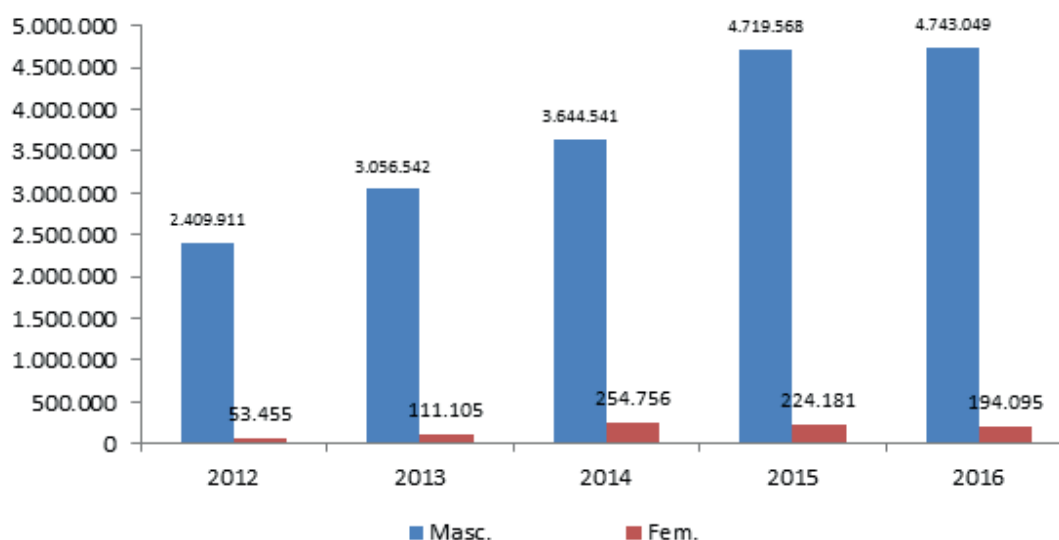
- 1985** – Constituição do Grupo de Trabalho da Sida e criação do Sistema de Notificação
- 1990** – Criação da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida;
- 1993** – Implementação do Programa de Troca de Seringas;
- 1998** – Nomeação das comissões distritais de luta contra a sida como parte do desenvolvimento regional das estratégias nacionais;
- 2002** – Criação da Rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Detecção do VIH com o objetivo de proporcionar a realização do teste de VIH de forma voluntária, anónima, confidencial e gratuita, com aconselhamento pré e pós-teste;
- 2005** – Inclusão da infecção pelo VIH nas patologias de notificação obrigatória. A sida é considerada uma prioridade nacional e é criada a Coordenação Nacional para a Infecção do VIH/Sida;
- 2007** – Aprovação do Plano de Ação Nacional de Combate à Propagação de Doenças Infecciosas em Meio Prisional. Elaboração do Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção por VIH/Sida (2007-2010). Criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/Sida;
- 2008** – Aprovação da Portaria que regula a atribuição de apoio financeiro às organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de projetos e ações na área da infecção pelo VIH;
- 2009** – Criação do Conselho Nacional para a Infecção por VIH/Sida, que assegura o efetivo compromisso inter e intraministerial e a ampliação e multiplicação das ações de prevenção e controle da epidemia. É criado o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH, estrutura consultiva da Coordenação Nacional, mediante a qual se procura assegurar a participação da sociedade civil em todos os níveis da resposta à infecção;
- 2010** – Ampliação do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral às pessoas que vivem com a infecção pelo VIH/sida. Realização do III Congresso CPLP VIH/Sida e IST. Assinada a Carta de Lisboa, documento que reúne os compromissos assumidos e as conclusões do Congresso e formaliza a criação, pelos Estados-Membros, da Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde da CPLP em IST, VIH e Sida (RIDES IST SIDA CPLP);
- 2011** – Aprovação, por unanimidade, da Resolução da Assembleia da República nº 161/2011, que recomenda ao Governo a adoção de medidas pertinentes ao combate à infecção pelo VIH/sida em Portugal, com vistas à sua erradicação;
- 2012** – O combate à infecção pelo VIH/sida é considerado um programa de saúde prioritário, de responsabilidade da Direção-Geral da Saúde;
- 2013** – Aprovação do novo modelo de funcionamento do Programa Troca de Seringas, em que o Programa passa a ser também disponibilizado no nível das unidades de saúde dos cuidados de saúde primários. Implementação dos testes rápidos de pesquisa de anticorpos anti-VIH-1 e anti-VIH-2 nos cuidados de saúde primários. Realização da campanha “Infecção VIH/Sida em Portugal – 30 anos: refletir e agir”, que procurou assinalar os 30 anos do diagnóstico do primeiro caso de infecção pelo VIH notificado em Portugal. A campanha consistiu em um conjunto de iniciativas baseadas em três pilares fundamentais: “Mais Prevenção, Zero Discriminação e Diagnóstico Mais Precoce”;

- 2014** – Publicação da Norma nº 07/2014, de 16 de junho, que determina a distribuição de material preventivo para a transmissão sexual da infecção pelo VIH nas unidades de saúde hospitalares e de cuidados de saúde primários. Generalização da testagem de VIH, hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis nas estruturas de base comunitária;
- 2015** – Publicação do Despacho nº 13.447-B/2015, de 20 de novembro, que estabelece que a dispensação da terapia antirretroviral seja feita por um período mínimo de 90 dias, salvo indicação clínica em contrário. Atualização das recomendações nacionais para o tratamento da infecção por VIH-1 e VIH-2, realçando-se a introdução da indicação de tratamento para todas as pessoas infectadas (independentemente do valor de linfócitos T-CD4+);
- 2016** – Publicação do Despacho nº 6.401/2016, de 11 de maio, que define 11 programas de saúde prioritários, integrados na estrutura organizacional da Direção-Geral da Saúde (DGS), dentre os quais o Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose e o Programa Nacional para as Hepatites Virais;
- 2017** – Publicação do Despacho nº 4.835/2017, de 2 de junho, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que determina os procedimentos a serem adotados no âmbito do Programa Prioritário na área da Infecção VIH, Sida e Tuberculose, com vistas à promoção do acesso à Profilaxia Pré-Exposição da Infecção pelo VIH (PrEP). Publicação do Despacho nº 5.216/2017, de 12 de junho, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que constitui o Grupo de Trabalho com o objetivo de definir uma estratégia integrada para a eliminação da epidemia de VIH/sida nas cidades de Cascais, Lisboa e Porto, no contexto do projeto internacional “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia de VIH” (*Fast-Track Cities*), e definir a posterior ampliação a outros concelhos.

Programa de distribuição gratuita de insumos de prevenção

Aumentar a proporção de indivíduos que adotam comportamentos preventivos diante da epidemia, principalmente pelo uso regular do preservativo, é um dos principais objetivos do Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose. O Programa de Distribuição Gratuita de Materiais Preventivos e Informativos abrange entidades assistenciais, estabelecimentos prisionais, estabelecimentos públicos e privados de educação, estabelecimentos públicos de saúde, outras entidades públicas e privadas, eventos recreativos e organizações da juventude. Desde 2012, verifica-se uma tendência crescente no número de preservativos distribuídos, situando-se, nos últimos dois anos, em cerca de 5 milhões ao ano.

Figura 34. Número de preservativos masculinos e femininos distribuídos. Portugal, 2012-2016.

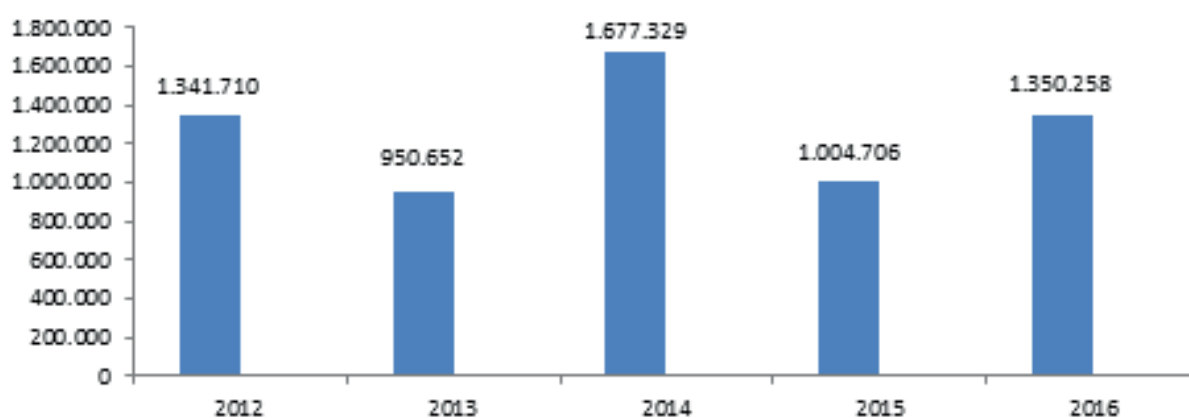


Programa Troca de Seringas: “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão”

Contribuir para que os usuários de drogas acessem amplamente os programas de tratamento da dependência, de redução de riscos e de minimização de danos, em uma estratégia geral que facilite a adoção de comportamentos preventivos, tem sido um dos objetivos prioritários do Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose. Essa meta tem a sua expressão máxima no Programa Troca de Seringas: “Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão”, que fornece gratuitamente material de injeção estéril para consumo e recolhe seringas usadas, evitando o compartilhamento de seringas entre dependentes químicos, além de diminuir o tempo de retenção de seringas contaminadas pelos usuários. O kit contém ainda um preservativo, com vistas à prevenção da transmissão de IST.

O Programa está disponível nas farmácias, nas unidades dos Cuidados de Saúde Primários, nas equipas de redução de riscos e redução de danos/equipas de rua.

Figura 35. Total de seringas distribuídas pelo Ministério da Saúde. Portugal, 2012 a 2016.



Fonte: Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde.

Programas de testagem e diagnóstico precoce do VIH

A aposta no diagnóstico precoce da infecção pelo VIH e a referência correta e oportuna das pessoas diagnosticadas para o seguimento hospitalar têm sido prioridades do Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose. Para alcançar a primeira meta do ONUSIDA – 90% de todas as pessoas vivendo com VIH conhecendo o seu status sorológico para o VIH, é necessário um maior investimento na testagem e diagnóstico das pessoas que vivem com a infecção, procurando não perder oportunidades, sobretudo no nível dos Cuidados de Saúde Primários e das estruturas de base comunitária.

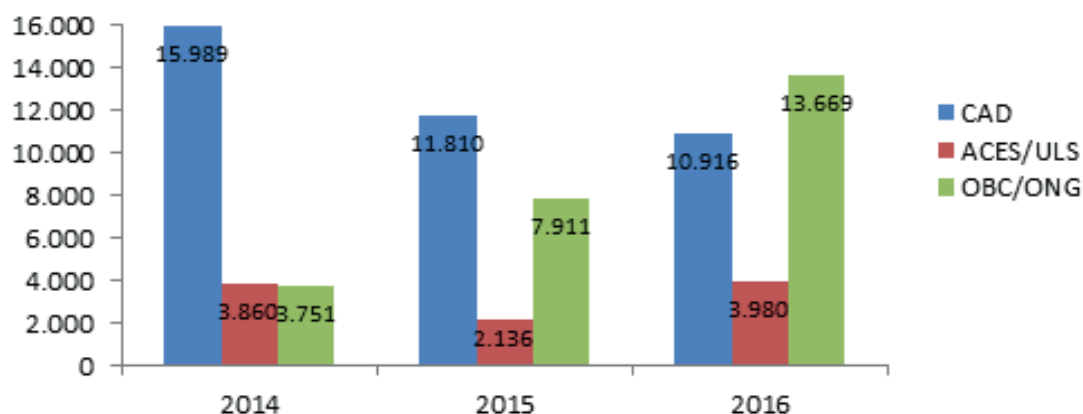
Assim, em 2014, foi necessário criar condições para capacitar os Cuidados de Saúde Primários na realização do teste rápido de VIH junto às pessoas que, por iniciativa própria ou estimuladas pelos serviços de saúde, decidem conhecer o status sorológico para a infecção.

Por meio do financiamento de projetos de base comunitária, foi possível, em 2014, ampliar a testagem da infecção por VIH, hepatites virais e IST para o contexto comunitário, permitindo abranger homens que fazem sexo com homens, trabalhadores do sexo e seus clientes, pessoas que utilizam drogas injetáveis, migrantes, pessoas sem teto e população transgênero.

Os Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), criados por Despacho superior do Ministro da Saúde em 2001, disponibilizam, de forma anónima, voluntária, confidencial e gratuita, o aconselhamento pré e pós-teste, assim como o teste de pesquisa de anticorpos anti-VIH-1 e anti-VIH-2 e a referência hospitalar dos casos reagentes a todas as pessoas que a eles recorrem.

Em 2016, essas estruturas foram responsáveis pela realização de 28.565 testes rápidos (5.000 a mais que em 2014, ano de ampliação do teste rápido aos cuidados de saúde primários e às estruturas de base comunitária), sendo que o maior crescimento se verificou no nível das respostas comunitárias (364%), onde também foi observada uma maior proporção de resultados reagentes (1,51%).

Figura 36. Número de testes realizados por estrutura (ACES/ULS, CAD e OBC/ONG). Portugal, 2014 a 2016.



Fonte: Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde.

ACES/ULS: Agrupamentos de Centros de Saúde/Unidades Locais de Saúde; CAD: Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce de VIH; OBC/ONG: Organizações de Base Comunitária/Organizações Não Governamentais.

Terapia antirretroviral

Em Portugal, o princípio do tratamento universal, independentemente do estágio imunológico, a partir de novembro de 2015, associado ao maior investimento em termos diagnósticos, veio colocar desafios de sustentabilidade que, necessariamente, justificam a definição de novos modelos de articulação e funcionamento, envolvendo os principais atores, sejam entidades reguladoras, a indústria farmacêutica, as estruturas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os profissionais de saúde e as PVVIH.

Como consequência dessas estratégias, espera-se que o número de pessoas em tratamento apresente uma tendência crescente, com eventuais repercussões na despesa nacional com medicamentos antirretrovirais.

Por outro lado, a utilização do medicamento menos oneroso, sempre que o respectivo princípio ativo for considerado adequado na situação clínica específica, e a utilização preferencial de coformulações, sempre que consideradas benéficas em termos de adesão e que apresentem um custo semelhante ao dos fármacos considerados individualmente, são princípios basilares das Recomendações Portuguesas para o tratamento da infecção pelo VIH-1 e VIH-2 que podem resultar em economia para o SNS, permitindo tratar mais pessoas, ao tempo em que se reduzem os custos com o tratamento.

Com base nos dados disponíveis no Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento (SICA), é possível afirmar que houve um aumento de 4,6% no número de pacientes em tratamento nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde, totalizando 32.421 pacientes em tratamento em 2016.

Cooperação internacional

A nova Agenda das Nações Unidas para 2030 constitui um plano de ação centrado nas pessoas, no planeta, na prosperidade, na paz e nas parcerias (5P), tendo como objetivo final a erradicação da pobreza e o desenvolvimento sustentável, no âmbito do qual todos os países e outras partes interessadas assumem responsabilidades próprias no que diz respeito à sua implementação, enfatizando-se que ninguém deve ser deixado para trás.

O principal nível de implementação da Agenda 2030, sendo inquestionavelmente nacional, implica que cada país definirá a forma como os ODS deverão ser concretizados.

No âmbito das suas atribuições, o Ministério da Saúde/Direção-Geral da Saúde lidera a implementação do ODS 3 – Saúde de qualidade.

Traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do SNS, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (revisto e estendido até 2020) constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, inclusive em termos de promoção da saúde e prevenção de doenças. O documento articula-se sobre quatro eixos (Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade na Saúde; e Políticas Saudáveis) e define como grandes metas a redução para menos de 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), o aumento em 30% da expectativa de vida saudável aos 65 anos de idade e, ainda, a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, nomeadamente o consumo e exposição ao tabaco e a obesidade infantil. Em particular, determina-se o desenvolvimento de programas de saúde prioritários em 11 áreas, incluindo hepatites virais e as infeções por VIH/sida e tuberculose.

No que se refere à **Meta 3/ODS 3 - Até 2030, acabar com as epidemias de sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis**, no âmbito do SNS, compete aos programas de saúde prioritários nas áreas da infeção pelo VIH/sida, tuberculose e hepatites virais definir as orientações programáticas e os planos de ação, alinhados com as metas previstas pela OMS e de acordo com as especificidades nacionais.

Assim, o Programa Nacional para a Infeção VIH, Sida e Tuberculose partilha a visão do ONUSIDA em que se prevê reduzir a vulnerabilidade e transformar Portugal em um país sem infeção pelo VIH e sem tuberculose. Essa visão se reflete nas metas a serem alcançadas até 2020 e que envolvem as seguintes etapas:

- Diagnosticar 90% das pessoas que vivem com a infeção pelo VIH; destas, assegurar que 90% estejam em tratamento antirretroviral e que, destas, 90% apresentem carga viral suprimida;
- Manter a taxa de novas infeções pediátricas devidas à transmissão vertical ≤ 50 casos/100.000 nascidos vivos e a taxa de transmissão vertical do VIH $< 2\%$;
- Reduzir a incidência da tuberculose para 15/100.000 habitantes;
- Alcançar o sucesso terapêutico em 90% dos casos de tuberculose em tratamento;
- Diagnosticar a infeção pelo VIH em 90% dos pacientes com tuberculose.

Para as hepatites virais, a visão preconiza interromper a transmissão dos vírus das hepatites virais em Portugal, garantir o acesso equitativo aos cuidados de saúde e eliminar as hepatites virais em 2030 enquanto problema de saúde pública. Nesse sentido, foram definidas quatro metas, que recomendam:

- Implementar um sistema de informação robusto, com potencial de integração no sistema de informação nacional, capaz de gerar informação sobre vigilância de surtos e indicadores sobre o monitoramento e avaliação da resposta nacional contra as hepatites virais;
- Aumentar, anualmente, em 33% o número de triagens para HBV e HCV;
- Reduzir em 10% a mortalidade associada à infeção crônica por HBV e HCV;
- Reduzir em 30% o número de crianças infectadas por HBV por transmissão vertical.

Cooperação entre países de língua portuguesa

Portugal participou do projeto “Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+ nos Países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa” que teve como finalidade conhecer a situação da implementação da Opção B+ em cada país-membro e apontar recomendações voltadas para a eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis congênita.

Esse projeto surge como parte integrante do plano de trabalho dedicado à eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis congênita para o quadriênio 2013-2016, elaborado em Cabo Verde em outubro de 2013, na I Reunião da RIDES/CPLP-IST/VIH Sida, em que se elegeu o Brasil (Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, do Ministério da Saúde) como Secretariado Executivo da RIDES para o referido

período. A meta seria o cumprimento dos Objetivos do Milênio ODM 4: Redução da mortalidade infantil; ODM 5: Melhoria da saúde materna e ODM 6: Auxílio para a redução da disseminação do VIH, malária e outras doenças.

Nesse contexto, Portugal recebeu a visita de uma delegação brasileira, nos dias 13 a 15 de abril de 2016, durante a qual foi possível conhecer serviços formais e informais de saúde, profissionais de saúde e instituições parceiras, incluindo organizações da sociedade civil, rotinas, dificuldades e boas práticas, permitindo assim a coleta de um manancial de informações, com vistas à elaboração do diagnóstico situacional.

Referências

Censos 2011. Momento Censitário – 21 de março 2011. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2. Acesso em: 15 dez. 2017.

Diniz, A, Loff, J., Cortes-Martins, H. Knowing the epidemic is the best way to define diagnosis and treatment strategies to reach the 90-90-90 goals: the experience of Portugal in using the ECDC VIH modelling tool. *Journal of the International SIDA Society* 2016, 19 (Suppl 7). Disponível em: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/21487>. Acesso em: 15 dez. 2017.

Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose, 2017. Ministério da Saúde, maio de 2017. Disponível em: <http://www.pnvihsida.dgs.pt/>. Acesso em: 15 dez. 2017.

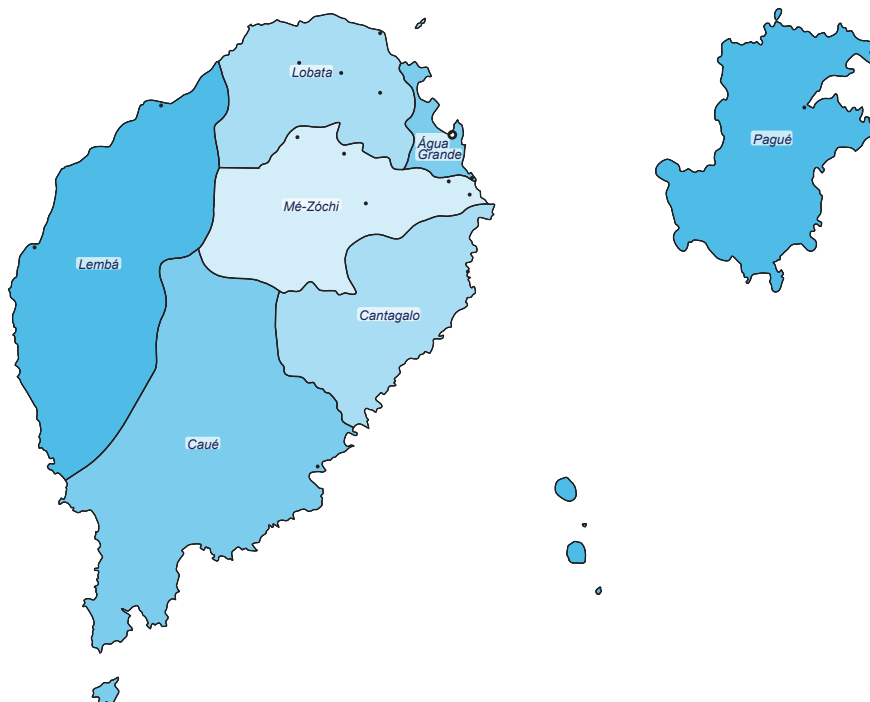
ONUSIDA. 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the SIDA Epidemic. ONUSIDA, 2014. Disponível em: http://www.UNAIDS.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

Relatório do Desenvolvimento Humano 2015: “O trabalho como motor do desenvolvimento humano”. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

UNAIDS. UNAIDS Strategy 2016-2021: On the Fast-Track to End AIDS. UNAIDS, 2015. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf. Acesso em: 15 dez. 2017.

UNAIDS. The Cities Report. UNAIDS, 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/thecitiesreport>. Acesso em: 15 dez. 2017.

São Tomé e Príncipe



1. CONTEXTO DO PAÍS

São Tomé e Príncipe é um arquipélago constituído por duas ilhas (São Tomé e Príncipe) situadas no Golfo da Guiné, a Noroeste do Gabão. Sua população é estimada em 193.712 habitantes em 2016, da qual 39,8% têm menos de 15 anos e 67% vivem no meio urbano, segundo os dados do censo de 2012, a cargo do Instituto Nacional de Estatísticas de São Tomé e Príncipe (INE). O país é classificado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) na 144ª posição entre os 187 países, pelo seu índice de desenvolvimento humano (IDH), e possui um produto nacional bruto (PNB) de USD 1.805 por habitante, o que o situa entre os países de média-baixa renda e baixo desenvolvimento humano.

Sistema de saúde – Organização do Programa Nacional de Luta Contra o VIH/Sida

A organização do Programa Nacional de Luta contra o VIH/Sida (PNLS) está inserida no Sistema de Saúde de São Tomé e Príncipe (Tabela 25) com uma unidade de coordenação central no Centro Nacional de Endemias e no Hospital Ayres de Menezes (HAM). O nível periférico inclui os Centros de Saúde dos distritos em que se encontram os pontos focais do VIH, encarregados da implementação das atividades do PNLS. Todos os distritos participam no manejo dos pacientes de VIH/sida e nas atividades de promoção da saúde e de prevenção do VIH. No total, existem 22 Postos de Saúde Comunitária, 30 Postos de Saúde, seis Centros de Saúde Distrital e dois Hospitais (o HAM e o Hospital Regional do Príncipe) (Tabela 25), que estão atualmente envolvidos nas atividades de luta contra o VIH/sida.

Tabela 25. Estrutura de saúde e dos serviços de manejo dos casos de VIH/sida. São Tomé e Príncipe, 2017.

Nível	Serviços de saúde
Central/Saõ Tomé	Hospital Dr. Ayres de Menezes (HAM)
Periférico	1 Hospital/Região Autónoma do Príncipe 6 Centros de saúde 30 Postos de saúde 22 Postos de saúde comunitários

Fonte: PNLS, 2017.

O sistema de saúde, o sistema comunitário e suas limitações

O sistema nacional de saúde inclui os serviços, as atividades e as organizações de saúde públicas e privadas operando em nível nacional, distrital e comunitário (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, PNDS 20/12/2016). Ele é caracterizado por déficits organizacionais, insuficiências estruturais, fragilidades financeiras e práticas inadequadas de gestão. Algumas das fragilidades estão sendo superadas no âmbito das subvenções do Fundo Global (FG/TB e Malária) e do GAVI para o fortalecimento do sistema de imunizações.

Prestação de serviços

O país possui uma boa cobertura dos serviços de saúde, com 95,5% da população situada a menos de uma hora de percurso a pé de um estabelecimento sanitário (Relatório de inquérito sobre o acesso aos medicamentos essenciais, São Tomé e Príncipe, 2008). Os serviços de saúde são fornecidos pelas estruturas de saúde públicas (em número de 38) e privadas (11 clínicas e 23 farmácias), sendo estas últimas muito pouco desenvolvidas. Tendo em conta a característica da doença, o manejo de casos de VIH/sida é concentrado nos serviços públicos; no entanto, sete serviços do setor privado também realizam o aconselhamento e testagem voluntária (ATV). O sistema de saúde ainda não está capacitado para lidar com alguns grupos-alvo do Programa, a exemplo da população HSH, como salientado por essa mesma população durante o processo de consulta nos grupos de discussão em foco.

Para além dos setores público e privado formais, alguns pacientes procuram o setor privado informal, como os práticos tradicionais, vendedores ambulantes de medicamentos, gabinetes médicos e enfermeiros em práticas privadas não autorizadas.

Recursos humanos

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) evidencia uma insuficiência dos profissionais de saúde. A razão médico/habitante é de 32/100.000 e a de enfermeiro/habitante de 226/100.000, contra as médias mundiais de 146/100.000 e 334/100.000, respectivamente. O sistema sofre uma grande instabilidade de pessoal de saúde devido à mobilidade interna e externa motivada por uma fraca remuneração e falta de incentivos.

Informação em saúde

O Ministério da Saúde dispõe de um serviço nacional de epidemiologia e estatística encarregado da gestão da informação e saúde. Esse serviço, realizado em colaboração com as direções e os programas, tem como função estabelecer os indicadores padronizados que subsidiam o Sistema de Informação Sanitário (SIS). Esse serviço dispõe de uma base de dados Excel para o tratamento e análise das informações, o que não permite assegurar um bom desempenho do SIS. Para os dados de rotina, os dados de atividades e os dados epidemiológicos, o PNLS utiliza instrumentos de coleta padronizados. Os agentes encarregados da estatística nos distritos e no nível central contam com material informático para introdução, tratamento e análise desses dados, que são validados no fim do mês pelos Delegados de saúde antes de serem enviados ao nível central. A pontualidade e completude dos relatórios são de 100% para todos os distritos. Os equipamentos de informática não existem no nível dos postos de saúde. No entanto, está prevista a resolução desse problema mediante uma subvenção do FG/Paludismo.

Sistema de fornecimento de medicamentos e outros insumos médicos essenciais

Os medicamentos e outros insumos médicos farmacêuticos são geridos pelo Fundo Nacional de Medicamentos (FNM). Essa instituição é encarregada da previsão, aquisição, armazenamento e distribuição aos centros de saúde públicos. O seu pessoal é insuficiente.

Para os medicamentos de VIH/sida, a estimativa das necessidades é feita pelo Programa com base nos dados epidemiológicos e no histórico de consumo dos anos precedentes, e os ARV são adquiridos com o apoio dos parceiros de São Tomé e Príncipe. Desde 2008 não se registra desabastecimento de estoques de ARV; no entanto, as deficiências na capacidade de quantificação podem levar a desabastecimentos e/ou risco de expiração de alguns produtos e medicamentos em nível nacional. A distribuição dos medicamentos é feita mediante requisições submetidas ao FNM e validadas pelo PNLs. Um seguimento de estoque é realizado por meio de visitas de supervisão e relatórios mensais compartilhados pelo FNM. As condições de armazenamento inadequadas no nível dos distritos sanitários estão sendo melhoradas por meio da subvenção FG/TB.

Financiamento do sistema de saúde

O inquérito sobre o orçamento familiar (IOF) 2010 do INE mostrou que 65,6% do orçamento das famílias pobres é gasto com a compra de medicamentos e outros produtos terapêuticos. Para além do orçamento das famílias, existem quatro principais fontes de financiamento do sistema de saúde, a saber: o poder público, o seguro-doença, o setor privado e a ajuda internacional. O país não dispõe de um documento político ou de estratégia de financiamento do sistema de saúde. Graças ao apoio de vários parceiros, incluindo o FG, todos os medicamentos e insumos para o manejo de casos de VIH/sida são fornecidos gratuitamente.

Sistema comunitário

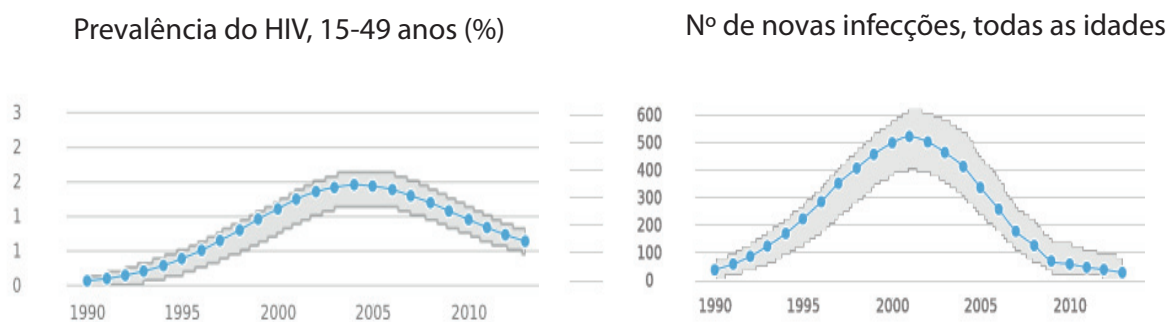
No que concerne ao sistema comunitário, as ONG, as organizações de base comunitária e os Agentes de Saúde Comunitários (ASC) participam no processo de planeamento estratégico do setor da saúde e oferecem cuidados e ações de prevenção mais próximas à comunidade. Os 22 postos de saúde comunitária funcionam com os ASC, os quais, em sua maioria, são voluntários que prestam serviços básicos no nível da comunidade. Utilizando as capacitações disponibilizadas no âmbito da subvenção do FG/Paludismo, esses agentes estão envolvidos no DOT/TB, sensibilização das comunidades, seguimento e referência dos casos suspeitos de paludismo, distribuição de preservativos e ações de sensibilização em VIH/sida e busca de casos perdidos para o seguimento. As ONG envolvidas no projeto do PNUD/FG – Cruz Vermelha, ALISEI, ASPF, STEP UP, Associação Apoio à VIHDA – executam atividades em VIH/sida. Até o momento, 162 ASC foram formados desde 1995; destes, 120 estão ativos e 105 receberam formação para apoiar as atividades em VIH/sida no nível periférico. No entanto, ainda se observam deficiências, como o nível de escolarização dos ASC, o que limita a escolha das tarefas que podem assumir, na ausência de um programa sistematizado e coordenação das ações realizadas pelas ONG.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

O país enfrenta atualmente uma epidemia que pode ser classificada entre fraca e concentrada, se forem levados em conta os dados da vigilância na população geral e os dados do estudo-sentinel na gestantes e nas trabalhadoras do sexo. A prevalência nacional na população de 15 a 24 anos passou de 0,8% (IDS 2008-2009) a 0,1% ((MICS 2014). Do mesmo modo, a prevalência de VIH na população de 15 a 49 anos passou de 1,5% (IDS, 2008-2009) para 0,5% em 2014 (MICS). Os dados revelam uma tendência decrescente da epidemia, congruente com os dados da estimativa de novas infecções (0,6%) feitas em 2013 e publicadas no site oficial do ONUSIDA em 2014.

Os dados do Spectrum levantados pelo PNLs estimam 29 novas infecções anuais para 2013, o que está perfeitamente alinhado com a Figura 37 a seguir, publicado no site supramencionado. Os números de novas infecções anuais em três dezenas em 2013, quando comparados com as mais de cinco centenas em 2001 ou mesmo as quase três centenas em 2006 (Figura 37), momento em que se iniciava a execução da Subvenção R5 do Fundo Global, confirmam a tendência decrescente da epidemia no país.

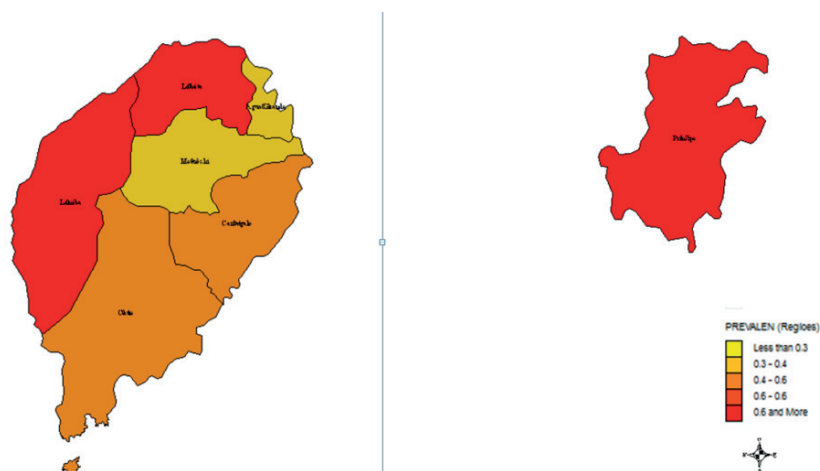
Figura 37. Prevalência do VIH na população de 15 a 49 anos e estimativa de novas infecções. São Tomé e Príncipe, 1990 a 2010.



Fonte: <http://www.unaids.org/en/regionscountries>.

O IDS 2008-2009 apurou que a infecção pelo VIH nos homens era ligeiramente superior (1,7%) em relação às mulheres (1,3%). Os dados do MICS 2014 demonstraram que, atualmente, a prevalência em ambos os sexos é de 0,5%. A faixa etária mais afetada é a de 40 a 49 anos, sendo nesta a prevalência maior nos homens (3%) do que nas mulheres (1,7%) (MICS 2014). Nota-se uma diferença na prevalência de acordo com o lugar de residência, sendo na zona urbana de 0,3% e na rural de 0,8%. A taxa de morbilidade da infecção pelo VIH é desigualmente distribuída no território nacional. A região Norte apresenta 0,6%; a região Sul, 0,4%; o Centro, 0,3%; e a Região Autónoma do Príncipe, 1,7% (MICS 2014), conforme a Figura 38, a seguir.

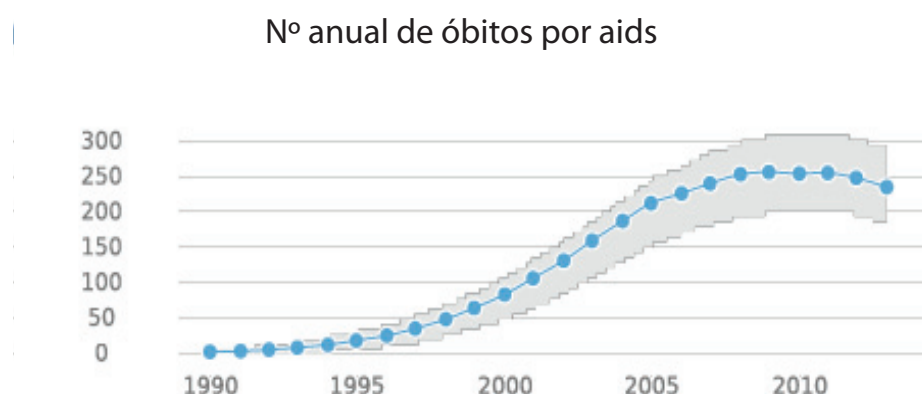
Figura 38. Prevalência de VIH nas regiões. São Tomé e Príncipe, 2014.



Fonte: São Tomé e Príncipe, MICS 2014.

No que concerne à prevalência nos diferentes grupos populacionais, o Estudo Sentinela (ES) de 2013 revelou uma prevalência de infecção pelo VIH de 4% nos reclusos, de 1,1% nas profissionais do sexo (PS) e de 0% 1,1% nos militares. A prevalência do VIH em gestantes passou de 0,5% (ES-PNLS, 2011) para 0,3% (ES-PNLS, 2013).

Figura 39. Tendência de óbitos por sida. São Tomé e Príncipe, 1990-2013.



Fonte: <http://www.ONUSIDA.org/en/regionscountries>

Tabela 26. Situação epidemiológica de São Tomé e Príncipe.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	
Prevalência nacional	1,5% (IDS 2008/09), 0,5% (MICS 2014)
Gestantes	1,5% em 2005 e 0,5% em 2011; 0% em 2012 e 0,3% em 2013 e 2014; 0,2% em 2015 e 0,1% em 2016 (ES)
Profissionais do sexo (PS)	4,2% em 2008 e 2,8% em 2009; 0 casos para 2011, 2012 (ES) e 1,1% em 2013
Militares (conscritos)	0 casos em 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 (ES)
Militares (incidência)	Praça 2014 (ES) 0,5%
Detentos	4% em 2013 e 6,1% em 2014
Taxa de cobertura em gestantes (PTV)	50% em 2011 e 60,4% em 2012; 75,8% em 2013 e >100% em 2014, 2015 e em 2016 (PNLS)
Taxa de cobertura de TARV	48% em 2011 e 53,4% em 2012; 56,6% em 2013 e 48,3% em 2014; 72,7% em 2015 (PNLS), 89,6% em 2016
Taxa de abandono de TARV	18,8% em 2014, 11,9 em 2015 e 3,9% em 2016
Taxa de sobrevivência 12 meses após a TARV	68% em 2013, 70% em 2014 e 68,0% em 2015

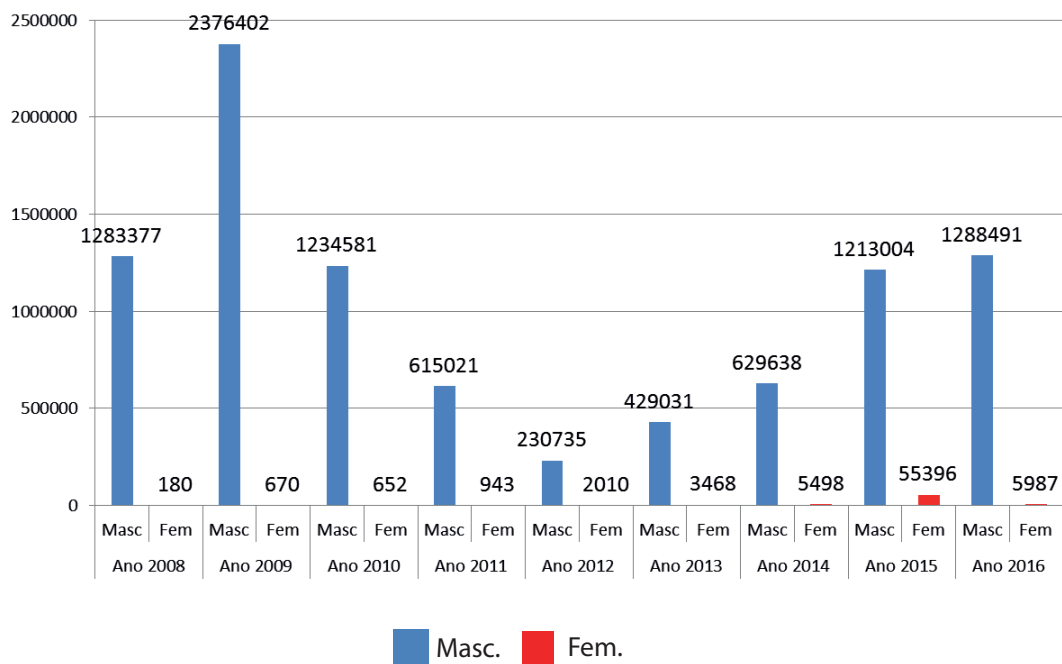
Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

3. RESPOSTA NACIONAL

A introdução do tratamento com ARV teve início em 2005, com o apoio do Brasil. Ao longo dos anos, juntaram-se outros parceiros, entre eles Portugal e o Fundo Global, notando-se uma tendência decrescente da mortalidade a partir do ano 2011, provavelmente devida à eficácia da terapia.

Distribuição de preservativos

Figura 40. Distribuição de preservativos de 2009 até o 3º trimestre de 2016. São Tomé e Príncipe, 2009 a 2016.

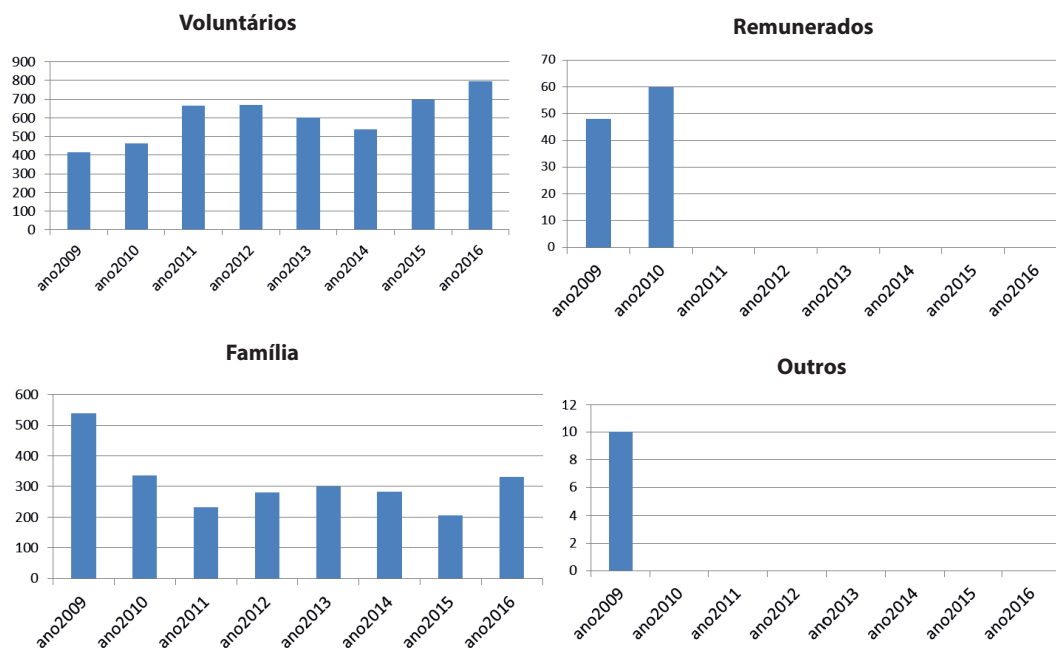


Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

Pode-se observar que a distribuição de preservativos passou por uma diminuição acentuada no período de 2010 a 2012. Nos anos seguintes (2013 a 2016), começou-se a registrar um aumento do número de preservativos distribuídos. Entretanto, é necessário reforçar a logística nos distritos sanitários, de forma a assegurar que essa atividade atinja as metas estabelecidas.

Doações de sangue

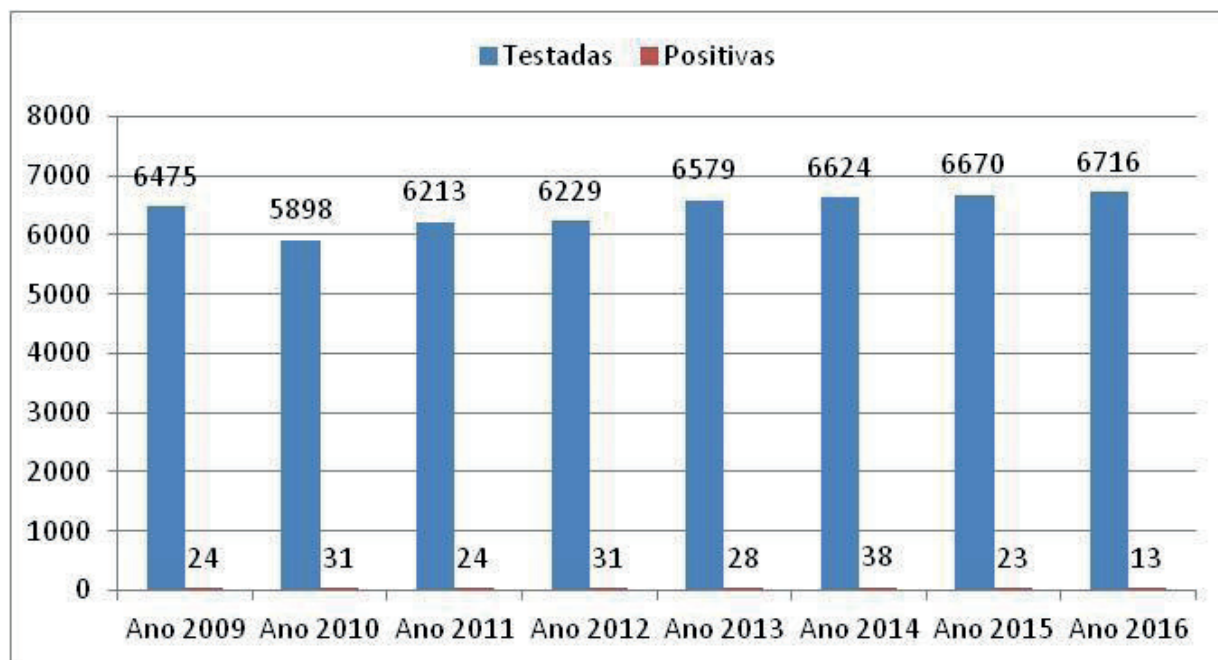
Figura 41. Doadores de sangue por tipo. São Tomé e Príncipe, 2009 a 2016.



Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

Gestantes aconselhadas e submetidas ao teste de VIH (relatório distrital)

Figura 42. Número de gestantes aconselhadas e testadas para o VIH, São Tomé e Príncipe, 2009 a 2016.



Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

Tabela 27. Gestantes que se beneficiam da profilaxia com ARV. São Tomé e Príncipe, 2017.

Ano	Novas gestantes captadas	Total de gestantes novas + antigas (registradas)	Mulheres e crianças que completaram o tratamento profilático	Mulheres ainda em profilaxia	Abandonaram	Perdidas	Viajaram
2007	25	25	15	SD	SD	SD	-
2008	38	38	11	3	8	16	-
2009	24	24	11	3	1	9	-
2010	31	31	24	5	1	1	-
2011	24	31	21	6	1 (aborto)	3	-
2012	31	39	30	2	1 (aborto)	6 e 1	-
2013	25	31	23	3	1 (aborto)	4	-
2014	25	39	18	11	3 + (1 aborto)	6	-
2015	31	40	21	15	1	3	-
2016	4	30	19	58	0	0	1

Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.
SD: sem dados.

Tabela 28. Pessoas em tratamento com ARV. São Tomé e Príncipe, 2009 a 2016.

Ano	Casos novos que iniciaram TARV			Total acumulados		
	Feminino	Masculino	TOTAL	Feminino	Masculino	TOTAL
2009	20	17	37	95	64	159
2010	27	15	42	120	76	196
2011	32	24	56	152	100	252
2012	33	22	55	173	123	296
2013	27	42	69	216	116	332
2014	53	51	104	260	138	398
2015	72	62	134	316	192	508
2016	89	77	166	355	234	589

Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

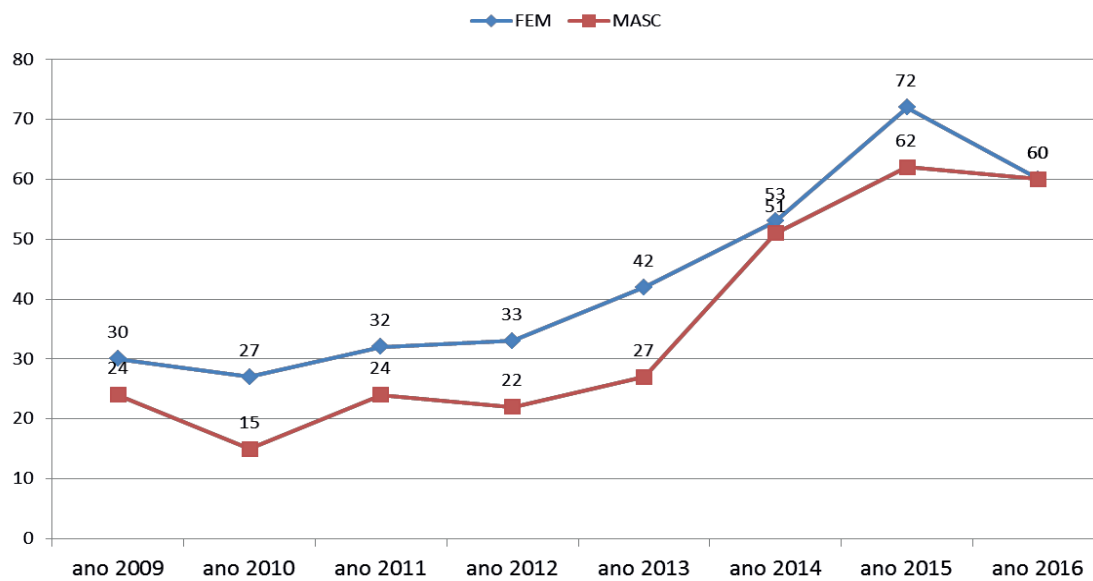
Tabela 29. Gastos em VIH e sida. São Tomé e Príncipe, 2010 a 2016.

PARCEIROS	GASTOS						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Fundo Global	USD 103.122,70	USD 45.622,62	USD 101.117,00	USD 408.362,00	USD 454.105,42	USD 73.246,72	384.181,42
IMVF	15.000 €	15.000 €	15.000 €	15.000 €	8.467,80 €	8.467,80 €	0
OMS	USD 18.834,30	USD 8.565,75	STD 174.030.000,00	USD 12.624,42	STD 189.954.054,40	STD 328.251.000,00	0
Brasil	USD 77.200	USD 206.423,25	SD	USD 231.543,83	USD 157.193,15	USD 7.000	0
UNICEF	SD	USD 5.456,16	STD 109.513.000,00	USD 20.893,48	USD 22.834,00 STD 7.800.000,00	STD 552.044.000,00	20.915,79
ONG ASPF	STD 15.376.000,00	STD 17.051.000,63	SD	SD	SD	SD	SD
ONG Médicos do Mundo	SD	STD 37.847,45	SD	SD	SD	SD	SD
Governo	STD 5.151,17	STD 15.165,20	STD 271.770.000,00	STD 42.572,90	STD 564.036.383,64	STD 250.000.000,00	34.937,07
UNFPA/SSR	SD	SD	SD	SD	SD	STD 58.600.000,00	4.250,80

Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

USD: dólar americano; STD: dobra de São Tomé; SD: sem dados.

Figura 43. Casos novos de sida, São Tomé e Príncipe, 2009 a 2016.



Fonte: Ministério da Saúde, PNLS, 2017.

Timor-Leste



1. CONTEXTO DO PAÍS

Timor-Leste possui uma área de 18,889 km² e contava em 2017 com uma população estimada de 1,21 milhões de habitantes, segundo dados do censo de 2015, com um crescimento médio anual de 1,81%.

O país já praticamente se recuperou dos traumas do período pró-independência, em função do trabalho árduo e contínuo dos governos constituídos após a independência (conquistada em 20 de maio de 2002). Grande parte da infraestrutura hospitalar e educacional foi e está sendo reabilitada, com estradas sendo recuperadas e novas edificações sendo guiadas, como sinal concreto do desenvolvimento.

O Sistema Prisional e de Reinserção Social, sediado no Ministério da Justiça, conta em seu organograma com a Direção Nacional e seus cinco Departamentos, além do Estabelecimento Prisional e do Centro Juvenil.

Timor-Leste não dispõe de uma lei nacional abrangente sobre o VIH, nem há uma lei especificamente relacionada à discriminação em decorrência do VIH. Qualquer proteção legal em relação ao VIH em Timor-Leste, incluindo proteção legal para pessoas que vivem com VIH, é providenciada por leis constitucionais de direitos humanos, direito do trabalho e/ou lei de saúde pública.

A provisão geral de não discriminação e igualdade está prevista na Constituição timorense de 2002, mediante a proibição de discriminação com base na saúde ou condição física de uma pessoa (artigo 16 da Constituição da República Democrática de Timor-Leste).

A Lei do Trabalho (Lei nº 4/2012) oferece proteção a todos os cidadãos sob a proibição mais ampla de discriminação em razão de saúde ou deficiência no emprego ou na candidatura a emprego (artigo 6). A Lei do Trabalho também proíbe o teste compulsório de VIH no local de trabalho (artigo 72)⁴³. O empregador não deve exigir que um candidato a emprego ou um trabalhador se submetam a exames médicos, incluindo testes de detecção de VIH, salvo se tais exames médicos forem indispensáveis para a proteção e segurança do trabalhador e com o consentimento por escrito deste último.

Timor-Leste não tem proibição específica sobre a venda de sexo de modo privado; no entanto, profissionais do sexo podem ser presos por outras infrações. O Código Penal de 2009 (Decreto-Lei nº 19/2009) prevê infrações para exploração sexual de um terceiro (uma pessoa que sustenta, promove, facilita ou por qualquer outro meio contribui para engajar outra pessoa na prostituição) (artigo 174).

43 Código da Lei do Trabalho (Lei nº 4/2012), artigo 72 – Exames médicos.

Em Timor-Leste, não há criminalização de relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo. A idade de consentimento é de 17 anos para o sexo heterossexual e homossexual (ver artigos 144, 155, 163 e 164 do Código Penal).

Não existe uma infração criminal específica referente à propagação de doenças infecciosas⁴⁴.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Os dados do TL-DHS (Questionário Demográfico sobre Saúde) realizado em 2016 foram publicados em finais de 2017. Os dados disponíveis sobre a prevalência, embora sejam limitados tanto para sub-populações quanto para a população geral, indicam que Timor-Leste é um país com uma epidemia baixa, estimando-se uma prevalência nacional inferior a 0,1%.

As pesquisas referentes ao VIH e às infecções sexualmente transmissíveis (IST), de 2011, levaram em consideração na amostragem as populações mais vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens (HSH), mulheres trabalhadoras do sexo (MTS), clientes de trabalhadoras do sexo (CTS) e trabalhadores uniformizados (TU) no setor público ou privado, com um mínimo de 113 respondentes em cada uma das áreas relacionadas. Das MTS autoidentificadas no estudo IBBS (Vigilância Biológica e Comportamental Integrada), 1,5% estavam infectadas pelo VIH, e 38% relataram nunca ter usado um preservativo com qualquer parceiro sexual. Apenas 36% reportaram ter usado um preservativo na última vez que fizeram sexo com um cliente. O uso de drogas entre MTS foi baixíssimo; apenas 3% relataram ter feito qualquer uso de drogas nos 12 meses anteriores à pesquisa. Essa proporção variou de acordo com o distrito, com 12% de MTS em Díli e 4% de MTS em Oecusse referindo o uso de drogas. As drogas de escolha incluíram maconha, cocaína e ecstasy, misturados com álcool produzido localmente.

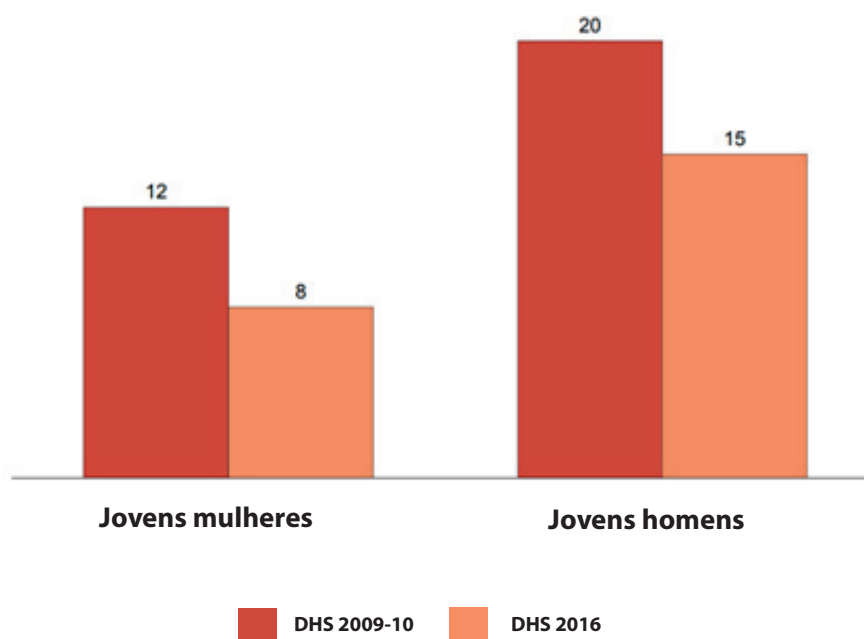
O DHS de 2016 não questionou as populações mais vulneráveis, mas incluiu questões sobre parceiros sexuais nos 12 meses precedentes ao inquérito. Apenas 1% das mulheres entre 15 e 49 anos reportaram ter tido mais de um parceiro e, das mulheres que tiveram relações com um parceiro não estável, 21% relataram ter feito uso de preservativo. A média de parceiros foi de 1,8 por mulher. Já para os homens na mesma faixa etária, 3% reportaram ter tido relações sexuais com mais de duas parceiras ocasionais; 24% disseram ter usado o preservativo. A média de parceiras é de 2,5 por homem.

Os resultados do IBBS 2011 mostraram que a cobertura das mensagens de intervenção e prevenção em todos os distritos está aumentando, mas ainda precisa ser melhorada. No entanto, apenas um em cada cinco entrevistados com resultado positivo para o VIH já havia se testado anteriormente. De todos os participantes, 38% relataram que nunca ouviram falar de IST e a maioria referiu ter conhecimento do VIH/sida por meio de amigos ou familiares, em vez de um estabelecimento de saúde ou profissional de saúde. Apenas metade de todos os entrevistados já havia feito um teste de VIH. Outros dados também mostram que a maioria dos participantes, independentemente do nível de educação ou da classificação de risco, pensa que os mosquitos transmitem o VIH e que alguém pode se infectar compartilhando uma refeição com uma pessoa soropositiva, ou vivendo com um parente soropositivo.

A Figura 44 mostra que apenas 8% das mulheres jovens e 15% dos homens jovens têm conhecimento abrangente sobre o VIH. Verifica-se uma ligeira diminuição dessas proporções desde o DHS de 2009-2010, em que 12% das mulheres e 20% dos homens relataram conhecimento abrangente do VIH. Em ambos os sexos, a proporção com conhecimento abrangente aumenta com a idade e a educação, estando positivamente associada à residência urbana.

44 Mais informações podem ser encontradas em UNDP (2015). *HIV and the Law in South-East Asia*. Bangkok, UNDP.

Figura 44. Conhecimento abrangente do VIH entre jovens, em percentagem. Timor-Leste, 2009-2010, 2016.



Fonte: DHS 2009-2010, 2016.

Para avaliar a conscientização e a cobertura dos serviços de testagem de VIH, os entrevistados do DHS 2016 foram questionados sobre se alguma vez haviam feito o teste de VIH. Caso dissessem ter sido testados, eram indagados se haviam recebido os resultados de seu último teste e onde tinham sido testados. Caso dissessem nunca ter sido testados, eram perguntados se conheciam um local onde poderiam fazer o teste.

De acordo com os resultados, apenas uma pequena percentagem de entrevistados com idade entre 15 e 49 anos conheciam um local onde poderiam realizar um teste de VIH, sendo essa percentagem muito menor entre as mulheres em comparação com os homens (7% das mulheres e 26% dos homens). O conhecimento de um lugar para fazer o teste de VIH foi maior entre mulheres de residência urbana, mulheres em Aileu e em Díli, mulheres com ensino secundário ou superior e mulheres no quintil de maior riqueza. O mesmo ocorreu com os homens, entre os quais o conhecimento de um lugar para se testar aumentou com o nível de educação e riqueza.

Os resultados também mostram a cobertura dos serviços de testagem de VIH. Entre os entrevistados de 15 a 49 anos, a maioria nunca foi testada para o VIH: 96% entre mulheres e homens. Do total de respondentes, apenas 3% das mulheres e dos homens já foram testados e receberam os resultados de seu último teste.

3. RESPOSTA NACIONAL

Timor-Leste registra atualmente uma epidemia de VIH de baixa magnitude, sendo a prevalência inferior a 1%. As evidências para essa baixa proporção se verificam na medida em que o número total de detecções de casos de VIH no país, até o momento, é inferior a 200. Trabalhadores de saúde e trabalhadores comunitários em Díli observaram que há poucas mulheres viúvas ou crianças órfãs em decorrência da sida. A transmissão vertical do vírus também foi registrada, com casos de crianças que vieram a óbito por doença relacionada ao VIH. Essas descobertas indicam que o VIH tem estado presente no país há cerca de dez anos.

No entanto, a baixa prevalência do VIH no momento não indica que haja baixa vulnerabilidade ao vírus. Há indícios claros de que Timor-Leste possui muitos dos fatores que aumentam a vulnerabilidade ao VIH. Pobreza e oportunidades limitadas de renda e emprego, especialmente para as mulheres, levam as pessoas a comportamentos de alto risco.

O IBBS de 2011 ajuda a preencher algumas lacunas nos dados de VIH e IST de Timor-Leste. As informações abrangem o VIH, as IST, os comportamentos de risco e os dados situacionais estatisticamente confiáveis sobre MTS, HSH, CTS e TU em cinco dos 13 distritos do país. Os dados do IBBS 2011 fornecem, em muitos casos pela primeira vez, dados representativos sobre as características biológicas e sociodemográficas da população e os fatores de risco comportamental dos principais grupos-alvo. Para rastrear a epidemiologia das infeções por VIH e IST e comportamentos de risco, o Ministério da Saúde e outras partes interessadas avaliam as realizações de seus programas e intervenções para explicar as mudanças na prevalência de VIH/IST.

Por solicitação da Comissão G, que trata do Parlamento Nacional, a qual trata de assuntos de Cidadania, Juventude, Igualdade e Cultura, foi realizada em 4 de setembro de 2017, na sala da Comissão no Parlamento Nacional, uma Audiência Pública com a presença do Secretário-Executivo da Comissão Nacional de Combate ao VIH/Sida Timor-Leste (CNCS-TL), Rev. Daniel Marçal. O Secretário-Executivo apresentou os dados gerais do VIH/sida no país desde 2003 até junho de 2017, referindo que há, neste momento, 685 casos registrados, 84 registros de pessoas que faleceram em decorrência da doença e 276 pessoas em fase de tratamento. Os casos restantes ainda não se encontram em tratamento.

Sobre o assunto, os Deputados da Comissão G pediram à CNCS-TL que continue a realizar o trabalho de conscientização sobre a doença junto às comunidades, com foco na prevenção. Também recomendaram à CNCS-TL que desenvolva um trabalho conjunto com o Ministério da Educação, para que se incluam, no currículo nacional, informações sobre a doença e suas formas de prevenção.

A audiência foi presidida pela vice-Presidente da Comissão G, Deputada Maria Angelina Lopes Sarmiento, acompanhada pelos membros da Comissão, contando ainda com a presença da técnica da Comissão.