



Comité de Coordenação do Combate à SIDA

V PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA (2022 – 2026)

**Praia, dezembro de 2021
Cabo Verde**

FICHA TÉCNICA

Ministério da Saúde

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário
Ministro da Saúde

Coordenação geral do CCS-SIDA

Dra. Maria Celina Ferreira
Secretária Executiva do CCS-SIDA

Direção Nacional de Saúde

Dr. Jorge Noel Barreto
Diretor Nacional da Saúde

Coordenação da equipa técnica

Dr. Carlos Brito
Infeciologista, Mestre em Saúde Pública
Coordenador do Programa de Prevenção das Doenças Transmissíveis

Membros da Equipa técnica de trabalho

Dr. Carlos Brito - Coordenador do Programa de Prevenção das Doenças Transmissíveis
Dra. Maria Celina Ferreira- Secretária Executiva do CCSSIDA
Dra. Elisabete Xavier - Directora da Verdefam
Dra. Marisia Sónia Delgado Nascimento - Técnica da CNDHC
Dra. Ana Paula Maximiano - Coordenadora da Saúde do Escritório Conjunto do UNFPA e UNICEF
Dra. Carolina Leite Gomes - Conselheira para a luta contra as doenças e apoio aos Programas da OMS
Dra. Vaneusa Rodrigues - Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Rreprodutiva
Dr. Adalberto Furtado Varela - Técnico do ICIEG

Equipa técnica de orçamentação

Dr. João Leal Moura
Dr. Jaques Silveira

Consultores Nacionais

Dra. Antonieta Martins - Consultora para a Prevenção da Transmissão Vertical do VIH
Dr. José Marques - Consultor para a área de Tecnologia, Informação e Comunicação em Saúde

Rewriter

Catarina Varela

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ACRÓNIMOS E SIGLAS | 5 |
| PREFÁCIO | 6 |
| RESUMO EXECUTIVO | 8 |
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. SITUAÇÃO DO VIH EM CABO VERDE | 12 |
| 2.1 Prevalência da infeção VIH | 12 |
| 2.2 Prevalência da infeção VIH por sexo e grupo etário | 13 |
| 2.3 Prevalência da infeção VIH por Ilha/região | 14 |
| 2.4 Prevalência da infeção VIH nas grávidas | 15 |
| 2.5 Prevalência da infeção VIH em grupos específicos | 15 |
| 2.5.1 Pessoas com deficiência | 15 |
| 2.5.2 Usuários de drogas, Trabalhadores de sexo, Homens que tem sexo com Homens | 16 |
| 2.6 Co-infeções nas PVVIH: Tuberculose, Sífilis e Hepatites B e C. | 19 |
| 2.6.1 Tuberculose | 19 |
| 2.6.2 Hepatites B & C e Sífilis | 19 |
| 2.7 Dinâmica da epidemia | 20 |
| 2.7.1 Fatores de risco comportamentais e vulnerabilidades | 20 |
| 2.7.2 Novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre 2017 e 2019 .. | 20 |
| 2.7.3 Óbitos | 23 |
| 3. ANÁLISE DA RESPOSTA NACIONAL | 24 |
| 3.1 Coordenação | 24 |
| 3.2 Financiamento | 25 |
| 3.3 Respostas públicas e da sociedade civil | 26 |
| 3.3.1 O setor da saúde | 26 |
| 3.3.2 Prevenção da transmissão vertical | 26 |
| 3.3.3 Rastreamento da infeção VIH nas grávidas | 28 |
| 3.3.4 Cobertura e eficácia do tratamento antirretroviral nas grávidas | 30 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.3.5 | Incidência da infeção VIH em crianças nascidas de mães VIH+ | 31 |
| 3.3.6 | Sistema de informação | 32 |
| 3.4 | Outros setores públicos e sociedade civil | 34 |
| 3.5 | Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da resposta VIH-Sida em Cabo Verde | 35 |
| 4. | VISÃO, PRINCÍPIOS, OBJETIVOS PRINCIPAIS, ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS, METAS E AÇÕES | 37 |
| 4.1 | Visão | 37 |
| 4.2 | Princípios | 37 |
| 4.3 | Objetivos principais | 38 |
| 4.4 | Orientações estratégicas | 38 |
| 4.5 | Condições de êxito | 39 |
| 4.6 | Metas | 41 |
| 4.7 | Ações | 42 |
| 5. | IMPLEMENTAÇÃO, RESPONSABILIDADES E SEGUIMENTO | 46 |
| 5.1 | Operacionalização | 46 |
| 5.2 | Importância das parcerias | 46 |
| 5.3 | Liderança do país | 46 |
| 5.4 | Doadores multilaterais e bilaterais e agências de desenvolvimento | 47 |
| 5.5 | Sociedade civil e comunidades | 47 |
| 5.6 | Outros parceiros | 47 |
| 5.7 | O Comité de Coordenação e Combate ao VIH e Sida (CCS-Sida) | 47 |
| 5.7.1 | Ações a serem desenvolvidas pelo CCS-Sida | 48 |
| 5.8.2 | Revisão a meio termo de 2024 | 51 |
| 5.8.3 | Responsabilidade em nível de país | 51 |
| 5.8.4 | Responsabilidade do CCS-Sida | 51 |
| 6. | CUSTOS | 51 |

ÍNDICE DE QUADRO

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Prevalência estimada por ilhas em 2019 | 14 |
| Quadro 2: Resumo das principais constatações dos estudos socio-comportamentais e de sero prevalência do VIH realizados entre 2011 a 2016 | 18 |
| Quadro 3: Média de novos casos de infeção por VIH em população com idade superior a 15 anos, por sexo e grupo etários; | 21 |
| Quadro 4: Evolução de financiamentos VIH, 2017-2020; | |
| Quadro 5: Grávidas captadas para consulta pré-natal em 2019; | 27 |
| Quadro 6: Distribuição das grávidas por concelho/ano; | 28 |
| Quadro 7: Número grávidas com VIH e de crianças expostas ao VIH entre 2018 e 2019; | 31 |
| Quadro 8: Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da resposta VIH-SIDA em Cabo Verde | 36 |
| Quadro 9: Estimativa de custo do programa de VIH-SIDA entre 2022 à 2026; | 52 |

ÍNDICE DE GRÁFICO

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Taxa de sero-prevalência do VIH por sexo: IDSR-2005 e IDSR-2018; | 13 |
| Gráfico 2 : Prevalência por grupo etários e sexo; | 13 |
| Gráfico 3: Distrib. de casos de VIH positivos notificados nas grávidas, por concelho entre 2018 e 2019 | 15 |
| Gráfico 4: Evolução de casos de TB e de co-infeção entre 2018-2019 | 19 |
| Gráfico 5: Evolução de novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre 2017 e 2019 | 21 |
| Gráfico 6: Percentagem de casos verificados entre 2017 e 2019 por tipo de vírus | 22 |
| Gráfico 7: Distrib. dos casos de VIH/SIDA e óbitos segundo ano de diagnóstico, 1995-2019 | 22 |
| Gráfico 8: Evolução dos óbitos notificados por VIH/Sida entre o ano 2000-2019; | 23 |
| Gráfico 9: Cobertura de grávidas VIH + sob TARV entre 2017 e 2019 | 30 |
| Gráfico 10: Conhecimento do estatuto serológico | 30 |

ÍNDICE DE FIGURA

| | |
|--|----|
| Figura 1: Prevalência de VIH por concelho | 14 |
|--|----|

ACRÓNIMOS E SIGLAS

CCAD – Comissão de Coordenação de Combate ao Álcool e outras Drogas
CCS-SIDA – Comité de Coordenação de Combate à Sida
CNDHC – Comissão Nacional de Direitos Humanos e Cidadania
CPN – Consultas de Pré-Natal
DNE – Direção Nacional da Educação
DNS – Direção Nacional da Saúde
ESCS – Estudo Sócio-comportamental e de Seroprevalência
H/M – Razão homem mulher
HSH – Homens que fazem Sexo com Homens
ICIEG – Instituto Cabo-verdiano de Igualdade e Equidade de Género
IDSR – Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva
IEC – Informação, Educação e Comunicação
INE – Instituto Nacional de Estatística
INSP – Instituto Nacional de Saúde Pública
LGBT – Lésbicas, Homossexuais, Bissexuais e Transsexuais
MFIS – Ministério da Família e Inclusão Social
M & A – Monitorização e Avaliação
MORABI – Associação de Apoio à Autopromoção da Mulher no Desenvolvimento
OBC – Organizações de Base Comunitárias
OMCV – Organização de Mulheres de Cabo Verde
PcD – Pessoas Com Deficiência
PEP – profilaxia Pós Exposição
PrEP – Profilaxia Pré-Exposição
PSSR – Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva
PVVIH – Pessoas que vivem com VIH
RNI – Registo Nacional de Identificação
SE-CCSSIDA – Secretariado Executivo do Comité de Coordenação de Combate à SIDA
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV – Tratamento antirretroviral
TB – Tuberculose
TCD4 – Teste Carga Viral (contagem de linfócitos)
TS – Trabalhadores de Sexo
UD – Usuários de Drogas
VDRL – Venereal Disease Research Laboratory
VERDEFAM – Associação Cabo-verdiana de proteção à família
VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

PREFÁCIO

Em mais de trinta e cinco anos de história de luta contra a epidemia do VIH/Sida em Cabo Verde muitas lições foram aprendidas. Dentre elas, a de que uma resposta estruturada e eficiente se faz num amplo leque de alianças multissetoriais, multidisciplinares onde a pluralidade, o respeito à diversidade, a referência permanente aos aspetos éticos e aos direitos humanos configurem a base para a formulação e implementação das atividades.

A implementação do IV Plano Estratégico de luta contra o VIH e Sida, para o período 2016-2020 permitiu reduzir novas infeções, reduzir a mortalidade relacionada ao VIH, apoiar a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH (PVVIH), lutar contra todas as formas de discriminação, bem como fortalecer a governança para uma resposta nacional mais eficiente. No entanto, persistem desafios importantes em relação à prevenção e ao acesso universal ao tratamento desta doença a que acrescem as desigualdades de género, a homofobia, o estigma e a discriminação contra pessoas com VIH.

Como se poderá observar da leitura deste V Plano Estratégico de luta contra o VIH e Sida – 2022/2026, Cabo Verde apresenta uma epidemia do tipo concentrado, com registo de prevalência à volta de 0,6% na população geral mas com valores elevados entre profissionais do sexo (4,6%) e entre os homens que fazem sexo com homens (6,1%) traduzindo desafios na implementação de respostas e no combate à discriminação e ao preconceito relacionados ao VIH, fatores potencializadores da vulnerabilidade à infeção que reduzem a eficiência dos recursos aplicados e resultados alcançados.

O V Plano Estratégico de luta contra o VIH e Sida – 2022/2026 busca registrar os avanços e obstáculos enfrentados na luta contra o VIH/Sida por Cabo Verde e responder aos compromissos assumidos por Cabo Verde no Fórum “Cabo Verde: Ambição 2030” e no Programa de Governo 2021-2026 os quais constituem os referenciais políticos do país no médio e longo prazo.

Estamos certos de que este documento representa um passo adiante na busca de nossos objetivos comuns e que será um instrumento estratégico para avançarmos rumo à eliminação da transmissão vertical do VIH até 2024 e à eliminação da epidemia do VIH/Sida enquanto problema de saúde pública até 2030. Irá orientar a nossa resposta integrada a nível nacional nomeadamente o reforço da gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação

baseadas em provas, a otimização de sistemas, setores e parcerias para aumentar o impacte das intervenções e a oferta de serviços baseados em evidências centrados nas pessoas e que respeitem as instruções de 2018 e 2019 da Organização Mundial da Saúde em matéria de tratamento anti retroviral.

Aguardo com expectativa o vosso apoio no seguimento da sua implementação.



RESUMO EXECUTIVO

O presente Plano Estratégico deve permitir o cumprimento da legislação que norteia as políticas públicas de prevenção e atenção integral ao VIH/Sida, reforçar os mecanismos de proteção dos direitos humanos no contexto do VIH/Sida, potenciar na área preventiva a partilha de responsabilidades dos organismos públicos interministeriais, sem prejuízo do papel determinante do setor da saúde, assim como a articulação com as organizações da sociedade civil e as PVVIH em vista de serem alcançados objetivos ambiciosos, nomeadamente servir 98% das pessoas em risco de infeção VIH ou que vivem com o VIH por uma prestação de saúde centrada na pessoa no quadro de um sistema de saúde integrado, atingir as metas da eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis, melhorando a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, bem como fornecendo às mulheres serviços de atenção primária mais abrangentes.

A análise da situação da infeção VIH/Sida em Cabo Verde mostra uma epidemia do tipo concentrado, com registo de prevalência à volta de 0,6% (0,7% nas mulheres e 0,4% nos homens); 2,3% nas pessoas com deficiência, 3,1% nos usuários de drogas, 4,6% entre profissionais do sexo e 6,1% entre os homens que fazem sexo com homens.

As estatísticas do sector saúde mostram que o número acumulado de casos de VIH notificados, ao longo dos últimos 24 anos teve um crescimento contínuo. Estima-se que ao longo deste período cerca de 7000 pessoas tenham contraído a infeção VIH, destes 35,1 % (n=2465) evoluíram para fase mais avançada da doença e 21,5%

faleceram. Apesar de grandes progressos, a incidência do VIH continua a aumentar, especialmente entre mulheres adolescentes e mulheres jovens.

Os casos novos de infeção VIH diagnosticados durante os últimos três anos (2017, 2018 e 2019) em adolescentes e adultos totalizam 1282 casos notificados, sendo 51,7% em mulheres, contra 48,3% nos homens, expressando uma razão homem/mulher (H/M) de 0,95. Todavia, importa destacar que estatisticamente não existe diferença a nível de infeção de VIH entre os homens e mulheres.

Em Cabo Verde são realizados anualmente uma média de 25.000 testes de rastreio da infeção VIH. De acordo com as instruções do guia nacional o teste de rastreio da infeção VIH é proposto sistematicamente às grávidas na consulta pré-natal, a todos os portadores de doenças de transmissão sexual, a todos os parceiros/as dos casos VIH positivos e sempre que a situação comportamental ou clínica assim o justificar. O teste é sempre gratuito e pode também ser realizado por solicitação espontânea do utente. O auto teste não se encontra implementado no país.

O sangue doado é sempre testado para rastreio da infeção VIH. De notar que as doações benévolas, voluntárias e regulares representam cerca de 70% das doações.

O teste pode ser realizado em todos os centros de saúde e hospitais do país, assim como no atendimento organizado pelas Organizações de Base Comunitária. O acesso temporal e geográfico das populações chave ao rastreio VIH é principalmente assegurado pelo atendimento organizado pelas Organizações de Base Comunitária. Todos os serviços que asseguram o rastreio da infeção VIH devem respeitar os princípios de consentimento informado, confidencialidade, aconselhamento pré teste e pós teste

por pessoal especificamente formado, rigor técnico e precisão do resultado e ligação com serviços integrados de tratamento e cuidados.

Todos os casos testados VIH positivos são encaminhados para um Centro de Saúde do setor público para início do tratamento anti retroviral que é proposto a todos os casos independentemente do valor da contagem dos linfócitos TCD4. As linhas de tratamento estão descritas no guia nacional e respeitam as instruções emanadas pela Organização Mundial da Saúde. Uma atualização do guia nacional de atendimento dos pacientes com infeção VIH está em curso de forma a respeitar as instruções de 2018 e 2019 da Organização Mundial da Saúde face aos avanços científicos verificados em matéria de tratamento anti retroviral. A profilaxia pós exposição (PEP) é realizada nos serviços públicos de saúde conforme critérios recomendados pelo guia nacional. No entanto, o país não realiza ainda a profilaxia pré exposição (PrEP).

O seguimento do paciente é assegurado nos Centros de Saúde do setor público, por uma equipa multidisciplinar constituída por médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a, assistente social e farmacêutico/a.

A análise da resposta nacional permitiu evidenciar:

- Apesar de esforços para implementação de aplicações informáticas que deveriam integrar e agilizar a recolha e o tratamento dos dados assim como a produção dos relatórios, para auxiliar na gestão da informação clínica e administrativa, a sua utilização é ineficiente nos vários níveis de intervenção, fazendo com que estes recorram a soluções que funcionam de forma fragmentada, e desenhados de forma que não

permite a interoperabilidade, tornando a utilização e partilha de informação pouco funcional e consequentemente faz aumentar a existência de dados replicados ou contraditórios, com baixos níveis de fiabilidade e nem sempre apresentado com a oportunidade que se requer para a implementação de monitorização das políticas públicas, o estado de saúde da população e o desempenho do Sistema Nacional de Saúde.

- O acesso à consulta pré-natal durante o primeiro trimestre da gravidez é de 72% e a taxa de cobertura de grávidas que fizeram quatro consultas durante a gravidez é de 84%. Estes números não permitem respeitar as exigências da eliminação da transmissão mãe-filho da infeção VIH.
- O protocolo entre a Direção Nacional da Saúde (DNS) e as Organizações de Base Comunitária (OBC) não permite a estas a prescrição de anti retrovirais. O encaminhamento dos doentes para um Centro de Saúde para efeitos de tratamento provoca um distanciamento temporal importante e também psicológico que tem como consequências um número elevado de perdidos de vista (~ 50%) e de pacientes com carga viral superior a 200 cp/ml (~45%). Esta situação afeta principalmente as populações chave.
- Os diferentes estudos realizados e os relatórios sombra apresentados nas Nações Unidas pela Comissão Nacional de Direitos Humanos e Cidadania e pelas Organizações de Base Comunitária referem sistematicamente a problemas importantes nos serviços de saúde em matéria de respeito dos direitos humanos: 10% dos utentes referem que seus direitos não são respeitados e 60% refere não ter uma relação construtiva com a equipa de saúde.

A visão do presente Plano Estratégico é de eliminar a transmissão vertical do VIH até 2024 e acabar com o VIH e Sida enquanto ameaça de saúde pública até 2030. Com base em princípios de resposta centrada nos direitos humanos e na igualdade e equidade de género, equidade e acesso universal, descentralização, multisectorialidade e sustentabilidade pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Reduzir de 2/3 o número de novas infeções por VIH;
- Reduzir a transmissão vertical do VIH para menos de 2%;
- Reduzir a incidência de novas infeções pediátricas pelo VIH devido à transmissão vertical para menos de 10 casos por 100.000 nascimentos vivos.

Pretende-se atingir estes objetivos através do reforço da gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas, da oferta de serviços baseados em evidências centrados nas pessoas e da otimização de sistemas, setores e parcerias para aumentar o impacto. A implementação efetiva destas orientações estratégicas, exigirá do país uma liderança forte, parcerias, solidariedade e prestação de contas.

O investimento a ser feito ao longo dos próximos cinco anos na resposta ao VIH e Sida em Cabo Verde, sob orientação do presente Plano Estratégico Nacional é de 1.766.990.989 ECV (um, virgula setecentos e sessenta e seis mil, novecentos e noventa, novecentos e oitenta e nove contos).

1. INTRODUÇÃO

O Fórum “Cabo Verde: Ambição 2030” realizado nos dias 28 e 29 de setembro de 2020 foi o culminar de um longo processo de participação e envolvimento de quadros, personalidades e instituições nacionais, da diáspora e estrangeiros na problemática do desenvolvimento de Cabo Verde permitiu mobilizar a sociedade cabo-verdiana e criar um forte compromisso consensualizado nomeadamente em matéria de garantia de saúde para todos os cabo-verdianos, com impacto na qualidade de vida das pessoas e na economia em termos de confiança, de segurança e de oportunidades de investimentos.

As obrigações assumidas na declaração dos participantes no fim do Fórum constituem um importante referencial político, económico e social do país no médio e longo prazo e foram traduzidas em orientações estratégicas no Programa de Governo 2021-2026, visando a implementação de ações e obtenção de resultados tangíveis em benefício das populações.

A implementação do Plano Estratégico de luta contra o VIH e Sida, para o período 2016-2020 permitiu reduzir novas infeções entre adolescentes e adultos, reduzir a transmissão vertical do VIH para menos de 3%, reduzir a mortalidade relacionada ao VIH, apoiar a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH (PVVIH), lutar contra todas as formas de discriminação, bem como fortalecer a governança para uma resposta nacional mais eficiente. No entanto, persistem desafios importantes em relação à prevenção e ao acesso universal ao tratamento desta doença a que acrescem as desigualdades de género, a homofobia, o estigma e a discriminação contra pessoas com VIH.

Atento a estes desafios o Programa do Governo 2021-2026, no âmbito da saúde, estabeleceu como linhas orientadoras, entre outras, o esforço da melhoria contínua para as situações mais prevalentes nomeadamente o aprofundamento das iniciativas preventivas relacionadas com o VIH/Sida. Neste contexto foi elaborado e proposto à Assembleia Nacional o alinhamento da legislação existente com os diversos instrumentos que na área da saúde, estabelecem como prioridades estratégicas a promoção da saúde e a prevenção de doenças e fixam como objetivos reduzir novas infeções entre adolescentes e adultos, eliminar a transmissão do VIH de mãe para filho, reduzir a mortalidade relacionada com o VIH, melhorar a qualidade de vida das PVVIH e suas famílias e combater todas as formas de discriminação.

A proposta de lei formulada é coerente com os diferentes instrumentos normativos e programáticos internacionais, designadamente nas diversas decisões e resoluções da organização das Nações Unidas onde se constata a transversalidade de vários aspetos inerentes à luta contra o VIH/Sida nomeadamente:

- a) A atenção prioritária na prevenção, englobando ações diversificadas, tais como a divulgação de informação adequada e pertinente, a educação para a saúde, a melhoria da qualidade e da acessibilidade dos serviços de saúde e sociais;
- b) O estímulo de uma resposta positiva da sociedade, através da sua sensibilização e do reforço da legislação em matéria de igualdade e não discriminação;
- c) A plena integração das populações identificadas como mais vulneráveis e fora da rotina dos sistemas de saúde como um fator chave para o sucesso da resposta ao VIH/Sida que, pode ser concretizada através de parcerias com as organizações da

- sociedade civil e do envolvimento das associações das PVVIH e dos principais grupos vulneráveis ou em maior risco de contrair a infeção pelo VIH;
- d) O reconhecimento de que a igualdade de género e a promoção do empoderamento e capacidade de agir das mulheres constituem elementos fundamentais para reduzir a vulnerabilidade destas ao VIH/Sida;
 - e) A consciência de que a prevenção e a adoção de comportamentos saudáveis resultam da conjugação de esforços e da atividade de entidades governamentais, empresariais e da sociedade civil;
 - f) A necessidade de formação, informação e sensibilização dos profissionais, familiares e da sociedade civil no seu todo sobre o VIH/Sida.

O presente Plano Estratégico deve permitir o cumprimento da legislação que norteia as políticas públicas de prevenção e atenção integral ao VIH/Sida, reforçar os mecanismos de proteção dos direitos humanos no contexto do VIH/Sida, potenciar na área preventiva a partilha de responsabilidades dos organismos públicos interministeriais, sem prejuízo do papel determinante do setor da saúde, assim como a articulação com as organizações da sociedade civil e as PVVIH em vista de serem alcançados objetivos ambiciosos, nomeadamente servir 98% das pessoas em risco de infeção VIH ou que vivem com o VIH por uma prestação de saúde centrada na pessoa no quadro de um sistema de saúde integrado, atingir as metas da eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis melhorando a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, bem como fornecendo às mulheres serviços de atenção primária mais abrangentes.

2. SITUAÇÃO DO VIH EM CABO VERDE

2.1. Prevalência da infeção VIH

A epidemia de VIH em Cabo Verde é do tipo concentrado, com registo de prevalência à volta de 0,6% (0,7% nas mulheres e 0,4% nos homens); 2,3% nas pessoas com deficiência, 3,1% nos usuários de drogas, 4,6% entre profissionais do sexo e 6,1% entre os homens que fazem sexo com homens.

Em termos evolutivos, a prevalência do VIH na população geral passou de 0,8% para 0,6% no país, com uma diminuição nos homens de 1,1% para 0,4%, mas com aumento nas mulheres passando de 0,4% para 0,7%, segundo os últimos dados dos Inquéritos Demográficos de Saúde Reprodutiva, realizados em 2005 e 2018 respetivamente. Entretanto, os dados de notificações, até 31 de dezembro de 2019, mostram que a prevalência é ligeiramente superior aos resultados do último IDSR-2018, situando em torno de 0,87 %, e repartido de forma equilibrada entre homens e mulheres.

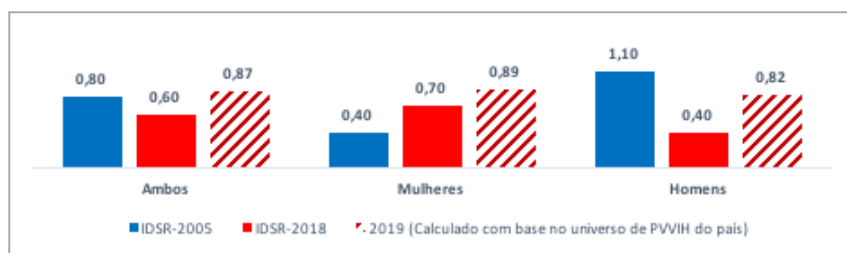


Gráfico 1: Taxa de sero-prevalência do VIH por sexo: IDSR-2005 e IDSR-2018;
Fonte: IDSR-2018 e dados de evolução de VIH/MS

As estimativas de número de casos acumulados até 2019, indicam que em Cabo Verde viviam 4764 pessoas com infeção por VIH, sendo na sua maioria, adultos com idades superiores a 20 anos de idades. Este número que tem vindo a aumentar na ordem de 323 novos casos por ano, nos últimos 10 anos.

2.2. Prevalência da infeção VIH por sexo e grupo etário

Entre as PVVIH com 15 anos ou mais, de acordo com o universo estimado desta população, 51,4% são mulheres com uma prevalência de 0,90% em comparação com 0,83% para os homens. Isto resulta num ratio M/H de 1,1 aproximadamente.

Os dados indicam que entre as crianças e os jovens com menos de 24 anos a prevalência seja relativamente baixa (0,2%), as raparigas estão 2 vezes mais infetadas que os rapazes, ou seja, 0,2% em comparação com 0,4%, tendência que se verifica em todas as faixas etárias deste substrato.

A prevalência aumenta proporcionalmente com a idade até aos 39 anos, tanto para homens como para mulheres, com as mulheres com maiores probabilidades de infeção, invertendo-se esta tendência a partir dos 40 anos, cujos homens registam maior prevalência em quase todas as faixas etárias subsequentes, com exceção da faixa etária entre 55 e 60 onde este indicador se assemelha.

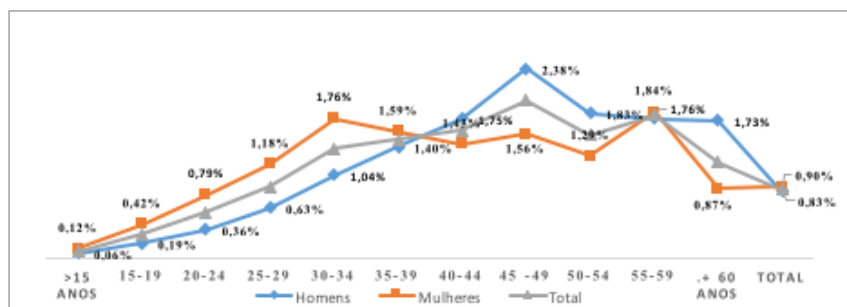


Gráfico 2 : Prevalência por grupo etários e sexo;

Fonte: Anuários estatísticos do Ministério de Saúde (2017-2108, 2019)

2.3. Prevalência da infeção VIH por Ilha/região

| Ilha | Masculino | Prev. | Feminino | Prev. | Total | % | Prev. |
|----------------|-----------|--------------|----------|--------------|-------|---------------|--------------|
| Brava | 46 | 1,72% | 56 | 2,03% | 102 | 2,2% | 1,88% |
| Fogo | 116 | 0,68% | 126 | 0,70% | 242 | 5,1% | 0,69% |
| Santiago Sul | 1167 | 1,19% | 1391 | 1,42% | 2558 | 54,3% | 1,30% |
| Santiago Norte | 392 | 0,68% | 376 | 0,60% | 768 | 16,3% | 0,64% |
| Maio | 16 | 0,44% | 7 | 0,20% | 24 | 0,5% | 0,32% |
| Boa Vista | 36 | 0,33% | 34 | 0,44% | 70 | 1,5% | 0,37% |
| Sal | 148 | 0,70% | 148 | 0,79% | 296 | 6,3% | 0,75% |
| São Nicolau | 6 | 0,10% | 19 | 0,33% | 25 | 0,5% | 0,21% |
| São Vicente | 321 | 0,75% | 230 | 0,56% | 552 | 11,7% | 0,65% |
| Santo Antão | 40 | 0,24% | 34 | 0,23% | 74 | 1,6% | 0,24% |
| Total | 2289 | 0,82% | 2422 | 0,89% | 4710 | 100,0% | 0,86% |
| Não referido | 26 | | 27 | | 54 | 1,1% | 0,01% |

Quadro 1:Prevalência estimada por ilhas em 2019

Fonte: Anuários estatísticos do Ministério de Saúde (2017, 2018 e 2019)

No que concerne a distribuição da prevalência do VIH por ilhas, verifica-se que a infeção está presente em todo o território nacional com taxas que variam de uma ilha para outra. A ilha de Santiago é a ilha onde vivem mais pessoas infetadas pelo VIH (70,6% sendo 54,3% em Santiago Sul), seguido de São Vicente (11,7%), do Sal (6,3%) e do Fogo (5,1%). Estas 4 ilhas concentram mais de 90% das PVVIH que vivem em Cabo Verde.

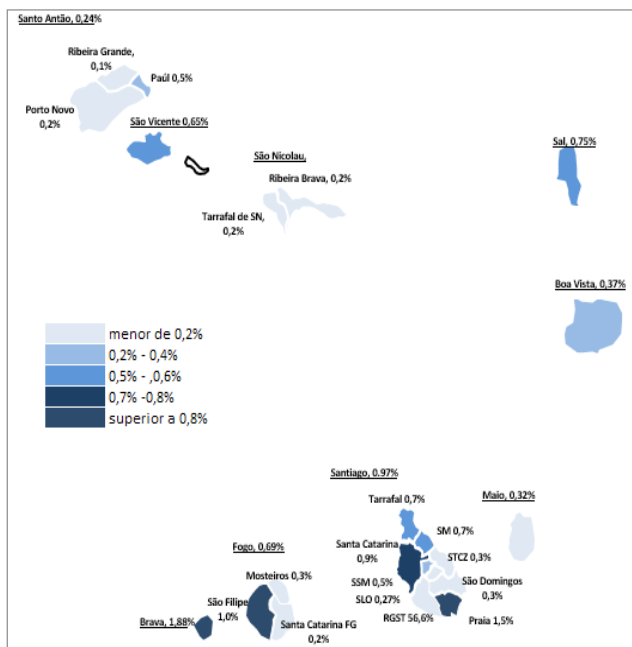


Figura 1: Prevalência de VIH por concelho

A distribuição da epidemia no país é diferente de ilha a ilha, variando de 0, 24% para a ilha de Santo Antão e 1,88% da ilha da Brava. Cabe notar que em 6 das 9 ilhas, a prevalência está acima da média nacional (0,86%). Por concelho, Brava (1,9%) Praia (1,5%), São Filipe (1,0%) e Santa Catarina (0,9%) São os concelhos com prevalência acima da média nacional, Sal, São Vicente muito próximo da média e os restantes concelhos abaixo da média nacional que é de 0,86%. De registar que os maiores índices de prevalência, excetuando o caso da Brava, são observados nos concelhos de predominância urbana e de maior densidade populacional e com elevado índice de heterogeneidade, decorrente das condições socioeconómicas, tais como pobreza,

privações, falta de moradia, ausência da família, ausência de um sistema educacional adequado, falta de capacitação laboral, falta de emprego, violência, entre outras.

2.4. Prevalência da infeção VIH nas grávidas

Entre 2018 e 2019 foram notificadas 171 gestantes infetadas pelo VIH, sendo 85 em 2018 e 83 em 2019. Verificou-se que em média 55,9% delas residiam no concelho da Praia, seguida pelos concelhos de São Vicente (10,1%), Sal (9,5%), Santa Catarina (7,8%), Boa Vista (3,6%), Brava, Santa Cruz e Tarrafal (2,4%), Mosteiros, São Miguel e São Domingos (1,8%) e finalmente os concelhos de Porto Novo e Ribeira Grande de Santiago com 1,2%.

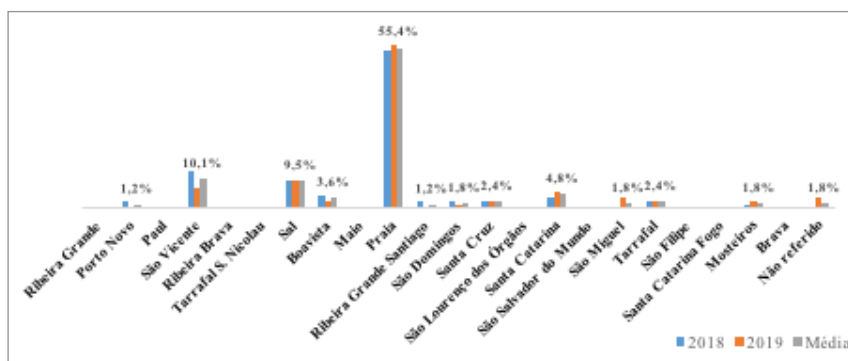


Gráfico 3: Distribuição de casos de VIH positivos notificados nas grávidas, por concelho entre 2018 e 2019

Fonte: Relatório PSSR/MS 2019

2.5. Prevalência da infeção VIH em grupos específicos

2.5.1. Pessoas com deficiência

De acordo com as estatísticas do INE (2010) a população que vive com deficiência representa cerca de 6.7% da população geral do país. A idade média dos PcDs é de 43,3 anos. Os inquiridos mais representados se encontram na faixa etária dos 50-59 anos com 22,3%, e na de 20-39 anos com 16,1%. Nota-se que as faixas etárias de 40-49 anos, com 18,6%, e a de 60 anos e +, com 18,8%, possuem valores similares. As faixas etárias menos representadas no estudo são as 15-19 anos com 8,1%, e a de 20-24 anos com 7,6%. A proporção é similar no meio rural e urbano, mas apresentando variação significativa entre os diferentes concelhos que compõe o país. O concelho de S. Miguel é o concelho com menor proporção (3,7%) de população com deficiência, enquanto Brava e Porto Novo apresentam-se como os concelhos com as maiores proporções de população com incapacidade de grau severa (11,0% e 9,8% respetivamente) (INE, 2010).

Esta população caracteriza-se por baixos níveis de instrução, sendo que 26,7% não têm nenhuma habilitação académica, 39,0% estudou até o Ensino Básico, 14,2% o Ensino Secundário 1º Ciclo e 10,0% o Ensino Secundário 2º ciclo. Só 3,2% dos PcDs concluíram uma licenciatura.

Apesar de existência de uma lei que promove a inclusão educativa, a realidade revela que as PcDs não conseguem integrar-se no sistema de ensino e a maioria fica pelo caminho, decorrente de vários fatores, com destaques para as dificuldades do sistema educativo em fazer da escola um lugar modelo de socialização e inclusão,

aceitação e desenvolvimento das PcD, bem como a escassez de profissionais preparados e recursos pedagógicos disponíveis para atender as reais necessidades desta população. De acordo com o estudo conduzido pela “*Humanité & Inclusion*” concluíram que “*As pessoas com deficiência continuam sendo as principais vítimas da pobreza e da exclusão social, vivendo em situação de risco e de marginalidade, o que compromete seriamente a sua formação e a sua integridade física e social*”.

Os resultados do inquérito **bio comportamental sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência face ao VIH / sida em Cabo Verde, realizado em 2018**, revelam que a prevalência da infecção por VIH entre as PcD é de 2,3%. Esse valor é preocupante uma vez que é superior ao último estudo serológico do VIH realizado em Cabo Verde que determinou uma taxa de prevalência de 0,6% na população geral (IDSRIII, 2018) e superior à sero prevalência obtida nas grávidas, que é inferior a 1%. No entanto ela é inferior à prevalência encontrada nas populações chave, como homens que fazem sexo com homens (6,1%), profissionais de Sexo (4,6%) e em usuários de drogas (3,1%) (ESCS, 2016). A maioria dos casos positivos estão relacionados à infecção pelo VIH-1 (86,7%), obedecendo ao padrão nacional, de predominância de infecção pelo VIH-1.

Há a necessidade de uma maior atenção a este grupo, que segundo a organização *AIDS Free World*, pessoas com deficiência correm o risco de se infetarem com o vírus VIH numa proporção duas vezes maior do que o restante da população. O desconhecimento da situação de vulnerabilidade das pessoas com deficiência, aliado ao entendimento equivocado de que são pessoas incapazes de desenvolver sua sexualidade, corroboram

para um crescente número de casos de contaminação com o VIH por essa população.

Para um cuidado em conformidade com princípios do sistema de saúde nacional, ou seja, de forma plena, integral e verdadeiramente universal para esta população, é preciso que se tenha uma adequação no processo de interação entre profissionais de saúde e as PcD, na melhoria da estrutura física de acessibilidade dos serviços e na dialética das campanhas e programas de prevenção, buscando ferramentas estratégicas para implantação de ações que promovam de forma eficaz e efetiva na luta contra o VIH/Sida nas populações com deficiência em Cabo Verde.

2.5.2. Usuários de drogas, Trabalhadores de sexo, Homens que tem sexo com Homens

A epidemia de VIH em Cabo Verde é do tipo concentrado, atingindo sobretudo populações com comportamentos que provocam aumento de vulnerabilidades, designadamente usuários de drogas (UD), trabalhadores de sexo (TS) e os homens que fazem sexo com Homens (HSH), grupos em que a prevalência da infeção é, de acordo com o estudo socio-comportamental e de sero prevalência do VIH realizado em 2016, de 3,1% nos UD, 4,6% nas TS e 6,1 nos HSH. O quadro 2 ilustra as principais constatações dos estudos socio-comportamentais e de sero prevalência do VIH realizados entre 2011 a 2016 nas populações chave.

| Populações chave | Principais constatações |
|------------------------------|--|
| Usuários de drogas | <ul style="list-style-type: none"> • Foram realizados estudos em 2011, 2013 e 2016 e os resultados apontam para valores semelhantes em termos de sero prevalência: 3,6%, 3,9% e 3,1% respetivamente. • Os Concelhos que albergam um maior número de UD são Praia (43%), Santa Catarina (9,1%), Santa Cruz (9,1%), Sal (8,2%), Boavista (5%), Maio (4,8%) e São Vicente (4,2%). • A população afetada é maioritariamente jovem sendo que 40,3% dos UDs referidos nos estudos tinham idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos. Referem uso de múltiplas drogas ao longo da vida, e com início em geral aos 17 anos. • Mais de 50% dos UDs só completaram o ensino básico e cerca de 1/3 são desempregados. • Mais de metade (50,5%) dos usuários de drogas referiram não ter utilizado preservativo nas relações sexuais nos últimos 12 meses. |
| Trabalhadores de sexo | <ul style="list-style-type: none"> • A prevalência média é de 4,6%, sendo que a cidade da Praia representa 60% dos casos, proporção muito superior ao seu peso demográfico na população estudada (45%). A prevalência relativa é maior no seio das TS casadas/união de facto (6%) que nas solteiras (4,4%); • A sero prevalência VIH nas TS é de 1,5% para o grupo etário com idade inferior a 25 anos e de 6,9% nas pessoas com idade igual ou superior a 25 anos. |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>Trabalhadores de sexo</p> | <p>Contudo, na cidade da Praia, metade das TS positivas têm idade entre 15 a 29 anos. Trata-se de uma situação que comporta riscos elevados para a disseminação do VIH, visto que a capital é o espaço urbano onde se concentra a maioria das TS seropositivas do país.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A maior prevalência do VIH está associada a alguns fatores, a saber: (i) uso de drogas ilícitas (4,9%); (ii) prática de sexo anal (4,8%); (iii) não uso de preservativo (4,4%) e (iv) conhecimento insuficiente do VIH/Sida (5,6%); • A primeira relação sexual das TS acontece em média aos 15 anos e o tempo médio na profissão é de 8,4 anos. • O acesso ao preservativo abrange 84,1% das pessoas, sendo mais significativo entre as inquiridas com menos de 25 anos (88,1%) e menor entre as TS com mais de 25 anos; • O uso do preservativo é irregular, atitude que resulta, amiúde, do comum acordo entre as partes envolvidas na relação; • Mais da metade das TS referiram realizar consultas de ginecologia periodicamente. • Três em cada 10 TS demonstram ter um conhecimento completo a respeito das múltiplas formas de prevenção do VIH mas em geral apresentam um baixo nível de conhecimento em relação à transmissão vertical do VIH. • O conhecimento das IST é universal no seio das TS, tendo 38,7% contraíram uma IST ao longo dos últimos 12 meses. As IST mais frequentes são o corrimento vaginal anormal e a ferida/úlceras genital. |
|-------------------------------------|---|

| | |
|---|---|
| Homens que fazem sexo com homens | <ul style="list-style-type: none">• A taxa de prevalência do VIH é de 6,1%, sendo menor entre as pessoas com menos de 25 anos (4,8%) e maior no seio dos HSH com idade igual ou superior a 25 anos (7,1%). Acresce o fato de ainda ser maior entre os menos instruídos e no seio das pessoas casadas.• A grande maioria dos HSH (88%) são solteiros, habilitados com o ensino básico e são empregados. A idade média dos inquiridos é 28 anos, sendo que 68,8% têm idade compreendida entre 15 a 29 anos, o que revela que se trata de uma população jovem.• A maioria dos inquiridos (78%) admite não ter sido vítima de agressão.• Os inquiridos iniciam normalmente as primeiras relações sexuais aos 16 anos, sendo, entretanto, menor no Fogo (13 anos).• A maioria dos respondentes (79,2%) garante que não manteve relações sexuais em troca de recompensa.• Do universo dos entrevistados, 30,3% se consideram bissexuais tendo a maioria parceiros fixos (78,3%) em geral solteiros.• O acesso ao preservativo é maior entre os HSH com idade inferior a 25 anos (88,8%) contra 82,7% no seio das pessoas com idade igual ou superior a 25 anos;• A proporção dos inquiridos que usam frequentemente o preservativo é significativo (64,3%), mas 55,8% não usam lubrificantes nas relações sexuais com penetração anal com parceiros do mesmo sexo. |
|---|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • O conhecimento do IST é universal em todos os concelhos/ilhas onde se realizou o estudo e em todos os grupos etários. • Em geral, os sintomas de IST no seio dos inquiridos são pouco frequentes, salvo no Fogo onde 1 em cada 5 declara ter tido IST. • No que concerne ao conhecimento completo das três formas corretas de redução do risco de infeção do VIH, nota-se que 67,1% revelam um conhecimento integral, sendo menor nas faixas etárias dos 15-19 e 40-44 anos e no seio dos casados/união de facto. • A grande maioria (79,6%) afirma ter consciência de sua exposição ao risco de ser infetado, sendo maior no Fogo, onde as práticas sexuais sem uso do preservativo são em geral superiores à média nacional. • 96% dos inquiridos referem ter feito, pelo menos uma vez, o rastreio da infeção VIH. |
|--|---|

Quadro 2: Resumo das principais constatações dos estudos socio-comportamentais e de sero prevalência do VIH realizados entre 2011 a 2016

2.6. Co-infeções nas PVVIH: Tuberculose, Sífilis e Hepatites B e C

2.6.1. Tuberculose

De acordo com os dados do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, foram registrados, nos últimos 4 anos, uma média de 270 casos de doença/ano em todo o território nacional.

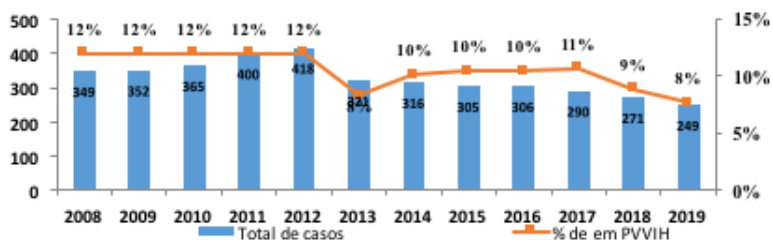


Gráfico 4: Evolução de casos de TB e de co-infecção entre 2018-2019

Fonte: PNLT / MS

No seio das PVVIH, as notificações apontam para um diagnóstico de 24 casos de tuberculose por ano, parecendo haver uma tendência para diminuição, 40 casos (12%) em 2010 e 24 casos (7,6%) em 2019. A maior parte dos casos são do sexo masculino (59,1%), contra 40,9% sexo feminino, e com predominância nas idades entre os 25 e os 49 anos.

De acordo com os guias nacionais VIH e Tb, a abordagem do tratamento obedece aos seguintes critérios:

- Início precoce do tratamento antirretroviral, de preferência antes do término da fase intensiva do tratamento da tuberculose.
- Profilaxia com cotrimoxazol durante todo o período de tratamento da tuberculose.
- Profilaxia com isoniazida logo após o término do tratamento da tuberculose.

Ao doente com coinfeção é dado um atendimento multidisciplinar que inclui assistência médica e psicológica, serviço social e, caso necessário, referenciação a outras especialidades e estruturas de apoio psicossocial disponíveis junto das organizações da sociedade civil.

As atividades conjuntas Tb/VIH são realizadas em todas as estruturas de saúde mediante um pacote de cuidados prestados (IEC, prevenção, rastreio, quimioprofilaxia e tratamento). O rastreio da infecção VIH é recomendado para ser aplicado sistematicamente em doentes com Tb e vice-versa.

2.6.2. Hepatites B & C e Sífilis

Em relação à sífilis, hepatite B e C de acordo com os dados extraídos da base de dados da região de sotavento, denota-se que um total 3% do total da população cadastrada já contraíram estas infeções (n=48), sendo as hepatites (B e C) as infeções de maior prevalência (2%), contra 1% que contraíram sífilis. Convém destacar que 30% dos casos ocorreram entre 2018 e 2019.

2.7. Dinâmica da epidemia

2.7.1. Fatores de risco comportamentais e vulnerabilidades

Cabo Verde é um país com uma população predominantemente jovem que vive numa sociedade onde ter múltiplos parceiros sexuais é por vezes uma prática. Ter muitos parceiros sexuais, associados à não utilização de meios de prevenção, ao baixo conhecimento abrangente sobre o VIH-Sida e às barreiras no acesso aos serviços de saúde podem constituir importantes fatores de vulnerabilidades e risco da infeção pelo VIH.

Os dados do IDSR indicam que dentre os homens e mulheres de 15 a 49 anos respetivamente 55% e 43% declaram ter tido relação sexual de alto risco, isto é com parceiro (a) que não era nem o

marido e nem o companheiro. Destes, 30% de homens e mais de metade das mulheres declaram não utilizar preservativos e a média declarada de número de parceiros sexuais em toda a vida nas mulheres é de 3 enquanto a dos homens é de 11, ou seja quatro vezes maior. Importa destacar que a semelhança do resto do mundo, em Cabo Verde, o principal modo de transmissão é a via sexual que representa hoje mais de 95% dos casos notificados.

O estigma e a discriminação em relação a pessoas que vivem com VIH e às populações chave e vulneráveis são barreiras limitantes no acesso a serviços. De referir que, em Cabo Verde, 29% de homens e 41% de mulheres apresentam atitudes discriminatórias em relação a pessoas que vivem com VIH conforme o IDSR, 2018.

As atitudes discriminatórias, são obstáculos importantes para um diagnóstico tempestivo da infeção VIH. Uma vez o diagnóstico feito, a qualidade da prestação na atenção primária (eficácia TARV, integração dos cuidados, elevado número de pessoas perdidas ou que abandonam o tratamento) condiciona a qualidade de vida das PVVIH, constituindo vulnerabilidade de relevo para o aumento da morbi-mortalidade.

2.7.2. Novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre 2017 e 2019

De acordo com as estatísticas do sector, denota-se que o número acumulado de casos de VIH notificados, ao longo dos últimos 24 anos teve um crescimento contínuo e exponencial como o indica o gráfico 6. Estima-se que ao longo deste período cerca de 7000 pessoas tenham contraído a infeção VIH, destes 35,1 % (n=2465) evoluíram para fase mais avançada da doença e 21,5% faleceram.

Apesar de grandes progressos, a incidência do VIH continua a aumentar, especialmente entre mulheres adolescentes e mulheres jovens.

Os casos novos de infeção VIH diagnosticados durante os últimos três anos (2017, 2018 e 2019) em adolescentes e adultos totalizam 1282 casos notificados, sendo 51,7% em mulheres, contra 48,3% nos homens, expressando uma razão homem/mulher (H/M) de 0,95. Todavia, importa destacar que estatisticamente não existe diferença a nível de infeção de VIH entre os homens e mulheres.

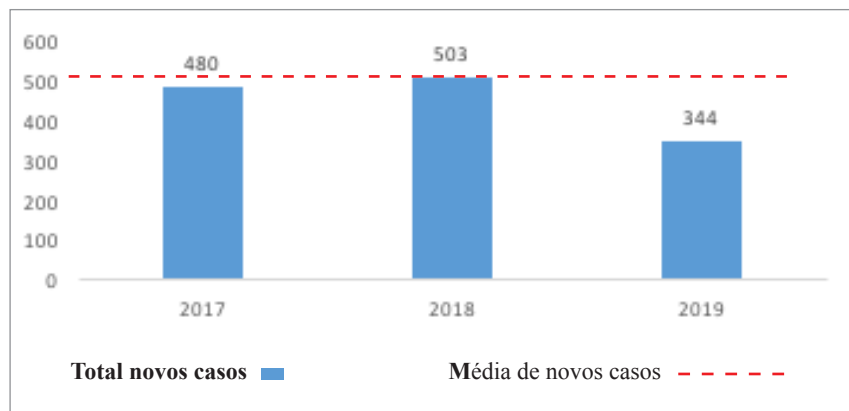


Gráfico 5: Evolução de novos casos de infeção por VIH diagnosticados entre 2017 e 2019

Fonte: Anuários estatísticos do Ministério de Saúde, 2017, 2018 e 2019

Em relação a idade, regista-se que 62,2% dos novos casos notificados tinham idade compreendida entre os 25 e os 49 anos, enquanto 28,5% tinham idades, superior ou igual a 50 anos. Os resultados indicam que as novas infeções são predominantemente em indivíduos com idades entre 30 e 49 anos. Convém realçar a

faixa etária com maior prevalência verifica-se na idade entre 30 a 34 anos, com 42, casos por cada 100 mil habitantes. Em contraponto, a faixa etária menos afetada, foi observado na faixa dos 15 a 19 anos, com cerca de 8 casos em cada 100 mil habitantes. É importante destacar a representatividade de casos em mulheres em relação a taxa de deteção homens, expressando uma razão homem/mulher de 0,9, ou seja, por cada 10 novos casos em mulheres temos 9 casos novos nos homens.

| Grupo etários | Homens | | Taxa de deteção por 100.000 H | Mulheres | | Taxa de deteção por 100.000 H | Total | | Taxa de deteção por 100.000 H |
|---------------|--------|--------|-------------------------------|----------|--------|-------------------------------|-------|--------|-------------------------------|
| | n | % | | n | % | | n | % | |
| <15 anos | 4 | 1,9% | 0,7 | 8 | 3,6% | 1,5 | 12 | 2,8% | 2,2 |
| 15-19 | 4 | 1,9% | 0,7 | 9 | 4,0% | 1,6 | 13 | 3,0% | 2,4 |
| 20-24 | 8 | 3,8% | 1,5 | 17 | 7,6% | 3,1 | 25 | 5,8% | 4,5 |
| 25-29 | 16 | 7,7% | 2,9 | 28 | 12,6% | 5,1 | 44 | 10,2% | 8,0 |
| 30-34 | 26 | 12,5% | 4,7 | 39 | 17,5% | 7,1 | 65 | 15,1% | 11,8 |
| 35-39 | 29 | 13,9% | 5,3 | 28 | 12,6% | 5,1 | 57 | 13,2% | 10,4 |
| 40-44 | 28 | 13,5% | 5,1 | 20 | 9,0% | 3,6 | 48 | 11,1% | 8,7 |
| 45-49 | 29 | 13,9% | 5,3 | 18 | 8,1% | 3,3 | 47 | 10,9% | 8,5 |
| 50-54 | 20 | 9,6% | 3,6 | 15 | 6,7% | 2,7 | 35 | 8,1% | 6,4 |
| 55-59 | 16 | 7,7% | 2,9 | 19 | 8,5% | 3,5 | 35 | 8,1% | 6,4 |
| + 60 anos | 28 | 13,5% | 5,1 | 22 | 9,9% | 4,0 | 50 | 11,6% | 9,1 |
| Total | 208 | 100,0% | 37,8 | 223 | 100,0% | 40,5 | 431 | 100,0% | 78,3 |

Quadro 3: Média de novos casos de infeção por VIH em população com idade superior a 15 anos, por sexo e grupo etários;

Fonte: calculado com base nos dados dos anuários de saúde (2017-2108, 2019)

A idade mediana dos casos apurada para o total de casos diagnosticados foi de 38,0 anos. Os casos referentes a homens apresentaram uma mediana de idades muito inferior ao apurado para os casos que referem as mulheres, com diferenças de 5 anos. Em 44,6% (113/215) dos casos de transmissão entre mulheres a idade à data de diagnóstico foi inferior a 39 anos, enquanto nos homens o mesmo é verificado até os 44 anos.

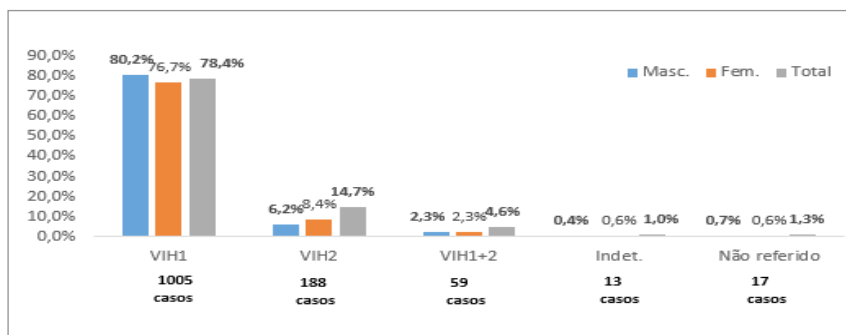


Gráfico 6: Percentagem de casos verificados entre 2017 e 2019 por tipo de vírus
Fonte: Anuários estatísticos do Ministério de Saúde (2017-2108, 2019)

De acordo com as informações coligidas, referente ao tipo de vírus identificado entre 2017 e 2019, em 1282 (100%) dos novos casos notificados e em 1005 destes (78,4%) a infeção era causada por VIH do tipo 1 (VIH-1), seguindo 188 casos com VIH2 (14,7%), 59 casos com infeção de VIH1+2 e os restantes 30 casos indeterminados ou não referido (2,3%). Destes diagnósticos é possível observar que em Cabo Verde circulam predominante o VIH-1 (prevalência de 0,46%), VIH-2 (prevalência de 0,07%) e o VIH1+2 (prevalências de 0,03%) as prevalências e os perfis epidemiológicos são distintos sendo que VIH-1 é mais comum nos homens, enquanto o VIH-2 é mais comum nas mulheres.

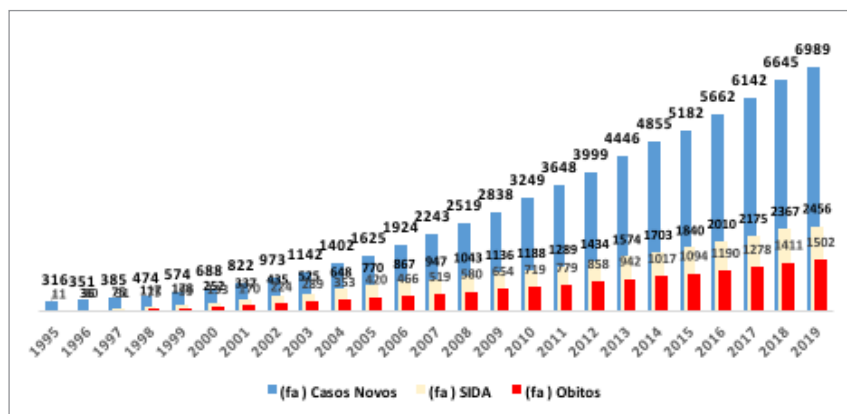


Gráfico 7: Distribuição dos casos de VIH/SIDA e óbitos segundo ano de diagnóstico, 1995- 2019

Fonte: Anuários estatísticos do Ministério de Saúde

2.7.3. Óbitos

Apesar da introdução do TARV, as estatísticas de mortalidade tendem a aumentar desde os primeiros casos da epidemia em 1987. Entre 2000 e 2019, constatou-se uma triplicação desta taxa passando de 7,8% (37 casos notificados) para 21% (91 casos), apresentando uma taxa crescimento médio anual de 5,1%, o que representa uma mortalidade media anual de 72 óbitos/por ano, o que pode estar relacionado, por um lado, com o agravamento das condições socioeconómicas das PVVIH e por outro lado, o deficiente acompanhamento clínico e a deficiente utilização da terapia antirretroviral.

A possibilidade de redução de mortes relacionadas com o VIH devido ao TARV está a ser posta em causa pela estigmatização e a discriminação que continuam a dificultar o acesso aos serviços de saúde, especialmente para crianças, adolescentes, mulheres jovens

e para as principais populações chave como os trabalhadores do sexo e os homens que têm sexo com outros homens.

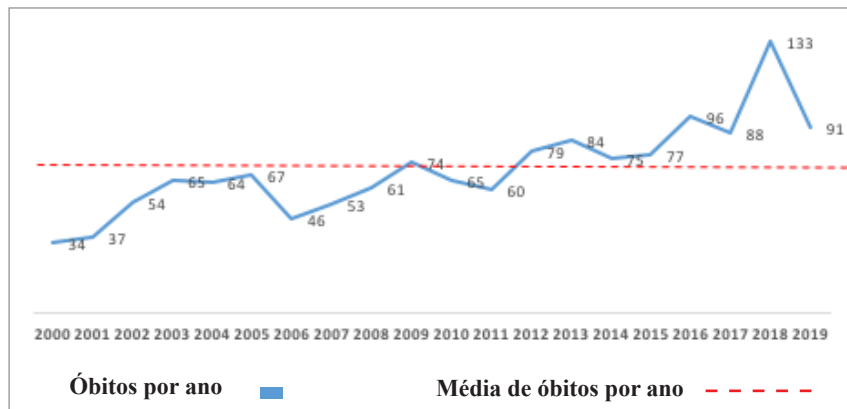


Gráfico 8: Evolução dos óbitos notificados por VIH/Sida entre o ano 2000-2019;
Fonte: Anuários estatísticos do Ministério de Saúde

As estatísticas dos últimos anos apontam que os óbitos notificados por VIH ocorreram predominante nos homens (64,3%) contra 35,7% nas mulheres. Todavia, constata-se que os óbitos ocorrem sobretudo a partir dos 20 anos de idade, afetando maioritariamente as pessoas acima dos 50 anos (57,1%).

De salientar que certos óbitos ocorridos são em maior proporção em pessoas com diagnóstico tardio da infeção.

Em decorrência disso, depara-se com necessidade de reforçar as práticas e intervenções, clínicas e laboratoriais para melhoria quanto ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento, a fim de diminuir as complicações inerentes à falha terapêutica, promovendo qualidade de vida e, conseqüentemente, reduzindo a ocorrência de óbito por VIH.

3. ANÁLISE DA RESPOSTA NACIONAL

3.1 Coordenação

A resposta ao VIH e Sida em Cabo Verde é assegurada dentro de um quadro institucional multisectorial criado pelo Governo (Despacho nº50/2001, publicado no BO nº23 de 30 de julho de 2001).

Assim neste Despacho e no âmbito da implementação do primeiro Plano Estratégico, o Governo criou, em Julho de 2001, o Comité de Coordenação da Luta contra a SIDA (CCS-SIDA), tendo como responsabilidade principal coordenar a implementação da política global em matéria de luta contra a SIDA e fazer o seguimento de todos os programas e projetos executados no país.

No nível central há o Comité de Coordenação de Combate à SIDA (CCS-SIDA) e o seu Secretariado Executivo (SE) e no nível descentralizado existem as estruturas e as antenas dos serviços desconcentrados pertencentes ao sector público e à sociedade civil organizada.

Segundo a Resolução nº 58/2016, publicada no BO nº 39 de 1 de julho 2016, o CCSSIDA é presidido pelo Ministro da Saúde e vice presidido pelo Ministro da Presidência do Conselho de Ministros ().

O CCS-SIDA tem na sua composição os seguintes membros: o Diretor Nacional da Saúde, o Diretor-Geral do Ensino Básico e Secundário, um representante do sector dos Desportos, um representante do departamento governamental responsável pela Cooperação Internacional, um representante do departamento

governamental pela Família e Inclusão Social; o Diretor Geral da Comunicação Social, o Diretor do Programa de Luta contra a SIDA do Ministério da Saúde, o Secretário Executivo da CCCD, um representante do sector das Forças Armadas, três representantes das organizações da juventude, três representantes das organizações de promoção de igualdade de género, um representante da Comissão Nacional de Direitos Humanos, três representantes das instituições religiosas, um representante da Associação dos Municípios Caboverdianos e um representante do sector privado.

Com a criação em 2007 da Instância Nacional de Coordenação (INC), decorrente da submissão da proposta de Cabo Verde ao financiamento do Fundo Global para o VIH, Tuberculose e Malária, com a missão de coordenar a implementação das atividades de luta contra a SIDA e outras doenças, financiados por essa instituição internacional. Nesta altura as funções do CCSSIDA e da INC fundiram-se pois as mesmas entidades têm como Presidente o Ministro da Saúde e os seus membros integrantes os representantes dos sectores públicos, privado e da sociedade civil, incluindo as PVVIH, das confissões religiosas e de organismos internacionais e da cooperação multilateral.

O CCS/SIDA dispõe de um Secretariado Executivo (SE), que é a estrutura funcional de apoio ao CCS-SIDA, a quem compete implementar as deliberações saídas da plenária do CCS/SIDA. Para além disso, ao SE incumbe ainda assegurar as relações entre o CCS-SIDA e as entidades públicas (governamentais e municipais, incluindo a saúde), as entidades privadas e a sociedade civil organizada na implementação das atividades de luta contra a SIDA. O SE é também responsável pela gestão dos recursos financeiros mobilizados para o desenvolvimento de atividades de luta contra

a SIDA no país. A partir de 2010, o Secretariado Executivo do CCSSIDA tornou-se o Recipiente Principal dos financiamentos das subvenções do Fundo Global para VIH-SIDA, Tuberculose e Paludismo.

3.2. Financiamento

De 2017 a 2020, a luta contra o VIH/Sida em Cabo Verde recebeu os financiamentos no montante total de 518 325 851,95 ECV provenientes de fundos domésticos e fundos externos conforme o quadro 3.

| Financiadores /Ano | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Comentários |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|---|
| Fundo Global para VIH, Tuberculose e Paludismo | 89 077 117,00 | 130 292 968,00 | 83 293 576,00 | 95 431 312,20 | Diagnostico, tratamento e seguimento VIH, e coinfecção Tb. |
| Governo Cabo Verde | 4 833 965,00 | 6 727 412,00 | 7 663 203,00 | 11 560 052,00 | Fundo de contra partida da Direção Geral de Tesouro /MS |
| UNFPA, UNICEF, India Development Partnership Foundation | 5 460 273,00 | 4 914 321,00 | 6 403 606,00 | 8 178 924,00 | Reforço de PTV e intervenções nas populações chave; Compra de preservativos, testes Reagentes, equipamentos, |
| IRESEEF-PARECO | | 5 823 915,00 | | | Estudo Bio comportamental CDI |
| Humanité Inclusion | | 12 203 358,00 | | | Estudo Bio comportamental PCD |
| Initiative 5% | | | | 264 627,00 | Assistência técnica da equipa de para plano de transição e perenidade |
| CVtelecom | 550 000,00 | 550 000,00 | 550 000,00 | 550 000,00 | Apoio na eliminação da transmissão vertical de VIH com leite adaptado. |
| Cooperação Luxemburguesa/Feve | 13 905 750,49 | 12 496 503,42 | 9 107 539,74 | 8 487 429,11 | Fundos FEVE foram executados pela sociedade civil Morabi, Verdefam e Cruz Vermelha de Cabo Verde âmbito do projeto Fronteiras e Vulnerabilidades. |
| Montante Total ECV | 113 827 105,49 | 173 008 477,42 | 107 017 924,74 | 124 472344,31 | 518 325 851,95 |

Quadro 4: Evolução de financiamentos VIH, 2017-2020; **Fonte:** Relatórios CCS-Sida 2017 - 2020

Nos últimos 4 anos, o Fundo Global tem-se revelado o parceiro com maior financiamento externo da resposta ao VIH, seguido do Sistema de Nações Unidas e Cooperação Luxemburguesa.

De salientar o aumento da contrapartida nacional em mais de 100% entre 2017 e 2020, apesar da pandemia devida ao Covid 19.

3.3. Respostas públicas e da sociedade civil

Durante a implementação do IV Plano Estratégico 2017-2020 várias foram as atividades desenvolvidas pelo sector público e pela sociedade civil organizada nos domínios de prevenção, diagnóstico e tratamento de VIH e Sida com objetivo de garantir os serviços em diferentes segmentos populacionais incluindo as populações chave e vulneráveis.

3.3.1. O setor da saúde

O Ministério da Saúde continua a ser um importante interveniente na luta contra o VIH, muito embora o carácter multisectorial da resposta. Assim, através da Direção Nacional da Saúde, desenvolveram-se ações das quais se destacam i) atendimento e seguimento das PVVIH; ii) reforço da gestão e aprovisionamento de produtos de saúde, incluindo os ARV e os medicamentos para tratar as infeções oportunistas; iii) abastecimento em testes, reagentes, equipamentos e consumíveis de laboratório para o diagnóstico do VIH e de outras infeções sexualmente transmissíveis; iv) reforço da prevenção da transmissão vertical do VIH.

Os resultados conseguidos de 2017 a 2020 evidenciam ganhos, mas ainda persistem desafios sobretudo na qualidade de serviços e de

dados. Assim de alguns resultados importantes foram alcançados, nomeadamente:

- Uma média de 1.700.000 preservativos distribuídos anualmente;
- Cerca de 25.000 pessoas fizeram o pré teste, rastreio da infeção VIH e pós teste anualmente;
- Introdução dos testes duo para o diagnóstico de infeção VIH e sífilis, junto das grávidas para facilitar a eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis congénita. Neste sentido foi criada pelo Governo a Comissão Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical do VIH e sífilis congénita.
- Tratamento e seguimento de 2587 adultos e crianças em tratamento antirretroviral;
- Cada doação de sangue foi precedida de rastreio da infeção VIH, hepatites B & C e sífilis;
- Reforço de capacidade do INSP visando a melhoria do controlo de qualidade laboratorial e a gestão de resíduos hospitalares.

3.3.2. Prevenção da transmissão vertical

A gravidez é reconhecidamente um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo em algumas situações o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de uma grande oportunidade para uma assistência direcionada à promoção da saúde da mulher, orientação e rastreio de doenças.

O Programa de Saúde, Sexual e Reprodutiva (PSSR) prevê como ações essenciais: a captação precoce das grávidas, de modo que a primeira consulta pré-natal ocorra antes da 12^a semana de gestação;

a realização de, no mínimo, oito consultas de acompanhamento pré-natal; aplicação da dose imunizante da vacina antitetânica; realização dos exames laboratoriais, definidos como básicos: grupo sanguíneo e fator Rh, VDRL, análise de urina, glicémia, hematócrito, hemoglobina e rastreio da infeção VIH. Incorpora também aconselhamento em SSR, IST/VIH-Sida com pré e pós teste de rastreio da infeção, prevenção da transmissão vertical mãe-filho (PTVM-F), atenção aos casos de VBG e ações de promoção e prevenção do cancro do colo do útero da mama e da próstata.

Os resultados alcançados ao longo dos anos expressam uma melhoria da oferta de serviços prestados pelo PSSR, o que resultou no aumento da utilização destes serviços pela população, e consequentemente uma melhor cobertura na assistência pré-natal contribuindo para a melhoria dos indicadores socio-sanitários, como o aumento da esperança média de vida, a redução da mortalidade infantil, a redução do índice de fecundidade, e a redução da taxa de gravidez precoce, como testemunha o segundo o Inquérito de Saúde Reprodutiva realizado em 2018.

Todavia a realidade nacional mostra que são registadas falhas na assistência pré-natal, tais como: início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade.

As consultas pré-conceção e pré-natal de qualidade são fundamentais para a prevenção eficaz da transmissão vertical da infeção VIH.

A informação correta acerca da transmissão mãe filho de VIH aumenta o conhecimento e melhora a adesão ao TARV, reduzindo assim o risco da transmissão do VIH de mãe para filho. Embora o sistema esteja organizado para o rastreio precoce e tratamento da infeção VIH na gravidez, a população alvo ainda não tem a

consciência desta urgência. O IDSR III de 2018 revelou que o conhecimento sobre a transmissão do VIH da mãe para o filho é ainda insuficiente sendo que somente 48% dos homens e 63% das mulheres com idade compreendida entre 15-49 anos, sabem que o VIH pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gravidez, o parto e a amamentação. Em relação ao uso de ARV para reduzir o risco de transmissão do VIH da mãe para o filho, 61% dos homens e 69% das mulheres da mesma idade têm conhecimento deste método preventivo (INE 2020).

| CONCELHOS | POP. DE GRÁVIDAS ESTIMADAS (*)[1] | TOTAL DE GRÁVIDAS CAPTADAS | Taxa (%) |
|-------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--------------|
| Ribeira Grande | 190 | 210 | 110,5% |
| Paúl | 62 | 63 | 101,6% |
| Porto Novo | 283 | 238 | 84,1% |
| São Vicente | 1353 | 1353 | 100,0% |
| Ribeira Brava | 97 | 78 | 80,4% |
| Tarrafal de São Nicolau | 92 | 54 | 58,7% |
| Sal | 842 | 911 | 108,2% |
| Boavista | 335 | 438 | 130,7% |
| Maio | 107 | 85 | 79,4% |
| Praia | 3595 | 3391 | 94,3% |
| Ribeira Grande Santiago | 150 | 100 | 66,7% |
| São Domingos | 272 | 113 | 41,5% |
| Santa Cruz | 501 | 381 | 76,0% |
| São Lourenço dos Órgãos | 118 | 110 | 93,2% |
| Santa Catarina Santiago | 944 | 815 | 86,3% |
| São Salvador do Mundo | 165 | 92 | 55,8% |
| São Miguel | 262 | 173 | 66,0% |
| Tarrafal | 349 | 299 | 85,7% |
| São Filipe | 369 | 429 | 116,3% |
| Santa Catarina do Fogo | 103 | 114 | 110,7% |
| Mosteiros | 188 | 147 | 78,2% |
| Brava | 94 | 108 | 114,9% |
| Nacional | 10471 | 9702 | 92,7% |

Quadro 5: Grávidas captadas para consulta pré-natal em 2019;

Fonte: relatório PSSR/MS 2019

O pré-natal apresentou uma cobertura de 1ª consulta de 92,7 % (9702) em relação ao universo de 10471 grávidas estimadas e uma média de 4,6 consultas/gravidez, número abaixo do recomendado pelas diretrizes nacionais. A estatística dos serviços de saúde

revela um valor da cobertura de 4 consultas pré-natal abaixo de 95% conforme as orientações da OMS para a redução de TV.

A percentagem de grávidas que foram beneficiadas com 8 consultas / gravidez conforme preconizado pelas diretrizes nacionais, foi de 33,5% em 2019, de acordo com o relatório do PSSR/MS do mesmo ano. Esta percentagem está muito aquém do esperado traduzindo, ou dificuldades do setor público em assegurar a continuidade do seguimento ou défice importante no sistema de informação já que muitas grávidas são atendidas no setor privado não existindo informação a este respeito.

Segundo IDSR III de 2018, a cobertura de consultas pré-natais das mulheres de 15-49 anos permaneceu alta e com ligeiro aumento, no período 1998 a 2018. De 96% em 1998, passou para 98% em 2005 e 99% em 2018. A cobertura dos cuidados pré-natais é muito homogénea para todas as características sociodemográficas. No entanto podemos ainda verificar diferenças importantes entre o meio urbano e rural quanto ao atendimento por um médico. A proporção de mulheres que fizeram uma consulta pré-natal com um médico é maior no meio urbano (70%) do que no meio rural (47%). De igual modo, a proporção de mulheres que fizeram consultas pré-natais com um médico é inferior na classe do quintil de bem-estar mais baixo (49%), opondo a do quintil mais alto (81%) (INE 2020).

3.3.3. Rastreo da infeção VIH nas grávidas

| Região / Concelhos | Nº de grávidas que fez pré-natal (pelo menos 1 consulta, considera uma consulta de captação) | | Nº de grávidas que fez rastreio/despistagem de VIH | | Taxa de cobertura de despistagem de VIH (%) | |
|--------------------|--|-------------|--|-------------|---|--------------|
| | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 | 2018 | 2019 |
| Sotavento | 6790 | 6276 | 6781 | 6274 | 99,9 | 100,0 |
| Praia | 3676 | 3391 | 3676 | 3391 | 100,0 | 100,0 |
| S. Domingos | 97 | 113 | 97 | 113 | 100,0 | 100,0 |
| Santa Cruz | 404 | 381 | 401 | 381 | 99,3 | 100,0 |
| Órgãos | 116 | 110 | 116 | 110 | 100,0 | 100,0 |
| Sta Catarina | 908 | 732 | 908 | 732 | 100,0 | 100,0 |
| SSMundo | 101 | 92 | 101 | 92 | 100,0 | 100,0 |
| S. Miguel | 201 | 173 | 201 | 173 | 100,0 | 100,0 |
| Cidade Velha | 89 | 100 | 89 | 100 | 100,0 | 100,0 |
| Tarrafal | 324 | 299 | 324 | 299 | 100,0 | 100,0 |
| S.Filipe | 422 | 431 | 422 | 431 | 100,0 | 100,0 |
| Mosteiros | 168 | 147 | 168 | 147 | 100,0 | 100,0 |
| Brava | 111 | 108 | 105 | 106 | 94,6 | 96,8 |
| Maio | 100 | 85 | 100 | 85 | 100,0 | 100,0 |
| St.Cat- Fogo | 73 | 114 | 73 | 114 | 100,0 | 100,0 |
| Barlavento | 3229 | 3345 | 3053 | 3291 | 94,5 | 98,4 |
| Total | 10019 | 9621 | 9834 | 9565 | 98,2 | 99,4 |

Quadro 6: Distribuição das grávidas por concelho/ano;

Fonte: Relatório PSSR/MS 2019

De acordo com os dados dos relatórios 2018 e 2019 do programa SSR, 98,8% das grávidas fizeram consulta pré teste, rastreio da infeção VIH e consulta pós teste o que significa que estamos perante um procedimento de carater universal nas estruturas de saúde, que permite avaliar o estatuto serológico da grávida, na primeira consulta. De acordo com os dados do programa, nos últimos dois anos foram testadas um total de 19399 gestantes, sendo 9.834 em 2018 e 9.565 em 2019, havendo uma redução de 2,7%.

A testagem para VIH é recomendada na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, devendo-se adotar medidas preventivas e terapêuticas, conforme os protocolos do MSSS/PNSR (MSSS, 2012\, OMS 2015).

O aconselhamento e a despistagem do VIH fazem parte do pacote de assistência às mulheres grávidas em CPN em todas as unidades de atendimento de grávidas em Cabo Verde. Com estes serviços desde 2004 (fonte), sendo 1% em 2005, em 2018 que 70% das mulheres que tiveram um parto nos dois anos anteriores ao inquérito recebeu aconselhamento sobre o VIH durante as consultas pré-natais, segundo IDSR III.

Das mulheres que foram testadas durante uma CPN, 54% recebeu o resultado do teste. A percentagem das grávidas que recebeu aconselhamento sobre o VIH durante uma CPN, efetuaram um teste do VIH e receberam o resultado é de 69%. A percentagem das grávidas que fez o teste do VIH, recebeu o resultado, mas não teve aconselhamento pós-teste é de 40%. (INE 2020). Os dados do IDSR revelaram se muito aquém dos das estatísticas de saúde o que nos sugere uma apreciação mais consequente dos dados disponíveis para orientar as ações de reforço das grávidas para o teste.

De acordo com protocolo existente ao se detetar uma grávida seropositiva, e para agilizar o atendimento a nível as estruturas de saúde, a consulta de gravidez de risco da Delegacia de Saúde antecipa o contato com o Hospital indicando o tempo atual de gestação e data provável de envio da grávida à consulta na Maternidade quando tiver as 34 semanas de gravidez, de modo que esteja a ser esperada em determinada semana.

Desse modo, a mulher grávida já tem ideia do lugar em que fará o parto, podendo se organizar melhor. A referência é feita em nota de encaminhamento, fechada, dirigida nominalmente ao médico que fará a consulta no Hospital, contendo todas as informações necessárias. A nota de encaminhamento entregue à gestante é

o único registo comum da informação necessária ao médico assistente, obstetra e pediatra tornando difícil a traçabilidade no processo de seguimento da gestante e recém-nascido.

No momento da alta hospitalar, a puérpera deve ser encaminhada para consulta de gravidez de risco (pós-parto e posterior encaminhamento para seguimento da infeção VIH) e para a consulta de seguimento de crianças na Delegacia de Saúde, pelo pediatra e posterior encaminhamento ao médico-assistente.

3.3.4. Cobertura e eficácia do tratamento antirretroviral nas grávidas

O risco de transmissão vertical do VIH é reduzido consideravelmente com a terapêutica eficaz. Recomenda-se o início imediato para todas as pessoas vivendo com VIH (PVHIV), incluindo as grávidas. A supressão viral antes do momento do parto é muito importante para redução da transmissão vertical daí o rastreio ser em 3 momentos da gravidez e no parto (2017).

A transmissão vertical do VIH pode ocorrer em até 40% dos casos de mães infetadas em ocasiões em que nenhuma intervenção seja adotada (PRENDERGAST et al., 2007). No entanto, com a adoção das medidas preventivas adequadas, essa taxa é reduzida para menos de 2%, sendo que em gestantes em Terapia Antirretroviral (TARV) com supressão viral espera-se uma redução para menos de 1% (SIEGFRIED et al., 2011).

Do total de grávidas positivas no período de 2017-2019, denota-se uma tendência positiva de adesão ao tratamento antirretroviral, tendo aumentado de 85% em 2017 para 98% em 2019, o que significa que o país caminha para a universalização do tratamento.

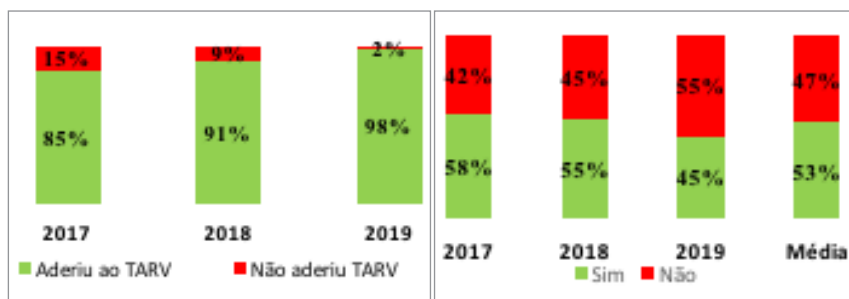


Gráfico 9: Cobertura de grávidas VIH + sob TARV entre 2017 e 2019

Gráfico 10: Conhecimento do estatuto serológico

Fonte: Base nos dados da base de acompanhamento de VIH do MS

O importante neste processo não é apenas garantir e verificar a adesão da grávida portadora do VIH ao TARV, mas sim atingir níveis indetetáveis do vírus até o momento do parto, através da realização de pelo menos três exames para determinação de carga viral VIH durante a gestação: na primeira consulta do pré-natal, para estabelecer o grau da virémia; entre quatro e oito semanas após a introdução do esquema ARV, para avaliar a resposta ao tratamento; e a partir da 34ª semana, para indicação da via de parto. A informação relativa ao número de grávidas que apresentavam cargas virais VIH indetetáveis no momento do parto não é conhecida.

Do universo das grávidas, importa destacar que 47% das gestantes já conheciam o seu estatuto serológico, ou seja, que sabiam que viviam com o VIH há pelo menos um ano antes da gestação atual. Enquanto, 53% representam casos novos detetados durante a 1ª consulta pré-natal. (Relatório do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva 2019).

3.3.5. Incidência da infeção VIH em crianças nascidas de mães VIH+

De acordo com os dados das notificações das estruturas de saúde, foram expostas à transmissão vertical da infeção VIH, 79 crianças em 2018 e 87 crianças em 2019. Todas (100%) beneficiaram do diagnóstico virológico da infeção antes dos dois meses de idade, tendo-se registado 4 casos de transmissão vertical, sendo 2 casos no ano de 2018 e 2 em 2019, todos no concelho da Praia.

| Concelho de residência | Número de Grávidas com VIH | | Número de crianças expostas | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------|-----------------------------|---------------|-----------|---------------|
| | Ano 2018 | Ano 2019* | Ano 2018 | % | Ano 2019 | % |
| Porto Novo | 2 | 0 | 2 | 2,5% | 0 | 0,0% |
| Sal | 8 | 8 | 9 | 11,4% | 10 | 11,5% |
| São Vicente | 11 | 6 | 13 | 16,5% | 8 | 9,2% |
| Boa Vista | 4 | 2 | 7 | 8,9% | 3 | 3,4% |
| Mosteiros | 1 | 2 | 0 | 0,0% | 3 | 3,4% |
| Brava | 2 | 2 | 0 | 0,0% | 2 | 2,3% |
| São Miguel | 0 | 3 | 0 | 0,0% | 3 | 3,4% |
| Santa Catarina | 3 | 5 | 5 | 6,3% | 5 | 5,7% |
| Tarrafal | 2 | 2 | 0 | 0,0% | 1 | 1,1% |
| Santa Cruz | 2 | 2 | 1 | 1,3% | 3 | 3,4% |
| São Domingos | 2 | 1 | 3 | 3,8% | 3 | 3,4% |
| Ribeira Grande de Santiago | 2 | 0 | 1 | 1,3% | 1 | 1,1% |
| Praia | 46 | 47 | 37 | 46,8% | 42 | 48,3% |
| São Salvador do Mundo | 0 | 0 | 1 | 1,3% | 0 | 0,0% |
| Não referido | 0 | 3 | 0 | 0,0% | 3 | 3,4% |
| Total | 85 | 83 | 79 | 100,0% | 87 | 100,0% |

Quadro 7 : Número grávidas com VIH e de crianças expostas ao VIH entre 2018 e 2019;

Fonte: Relatório PSSR/MS 2019

O setor da saúde obteve ganhos importantes durante a implementação do IV Plano Estratégico Nacional de luta contra a Sida – 2016-2021. No entanto persistem desafios dos quais destacamos o acesso a uma prestação de cuidados de saúde de qualidade.

A melhoria do acesso aos serviços de saúde necessitará nomeadamente da sua dotação com profissionais melhor habilitados nas questões de direitos humanos e igualdade e equidade de género, mas também uma maior e melhor integração dos parceiros (privados, ONG) nas questões de diagnóstico, seguimento e TARV.

O setor saúde terá, por outro lado, de lutar por uma substantiva diminuição dos perdidos de vista e abandonos (superior a 30% no período de 2017 a 2019), uma melhor eficácia do TARV (menos de 50% de PVVIH sob TARV com carga viral indetetável entre 2017 e 2019), uma mais efetiva complementaridade entre todos os prestadores incluindo privados e ONGs, um sistema de informação que favoreça a integração dos cuidados de saúde e que assegure um seguimento e avaliação adequados do programa.

A nível regional e local ressalta a prevalência elevada em algumas ilhas depois de Santiago- Praia, Sal, São Vicente, Santa Catarina, todas juntas ultrapassa os 65% de casos, são áreas urbanas de fácil acesso que poderia ser um fator favorável ao reforço do seguimento das grávidas e crianças expostas, melhorando a qualidade de cuidados.

3.3.6. Sistema de informação

Atualmente, a informação é um dos motores da atividade humana e qualquer organização necessita dela para executar a sua missão e cumprir os objetivos a que se propõe. Para isso, na organização devem existir infraestruturas que permitam a recolha, o armazenamento, o processamento e a distribuição da informação de forma adequada.

Centrando as atenções para o setor da saúde, em Cabo Verde, verifica-se que apesar de esforços para implementação de aplicações informáticas (equipamentos, software, formação) que deveriam integrar e agilizar a recolha e o tratamento dos dados assim como a produção dos relatórios, para auxiliar na gestão da informação clínica e administrativa do sector, a sua utilização ainda é ineficiente nos vários níveis de intervenção (Centro de Saúde, Hospital Central e Regional; Delegacias e os serviços centrais do Ministério de Saúde), fazendo com que estes recorram a soluções que funcionam de forma fragmentada, e desenhados de forma que não permite a interoperabilidade¹, tornando a utilização e partilha de informação pouco funcional e conseqüentemente faz aumentar a existência de dados replicados ou contraditórios, com baixos níveis de fiabilidade e nem sempre apresentado com a oportunidade que se requer para a implementação de monitorização das políticas públicas, o estado de saúde da população e o desempenho do SNS.

Os fatores identificados para este fraco desempenho, enquadram:

- Inexistência de uma base tecnológica capaz instituir um sistema de informação de saúde que permite a intercomunicabilidade com outros sistemas do E-GOV, facilitando a integração de informação por exemplo com **RNI** (para identificação dos indivíduos, cruzamentos de dados de nascimentos, óbitos), **Receitas do estado** (para obtenção de NIF, enquadramento, rendimento) etc.
- Ineficácia na gestão de mudança ao longo do processo de implementação do SIS, e que tem impactado negativamente

¹ Na área da tecnologia de informação a interoperabilidade é a troca de informações e/ou dados através de computadores. Interoperabilidade é também a capacidade de comunicar, executar programas através de várias unidades funcionais, utilizando-se de linguagens e protocolos comuns. [Interoperabilidade – Wikipédia, a enciclopédia livre \(wikipedia.org\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Interoperabilidade) pesquisa datado de setembro/2021

na implementação do sistema de seguimento de doentes e no acompanhamento da dinâmica do SNS;

- Escassez de engajamento dos profissionais de saúde associado a falta de definição dos deveres e responsabilidades atribuídos a cada uma delas, e determinar indicadores de desempenho no processo de atendimento população ao procurar os serviços de saúde;
- Necessidade de reforçar a equipa técnica que deverá ser composta por profissionais de saúde com vários conhecimentos incluindo estatística, epidemiologia e informática.
- Necessidade de dotar o sistema de *Tableau de Bord* , é um instrumento de informação sintético e rápido para atuar com prontidão, adaptado a cada gestor de acordo com os níveis de responsabilidade dentro da cadeia de implementação dos serviços saúde; e
- Implementar um sistema de Seguimento e Avaliação orientada para suportar a decisão a todos os níveis, garantindo que os Sistemas e Tecnologias de Informação e a necessidade organizacional esteja em constante harmonia.

Neste sentido, garantir um sistema de informação que se adequa as necessidades do sector, o mesmo deve ser pensado de modo flexível no sentido de alinhar com as necessidades institucionais em função dos momentos e permitir o seu crescimento e sustentabilidade na instituição. Além disso, o sector deve ter em conta todas as opções que lhe permitam reduzir parte do risco da introdução do sistema, identificando os fatores de risco, fazendo uma avaliação do impacto nas necessidades do sector (negocio) e ter sempre planos de contingências para situações imprevisíveis.

Cabe ainda destacar o papel das pessoas em todo este processo, pelo que a implementação de um sistema específico desta natureza, que rompe com práticas cotidianas, exige um trabalho de preparação de todos os intervenientes no processo (*front office*, enfermeiros, médicos, estatísticos, informáticos etc..) para apropriação e assunção plena das novas responsabilidades, e paralelamente serem criadas as condições técnicas e tecnológicas que facilite a sua implementação de forma ininterrupta.

Neste âmbito, a informatização e/ou modernização da administração dos serviços de saúde, do acesso dos profissionais a informação atualizadas sobre doenças, de disseminação pública de informação sanitária constitui uma condição indispensável para a garantia de qualidade de uma saúde pública focada nos seus princípios, objetivos e metas de elevar a saúde pública em Cabo Verde.

Complementarmente, garantir este propósito implica reforçar o sector da saúde em matéria de sistema de informação integrado de saúde, mediante a adoção de recursos técnicos e tecnológico, e procurar dar resposta aos desafios, nomeadamente através de adoção de uma solução de código aberto e da implementação de uma estratégia de formação técnica e funcional que engloba todas as dimensões de intervenção da saúde, tanto para servir o sector público como o sector privado.

Principais dimensões a integrar o Sistema de Informação Integrado em Saúde (SIIS):

- Subsistema (SSIM)
- Subsistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SSINASC)
- Subsistema de Informações da Atenção Primária de Saúde (SSIAPSU)

- Subsistema de Informação de Programas de epidemias (SSIPE)
- Subsistema de Informações Hospitalares (SSIH-SUS)
- Subsistema de Informação Laboratorial (SSILAB)
- Subsistema de Informação de Consultas (SSMC)

Em suma o país precisa adotar urgentemente de um Sistema de Informação Integrado de Saúde (SIIS) que auxilia a gestão clínica do paciente no que diz respeito à prática médica, incluindo funcionalidades como o agendamento, registo de consulta e de tratamentos, dados laboratoriais e prescrição médica. Por outro lado, permite também interagir com outros sistemas tanto a nível interno, como externo a instituição.

Adicionalmente, dotar o Ministério de Saúde de um Sistema de Monitoria e Avaliação (M & A) que permite, com base no SIIS, o acesso aos dados relativos ao sistema de saúde de forma eficaz e o fornecimento de informações e análises de qualidade e em tempo oportuno que permitam às autoridades do sistema de saúde controlar de forma eficiente e eficaz a execução e o impacto dos programas de saúde, alocar recursos para os programas, identificar os problemas operacionais e estruturais e implementar as prioridades nacionais e dos programas de saúde.

Para a sua implementação eficaz é de todo pertinente adotar uma estratégia que reforça o sector nos seguintes domínios:

- Reforçar a capacidade técnica e tecnológica do sector a nível central e local;
- Dotar o sector de quadro regulamentar que define e estabelece o papel dos diferentes intervenientes no processo de gestão do SIIS.

- Promover um plano de formação / Capacitação do sector com vista a formação de massa crítica de recursos humanos com capacidade gerir, acompanhar, interpretar, analisar e promover mudanças organizacionais em favor de uma maior eficiência do setor da saúde.

Principais ganhos esperados com a implementação de um Sistema Informação Integrado de Saúde.

- Identificação única do utente mediante a integração com os dados do registo notariados;
- *Write once Read many* – informação escrita uma única vez e lida sempre que necessário;
- Eliminação de duplicação desnecessária;
- Redução de custos;
- Melhoria de comunicação entre o utente/paciente e os serviços de saúde:
- Procedimentos harmonizados;
- Interatividade com utentes;
- Transparência e rapidez no acesso ao histórico do utente / paciente.
- Sistema único uma base de dados, que integra vários subsistemas de saúde;
- Transferências automáticas de informação nos vários níveis de intervenção em saúde;
- Celeridade no acesso aos dados;
- Estatísticas e declarações automáticas;
- Serviços centrais com acesso aos dados em tempo real;

3.4 Outros setores públicos e sociedade civil

Em relação aos outros serviços do setor público, destacam-se as estruturas centrais e serviços desconcentrados dos Ministérios da Educação, da Família, Inclusão Social, da Defesa e da Administração Interna nas atividades de prevenção de IST e VIH-SIDA, através de palestras, feiras de saúde e rodas de conversa e oferta de preservativos e gel lubrificantes.

Assim, nas Forças Armadas, as três regiões militares em parceria com as Delegacias de Saúde realizaram anualmente ações de prevenção seguidas de rastreio da infeção do VIH.

De 2017 a 2019, o Ministério da Educação desenvolveu anualmente intervenções sobre a prevenção de VIH numa perspetiva de competências sociais, dirigidas a alunos de estabelecimentos do ensino básico e secundário. Vinte mil cento e quarenta e uma (20.141) crianças e adolescentes (9353 M e 11188 F) foram beneficiadas com intervenções de proximidade (Relatórios da DNE).

As Câmaras Municipais desenvolveram intervenções de apoio psicossocial a 298 pessoas que vivem com VIH nomeadamente no encaminhamento para acesso a cestas básicas e à habitação. Treze (13) PVVIH foram contemplados com casas.

O Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente (ICCA) acompanhou 222 crianças /ano (120 M e 102 F) em situação de vulnerabilidade que beneficiaram de atendimento psicossocial nos 7 centros de dia em Porto Novo, São Vicente, Santa Cruz, Praia, São Filipe, Sal Rei e Tarrafal de São Nicolau.

A sociedade civil organizada (Verdefam, Morabi, OMCV, Associação LGBT, Rede de PVVIH, Abraço) organizaram várias

intervenções de prevenção e diagnóstico nomeadamente oferta de material de informação, preservativos e realização de testes de rastreio da infeção VIH. Estas intervenções beneficiaram a população em geral, mas muito particularmente as populações chave (cerca de 3000 pessoas / ano) para as quais foi definido um pacote de serviços a ser dispensado incluindo informação, preservativo/gel lubrificantes, teste VIH, tratamento das IST (exceto TARV) e acompanhamento.

A colaboração do CCS-Sida com todos os setores intervenientes, particularmente a sociedade civil organizada, resultou na produção e difusão através da televisão e rádio nacionais e nas rádios comunitárias várias mensagens de sensibilização dirigidas a vários grupos específicos da população versando sobre questões de direitos humanos, equidade e igualdade de género, prevenção e tratamento da infeção VIH.

3.5. Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da resposta VIH-Sida em Cabo Verde

| Forças | Oportunidades |
|--|---|
| <p>Existência de legislação que favorece o ambiente de não discriminação.</p> <p>Coordenação multissetorial bem definida em termos de procedimentos e mecanismos</p> <p>Disponibilidade manifesta dos diferentes setores, incluindo privados e sociedade civil organizada, para participar em ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento das PVVIH.</p> <p>Rede de serviços de prestação de cuidados de saúde suficientemente desconcentrados oferecendo bom acesso geográfico. Serviços de prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva, solidamente implementados em todo o país.</p> <p>Disponibilidade de produtos de saúde (medicamentos, reagentes, testes, preservativos, gel e consumíveis).</p> <p>Estratégia fixa e móvel de prestação de serviços a populações chave liderada pela sociedade civil organizada.</p> <p>Realização da Avaliação externa do Programa VIH.</p> | <p>Quadro institucional multissetorial bem definido e disponível</p> <p>Capacidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva</p> <p>Nova orgânica do Ministério da Saúde prevê serviço de TIC dotado de recursos humanos e financeiros</p> |

| Fraquezas | Ameaças |
|---|--|
| <p>Não inclusão sistemática da problemática nos planos setoriais</p> <p>Baixa eficácia do TARV</p> <p>Altos índices de abandono e perdidos de vista no seguimento dos PVVIH</p> <p>Não respeito do protocolo de diagnóstico, tratamento e seguimento em particular no que diz respeito à determinação da carga viral VIH</p> <p>Não participação do setor privado e dos médicos que trabalham nas organizações de base comunitária na prescrição do TARV das populações chave</p> <p>Deficiente habilitação dos prestadores de cuidados em questões de direitos humanos, equidade e igualdade de género</p> <p>Grande mobilidade dos recursos humanos e atração dos quadros do setor saúde para as atividades hospitalares melhor remuneradas</p> <p>Sistema de informação institucionalmente fraco, sem suporte eletrónico adequado, não regulamentado, com défice em recursos humanos convenientemente formados e financiamento inadequado.</p> <p>Supervisão das atividades de diagnóstico, tratamento e seguimento das PVVIH insuficiente e mais concentrada em questões logísticas e administrativas</p> <p>Atraso na produção e submissão de relatórios</p> | <p>Impacto da pandemia de Covid-19 no Programa VIH-SIDA</p> <p>Crise económica no país e no mundo</p> <p>Surgimento de outras doenças emergentes e re-emergentes</p> |

Quadro 8 : Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da resposta VIH-SIDA em Cabo Verde

4. VISÃO, PRINCÍPIOS, OBJETIVOS PRINCIPAIS, ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS, METAS E AÇÕES

Esta estratégia nacional foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde em colaboração com todos os parceiros dos diferentes setores e disciplinas, através do CCS-Sida, para abordar as necessidades e vulnerabilidades de Cabo Verde em relação ao VIH, a fim de permitir uma resposta abrangente, dimensionada e sustentável.

4.1. Visão

Eliminar a transmissão vertical do VIH até 2024 e acabar com o VIH e Sida enquanto ameaça de saúde pública até 2030.

4.2. Princípios

- Resposta centrada nos Direitos Humanos e na Igualdade e Equidade de Género.

As questões dos direitos humanos e de igualdade e equidade de género devem estar contidas e serem observadas em todas as áreas estratégicas e prioritárias da resposta ao VIH e Sida, de modo a criar-se um ambiente social e legal que encoraje as pessoas a usarem os serviços disponíveis. Os serviços e todo o atendimento oferecidos à população devem ter em conta o respeito, a salvaguarda, a proteção e promoção dos direitos das PVVIH, sem discriminação fundada no sexo, género, orientação sexual, idioma, religião contribuindo, assim, para a equidade de género, a redução do estigma e da

discriminação e de outras formas de violação dos direitos humanos que constituem uma barreira a uma resposta nacional efetiva.

- **Equidade e Acesso Universal**

As políticas e programas devem favorecer o reforço do sistema nacional de saúde e ter como objetivo fornecer serviços equitativamente acessíveis, centrados nas pessoas, contínuos e integrados. A garantia de acessibilidade aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento deve ser continuamente aprimorada

- **Descentralização**

As Delegacias de Saúde constituem em Cabo Verde a unidade de planificação. Neste sentido, representam o ponto de partida de todos os processos de envolvimento sectorial, comunitário e familiar na resposta ao VIH e Sida. A parceria entre o sector público, privado e organizações da sociedade civil, deve encontrar bases operacionais de expressão a nível das Delegacias de Saúde, como parte de uma estratégia de maior aproximação e interação com famílias e comunidades que precisam de serviços.

- **Multissectorialidade**

A coordenação efetiva dos esforços de todos os atores envolvidos na resposta ao VIH e Sida é a chave para a complementaridade e sucesso das intervenções. As instituições do setor público, o setor privado e as organizações de base comunitária devem estabelecer acordos de colaboração e compromissos específicos, com base no respeito mútuo, igualdade, responsabilidade partilhada e complementaridade, para contribuir e reforçar a implementação de políticas e programas da resposta nacional.

- Sustentabilidade

As políticas, os programas e os serviços devem assegurar benefícios a longo prazo para a população. Para garantir a sustentabilidade, as capacidades dos prestadores de serviços, bem como das comunidades e famílias, devem ser reforçadas e o trabalho em rede facilitado.

4.3. Objetivos principais

Os objetivos principais dos investimentos a serem feitos ao longo dos próximos cinco anos na resposta ao VIH e Sida em Cabo Verde, sob orientação do presente Plano Estratégico Nacional são:

- Reduzir de 2/3 o número de novas infeções por VIH;
- Reduzir a transmissão vertical do VIH para menos de 2%; e
- Reduzir a incidência de novas infeções pediátricas pelo VIH devido à transmissão vertical para menos de 10 casos por 100.000 nascimentos vivos.

4.4. Orientações estratégicas

Orientação estratégica 1: Reforçar a gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas. Compreende essencialmente três domínios de resultado, como se segue:

- Informatizar e integrar a coleta de dados e produção de informação da prestação de serviços relacionados com o VIH no sistema nacional de seguimento e avaliação para rastrear a eficácia dos programas e identificar as necessidades de

estratégias, mantendo a confidencialidade e a segurança dos dados.

- Melhorar a divulgação da informação estratégica para informar as decisões políticas e de programação.
- Produzir informação fiável sobre as populações-chave através de estimativas regulares do tamanho das populações, mapeamentos, estudos e investigação para compreender a escala das questões do VIH entre as populações-chave e as suas necessidades específicas;

Orientação estratégica 2: Oferecer serviços baseados em evidências centrados nas pessoas.

As diretrizes baseadas em evidências e inovações devem ser usadas na prestação de serviços para acelerar o acesso e a aceitação de um *continuum* de serviços essenciais de alta qualidade para o VIH e outros serviços de saúde relacionados, feitos sob medida para atender às necessidades de diversas populações e garantir um acesso equitativo às intervenções de prevenção, tratamento, cuidados e de apoio.

Os domínios de resultado referem-se à aplicação das diretivas nacionais em matéria de prevenção combinada, prestação de serviços diferenciados, serviços legais e sociais e serviços de proximidade comunitária de forma a atingir as metas de:

- 95% das pessoas em risco de infeção por VIH usam opções de prevenção combinadas adequadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes;
- 95% das PVVIH conhecem o seu estatuto serológico;

- 95% das PVVIH que conhecem o seu estatuto serológico, iniciaram tratamento antirretroviral;
- 95% das PVVIH em tratamento antirretroviral tem carga viral indetetável;
- Mais de 98% das grávidas tem acesso à primeira consulta pré-natal no primeiro trimestre de gravidez;
- Mais de 99% das grávidas fizeram o teste VIH na primeira consulta pré-natal e conhecem o seu estatuto;
- Mais de 95% de grávidas fizeram pelo menos 4 consultas no pré-natal;
- Mais de 98% das grávidas com VIH positivas iniciaram o TARV durante o primeiro trimestre de gravidez; e
- Mais de 70% das grávidas com VIH positivas que iniciaram TARV tem carga viral <200 cp/ml no momento do parto.

Orientação estratégica 3: Otimizar sistemas, setores e parcerias para aumentar o impacto.

Deve-se adotar uma abordagem que promova sinergias com a atenção primária à saúde, governança da saúde, financiamento, força de trabalho, produtos básicos e prestação de serviços, ao mesmo tempo que promove respostas multisetoriais aos determinantes sociais e estruturais da saúde. Para o efeito será necessário um perfeito alinhamento e colaboração com os parceiros, incluindo o setor privado e organizações de base comunitária na promoção e sensibilização mas também na prevenção, tratamento e seguimento de PVVIH, para se obter o máximo impacto.

4.5. Condições de êxito

A implementação bem-sucedida destas orientações estratégicas deve basear-se em motores de progresso a saber:

- **Direitos humanos, igualdade, equidade e não à violência baseada no género.**

A visão e as orientações estratégicas definidas anteriormente não poderão permitir a obtenção de resultados tangíveis sem abordar as desigualdades que impulsionam as epidemias e impedem as pessoas de aceder os serviços de saúde e de serem ativas na melhoria de sua própria saúde. Neste sentido, metas em relação com a defesa dos direitos humanos, a eliminação das desigualdades e violência baseada no género e o acesso dos jovens e populações chave a cuidados totais, globais, contínuos e integrados deverão ser alcançadas, designadamente

- Menos de 10% das PVVIH e populações-chave sofrem estigma e discriminação nos serviços de saúde; e
- Menos de 10% das mulheres, meninas, PVVIH e populações-chave vivenciam desigualdade e violência baseada no género.

- **Financiamento**

Para uma resposta sustentável, as estratégias globais do setor de saúde devem ser totalmente financiadas como parte de esforços mais amplos para aumentar os investimentos gerais em saúde. As respostas ao VIH enfrentam diferentes desafios de financiamento, que devem ser tratados pelos sistemas de financiamento nacionais de forma a se garantir financiamento contínuo e previsível, redução de gastos catastróficos com saúde e acesso acessível a produtos de saúde.

- **Liderança e parcerias**

A implementação efetiva requer uma forte liderança política e comunitária e parcerias, incluindo ação multissetorial por meio de uma abordagem de “todo o governo” e “toda a sociedade”. Inclui promoção de parcerias com parceiros de financiamento e o setor privado, e no diálogo sobre políticas para ações intersectoriais. Investir na próxima geração de líderes é fundamental para o sucesso a longo prazo.

4.6 .Metas

| | Indicador | Linha de base | | Alvo | |
|-----------------------|---|-----------------|-------|-------|------------------|
| | | 2022 | 2024 | 2024 | 2026 |
| Impacto | Percentagem das pessoas em risco de infeção por VIH que usam opções de prevenção combinadas adequadas, prioritizadas, centradas na pessoa | H :70% M:48% | | | H: 75% M: 75% |
| | Incidência da infeção VIH | 0,7% | 0,6% | 0,6% | 0,5% |
| | Percentagem transmissão VIH em crianças nascidas de mães VIH positivas | 2,3% | <2,0% | <2,0% | <2,0% |
| Cobertura | Percentagem de PVVIH que conhecem o seu estatuto serológico | 66% | 85% | 85% | 95% |
| | Percentagem de PVVIH que iniciaram TARV | 86,7% | 90% | 90% | 95% |
| | Percentagem de PVVIH em TARV com carga viral indetetável | 67,9 | >75 | >75 | 95% |
| | Percentagem de grávidas com acesso a serviços de saúde reprodutiva | | | | |
| | Percentagem de grávidas com acesso à 1ª consulta pré-natal durante o 1º trimestre | 72% | 85% | 85% | >98% |
| | Percentagem de grávidas que fizeram o teste VIH na primeira consulta pré natal e conhecem o seu estatuto | 98,4 | 99% | 99% | 100% |
| | Percentagem de grávidas que fizeram pelo menos 4 consultas no pré-natal | 84% | 90% | 90% | 95% |
| | Percentagem de grávidas VIH + que iniciaram o TARV durante o 1º trimestre de gravidez | 97,5% | 99% | 99% | 100% |
| Questões transversais | Percentagem de grávidas VIH + com carga viral <200 cp/ml no momento do parto | SD | >50% | >50% | >70% |
| | Percentagem de PVVIH e populações-chave que sofreram estigma e discriminação nos serviços de saúde (IDRS III) | 35% | 17% | 17% | <10% |
| | Percentagem de mulheres, meninas, PVVIH e populações-chave que vivenciaram desigualdade e violência baseada no género | 27% | 15% | 15% | <10% |

4.7. Metas perspectivadas para os principais indicadores de resultados 2022-2026

| INDICADORES ESTRATÉGICOS VIH-SIDA 2022-2026 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-----|------------|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|--|
| INDICADORES | Indicadores de base | | | 2022 | | 2023 | | 2024 | | 2025 | | 2026 | | Comentários |
| | N # | % | Ano de ref | N # | % | N # | % | N # | % | N # | % | N # | % | |
| Porcentagem de homens que fazem sexo com homens beneficiando de programa de prevenção de VIH (pacote de serviço definido) | 684 | | | 912 | | 1033 | | 1154 | | 1279 | | 1409 | | <p>Numerador: total de HSH beneficiando de programa de prevenção de VIH; Denominador: total de HSH estimado (está população foi estimada com base na existência de 1% de população Homem de 15 a 69 anos)</p> <p>Pacote de serviço: (100 preservativos por semestre mais gel lubrificantes; atingido com 5 sessões de IEC de proximidade: 1-VIH-SIDA, 2-IST, 3-Preservativos e gel, 4-tratamento, 5-estigma e discriminação, lei VIH. Todos os casos diagnosticados VIH são tratados. Nesta sub-população deve ser também considerada as pessoas transgéneras.</p> <p>Cada HSH e ou pessoa transgénero diagnosticado VIH positivo deve ser tratado de acordo com as diretrizes</p> |
| | | 36% | 2019 | | 45% | | 50% | | 55% | | 60% | | 65% | |
| | 1916 | | | 2028 | | 2065 | | 2099 | | 2132 | | 2168 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|------|------|-----|------|-------|------|-------|------|-------|------|-----|--|
| Percentagem de profissionais de sexo que beneficiam de programa de prevenção (pacote definido) | 1391 | 82% | 2019 | 1595 | 85% | 1743 | 90% | 1861 | 93% | 1985 | 96% | 2116 | 99% | Numerador: Total de PS atingidos pelos serviços de VIH (IEC, Preservativos, Referencia-contrareferência); Denominador: total de PS estimado; Os serviços são 100 preservativos masculinos/femininos por semestre nos postos móveis e fixos. Para os TS VIH+ há tratamento e despiste de IO. Cada TS deve beneficiar por ano de pelo menos de 5 sessões de IEC. 1-VIH-SIDA,2-IST;3-Preservativos, 4-tratamento,5-estigma e discriminação, género, empoderamento, Lei VIH. Cada TS diagnosticado VIH positivo deve ser tratado de acordo com as diretrizes |
| | 2186 | 82% | 2019 | 3696 | 85% | 4477 | 87,5% | 5420 | 90,0% | 6556 | 92,5% | 7927 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| Percentagem de utilizadores de drogas que beneficiam do programa de prevenção (pacote definido) | 2186 | 82% | 2019 | 3696 | 85% | 4477 | 87,5% | 5420 | 90,0% | 6556 | 92,5% | 7927 | 95% | Numerador: Total de UD atingidos pelos serviços de VIH (IEC, Preservativos, Referencia-contrareferência); Denominador: total de UD estimado; Os serviços são 100 preservativos masculinos/femininos por semestre nos postos móveis e fixos. Para os UD VIH+ há tratamento e despiste de IO. Cada UD deve beneficiar por ano de pelo menos de 5 sessões de IEC. 1-VIH-SIDA,2-IST;3-Preservativos, 4-tratamento,5-estigma e discriminação, Lei VIH, Lei de Alcool e Tratamento das dependências. Cada UD diagnosticado VIH positivo deve ser tratado de acordo com as diretrizes |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |
| | 2666 | 82% | 2019 | 4348 | 85% | 5117 | 87,5% | 6022 | 90,0% | 7088 | 92,5% | 8344 | 95% | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-------|-----|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|-------|-------|------|---|
| PTV-1: Percentagem de grávidas que fazem teste VIH e conhecem o seu estatuto serológico | 9843 | 10019 | 98% | 2019 | 10126 | 10228 | 99% | 10322 | 10322 | 100% | 10404 | 10404 | 100% | 10472 | 10472 | 100% | 10525 | 10525 | 100% | <p>Numerador: total de grávidas que conhecem o seu estatuto serológico em relação ao VIH.</p> <p>Denominador: Total de grávidas que frequentam os serviços de pré-natal Fonte: Relatório trimestral de PLS/PTV.1) os cálculos basearam-se em dados oriundos de grávidas despidas VIH em 2019 e a projeção do INE 2020-2030. Índice de fertilidade de 2,3%.</p> <p>Os serviços são: aconselhamento pré teste, pós-teste, referência e tratamento em caso de positivo.</p> |
| | PTVT-2: Percentagem de grávidas seropositivas ao VIH que recebem antirretroviral para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho | 83 | 83 | 100% | 2019 | 81 | 81 | 100% | 81 | 81 | 100% | 80 | 80 | 100% | 80 | 80 | 100% | 79 | 79 | 100% |
| PTV-3: Percentagem de bebés nascidos de mães seropositivas que beneficiam de um teste virológico no decurso dos 2 meses de vida | 79 | 83 | 95% | 2019 | 79 | 79 | 100% | 78 | 78 | 100% | 78 | 78 | 100% | 76 | 76 | 100% | 76 | 76 | 100% | <p>Numerador: total de bebés nascidos de mães seropositivas que beneficiam de um teste virológico no decurso dos 2 meses de vida;</p> <p>Denominador: total de mulheres seropositivas que dão à luz. Fonte: Relatórios PLS/PTV, pediatria. Estimativa que no universo de grávidas seropositivas 97% levam a gravidez ao termo.</p> |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| TCS-1: Percentagem de adultos e de crianças que beneficiam de um tratamento antirretroviral | 2847 | 68,60% | 2021 | 3458 | 76% | 3960 | 80% | 4494 | 84% | 5060 | 88% | 5843 | 95% | Numerador: Total de adultos e de crianças que beneficiam de um tratamento antirretroviral Denominador: total de adultos e de crianças que vivem (progressão 400 Novos casos anos) Fonte: Relatório PLS. |
| | 4150 | 4550 | 4950 | 4550 | 4950 | 4950 | 4550 | 5350 | 5750 | 5750 | 6150 | 6150 | 6150 | |
| TCS-2: Percentagem de adultos e de crianças que realizam exame de carga viral | 1271 | 53,67% | 2019 | 3112 | 90% | 3564 | 90% | 4045 | 90% | 4554 | 90% | 5550 | 95% | Numerador: total de adultos e de crianças que realizam exame de carga viral Denominador: total de adultos e de crianças em tratamento antirretroviral Fonte: Relatório de PLS |
| | 2368 | 3458 | 3960 | 3458 | 3960 | 3960 | 3564 | 4494 | 5060 | 5060 | 5843 | 5843 | 5843 | |
| TCS-3 Percentagem de adultos e de crianças sob terapia antirretroviral que fez exame de carga viral e que tem a carga viral suprimida (ou seja menor ou igual 1000 cópias/ml) | 1271 | 54% | 2019 | 2334 | 75% | 2816 | 79% | 3357 | 83% | 3962 | 87% | 5273 | 95% | Numerador: total de adultos e de crianças sob terapia antirretroviral que fez exame de carga viral e que tem a carga viral suprimida (ou seja menor ou igual 1000 cópias/ml); Denominador: total de adultos e de crianças sob terapia antirretroviral Fonte: Relatório de PLS |
| | 2368 | 3112 | 3564 | 3112 | 3564 | 3564 | 3112 | 4045 | 4554 | 4554 | 5550 | 5550 | 5550 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|--|---------|-----|---------|-----|--|
| Porcentagem e número de pessoas que faz teste VIH e recebe resultado (CDV) | 24246 | 53% 2019 | 34976 | 56% | 38081 | 60% | 41848 | 65% | 45730 | 70% | 49738 | 80% | <p>Numerador: total de pessoas que faz teste VIH e recebe resultado (CDV);</p> <p>Denominador: total estimado da população da população vulnerável por despistar.</p> <p>O calculo foi obtido a partir de população vulnerável de CV 30% e aplicado á meta de aumentar a cobertura de 90% ao longo do periodo</p> |
| | 45838 | | 62458 | 63469 | 64382 | 65329 | 66317 | <p>Numerador: Total de preservativos distribuidos; Denominador: total estimado de preservativos por distribuir (2% ao ano)</p> <p>Fonte: Relatórios de Agencias de execução</p> | | | | | |
| Número de Preservativos distribuidos | 2500000 | 91% 2019 | 2576000 | 92% | 2660000 | 95% | 2660000 | 95% | 2660000 | 95% | 2660000 | 95% | <p>Numerador: Total de preservativos distribuidos; Denominador: total estimado de preservativos por distribuir (2% ao ano)</p> <p>Fonte: Relatórios de Agencias de execução</p> |
| | 2750000 | | 2800000 | 2800000 | 2800000 | 2800000 | 2800000 | 2800000 | | | | | |
| Porcentagem e Número de Gel Lubrificantes distribuidos | 67140 | 50% 2019 | 0 | 52% | 0 | 54% | 0 | 56% | 0 | 58% | 0 | 60% | <p>Numerador: Total de gel distribuidos; Denominador: total estimado de gel. Fonte: Relatórios de Agências de execução.</p> |
| | 134280 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| YP-1: Percentagem de jovens de 10 a 24 anos que recebem uma formação sobre o VIH baseada em competências sociais praticadas no meio escolar | 8460 | 26% 2019 | 9836 | 30% | 10409 | 35% | 12000 | 40% | 13500 | 45% | 15000 | 50% | <p>Numerador: total de jovens de 10 a 12 anos que recebem uma formação sobre o VIH baseada em competências sociais praticadas no meio escolar .</p> <p>Denominador total estimado de jovens de 10 a 12 anos que frequentam as escolas secundárias do programa. Fonte: Relatório do ME.</p> <p>A estimação foi feita com base em nº de alunos que freq. a escola básica (7º e 8º Ano) esperados nos 87 agrupamentos de escolas do país</p> |
| | 32862 | | 32787 | 29741 | 30000 | 30000 | 30000 | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| Nº de casos declarados de TB, todas as formas confundidas(casos confirmados Bacteriológica+ caso clinicamente diagnosticado + novos casos e recaídas) | 249 | 270 | 92% | 2019 | 234 | 254 | 92% | 231 | 249 | 93% | 229 | 244 | 94% | 227 | 239 | 95% | 227 | 234 | 97% | Numerador: total de casos em tratamento TB Denominador total estimado pessoas com TB estimados em tratamento. Fonte: Relatório do programa e cálculos Plano Estratégico. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Taxa de sucesso terapêutica, todas as formas confundidas das (casos confirmados Bacteriológica+ caso clinicamente diagnosticado), tratados com sucessos(curados e tratado terminado de entre todos os casos de TB que iniciaram o tratamento determinado período, Novos casos e recaída) | 180 | 249 | 72% | 2019 | 175 | 234 | 75% | 185 | 231 | 80% | 195 | 229 | 85% | 204 | 227 | 90% | 216 | 227 | 95% | Numerador: total de casos de sucessos de tratamento TB Denominador total estimado pessoas com TB estimados em tratamento. Fonte: Relatório do programa e cálculos Plano Estratégico. |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|------|------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|--|
| <p>% de paciente com TB (Novos casos e recidivas), Zero positivo ao VIH em tratamento anti retroviral durante o anti TB</p> | 35 | 100% | Ano? | 30 | 100% | 29 | 100% | 28 | 100% | 27 | 100% | 26 | 100% | <p>Numerador: total de PVVH em tratamento TB Denominador: total estimado PVVH com TB.</p> |
| | 35 | | | 30 | | 29 | | 28 | | 27 | | 26 | | |
| <p>Nº de casos de TB resistente a rifamicina e ao de TB resistente tendo iniciado um tratamento de 2ª linha</p> | 2 | 100% | 2019 | 2 | 100% | 2 | 100% | 2 | 100% | 2 | 100% | 2 | 100% | <p>Numerador: total de casos de resistência a rifamicina e ou TB resistente Denominador total estimado pessoas com TB Resistente Fonte: Relatório do programa e cálculos Plano Estratégico.</p> |
| | 2 | | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | |
| <p>M&E-1: Percentagem de Entidades que submetem seus relatórios nos prazos conforme as diretrizes nacionais</p> | 28 | 100% | 2019 | 28 | 100% | 28 | 100% | 28 | 100% | 28 | 100% | 28 | 100% | <p>Estima-se que 28 estruturas de gestão do programa (22 delegacias+ 6 ONGs) enviam a tempo os seus relatórios trimestrais.</p> |
| | 28 | | | 28 | | 28 | | 28 | | 28 | | 28 | | |
| <p>M&E-2: Percentagem de Estruturas de Saúde que recebe missões de supervisão</p> | 28 | 100% | 2019 | 28 | 100% | 28 | 100% | 28 | 100% | 28 | 100% | 28 | 100% | <p>Estima-se que 28 estruturas de gestão do programa (22 delegacias+ 6 ONGs) e sejam supervisionadas pelo menos uma vez por Ano</p> |
| | 28 | | | 28 | | 28 | | 28 | | 28 | | 28 | | |

4.8. Ações

| Orientação estratégica 1: Reforçar a gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas | Responsável |
|--|---|
| <p>Ação</p> <p>Criar unidade de tecnologia de informação no Ministério da Saúde em colaboração com a NOSI para apoiar a transição para sistemas de informação digital com atenção à governança de dados, segurança e interoperabilidade.</p> <p>Integrar sistemas de informação de saúde para VIH com sistemas de informação de saúde mais amplos</p> <p>Elaborar regulamento de funcionamento</p> <p>Estabelecer mecanismo para facilitar participação do setor privado e das ONG no sistema nacional de informação</p> <p>Reforçar capacidades de todos os parceiros para gerar, analisar e utilizar estrategicamente dados para orientar decisões relacionadas com a programação.</p> <p>Melhorar a utilização e divulgação de informação estratégica para orientar decisões políticas e de programação</p> <p>Adaptar protocolos para as principais populações chave, mapeamentos, inquéritos comportamentais e biológicos e outras investigações. Para assegurar que tal aconteça:</p> <ul style="list-style-type: none"> - A metodologia é baseada nas melhores práticas mais recentes para ser a mais fiável e precisa possível - As populações-chave estão incluídas no processo - É adotada uma abordagem baseada nos direitos humanos - É obtido o consenso de todas as partes interessadas sobre os resultados dos mapeamentos, inquéritos e estudos <p>Realizar inquéritos do índice de estigma e outros estudos relevantes para documentar o estigma, a discriminação e a violência contra populações chave.</p> | <p>Ministério da Saúde/ NOSI</p> <p>GTCIS/DNS/NOSI SVI; SE-CCSIDA</p> <p>GTIS/DNS/NOSI</p> <p>GTCIS/DNS</p> <p>GTCIS/DNS</p> <p>GTCIS/DNS/ DGPOG</p> <p>CCSIDA / GTCIS/ DNS INSP, CNDHC/ICIEG</p> <p>CCSIDA</p> |

| Orientação estratégica 2: Oferecer serviços baseados em evidências centrados nas pessoas | Responsável |
|---|---|
| Ação | SE/CCS Sida DNS/Prog. VIH MS/Deposito de Medicamentos DNS/Delegacias de Saúde DNS/Prog. VIH DNS/PSR DNS/Prog VIH Hospitais DNS/Delegacias de Saude DNS/Prog VIH/Prog Saude Mental/PSR DNS/Prog VIH/PSR/Hospitais DNS/Prog VIH |
| <p>Renovar investimentos em intervenções de prevenção primária e ampliar sua entrega, incluindo educação sexual abrangente e uso consistente de preservativo, empregando estratégias de prevenção diferenciadas e baseadas em evidências com foco nas principais populações afetadas, no contexto de uma ampla promoção da saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Desenvolver pacotes de formação dirigidos a trabalhadores dos setores da saúde, da justiça e de aplicação da lei para a sensibilização das bases por parte de educadores de pares</p> <p>Atualizar o pacote básico de serviços e cuidados definido para atender às necessidades em todo o <i>continuum</i> de serviços VIH fornecendo serviços de prevenção abrangentes, garantindo tratamento precoce e maximizando a retenção e adesão.</p> <p>Fornecer o início rápido do TARV para todas as PVVIH por meio de modelos de prestação de serviços que oferecem cuidados centrados nas pessoas, seguimento e apoio para adesão e reengajamento no cuidado.</p> <p>Implementar um pacote abrangente de redução de danos baseada em evidências para pessoas que usam drogas injetáveis, levando em consideração o contexto doméstico, legislação e responsabilidades jurisdicionais.</p> <p>Prevenir, seguir e responder à resistência aos medicamentos para o VIH por meio de ação coordenada que inclui a transição para terapias do VIH que têm uma maior barreira à resistência, garantindo o fornecimento ininterrupto de medicamentos e fortalecendo o seguimento e vigilância</p> <p>Assegurar o seguimento da toxicidade dos ARV e promover a segurança do paciente</p> <p>Avançar na eliminação da transmissão vertical do vírus VIH, oferecendo serviços abrangentes de prevenção, teste, tratamento e acompanhamento para mulheres, crianças e suas famílias por meio de uma abordagem integrada com serviços de saúde materno-infantil e promoção de género igualdade de direitos humanos.</p> <p>Prevenir as novas infeções VIH nas crianças e abordar o seguimento de longo prazo, tratamento e necessidades de cuidados das crianças afetadas e adolescentes como parte de uma abordagem centrada na família</p> <p>Reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas à tuberculose por meio de diagnóstico e tratamento oportuno da tuberculose em pessoas que vivem com o VIH.</p> <p>Fortalecer vínculos programáticos e serviços integrados para facilitar as PVVIH serviços de saúde sexual e reprodutiva e de saúde mental baseados nos direitos humanos seguros e não discriminatórios</p> | |

| Orientação estratégica 3: Otimizar sistemas, setores e parcerias para aumentar o impacto | Responsável |
|---|--|
| <p>Ação</p> <p>Apoiar os parceiros na integração da estratégia nacional assegurando que</p> <ul style="list-style-type: none"> - A estratégia nacional seja aprovada pelas autoridades setoriais competentes - O quadro fornecido pela estratégia nacional está incluído em todos os debates e fóruns nacionais - Os Planos Estratégicos de cada parceiro são desenvolvidos ou atualizados em conformidade e têm dotações orçamentais específicas e mecanismos estabelecidos para o financiamento interno relacionado com o VIH. - Os quadros do CCS-Sida têm a capacidade, os meios e os recursos necessários para apoiar cada setor. <p>Mobilizar, defender e formar as partes interessadas (por exemplo, o poder judiciário, os responsáveis pela aplicação da lei, os trabalhadores da saúde, os meios de comunicação social, os líderes religiosos, os líderes culturais, os líderes políticos e a comunidade) sobre os direitos fundamentais da população, incluindo a violência baseada no género.</p> <p>Elaborar estratégia de Informação, Educação e Comunicação</p> <p>Envolver as organizações de base comunitária parceiras para aumentar suas contribuições na prestação de serviços de promoção, prevenção, rastreio e seguimento do TARV das PV/VIH.</p> <p>Fazer o seguimento da implementação de todos os objetivos estratégicos e avaliar a prontidão do financiamento interno para intervenções programadas.</p> <p>Efetuar uma análise da situação, com a participação substancial das populações-chave das políticas, práticas de aplicação da lei aplicáveis às populações-chave.</p> <p>Realizar regularmente reuniões de coordenação nacional para aumentar a apropriação da estratégia nacional, partilhar e desenvolver as melhores práticas, avaliar as realizações nacionais de implementação desta estratégia, resolver problemas de congestionamento e impulsionar a agenda incluindo maior mobilização de financiamento interno para incrementar as intervenções a favor das populações chave.</p> | <p>SE-CCSSIDA</p> <p>SE-CCSSIDA DNE; MFIS; INSP, CCAD</p> <p>DNE; MFIS; INSP, CCAD, ONG, OCB</p> <p>DNS/Programa Rede+; ONG</p> <p>CCS Sida</p> <p>SE-CCSSIDA</p> <p>DNS, ONG</p> <p>DNS/GAF/Prog. VIH</p> <p>SE-CCSSIDA</p> |

5. IMPLEMENTAÇÃO, RESPONSABILIDADES E SEGUIMENTO

Implementação efetiva da estratégia de luta contra o VIH e Sida depende de uma liderança forte, parcerias, solidariedade e prestação de contas. Apresentamos aqui as principais considerações operacionais para implementação da estratégia. Também apresentamos as ações para o CCS-Sida em apoio aos esforços do Ministério da Saúde e parceiros, e descrevemos a estrutura de responsabilidade para a estratégia.

5.1. Operacionalização

A estratégia apresenta globalmente um conjunto abrangente de ações integradas que consideram a cobertura universal de serviços e cuidados de saúde centrada nas pessoas. Com base no contexto cabo-verdiano, as necessidades de saúde da população, os pontos fortes e fraquezas do sistema de saúde, o objetivo é implementar de forma equitativa e com maior impacto intervenções por meio de modelos de prestação de serviços que respondem às necessidades de diferentes populações e ambientes.

O alinhamento e integração entre VIH e outras áreas da saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária deve ser a norma, adaptada às condições locais de cada Delegacia de Saúde, de modo que todas as pessoas possam receber um *continuum* de serviços de saúde de forma coordenada em diferentes pontos de prestação de serviços, incluindo aqueles fora dos ambientes formais de saúde, e de acordo com suas necessidades ao longo o curso de vida.

Será garantido através de protocolos de acordo que permitam reconhecer as Organizações de Base Comunitária e o setor privado como partes integrantes do sistema de saúde para a prestação de cuidados totais incluindo promoção, prevenção, TARV e seguimento de PVVIH.

5.2. Importância das parcerias

Uma ampla gama de parceiros de saúde e desenvolvimento trabalham para abordar a epidemia do VIH e Sida. As metas propostas por esta estratégia não serão alcançadas a menos que todos os parceiros estejam engajados em torno de uma agenda comum apoiada pelo CCS-Sida com colaboração reforçada entre sistemas e setores.

5.3. Liderança do país

A estratégia fornece uma visão abrangente e orientação para desenvolver as estratégias setoriais e para fazer avançar a cobertura universal de saúde e acabar com a epidemia do VIH enquanto problema de saúde pública até 2030.

O sucesso da sua implementação a nível nacional requer liderança nacional para definir prioridades, assegurar recursos sustentáveis e garantir ação alinhada por formuladores de políticas, fornecedores de serviços de saúde, comunidades e outras partes interessadas dentro de um ambiente legal e social favorável.

5.4. Doadores multilaterais e bilaterais e agências de desenvolvimento

A implementação bem-sucedida também requer uma abordagem coordenada para parcerias. Os principais parceiros que contribuem para as respostas ao VIH e Sida em Cabo Verde incluem o Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária, as Nações Unidas e a Cooperação Luxemburguesa.

As respostas globais aos outros problemas de saúde historicamente beneficiaram de menos parcerias e mecanismos de financiamento em comparação ao VIH e Sida. Mobilizar as parcerias para um maior esforço no reforço do sistema de saúde será particularmente importante para acelerar o progresso em direção às metas de 2030. Acabar com as epidemias também exigirá abordagens multissetoriais e alinhamento com esforços mais amplos de parceiros para abordar os principais desafios inter-relacionados de saúde e desenvolvimento.

5.5. Sociedade civil e comunidades

A sociedade civil e as organizações comunitárias têm jogado um papel de liderança na advocacia relacionada ao VIH e Sida desde os estágios iniciais da resposta ao VIH. A pandemia do Covid-19 estimulou organizações comunitárias a intensificar seus esforços inovadores para aproximar os serviços das pessoas necessitadas em um ambiente de confiança. Contribuições de a sociedade civil e as comunidades devem ser estimuladas e alavancadas de maneira mais eficaz para atingir as metas de eliminação do VIH e Sida.

5.6. Outros parceiros

Instituições académicas e de pesquisa, organismos profissionais e setor privado entidades também desempenham papéis importantes na inovação, prestação de serviços e defesa da evolução do panorama global da saúde. Mecanismos de coordenação são necessários para promover o alinhamento entre suas prioridades e as de outras partes interessadas.

5.7. O Comité de Coordenação e Combate ao VIH e Sida (CCS-Sida)

O CCS-Sida tem funções centrais no apoio à administração global, na promulgação de normas e padrões baseados em evidências e fornecimento de assistência técnica aos parceiros, é bem posicionado para catalisar o progresso para acabar com a epidemia do VIH e Sida até 2030.

O CCS-Sida também defende, nos níveis mais altos, apoio político e financiamento sustentável para a saúde, e defende firmemente a equidade, igualdade de género e abordagens baseadas em direitos em todas as respostas.

5.7.1 Ações a serem desenvolvidas pelo CCS-Sida

Ação A: Liderança estratégica e parcerias

Fornece direção estratégica global para o esforço visando acabar com a epidemia do VIH e Sida, inclusive por meio de liderança, parcerias multissetoriais e diplomacia da saúde nos mais altos níveis políticos.

Esta estratégia assume compromissos importantes que obrigará o CCS-Sida a trabalhar em estreita colaboração com todos os parceiros incluindo o NOSI no reforço do sistema de informação, as Organizações de Base Comunitária (VerdeFam e outras) que desenvolvem atividades de atendimento e tratamento das PVVIH, a Comissão dos Direitos Humanos e Cidadania e o Instituto para a Igualdade e Equidade de Género para assegurar um melhor acesso ao TARV das populações chave, alcançar a certificação da eliminação da transmissão vertical do VIH e manter o compromisso para acabar com a epidemia do VIH e Sida como parte das metas de cobertura universal de saúde.

Com todos os parceiros o CCS-Sida deverá trabalhar no sentido de serem estabelecidos planos anuais de trabalho indicando com clareza atividade a ser desenvolvida, calendário, responsável pela execução e custos.

O CCS-Sida defenderá o pleno financiamento das respostas como parte dos pacotes de benefícios essenciais de cobertura universal de saúde, e buscará estratégias abrangentes para a sustentabilidade.

Ação B: Defesa e comunicação em saúde pública

Alavancar parcerias com a sociedade civil e *mídias* para aumentar e manter a consciência global e compromisso quanto à necessidade de ação urgente para acabar com a epidemia do VIH, incluindo medidas para colmatar as lacunas na resposta ao VIH nomeadamente o combate ao estigma e discriminação associados ao VIH inclusive no setor de saúde e ajudar a reformular o discurso em torno da saúde sexual.

Ação C: Normas e padrões

Desenvolver/atualizar normas e padrões baseados em evidências e outros bens de saúde pública nas áreas temáticas relacionadas ao VIH e Sida e orientar para abordagens integradas ao VIH e outros problemas de saúde, promovendo abordagens que são centradas nas pessoas e podem ser adaptadas às necessidades de locais e populações específicas.

Ação D: Inovação

Fornecer liderança para moldar as agendas globais de pesquisa-operacional e pesquisa-ação para o VIH, e apoiar a disponibilidade e expansão de inovações e boas práticas eficazes em saúde para capitalizar sobre os resultados nomeadamente em matéria de locais de atendimento, estratégias de adesão ao TARV e abordagens de entrega de serviço digital e descentralizado para acelerar o progresso para a eliminação da doença.

Ação E: Suporte técnico

Facilitar apoio técnico aos parceiros para revisar, adaptar e implementar suas respostas ao VIH para o desenvolvimento de estratégias, planeamento e implementação de programas com envolvimento efetivo das comunidades na tomada de decisões. O apoio do CCS-Sida será adaptado aos contextos de cada parceiro e será focado em a equidade e a sustentabilidade das respostas setoriais.

Ação F: Seguimento e relatórios

Seguir e relatar (relatórios regulares) sobre o progresso em direção aos objetivos globais a fim de promover tomada de decisão baseada em evidências e garantir a responsabilização.

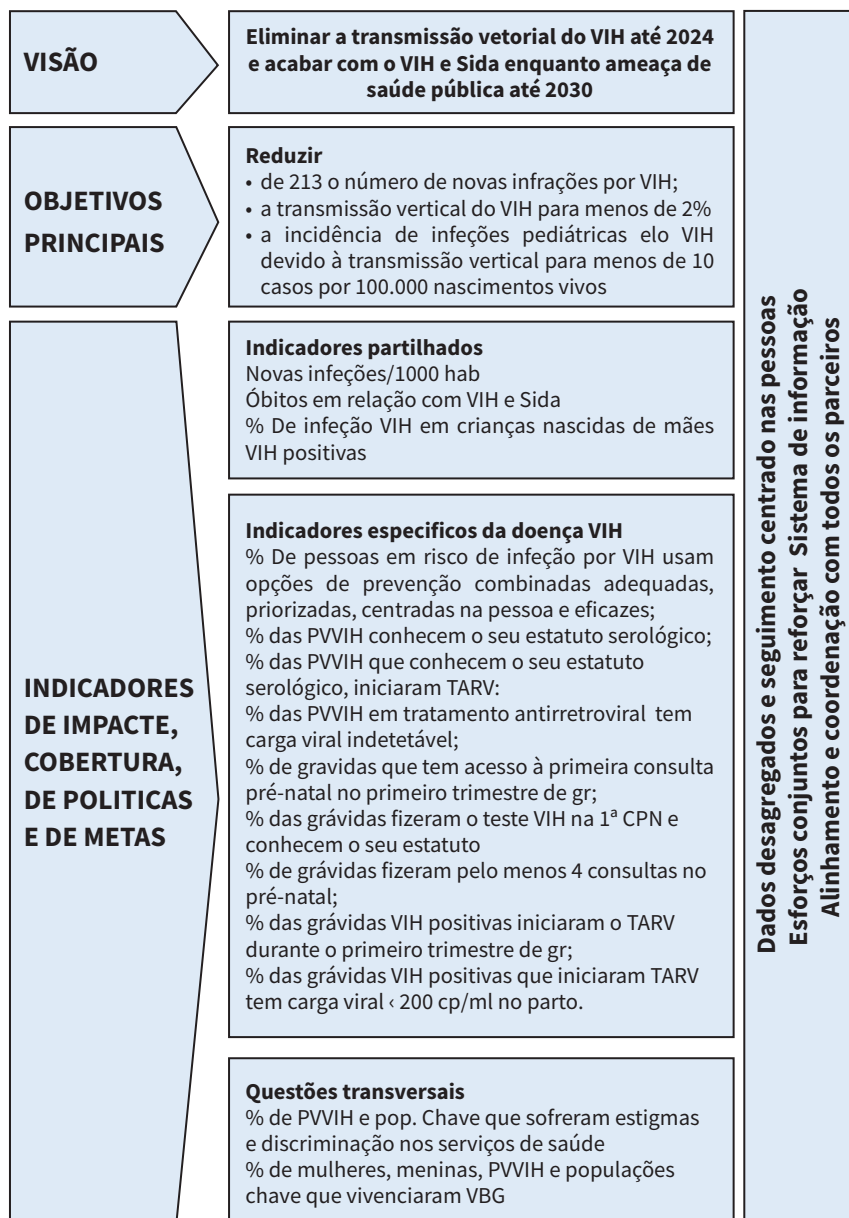
Para tal apoiará os parceiros a desenvolver capacidades na matéria incluindo uso de plataformas. Facilitará a padronização para coleta, análise, uso e divulgação de dados relacionados com o VIH e Sida desagregados por sexo, idade, populações-chave, localização geográfica e outras variáveis relevantes, a fim de avaliar lacunas e promover a equidade.

5.8. Responsabilidades, seguimento e relatórios

Acabar com a epidemia do VIH e Sida requer responsabilidade coletiva e mecanismos de responsabilidade transparentes em todos os níveis. A responsabilidade dos parceiros será assegurada por meio de seguimento regular e relatórios em relação aos indicadores e marcos prioritários que representam os focos dessas ações.

5.8.1 Responsabilidade global

O seguimento da implementação das estratégias e atividades são baseadas em indicadores e metas compartilhados e específicos da doença, que será usado para seguir o impacto, a cobertura, a equidade e a qualidade da resposta global. Ver quadro lógico para seguimento da estratégia 2022-2026.



Quadro lógico para seguimento da estratégia 2022-2026

O seguimento é baseado em dados recolhidos dos parceiros de implementação através de mecanismos estabelecidos, com atenção para harmonizar os processos de coleta de dados em todas as áreas. Em todas as atividades de seguimento e relatórios, o CCS-Sida garantirá que os dados são suficientemente desagregados para identificar lacunas e priorizar esforços para salvaguardar a equidade.

5.8.2. Revisão a meio termo de 2024

As metas de 2024 fornecerão a base para uma revisão de médio prazo robusta apoiada pelo realinhamento das estratégias e a identificação de ações de atualização, conforme necessário. As estratégias serão implementadas em um ambiente altamente dinâmico e imprevisível, especialmente em relação a o impacte contínuo do Covid-19. Uma revisão de médio prazo também garantirá o alinhamento contínuo com as estratégias da próxima fase dos principais parceiros incluindo o Fundo Global de Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária.

5.8.3. Responsabilidade em nível de país

As estratégias nacionais para o VIH, devem ser acompanhadas por estruturas de responsabilidade nacional, incluindo indicadores e metas que estão alinhados com a orientação global padronizada. Mecanismos de responsabilização que funcionam bem, com forte participação da sociedade civil e transparentes avaliação e relatórios, são vitais a nível de país para uma implementação eficaz. Os parceiros são encorajados a realizar revisões regulares de implementação de suas estratégias.

5.8.4. Responsabilidade do CCS-Sida

O CCS-Sida seguirá o seu próprio desempenho e contribuições por meio de indicadores prioritários selecionados e marcos relacionados ao seu núcleo de áreas funcionais incluindo liderança, advocacia e comunicação, normas e padrões, suporte técnico e relatórios. O seguimento do CCS-Sida será alinhado com os resultados do Programa do Governo 2021-2026.

6. CUSTOS

O Quadro Estratégico do programa de luta contra VIH 2022-2026 comporta três pilares de intervenção, sendo um primeiro voltado para o reforço de gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas, um segundo, para o reforço da oferta de serviços baseado em evidências centrados nas pessoas e por último, um terceiro pilar que tem como foco o reforço da governação com foco na otimização sistemas de gestão dos diferentes sectores implicados visando a melhoria e a eficácia das parcerias na gestão e no impacto das políticas prevista no horizonte do plano.

| EIXO ESTRATEGICO | Anos (Valores em Escudos CV) | | | | | | Total em euro | % |
|--|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------|-------------------|-------|
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | Total | | |
| Orientação estratégica 1: Reforçar a gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas. | 145 742 000 | 147 800 000 | 14 742 000 | 9 000 000 | 9 000 000 | 326 284 000 | 2 959 089 | 18,5% |
| Orientação estratégica 2: Oferecer serviços baseados em evidência centrados nas pessoas | 542 303 001 | 143 343 793 | 157 303 662 | 157 303 662 | 159 597 913 | 1 160 079 988 | 10 520 836 | 65,7% |
| Orientação estratégica 3: Otimizar sistema | 75 432 000 | 54 995 000 | 54 750 000 | 44 930 000 | 50 520 000 | 280 627 000 | 2 545 023 | 15,9% |
| Total Geral | 63 477 001 | 346 138 793 | 226 795 662 | 211 461 619 | 219 117 913 | 1 766 990 988 | 16 024 949 | |

Quadro 9: Estimativa de custo do programa de VIH-SIDA entre 2022 à 2026;

No cômputo geral, o custo estimado para a execução do Programas ascendeu a 1.766.990 989 ECV para a concretização do programa de combate ao VIH sida para o período 2022-2026, uma média de 353,3 milhões contos por ano.

Como se pode constatar a grande peso do orçamento destina-se a cobrir a Orientação estratégica 2: Oferecer serviços baseados em evidências centrados nas pessoas, representado perto de dois terços do orçamento global, 65,7%, sendo 18,5% destinado as atividades da Orientação estratégica 1: Reforçar a gestão de informação sanitária para orientar o desenvolvimento de políticas e programação baseadas em provas e 15,9% para as atividades da Orientação estratégica 3: Otimizar sistemas, setores e parcerias para aumentar o impacte.

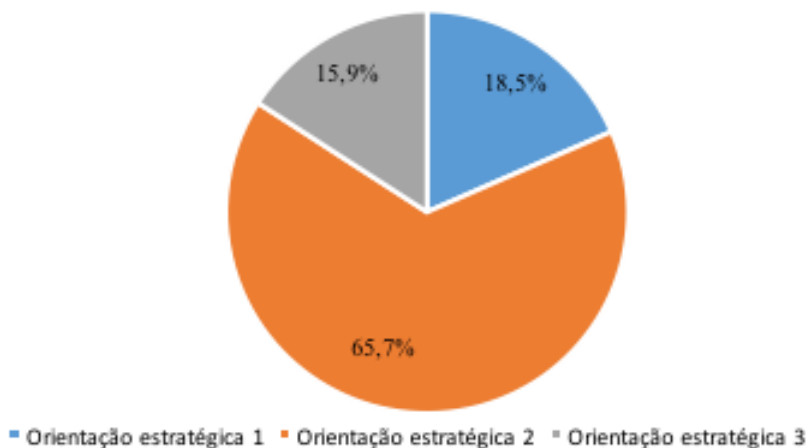


Gráfico 11. Distribuição % dos recursos previstos para o Programa por orientação estratégica

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assembleia Nacional. Lei n.º 19/VII/2007, 26/11/2007

CCS-SIDA, 2016: Estudo sobre o Índice de Estigma e Discriminação das Pessoas que vivem com VIH, em Cabo Verde. Praia.

CCS-SIDA, 2016: IV Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA (2017 – 2020). Praia, Cabo Verde.

CCS-SIDA, 2017: Estudo socio-comportamental e de seroprevalência VIH em UD. Praia, Cabo Verde.

CCSSIDA, 2017: Estudo socio-comportamental e de seroprevalência VIH em TS. Praia, Cabo Verde.

CCSSIDA, 2017: Estudo socio-comportamental e de seroprevalência VIH em HSH. Praia, Cabo.

CCSSIDA, 2020, Relatório de Atividades referente ao ano de 2020

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services. “**Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021**,” is published by the Center for Surveillance, Epidemiology, and Laboratory Services, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, GA 30329-4027.

HUMANITÉ & INCLUSION. 2018 “**estudo bio comportamental sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência face ao vih / sida em cabo verde**” relatório país – ano 2018

INE, 2018. III Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR-III), Praia, Cabo Verde

MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2017. Relatório estatístico de 2017. Praia, Cabo Verde.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2018. Relatório estatístico de 2018. Praia, Cabo Verde.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019. Relatório estatístico de 2019. Praia, Cabo Verde.

MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2019. Relatório do programa de saúde sexual e reprodutiva 2019. Praia, Cabo Verde.

MORABI- Relatório de actividades 2017, 2019

Rodger, Alison J; Cambiano, Valentina; Bruun, Tina; Vernazza, Pietro; Collins, Simon; van Lunzen, Jan; Corbelli, Giulio Maria; Estrada, Vicente; Geretti, Anna Maria; Beloukas, Apostolos; Asboe, David; Viciano, Pompeyo; Gutiérrez, Félix; Clotet, Bonaventura; Pradier, Christian; Gerstoft, Jan; Weber, Rainer; Westling, Katarina; Wandeler, Gilles; Prins, Jan M; Rieger, Armin; Stoeckle, Marcel; Kümmerle, Tim; Bini, Teresa; Ammassari, Adriana; Gilson, Richard; Krznaric, Ivanka; Ristola, Matti; Zangerle, Robert; Handberg, Pia; et al. “**Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive**”, Zurich Open Repository and Archive University of Zurich, year 2016,

World Health Organization (WHO).”**Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde [Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care]**”. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.,

World Health Organization (WHO).”**VIH/SIDA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICANA VIH/SIDA: ESTRATÉGIA PARA A REGIÃO AFRICAN**” ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Escritório Regional para a África Brazzaville, 2013~

VERDEFAM- Relatório de Actividades 2019

