



Ministério
da Juventude, Emprego e
Desenvolvimento dos Recursos Humanos



Comité de Coordenação do Combate à Sida
Secretariado Executivo

III PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA SIDA (2011-2015)



Praia, 2011

Índice	Pgs.
Prefácio	5
Siglas e Abreviaturas	
Capítulo I - Introdução geral	9
1.Introdução	9
2.Justificação	11
3.Contexto	12
4.Metodologia	14
5.Quadro Institucional	15
Capítulo II - Análise da situação	17
1.A Amplitude da Infecção VIH e sua Distribuição nos Sub-grupos Populacionais	17
2.SIDA Doença	20
3.A Evolução da Epidemia	21
4.Os Determinantes da Epidemia	24
5.Populações Vulneráveis e de Alto Risco	25
6.Impacto do VIH-SIDA	31
7.O engajamento dos actores efectivos e potenciais para a resposta nacional do VIH-SIDA	33
8.Grupos-Alvos Prioritários do III PENLS	34
Capítulo III - Análise da resposta	36
1.Prevenção global da transmissão do VIH	36
2.Melhoria da Qualidade de Vida das PVVIH	41
3.Promoção de um Quadro Jurídico Favorável	43
4.Implicação dos Sectores Público, Privado e Sociedade Civil	44
5.Gestão e Coordenação	51
6.Gestão de Informação Estratégica	52
7.Mobilização de Recursos	53
Capítulo IV – Principais desafios	56
1.O Compromisso	58
2.Eixos Estratégicos e Intervenções Prioritárias	61
3.Objectivos e Metas	61
3.1.Objectivos	62
3.2.Metas	65
4.Estratégias e Áreas de Prestação de Serviços	70
5.Resultados Esperados	72
Capítulo V - Plano de Acção por áreas de prestação de serviço e objectivos específicos	74
Documentos Consultados	
Anexo – Plano Operacional (Ano I e Ano II)	

EQUIPA TÉCNICA NACIONAL

Coordenação Geral

Dr. José António dos Reis
Secretário Executivo do CCS-SIDA

Coordenação da Área de Seguimento e Avaliação

Dra. Celina Ferreira
Responsável de Monitorização & Avaliação do SE do CCS-SIDA

Coordenação do Sector da Saúde

Dr. António Moreira
Director do PLS do Ministério da Saúde

Coordenação para a Definição de Linhas Orientadoras e das Prioridades Globais

Dr. José António dos Reis
Secretário Executivo do CCS-SIDA

Coordenação para a Definição de Objectivos e Respectivas Estratégias e Programas

Equipa Técnica de Trabalho (representantes dos sectores da Educação, Saúde,
Juventude, Sociedade Civil, Uni-CV, ICIEG, UNICEF, OMS, UNFPA:
Coordenação da Direcção Geral da Juventude)

Coordenação para a Estimativa Orçamental

Dr. João Leal
Responsável Financeiro do SE do CCS-SIDA

Coordenação para a Redacção do Plano Estratégico

Dr. José António dos Reis
Secretário Executivo do CCS-SIDA

Assistência Técnica

Dr. Artur Correia e Dra. Arminda Barros (Consultores)

Dr. Hugues Lago – OMS
Dr. Laurent Zessler - ONUSIDA

AGRADECIMENTOS

O Comité de Coordenação do Combate à SIDA agradece a todos quantos colaboraram, de uma forma ou de outra, na preparação e validação deste Plano Estratégico.

Especiais agradecimentos vão para os Escritórios dos Fundos e Programas das Nações Unidas em Cabo Verde, à OMS e à ONUSIDA, por terem financiado a logística da fase preparatória, bem como os dois nacionais e os dois consultores internacionais durante a fase inicial de elaboração do Plano, e por terem disponibilizado técnicos dos escritórios locais que participaram activamente na elaboração deste documento.

PREFÁCIO

O Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA (PENLS) aprovado pelo Governo para o período 2011-2015 preconiza actividades nas áreas de prevenção, tratamento e cuidados, tendo em conta sobretudo os grupos mais vulneráveis, sem contudo descurar a sua atenção a população em geral.

O actual plano estratégico retoma em grandes linhas as orientações contidas no plano estratégico anterior que vigorou de 2006-2010, onde a multisectorialidade e a descentralização das actividades estiveram no centro de toda a estratégia desenvolvida, possibilitando a participação de diversos actores e de amplo segmento da população a nível de todo o território nacional.

Mais, o referido Plano incorporou pela primeira vez actividades específicas a serem realizadas pelos diferentes ministérios, instituições e organizações diversas.

O presente plano, para além de identificar os grandes desafios na luta contra a SIDA em Cabo Verde, centra-se na identificação e descrição das vulnerabilidades existentes e na caracterização dos grupos com maior exposição ao VIH, para de seguida desenhar as respostas para as diversas situações verificadas.

O presente plano propõe-se ainda desenvolver estudos, dirigidos sobretudo aos grupos mais vulneráveis à epidemia, designadamente os TPS, UD/UDI, HSH, de forma a elevar o nível de conhecimento concernente à dinâmica da epidemia, e focalizar as respostas em função dos resultados revelados pelos estudos.

Neste plano estratégico mantém-se a ideia, consolidada, de que a epidemia do VIH/SIDA é um problema da sociedade, e que todos são importantes, cada um a sua medida, para dar o melhor combate a sua presença e parar a sua propagação.

Nesse sentido, o plano estratégico actual, na esteira do anterior, dá um enfoque relevante a participação, consagrando espaço para as instituições públicas, ministérios, institutos públicos, câmaras municipais, empresas públicas, bem como as organizações da sociedade civil, designadamente as ONG, OBC, sector privado e outros, com o objectivo de promover um amplo envolvimento de todos os actores da sociedade.

Assegurar o tratamento de todos os pacientes com indicação para o efeito, despistar todas as mulheres grávidas que dirigem a primeira consulta do pré-natal, garantir a segurança transfusional e despistar todos os doadores de sangue, diagnosticar e tratar todos os casos de IST e garantir o apoio psicossocial a todos os casos elegíveis, constituirão a missão fundamental do III Plano Estratégico.

Sabemos que o Plano é ambicioso e estamos convictos também que a sua efectiva implementação permitirá uma resposta mais adequada e ajustada às nossas necessidades, em matéria de luta contra a SIDA.

A todos aqueles que contribuíram de uma forma ou outra para a elaboração do presente Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA os nossos melhores agradecimentos cientes de que depositarão o mesmo esforço e dedicação na concretização do mesmo.

Praia, 28 de Outubro de 2011

Pela Vice-Presidente do Comité de Coordenação do Combate a SIDA

Janira Hoppfer Almada

Ministra da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAC – Agência de Aviação Civil

ADV – Aconselhamento e despiste voluntário

ARV – Anti-retroviral

CCCD – Comissão de Coordenação do Combate à Droga

CNDS – Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário

CCS-SIDA – Comité de Coordenação do Combate à SIDA

CS – Centros de Saúde

DGEBS - Direcção Geral de Ensino Básico e Secundário

DGEFA – Direcção Geral de Educação e Formação de Adultos

DS – Delegacias de Saúde

DGS – Direcção Geral da Saúde

EIO – Educação, Informação e Orientação

ES – Escolas Secundárias

FIF – Fundação Infância Feliz

FCS – Fundação Cabo-verdiana de Solidariedade

HSH – Homens que fazem sexo com homens

ICCA – Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente

IEC/CMC – Informação, Educação e Comunicação/Comunicação para a Mudança de Comportamentos

IES – Instituições do Ensino Superior

INE – Instituto Nacional de Estatística

IO – Infecções Oportunistas

IST – Infecções sexualmente transmissíveis

MORABI – Associação de Autopromoção da Mulher

MS – Ministério da Saúde

OCB – Organizações comunitárias de base

OMCV – Organização das Mulheres de Cabo Verde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização não Governamental

PENLS – Plano Estratégico Nacional de Luta contra a SIDA

PLS – Programa de Luta contra a SIDA (Ministério da Saúde)

PTV – Prevenção da transmissão vertical

PVVIH – Pessoas vivendo com o VIH

SE – Secretariado Executivo

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SVE – Serviço de Vigilância Epidemiológica (Ministério da Saúde)

TACV – Transportadora Aérea Cabo-verdiana

TARV – Tratamento Anti-retroviral

TPS – Trabalhadores Profissionais de Sexo

UD – Usuários de drogas

UDI – Usuários de drogas injectáveis

UNGASS – Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas em VIH-SIDA

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNFPA – Fundo das Nações Unidas para a População

VerdeFam – Associação cabo-verdiana de Promoção da Família

VIH – Vírus de Imunodeficiência humana

Capítulo I - Introdução Geral

1. Introdução

A Cúpula das Nações Unidas sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, realizada em Setembro de 2010, confirmou que o combate contra o VIH-SIDA registou conquistas importantes nos últimos anos, com destaque para a ocorrência de novas infecções, que caiu globalmente cerca de 17% e, na África sub-sahariana, região mais afectada pela epidemia, em mais de 25%.

O Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio apresentado pelo secretário-geral das Nações Unidas, Julho 2010 refere, igualmente, que, na Europa do Leste e na Ásia Central, o número de novas infecções continua a crescer e, em muitas outras regiões, elas estabilizaram, mas em patamares muito elevados, e cerca de 10 milhões de pessoas vivendo com o HIV ainda não têm acesso ao tratamento e outras tantas o necessitarão se não houver um grande incremento nos recursos alocados para a prevenção. Destacam-se ainda que cerca de 430 mil crianças nascem com HIV e aproximadamente 42 mil mulheres grávidas morrem, todos os anos, por questões relacionadas com o HIV.

Desde o primeiro caso de SIDA diagnosticado em 1986, Cabo Verde vem registando progressos significativos no combate, prevenção e tratamento do HIV-SIDA. Nos últimos 24 anos, o Governo elegeu o combate à pandemia como uma das grandes prioridades nacionais, no que contou com o apoio dos seus principais parceiros internacionais.

Graças a esse apoio, o país tem podido manter-se no grupo de países com baixa prevalência para o VIH-SIDA (< 1 %). O I Plano Estratégico 2002-2006 permitiu a criação de um quadro único de políticas, de uma estrutura única de coordenação, o CCS-SIDA, e de um sistema único de Seguimento e de Avaliação, em conformidade com os "3 Princípios" internacionalmente consagrados para o combate ao VIH-SIDA, tendo essa estrutura coordenação sido colocada ao mais alto nível do governo e presidido pelo Primeiro Ministro,.

Segundo o Relatório final do Programa Multisectorial de Luta Contra a SIDA 2002-2009, a 17 de Abril de 2002, o Governo de Cabo Verde assinou com o Banco Mundial um acordo de crédito de 9 milhões de dólares americanos, para o combate ao VIH-SIDA. Este projecto multi-sectorial, com a sua implementação, criou um conjunto de condições favoráveis a uma resposta mais efectiva à epidemia no país.

A I fase do programa terminou como previsto em 2006, e o Governo de Cabo Verde e o Banco Mundial negociaram um novo acordo, visando o prolongamento do programa por mais 2 anos.

Um novo acordo de crédito foi assinado a 17 de Janeiro de 2007, e vigorou até 30 de Junho de 2009.

No decurso da execução do programa, as iniciativas a diferentes níveis contaram com a participação das mais altas figuras da hierarquia do Estado, governantes e lideranças municipais e locais, com destaque para as organizações da sociedade civil (ONG, associações e entidades privadas). A multisectorialidade e a execução descentralizada pontificado como um dos principais instrumentos para o engajamento de toda a Nação cabo-verdiana na luta contra a SIDA.

Desenvolveram-se, igualmente, acções de parceria com outros organismos, liderados pelo Sistema das Nações Unidas, através do UNICEF, da OMS, do UNFPA e da ONUSIDA, bem como com o BAD (Banco Africano de Desenvolvimento), no âmbito dos trabalhos nas bacias hidrográficas, e o MCA (Millenium Challenge Account), no âmbito das grandes obras de construção de infra-estruturas. No plano local, destacam-se as parcerias com instituições públicas e privadas.

Cabo Verde concorreu à Ronda 8 a financiamento do Fundo Global, e sua proposta foi aprovada, após várias tentativas anteriores sem sucesso. O montante global solicitado e financiado, para os 5 anos do programa, é de USD \$12,578,727, cobrindo o período de 2010-2015.

A Fase I deste programa encontra-se em curso de execução, estando previsto o seu término para Março de 2012.

2. Justificação

Cabo Verde vive um ambiente de relativo controlo da epidemia do HIV, tendo podido manter, durante cerca de 24 anos da existência da epidemia no seu território, uma taxa de prevalência, na população geral, abaixo de 1%.

A principal via de transmissão continua a ser a sexual, e de entre os principais factores impulsionadores da epidemia destacam-se os comportamentos de risco tais como: relações sexuais com múltiplos parceiros, a alta mobilidade e a migração (imigração e êxodo rural), as vulnerabilidades sociais diversas, as desigualdades de género, entre outros.

Os Planos Estratégicos I e II privilegiaram o acesso a todos os meios de prevenção, de tratamento e de cuidados, através de uma resposta multisectorial, importando agora prosseguir e assegurar a continuidade das respostas, usando todos os instrumentos disponíveis e necessários contra a propagação da epidemia. O nível de mobilização da população alcançado exige a continuidade do engajamento de toda a sociedade e dos seus mais diversos sectores e entidades num combate conjunto, marcado por actividades em domínios como a de sensibilização e mobilização social, de advocacia, de cuidados integrados e de coordenação e articulação das acções.

Para o período 2011-2015, a prevenção, com base numa abordagem participativa, continua a ser a grande prioridade de Cabo Verde no combate ao VIH-SIDA, tendo como preocupação central o desenvolvimento de estratégias comunicacionais de proximidade, visando provocar mudanças de comportamento nos grupos mais expostos à infecção pelo VIH. Nessa intervenção, a implicação das PVVIH constitui um elemento chave para a credibilização e aceitação da mensagem por parte dos diferentes grupos-alvo que serão objectos e beneficiários dessas abordagens e intervenções focalizadas.

Ao mesmo tempo, no quadro dos compromissos assumidos para a concretização do 6º Objectivo do Desenvolvimento do Milénio é imperioso que sejam reforçadas as políticas e estratégias de combate à SIDA e outras doenças para que em 2015 Cabo Verde possa integrar o pelotão da frente dos países que conseguiram atingir as metas propostas.

O Plano Estratégico Nacional para 2011-2015 vem, pois, responder à necessidade de se assegurar a continuidade dos ciclos de planificação na luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde, num quadro multisectorial, que abarque todos os actores quer do sector público, quer da sociedade civil ou do sector privado, e numa matriz de execução descentralizada com a participação efectiva dos actores locais, cuja finalidade última é a de parar a progressão do VIH no país

3. Contexto

Cabo Verde é um arquipélago constituído por dez ilhas e oito ilhéus. Com uma superfície total de 4.033 Km², possui uma população de 491.575 habitantes (49,5% homens e 50,5% mulheres). De acordo com o Relatório Preliminar do CENSO 2010, aproximadamente 62% da população vive no meio urbano contra cerca de 38% no meio rural. A densidade populacional média é de 121 hab./km². Praia é o concelho mais povoado, albergando ligeiramente mais de um quarto da população do país (26,9%) e reagrupa 48% da população da ilha de Santiago.

A população cabo-verdiana é ainda jovem. A idade média é de 26,8 anos e 50% da população tem menos de 22 anos. Entre os 0 e os 14 anos, o número de rapazes é ligeiramente superior (50,7%) ao número de raparigas. Entre os 15 e os 34 anos, o número de homens (49,7%) é inferior ao de mulheres (50,3%). A partir dos 35 anos, há 52 % de mulheres, atingindo os maiores índices a partir dos 55 anos (61,7%). A população idosa (com mais de 65 anos) representa 5,5% da população total.

Ainda, segundo o citado documento, no ano de 2007, a taxa de natalidade situava-se em 4,2 tendo atingido 3,7 na zona rural e 1,9 na zona urbana.

Entre 2000 e 2010, o documento refere que a taxa de crescimento anual médio da população foi de 1,2% e o índice sintético de fecundidade foi de 2,9 crianças por mulher. A taxa de mortalidade bruta passou de 6,6 para 5,0% nas mulheres e de 8,1 para 6,3‰ nos homens entre 1990 e 2000, o que confirma que o processo de transição demográfica em Cabo Verde está em plena evolução.

A taxa de mortalidade infantil situa-se nos 21,7% nados vivos e a taxa de mortalidade de menores de 5 anos atingiu 25,7 por mil em 2007, sendo que a linha de referência no DECRP-II é de cerca de 28‰ (o terceiro mais baixo da África).

Cerca de 94% das grávidas fazem pelo menos uma consulta pré-natal e 54% das mulheres em idade fértil usam um método contraceptivo. Um total de 80% das crianças nascem numa estrutura de saúde sob assistência de profissionais de saúde e a taxa de mortalidade materna é de cerca de 14 ‰ nados vivos.

A esperança de vida à nascença passou de 70,6 para 74,9 anos nas mulheres e de 64,4 para 66,5 anos nos homens, entre 1990 e 2000, e em 2010 para 68,9 e 76,6 anos respectivamente, nos homens e nas mulheres.

O Relatório assinala, igualmente, que os fluxos migratórios para o exterior diminuíram consideravelmente nas últimas décadas. Para o período 2005-2010, previa-se uma diminuição da taxa média anual de emigração para 1% contra os 1,5% observados nos períodos 1990-1995, 1995-2000 e 2000-2005. A migração interna é direccionada para os principais pólos de desenvolvimento, nomeadamente, as cidades da Praia e do Mindelo, assim como as ilhas do Sal e da Boa Vista, com a emergência do sector turístico e a construção hoteleira nessas duas ilhas. A população imigrante,

proveniente, sobretudo, da costa ocidental africana, aumentou cerca de 20% entre 1991 e 2005.

Durante os últimos anos, Cabo Verde deu passos muito importantes rumo ao desenvolvimento económico e continua a demonstrar uma forte determinação por um modelo de desenvolvimento que garanta melhor qualidade de vida a todos os seus cidadãos.

A sua entrada como 153º membro da OMC e a ascensão ao grupo classificado como países de rendimento médio colocaram novos desafios ao arquipélago, nomeadamente o reforço no investimento público e privado, o aumento progressivo da remessa dos emigrantes e a consolidação dos sectores do turismo e da construção civil.

O PIB *per capita* subiu de 1.225 USD, em 2000, para 3.421 USD, em 2008. No Índice de Desenvolvimento Humano, relativo a 2007, Cabo Verde obteve o valor de 0,708 e a 121ª posição, mais quatro posições do que em 2006.

O país já alcançou um grande número dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) das Nações Unidas, mas a luta contra a pobreza e o desemprego juvenil continuam como dois grandes desafios do país. O Inquérito ao Emprego 2008 revela que a taxa de desemprego nacional, em 2010, é de 20,9% (22% no meio urbano e 17,9% no rural). O desemprego juvenil é de 30,6%, com incidência maior nos jovens que procuram o primeiro emprego.

O nível de pobreza diminuiu em cerca de 10 pontos percentuais entre 2001-02 e 2007, situando-se, nesse ano, em 26,7%. A diminuição é mais acentuada no meio urbano, mas a pobreza nos agregados familiares chefiados por mulheres (56,3%) é doze pontos percentuais maior que nos agregados chefiados por homens (43,7%).

O Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza (PNLP) tem, por isso, focalizado as mulheres mais desfavorecidas, particularmente as que chefiam agregados familiares, jovens desempregados e famílias vivendo abaixo do limiar da pobreza com: (i) actividades geradoras de rendimento; (ii) abastecimento de água e saneamento; (iii) educação e formação profissional; (iv) apoio institucional; e (v) habitação social.

4. Metodologia

A elaboração do presente Plano Estratégico baseou-se nos procedimentos contidos no “Guia para o processo de Planeamento para uma resposta nacional do VIH-SIDA” da ONUSIDA e nos Termos de Referência elaborados pelo Secretariado Executivo do CCS-SIDA, em Junho de 2010.

O exercício de planificação estratégica foi baseado numa abordagem participativa, procurando engajar todos os parceiros da luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde, nacionais e internacionais, dos sectores públicos e privados, como da sociedade civil e as PVVIH.

Dois consultores nacionais, com o apoio de dois conselheiros regionais da OMS e da ONUSIDA, foram associadas ao exercício, com vista a prestar um apoio metodológico à avaliação do II Plano Estratégico e elaboração e restituição do documento final do III PENLS 2010-2015. Os mesmos asseguraram a análise documental, a recolha de informações, as sessões de avaliação, a restituição e a validação pelos diversos parceiros consulta.

O processo de elaboração do III PENLS 2010-2015 compreendeu duas fases: (i) avaliação da implementação do II PENLS 2006-2010; e (ii) elaboração do PENLS 2011-2015.

Na primeira etapa, um atelier de Avaliação do II PENLS e de elaboração do III Plano Estratégico Nacional 2011-2015 foi realizado em Julho de 2010, na cidade da Praia, e contou com a participação de parceiros das ilhas de Santiago, São Vicente, Santo Antão, Sal, Fogo e Brava. O mesmo recomendou a criação de uma Equipa Técnica de Trabalho integrada por representantes dos Ministérios da Saúde, Educação e Juventude, da OMS/ONUSIDA, do UNFPA/UNICEF, do ICIEG, da Uni-CV, da Associação Nacional dos Municípios e da Plataforma das ONG para apoiar o processo de elaboração do III PENLS.

Com base na metodologia descentralizada, procedeu-se, igualmente, à recolha de contribuições locais, tendo privilegiado os principais actores da luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde e as PVVIH-SIDA. Os dados recolhidos serviram de referência para a elaboração da análise da situação e da resposta ao VIH-SIDA em Cabo Verde.

A restituição e a avaliação das diferentes etapas de elaboração do III PENLS foram da responsabilidade da Equipa Técnica de Trabalho e dos grupos temáticos para as áreas da saúde, prevenção, cuidados e gestão.

5. Quadro institucional

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 do Governo em matéria de luta contra a SIDA e fazer o seguimento de todos os programas e projectos executados no país neste domínio

Com vista a assegurar a sua horizontalidade, o CCS/SIDA foi colocado a nível da primatura do governo, presidido pelo Primeiro-ministro e Vice-presidido pelo membro do governo responsável pela área da juventude.

O CCS-SIDA tem a seguinte composição: o Director Nacional da Saúde, o Director-Geral do Ensino Básico e Secundário, o Director Geral da Juventude, o Director Geral da Comunicação Social, o Director do Programa de Luta contra a SIDA do Ministério da Saúde, o Presidente do CCCD, três representantes das organizações da juventude, três representantes das organizações das mulheres e da família, três representantes das instituições religiosas, um representante da Associação dos Municípios Caboverdianos, um representante do departamento governamental responsável pela Cooperação Internacional, um representante do sector dos Desportos e um representante do sector das Forças Armadas.

Coordenação Estratégica

Compete ao CCS-SIDA desenvolver a coordenação estratégica das actividades de luta contra VIH/SIDA no país, no quadro do Plano Estratégico e das orientações e em matéria de luta contra a epidemia do VIH/SIDA no país.

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 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 actividades de luta contra a SIDA. O SE é também responsável pela gestão dos recursos financeiros mobilizados para o desenvolvimento de actividades de luta contra a SIDA no país.

Em Julho de 2007, foi criada uma **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 actividades de luta contra a SIDA e outras doenças, financiados por essa instituição internacional. Presidida pelo Ministro do Estado e da Saúde, a INC integra representantes dos sectores públicos, privado e da sociedade civil, incluindo das PVVIH-SIDA, das confissões religiosas e de organismos internacionais e da cooperação multilateral.

Coordenação operacional local

Os **Comités Municipais de Luta contra a SIDA**, responsáveis pela coordenação e gestão das actividades executadas pelos diferentes intervenientes a nível dos municípios

incluindo as Organizações Não Governamentais (ONG) e as organizações de base comunitária (OBC).

Compete aos CMLS analisar, aprovar e financiar localmente as iniciativas das organizações comunitárias, cabendo a estas prestar contas em resultado do apoio recebido.

Os CMLS gerem recursos disponibilizados pelo CCS/SIDA para financiar actividades de luta contra desenvolvidos em cada município.

Capítulo II : ANÁLISE DA SITUAÇÃO

1. A Amplitude da Infecção VIH e sua Distribuição nos Sub-grupos Populacionais

A análise dos dados epidemiológicos indica que a epidemia do VIH, em Cabo Verde, obedece aos critérios que definem uma epidemia do tipo concentrado. Com efeito, a seroprevalência obtida nas grávidas, através da vigilância nos Postos Sentinela, aponta um valor abaixo de 1%, durante vários anos consecutivos, e os dados do nível de infecção VIH nas Profissionais de Sexo (dados de 2010) referem uma prevalência maior que 5% (5,3%). Contudo, se considerarmos a população em geral, os dados do IDSR I indicam uma taxa de seroprevalência global de 0.8%.

Neste contexto, torna-se imprescindível um melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e dos factores determinantes da infecção, no seio dos diferentes sub-grupos-grupos populacionais alvos deste Plano, com à vista à sua caracterização em termos de distribuição geográfica, de estatuto serológico, sócio-comportamental e de outros factores relevantes, para a prevenção e controlo da epidemia do VIH.

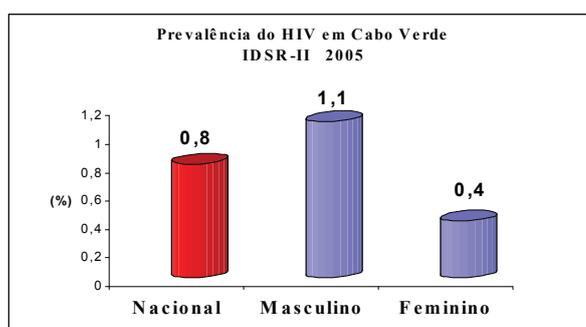
Com efeito, os dados disponíveis, relativamente a esses sub-grupos, são insuficientes e não permitem a sua caracterização epidemiológica.

Assim, as prioridades, os objectivos e metas, bem como as estratégias previstas permitirão um melhor enfoque nos grupos de maior risco, com vista à identificação e à caracterização de eventuais “focos de infecção VIH”. Além disso, perspectivam um conjunto de intervenções de proximidade, junto desses grupos, para um maior controlo da propagação da infecção.

Só assim conseguiremos evitar a evolução natural, para uma situação de epidemia generalizada no país.

Prevalência da infecção na População Geral

O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II), realizado em Outubro de 2005, através de uma amostra representativa da população de Cabo Verde, dos 15 aos 49 anos de idade, para as mulheres, e dos 15 aos 59 anos, para os homens, indicou uma prevalência da infecção VIH de 0.8% na população geral. Entretanto, essa taxa apresenta uma variação a nível dos sexos e mostra que a infecção afecta mais os homens do que as mulheres, 1.1% e 0.4%, respectivamente, apesar dos dados de notificação revelarem o contrário.



Continuando a **análise da infecção por sexo**, os dados de notificação de novos casos, de 2009, revelam que 55% eram mulheres. Esta situação está relacionada com a sua maior adesão e acesso ao ADV, através da PTV. Dados do MS indicam que não existe uma diferença significativa da seroprevalência nas mulheres, segundo o seu estado civil. Relativamente à infecção VIH no seio das grávidas, a análise dos dados dos postos sentinela, dos últimos anos (2001 a 2008, exptuando o ano de 2002), aponta para uma taxa de seroprevalência menor de 1%.

Relativamente à transmissão mãe filho, os dados apontam para uma taxa de 3% (Relatório UNGASS, 2009). Esta situação, relativamente confortável, estaria relacionada com a boa cobertura das políticas de PTV implementadas no país. Contudo, tem-se verificado uma certa polémica, quanto ao denominador a ser considerado no cálculo deste indicador.

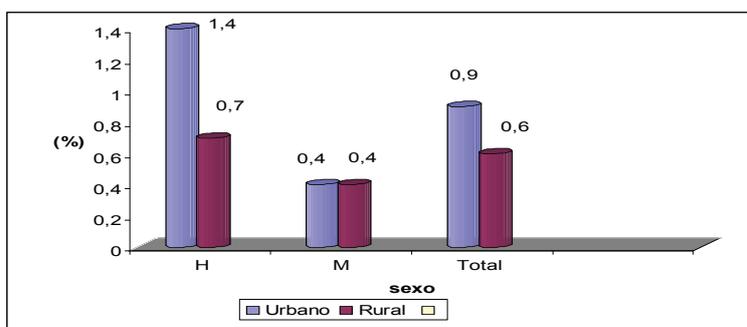
Quanto à **análise por grupo etário**, os dados do IDSR II revelam que os grupos mais afectados pela infecção VIH são dos 25 – 29 anos, com cerca de 2%, e dos 45 – 49 anos, com cerca de 2.5%, valores correspondentes a mais do que o dobro da taxa nacional. Os jovens dos 15 – 24 anos apresentam uma seroprevalência de cerca de 0.3%, valor francamente abaixo dessa taxa nacional.

Por outro lado, os dados da notificação de novas infecções pelo VIH, referentes a 2009 (Relatório Estatístico do MS, 2009), apontam que a percentagem de notificação nesses grupos etários ronda os 11-12%, sem nenhum destaque para qualquer deles. Globalmente, a notificação de 2009 revela que 67.4% das infecções detectadas se situa no grupo etário dos 25 – 54 anos.

Quanto à **distribuição geográfica**, o VIH está presente em todas as ilhas e concelhos do país, destacando-se a ilha de Santiago e o concelho da Praia como as regiões mais afectadas pela epidemia, situando-se as respectivas taxas de seroprevalência em 1.2% e 1.7%, valores superiores ao verificado a nível nacional. Contudo, as ilhas do Sal, Boavista e S. Vicente, por serem de maior vocação turística, podem apresentar certos factores de vulnerabilidade face ao VIH, que devem ser levados em devida conta.

Se analisarmos a distribuição da infecção por zonas urbano e rural, o IDSR II mostra que o meio urbano apresenta uma taxa de seroprevalência superior ao meio rural (0.9% e 0.6%, respectivamente). As taxas estimadas de prevalência em homens e mulheres, no meio urbano, situavam-se em 1.4 e 0.7%, contra 0.4% e 0.4% respectivamente no meio rural. Com efeito, a maior taxa de infecção verificada nos homens acontece no meio urbano, uma vez que, no meio rural, os homens e as mulheres apresentam o mesmo nível de infecção.

Prevalência do VIH por sexo e meio de residência. Cabo Verde, 2005



Fonte : IDSR II, 2005

Quanto ao **tipo de vírus**, desde sempre, circulam, no país, os dois tipos, embora a infecção pelo VIH1 tenha vindo a ser cada vez mais importante, como mostram os relatórios anuais do Ministério da Saúde. Aliás, o Relatório Estatístico 2009, mostra que, nesse ano, as 319 infecções detectadas apresentam a seguinte distribuição por tipo de vírus:

VIH1 - 66,7%;

VIH2 -23%

VIH1+VIH2 - 5%

Prevalência da infecção nos sub-grupos populacionais

Os sub-grupos considerados nesta análise são:

- Os doadores de sangue;
- Os usuários de drogas (UD/UDI);
- Os trabalhadores Profissionais do Sexo (TPS);
- Os homens que fazem sexo com homens (HSH).

Apesar de terem sido realizados alguns estudos a nível de alguns desses sub-grupos, sobretudo de natureza sócio-comportamental, de estimativa de efectivo e de mapeamento geográfico, ainda persiste um conhecimento deficiente sobre a dinâmica da infecção VIH e dos seus factores determinantes, no seu seio.

Relativamente aos doadores de sangue, saliente-se que a segurança transfusional é uma das áreas que tem merecido uma atenção redobrada em Cabo Verde, desde a identificação do primeiro caso da infecção VIH. É neste contexto que todo o sangue transfundido é sujeito a despiste do VIH, hepatites B e C e sífilis.

Com efeito, a transmissão do VIH pela via sanguínea tem sido praticamente inexistente, ao longo dos anos e, segundo os dados do Ministério da Saúde, constata-se uma fraca prevalência da infecção VIH nos doadores de sangue :

- 1.12% em 1995;
- 0.15% em 2002;
- 0.32% em 2004;
- 0.3% em 2009

Por outro lado, convém salientar que cerca de 70% dos doadores são benévolos em Cabo Verde, situação que favorece uma melhor gestão do sangue no país. Aliás existem já associações de doadores de sangue, iniciativa que está em expansão.

Quanto aos UD, os dados sobre a seroprevalência do VIH existentes em Cabo Verde, reportam a um estudo, realizado pelo CCCD, em 2007. No âmbito desse “Estudo sobre a Situação das Drogas em Cabo Verde e Sua Relação com o VIH/SIDA”, foi realizado

uma despistagem ao VIH, no seio dos UD das prisões e dos centros de tratamento, que revelou uma seroprevalência global de 1.7%, resultado correspondente a, praticamente, o dobro da taxa encontrada na população geral.

O estudo revelou, ainda, que, no seio dessa população, somente 4% eram UDI e que a seroprevalência do VIH, nestes últimos, se eleva para cerca de 14%.

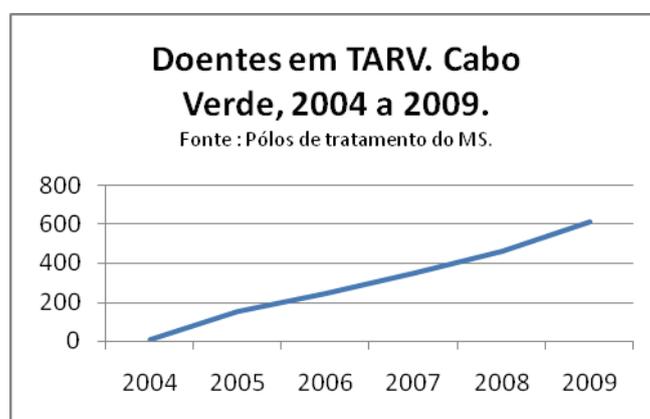
No que respeita aos Trabalhadores Profissionais do Sexo, até ao presente, o país não dispõe de informação sobre a dinâmica da epidemia no seu seio, apesar de se ter feito um estudo de estimativa, mapeamento e vulnerabilidade face à infecção VIH, em 2006. Esse estudo mostra riscos comportamentais acrescidos, face à infecção VIH, a nível deste sub-grupo (ver o ponto “Populações Vulneráveis e de Alto Risco), pelo que importa conhecer a amplitude da infecção no seu seio.

Não existe nenhum estudo sobre os homens que fazem sexo com homens em Cabo Verde, apesar de informações que confirmam essa prática, sobretudo nas ilhas de São Vicente e do Sal e na cidade da Praia. Teoricamente, representam um grupo de grande risco face à infecção VIH, que deverá merecer uma atenção acrescida, com vista ao seu mapeamento, caracterização sócio-comportamental e situação serológica.

2. SIDA Doença

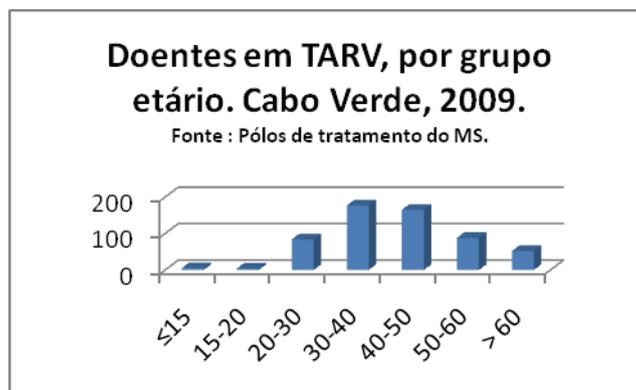
Segundo dados recolhidos pelo Serviço de Monitorização e Avaliação do SE-CCS-SIDA, junto dos Pólos de Tratamento de Sotavento e de Barlavento do Ministério da Saúde, desde Dezembro 2004 até finais de 2009, foram avaliados 1.323 PVVIH, para efeito de seguimento. Nesse total, cerca de 46% (611 pessoas) já estavam em TARV. Os dados de 2009 apontam, ainda, que cerca de 88% dos pacientes em TARV cumpriu o esquema estabelecido, durante 12 meses consecutivos.

Quanto à distribuição por sexo, os dados disponíveis dos Pólos de Tratamento indicam que a maioria dos doentes são mulheres (54%), apesar dos dados do IDSR II apontarem que a infecção nos homens é quase três vezes superior.



Relativamente à distribuição dos doentes em TARV por grupo etário, saliente-se que as PVVIH com 15 ou menores de 15 anos representam cerca de 0.9% e as dos 16 aos 20

anos 0.7%. Os doentes em TARV concentram-se, sobretudo, na faixa etária dos 30 aos 50 anos.

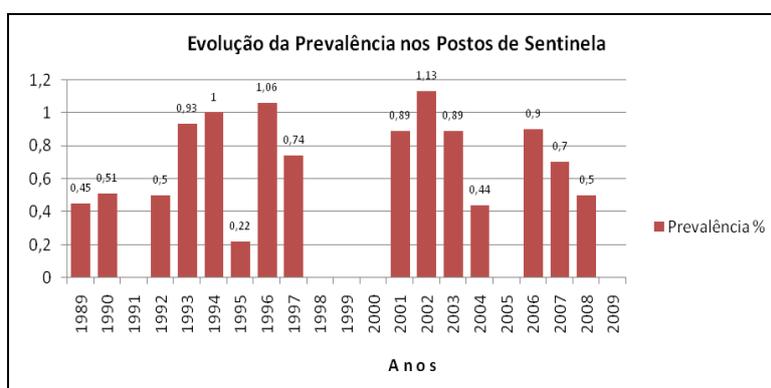


Se analisarmos os dados de pacientes em TARV, em termos de distribuição regional, constataremos que a grande maioria dos doentes está registada no Pólo de Sotavento (cerca de 80%).

3. A Evolução da Epidemia

O primeiro caso identificado de infecção VIH, em Cabo Verde, data de 1986. Actualmente, o vírus encontra-se disseminado em todas as ilhas do arquipélago, verificando-se uma presença maior na ilha de Santiago, com uma taxa de prevalência de 1.2%, e, sobretudo, na cidade da Praia, com uma taxa 1.7% (IDSR II).

Convém destacar que, felizmente, a epidemia tem tido uma propagação lenta, no decurso de duas décadas consecutivas, facto comprovado pelos dois inquéritos de seroprevalência efectuados na população geral, em 1989 e 2005, que confirmam uma taxa de seroprevalência menor que 1%. Além disso, a vigilância da seroprevalência nas grávidas, realizada, anualmente, através dos postos sentinela, revela uma taxa menor de 1%, ao longo de vários anos.



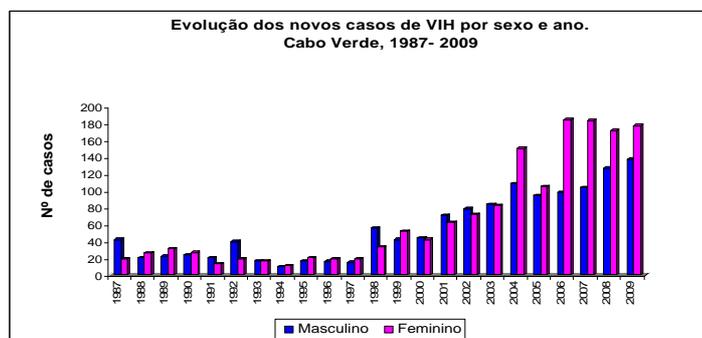
Fonte : Ministério da Saúde, 2009

Se analisarmos os dados da notificação acumulada, do Ministério da Saúde, desde 1986 até 2009, verificamos a existência de 2.888 PVVIH, que originaram 727 óbitos. De 2000 a 2009, foram registados 2.264 novos casos de VIH, o que corresponde a cerca de

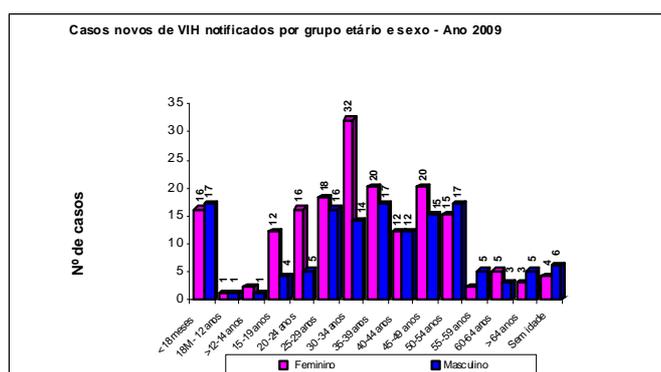
75% do total de todos os casos ocorridos desde 1986. Esta situação está intimamente ligada ao aumento dos postos de ADV e do acesso ao teste VIH.

Efectivamente, hoje o ADV é realizado em todas as Delegacias de Saúde e por algumas ONG (em permanência ou através de campanhas regulares nas comunidades) com intervenção na área de Saúde. Além disso, o número de testes realizados passou de 3.069, em 2002, para 19.304, em 2009.

A partir de 2004, os dados de notificação do MS indicam que a incidência da infecção nas mulheres ultrapassou a dos homens, situação que pode ser justificada pelo incremento do acesso das mulheres ao teste, através da PTV. Dos 319 novos casos notificados, em 2009, 138 eram do sexo masculino e 178 do sexo feminino. Outro aspecto a salientar, de acordo com esses dados, é o facto de, nos últimos 4 anos, a incidência parecer ter uma tendência estacionária nas mulheres, contrariamente ao que tem acontecido com a incidência nos homens, com uma tendência ascendente, no mesmo período.



Fonte : Relatório Estatístico de 2009 – Ministério da Saúde



Fonte : Relatório Estatístico de 2009 – Ministério da Saúde

Quanto à **evolução da mortalidade** por VIH-SIDA, convém dizer que O Relatório Estatístico de 2009, do MS, mostra que desde a introdução do TARV, em Dezembro de 2004, a taxa por 100 mil habitantes tem variado entre um valor mínimo de 9.5, em 2006, e um valor máximo de 14.5, em 2009. Contudo, apresenta uma tendência

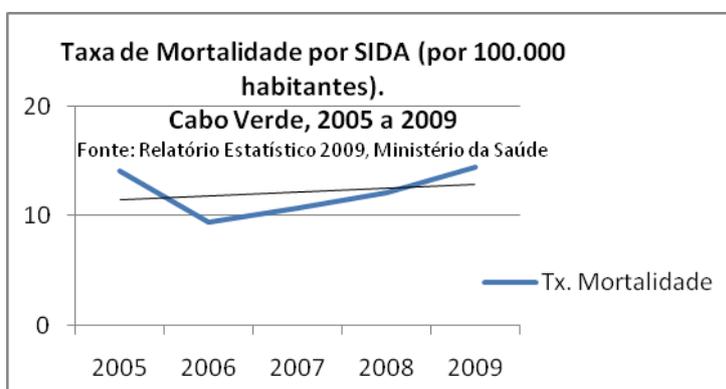
ascendente, conforme mostra o gráfico abaixo, apesar de uma redução de 14 para menos de 10 óbitos por 100 mil habitantes obtida em 2006.

No que respeita ao número absoluto de óbitos, a média anual de 2005 a 2009 é de 60, com um mínimo de 46 óbitos, em 2006, e um máximo de 74, em 2009.

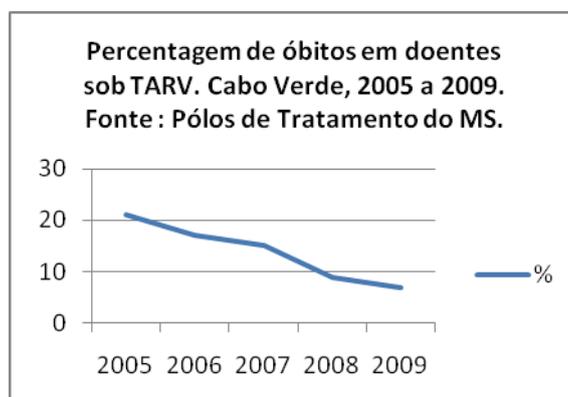
Evolução do número de óbitos por VIH-SIDA, 2005 a 2009

Ano	Nº de Óbitos
2005	67
2006	46
2007	53
2008	61
2009	74

Fonte : Relatório Estatístico 2009, Ministério da Saúde 2010



Por outro lado, se considerarmos a mortalidade no universo dos doentes em TARV, verificamos que a proporção de óbitos vem diminuindo, de ano para ano, e passou de 21%, em 2005, para 7%, em 2009, resultado francamente satisfatório que atesta a eficácia do TARV.



4. Os Determinantes da Epidemia

Em Cabo Verde, a dinâmica da epidemia VIH é condicionada por um conjunto de factores, de natureza variada que a seguir se destaca :

- A condição de país arquipelágico, com fracos recursos naturais, um desemprego importante (13,1%, INE 2010), migração e êxodo rural consideráveis e um nível de pobreza que atinge cerca de 20% dos cabo-verdianos (Índice de Pobreza em Cabo Verde, 2009). Essa situação é maior nos principais centros urbanos, onde se concentra a maioria dos pobres do país, e nas famílias chefiadas por mulheres, que representam 56.3% das famílias cabo verdianas (CEDAW, 2010).
- Algumas práticas sociais ainda reinantes, que constituem barreiras à SSR e à prevenção do VIH, tais como a poligamia de facto, a existência de vários parceiros sexuais, a dependência (económica) da mulher em relação ao homem e a posição não favorável de certos sectores religiosos, em relação ao uso dos métodos contraceptivos e do preservativo.
- O baixo nível de instrução que se regista nalgumas franjas populacionais, aliado a preconceitos sociais e culturais numa sociedade machista, constituindo um factor determinante de certos comportamentos sexuais, com reflexos negativos na SSR da população. Além disso, a gravidez na adolescência começa a ganhar proporções preocupantes no país (22,6%) (Relatório Estatístico do MS, 2009) e poderá representar uma ameaça acrescida no controlo da epidemia.
- Os fenómenos como migração e desenvolvimento do turismo têm permitido novas estratégias de sobrevivência, que podem aumentar a vulnerabilidade, face ao VIH, das populações afectadas.
- Os comportamentos de risco, crenças e mitos em relação à sexualidade, que ainda persistem, podendo facilitar a propagação da infecção, apesar da existência de uma elevada taxa de informação sobre o VIH-SIDA.
- A pobreza que pode constituir mais um factor de vulnerabilidade, nos grupos de maior risco face ao VIH.

Resumindo, podemos enumerar os principais elementos facilitadores de vulnerabilidade dos diversos grupos populacionais, em Cabo Verde:

- Relações desiguais de poder entre a mulher e o homem;
- O desemprego que atinge maioritariamente mulheres;
- Elevado número de mulheres chefes de famílias;
- As mulheres são mais afectadas pelo analfabetismo;
- Fraca capacidade de negociação do sexo seguro por parte das mulheres;
- Receio das raparigas em frequentar os SSR;
- Fraca implicação dos homens nas questões de SSR;
- Preocupante taxa de gravidez na adolescência;
- Menor taxa de utilização de preservativos nas mulheres nas relações com parceiros não regulares;
- Fraco engajamento dos homens ao ADV.

A par desses elementos, adionam-se como principais factores de risco face à infecção VIH, os ligados a práticas sexuais desprotegidas e, muitas vezes, em idades precoces, e ao consumo de álcool e drogas.

Com efeito, o inquérito APIS 2009 confirma que cerca de 38,5% de pessoas de 15-49 anos que tiveram parceiros não regulares, nos últimos 12 meses, não utilizaram preservativos na última relação sexual. Estima, igualmente, que 51,6% de homens e mulheres dos 15 aos 49 anos tiveram parceiros múltiplos nos últimos 12 meses, enquanto, somente, 20% de profissionais de sexo utilizaram preservativo com o último cliente.

Os dados do APIS 2009 confirmam que 32.4% de mulheres e 21.1 % de homens dos 15 aos 49 anos admitem não ter utilizado preservativos na última relação sexual com parceiros não regulares. A idade mediana da primeira relação sexual da população dos 15-49 anos é 16,7 anos para mulheres e 15.8 anos para os homens. Nos jovens dos 15-24 anos, é 16.2 para rapazes e 15.2 para raparigas.

5. Populações Vulneráveis e de Alto Risco

As populações vulneráveis e que apresentam riscos acrescidos face à infecção pelo VIH, em Cabo Verde, são: Usuários de drogas, Profissionais de Sexo, Homens que fazem Sexo com Homens, Crianças em Situação de Risco, Jovens Escolarizados e não Escolarizados e Populações Migrantes.

Apesar do II PENLS ter dispensado algum esforço no conhecimento e caracterização de alguns desses sub-grupos, continuam a existir lacunas importantes e mesmo ausência quase total de informações no seio de alguns deles, quanto à dinâmica da epidemia e à evolução dos factores determinantes da infecção.

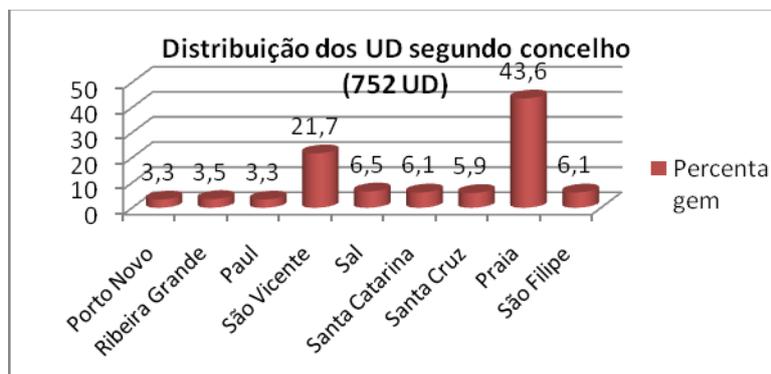
Usuários de drogas

O estudo da vulnerabilidade dos usuários de droga injectáveis (UDI) face às IST/VIH/SIDA (*Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco para o VIH-SIDA: Usuários de drogas injectáveis e profissionais de sexo, CCCD, 2005*) permitiu estimar, para os quatro concelhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal e Santa Catarina), 80 efectivos, dos quais 37 na Praia, 7 em Assomada, 21 em São Vicente e 15 no Sal.

Com efeito, os UDI representavam 6% do total dos UD (1348 indivíduos), segundo o mesmo estudo. As cadeias constituem, igualmente, sítios de concentração importante, destacando-se a cadeia da Praia com número significativo de afectivo dos UDI.

A par de uma maioria masculina, regista-se um número importante de profissionais do sexo UD, para as quais a dependência em relação ao consumo da droga constitui um motivo de entrada ou permanência no exercício da actividade (cerca de 120 jovens, contabilizados no Estudo como TPS).

No Estudo mais recente sobre a *Situação das Drogas em Cabo Verde e Sua Relação com o VIH/SIDA* (CCCD 2007) foram inquiridos 752 UD, a nível de diversas comunidades do país, recobrando nove municípios e cinco ilhas. O município da Praia com 43,6% de inquiridos e o de São Vicente com 21,7% são os com maior peso, a nível da amostra e onde se concentra a grande maioria do UD do país.



Fonte : Situação das Drogas em Cabo Verde e Sua Relação com o VIH/SIDA (CCCD 2007)

No que se refere aos UD que se encontram em instituições de tratamento, o inquirido recobriu 65 pessoas, nas Tendas do El-Shadai (44) e no Centro Terapêutico da Granja de São Filipe (21). Dos inquiridos a nível das comunidades, foi entrevistado um total de 90% de homens e 10% de mulheres. Já nas instituições de tratamento, do total de inquiridos, 93,8% são homens e 6,2% mulheres.

Esse estudo revela, ainda, que a situação do consumo de drogas em Cabo Verde é um fenómeno de maior incidência nos centros urbanos, embora não se possa negligenciar a presença nos meios rurais de Santiago e Fogo.

Os UD inquiridos são, na sua grande maioria, jovens: 62,7% dos inquiridos têm menos de 30 anos (9,5% têm entre 7 e 12 anos; cerca de 78,7% menos de 20 anos; e 94,3% menos de 25 anos). Apenas 6,2% têm mais de 40 anos e, aproximadamente, 88,9% dos mesmos são solteiros.

Quanto à utilização de drogas injectáveis, ela não é significativa entre os UD. Apenas 4% são UDI, com maior concentração em São Vicente (46,7%), estando, ainda, presentes em mais três dos 9 municípios inquiridos: Praia, Santa Catarina (20%) e Sal (13,3%).

De uma forma geral, os UDI são jovens: 70,3% têm menos de 24 anos e 50% encontram-se na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Não existem UDI com idade superior a 35 anos. De acordo com o Estudo, cerca de 67% dos UDI já partilharam seringas, sendo 13,3% quase sempre ou frequentemente. Um terço dos UDI afirmam nunca partilhar seringas e 80% diz ter procedido à limpeza das seringas antes da sua utilização.

Relativamente ao nível de conhecimento dos UDI, segundo o mesmo estudo, a quase totalidade (99,7%) já ouviu falar do VIH/SIDA e tem um nível elevado de conhecimento dos meios de transmissão. Com efeito, 99,4% afirmam que a transmissão acontece por relação sexual (genital ou anal), pela partilha de seringas (90,4%), usando agulhas/seringas não esterilizadas (86,5%), através de objectos cortantes infectados (85,5%), transfusão sanguínea não segura (77,8%). De igual modo, o nível de conhecimento da transmissão por via vertical, isto é, de mãe para filhos é razoável, ultrapassando, em média, os 55%.

De igual modo é elevada (95,1%) a percentagem dos que sabem e/ou já ouviram falar de formas de evitar a contaminação. Com efeito, para 92,6%, usar o preservativo constitui uma forma adequada de evitar a contaminação. De igual modo, 92,5% pensam que não compartilhar agulhas e seringas constitui uma forma adequada e 85,5% afirmam que ter um único parceiro também é seguro. De notar que para 50% a abstinência sexual constitui um meio eficaz de evitar a transmissão.

Dos UD inquiridos, 64,5% nunca fizeram teste de despistagem do VIH/SIDA, situação muito preocupante. Dos que fizeram, 85,3% são homens e 14,3% mulheres.

Profissionais do Sexo

Os dados existentes sobre as TPS são os constantes no *“Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco para o VIH-SIDA: Usuários de drogas injectáveis e profissionais de sexo”*, CCCD, 2005”, acima referido.

Destacam-se no perfil dos TPS a precocidade da entrada na profissão, em particular em São Vicente. A grande maioria dos TPS é jovem, com idade compreendida entre os 15 e 25 anos, maioritariamente mulheres solteiras, que vivem sozinhas ou separadas do companheiro e têm 2 a 3 filhos. Das poucas TPS casadas ou com companheiro, a quase totalidade tem um cônjuge usuário de drogas ou de álcool, sem que elas consumam.

Nos 4 domínios visitados, somente o do Sal apresenta TPS homens e mulheres de outras nacionalidades (17 TPS mulheres e meia dúzia de TPS homens de países africanos da costa ocidental).

Na caracterização dos tipos de TPS destaca-se que um número elevado é prestador não oficial, ou seja, que não é reconhecido como TPS, nem se auto-reconhece ou se assume como tal. Geralmente, exerce essa actividade como fonte complementar de rendimento (a maioria exerce outra actividade profissional paralela, nomeadamente doméstica, vendedeira ambulante, ou rabidante, servidora de bar e restaurante ou empregada).

Um segundo tipo de TPS descrita no estudo é representado pelas prestadoras ambulantes assumidas que, embora sem reivindicar de forma formal o seu estatuto, o expõe, através dos seus modos de recrutamento de clientes em espaços e formatos reconhecíveis (bares, boates, discotecas, entre outros sítios de concentração).

Um terceiro tipo de TPS é identificado entre os utilizadores de droga (UD). Os integrantes desse tipo, no geral, são apontados como tendo entrado na prática devido à necessidade de aquisição de drogas. Embora os UD-TPS não se configurem como uma tipologia diferente, do ponto de vista das modalidades de exercício da profissão, devem ser destacadas devido às especificidades próprias, que configuram uma vulnerabilidade acrescida.

Representam cerca de 13% do efectivo total identificado, com variações que vão de 12,5%, na Praia, a 16%, em São Vicente e no Sal. Em termos absolutos, corresponde a 63 UD-TPS mulheres, na Praia, 38, em São Vicente e 13, no Sal, contabilizando a Praia a maior concentração de TPS que são também UD.

Homens que fazem sexo com homens

Não existem estudos sobre a homossexualidade em Cabo Verde. O que se sabe é que circulam em diversos micro universos sociais, familiares, afectivos e de amizade gays, homens que fazem sexo com homens (HSH).

Contudo, há uma necessidade evidente de conhecer esse sub-grupo, com vista à sua caracterização em termos sócio-comportamentais e serológica. A aproximação nesse grupo específico é difícil, mas o certo é que nas principais cidades do país, os HSH, gradualmente, começam a assumir as suas relações.

Segundo o estudo da CCCD-2007, é o uso frequente de drogas na prisão e a alta taxa de relações sexuais não protegidas (98,6%), particularmente a anal, no seio dos UD, situação que aumenta a vulnerabilidade desse subgrupo e dos HSH.

Tem, também, havido iniciativas de pesquisa, a nível das universidades, para conhecer esse grupo, não só pela sua orientação sexual como também pela prática de sexo comercial, como vem acontecendo nas ilhas de maior vocação turística.

Essas iniciativas reconhecem que, de um modo geral, os homoafectivos são estigmatizados pela população e pela sociedade, o que constitui o principal obstáculo a uma (auto) assumpção pública, reconhecimento social e organização enquanto movimento, pelo que as suas manifestações sociais são de repressão e de auto repressão, vinculada, nos valores moralistas da religião, que actuam enquanto “modelador” de opiniões de massa dos cabo-verdianos.

Crianças em situação de risco

O estudo sobre “A Vulnerabilidade das crianças em Cabo Verde” de 2007 permite constatar que embora as vulnerabilidades das crianças e adolescentes em Cabo Verde transcendam o quadro da pobreza, as situações de maiores riscos estão estritamente associados à precariedade socioeconómica.

O “Estudo da situação de vulnerabilidade das crianças em situação de rua face às IST/VIH/SIDA” (ICCA) – 2005, também, apontou para a existência de uma correlação entre o abandono da escola, o trabalho infantil e a situação de rua. Nos espaços mais urbanizados do país (Praia, Mindelo e Sal), em que há maiores proximidades

geográficas entre ricos e pobres, a par de uma desigualdade económica gritante, os incentivos da rua e a pressão no sentido do abandono da casa são particularmente intensos.

O mesmo estudo indica uma forte correlação entre o abandono da escola e o abandono da casa. Das 663 crianças em situação de rua quase metade era de crianças numa relação irregular ou inexistente com a escola. Considerando os três maiores espaços de exposição de crianças a situações de risco, assinalados no estudo, foram encontradas 184 crianças de rua e 479 crianças que vivenciam situações permanentes de risco na rua, sem serem propriamente de rua.

Se em 2005, na cidade da Praia, foram encontradas 307 crianças em situação de rua, em 2009, o banco de dados do ICCA aponta para apenas 160 crianças em situação de rua. A redução indica uma intensificação do trabalho de protecção social dos organismos do Estado, das organizações da sociedade civil e das famílias. Mas as causas mais estruturais que levam a múltiplas formas de situação de rua continuam a produzir os seus efeitos.

Um primeiro estudo sobre exploração e abuso sexual foi realizado em 2002. Foram constatados 112 casos de violência sexual praticada contra menores nas cidades do Mindelo e da Praia, entre 1995 e 2000 (80 casos na cidade da Praia e 32 no Mindelo). De acordo com o mesmo, as raparigas foram as mais atingidas, representando cerca de 94,6% do total.

O novo estudo de 2005 constata que, entre 2002 e 2003, o número de casos de violação sexual mais do que duplica e que 98% das vítimas registadas, nesses anos, ainda são meninas.

Jovens escolarizados e não escolarizados

O único estudo sobre a “Saúde e Estilos de Vida de Adolescentes do Ensino Secundário Caboverdiano” foi realizado em 2005 (AZM) e incidiu sobre um universo de 1.540 adolescentes, com uma média de idade de 14.9 anos, divididos em três grupos: 13 - 13.99 anos (42.6%); 14 - 15.99 anos (23.9%); e 16 anos e + anos (33.5%).

Frequentam o 8º (60.3%) e 10º anos (39.7%) de escolaridade do ensino público, distribuídos por 17 escolas e cinco ilhas (Santiago, Fogo, Santo Antão, São Vicente e Sal), mas uma grande maioria vive no seio de famílias com baixo rendimento, apesar de mais da metade dos pais terem emprego.

Verificou-se, por outro lado, que mais da metade das mães não têm emprego e mais de dois quintos destas procuram emprego. Cerca de um quinto dos jovens inquiridos não vê, não conhece ou não sabe do pai. Por outro lado, a maior parte dos pais e mães tem o ensino básico, incompleto, mas que de forma geral são as mães que apresentam a escolaridade mais baixa.

Esse estudo mostra que o uso de tabaco pelos adolescentes não é significativo. A grande maioria dos 13 e 15 anos (71,2% e 62,2%, respectivamente) não fuma, assim como nega ter experimentado o álcool, o que acontece mais com os rapazes e os jovens mais velhos.

A experimentação e o consumo de drogas ilícitas não se mostra importante nessa faixa etária, sendo a padjinha e o chá de barbiaca as mais utilizadas. A maioria refere ter experimentado aos catorze anos e as substâncias mais consumidas são lícitas.

A grande maioria dos inquiridos mora com a mãe e cerca de metade com o pai, não se encontraram diferenças significativas entre os rapazes e as raparigas em relação ao morar com o pai e com a mãe, nas diferentes idades.

No que concerne à sua sexualidade, pouco mais da metade dos adolescentes negou ter tido relações sexuais, embora exista um importante percentual com vida sexual activa. Os rapazes têm mais relações do que as raparigas, acontecendo o mesmo com os jovens mais velhos.

A maior parte iniciou as relações sexuais a partir dos 13 anos e uma boa parte foi aos 11. De uma forma geral, têm conhecimento dos métodos contraceptivos mais comuns, mas demonstram preferência pelos preservativos, especialmente as raparigas e os jovens mais velhos, seguido de pílula e do coito interrompido.

Entre os que já tiveram relações sexuais, a grande maioria afirma ter utilizado como método contraceptivo o preservativo, seguido pela pílula e uma minoria refere ter usado o coito interrompido.

Ainda assim, revelaram bons conhecimentos e um grau de informação muito aceitável sobre o modo de propagação do VIH-SIDA, persistindo, contudo, grande ignorância quanto à transmissão através da relação homossexual não protegida.

Contudo, nos últimos anos, registou-se, em todo o país, um aumento significativo da taxa de gravidez na adolescência, em maior escala no meio rural (São Domingos, São Nicolau e Santo Antão). Num universo de 11.557 grávidas estimadas, em 2009, as jovens 15-19 anos representaram uma taxa 22,6% e as menores de 15 anos 0,6%, o que permite concluir que a utilização de métodos contraceptivos ainda não atingiu o nível desejado nessa faixa etária (Relatório Estatístico 2009, MS).

Populações Migrantes

A população migrante constitui um dos factores de vulnerabilidade num país com forte tradição de emigração. A deslocação contínua das populações em direcção a outros países de onde os homens, muitas vezes, regressam infectados, contribuiu para a disseminação do VIH na população feminina, mas também em direcção aos centros urbanos, pela suas maiores oportunidades de emprego, onde também a vulnerabilidade e prevalência é muito maior.

A migração passou, igualmente, a direccionar-se para as ilhas turísticas devido a oportunidades de empregos no sector. Estas têm sido portas para novas vulnerabilidades, ao mesmo tempo que se regista o aumento da prostituição e consumo de álcool e drogas.

Cabo Verde passou, também, a receber imigrantes provenientes da costa ocidental africana e da China, de Portugal, o que facilita a disseminação de contactos, a prostituição e a oferta de serviços sexuais.

6. Impacto do VIH-SIDA

De 1987 a 2009, os serviços de saúde notificaram um total cumulativo de infecção VIH e SIDA de 2 888 pessoas, das quais 1 314 do sexo masculino, 1 470 do sexo feminino e 57 sem especificação de sexo. Desse número, 45% desenvolveram a doença, ou seja, 688 homens, 595 mulheres e 5 não especificados.

O total cumulativo de óbitos por VIH-SIDA, até 31 de Dezembro de 2009, cifrava-se em 727.

Apesar da baixa taxa de prevalência do VIH-SIDA em Cabo Verde, o seu impacto tem sido visível na sociedade, em geral, no Serviço Nacional de saúde, nas famílias afectadas e nos indivíduos infectados. Com efeito, o facto de o Estado garantir o acesso universal e gratuito aos meios de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados à população, em geral, às PVVIH e seus familiares, em particular, constitui um esforço financeiro grande, no contexto do funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.

O Estado de Cabo Verde, consciente da necessidade de proteger os cabo-verdianos contra a ameaça do VIH-SIDA, desde muito cedo se preocupou em garantir os meios e recursos necessários para o combate ao VIH-SIDA. Em 2002, o governo obteve um crédito de dez milhões de dólares (USD), junto do Banco Mundial, para financiar um “Programa Multisectorial de Combate à SIDA”, tendo, igualmente, criado um quadro institucional multisectorial, o CCS-SIDA, presidido pelo Primeiro Ministro, para implementar esse programa.

No final de 2004, o governo de Cabo Verde decidiu pela introdução gratuita e universal dos antiretrovirais, materializando, assim, os anseios da sociedade cabo-verdiana, face ao tratamento dos doentes de SIDA. Em 2007, o governo obteve um crédito suplementar, junto Banco Mundial, no valor de cinco milhões de dólares (USD), para dar continuidade e consolidar as actividades de luta contra a SIDA.

Os esforços do governo e da sociedade civil cabo-verdiana, na procura de financiamento da luta contra a epidemia, foram coroados de êxito com a aprovação da proposta de Cabo Verde junto do Fundo Global, no valor de cerca de doze milhões de dólares, para cinco anos, já em implementação, para a prevenção e controlo da epidemia na população pobre do país.

O desenvolvimento da luta contra a SIDA trouxe implicações importantes no funcionamento do Serviço Nacional de Saúde. Assim, as estruturas de saúde passaram a prestar novos serviços, que exigiram a capacitação e a afectação de recursos humanos, para dar resposta às necessidades das PVVIH-SIDA, nomeadamente em termos de apoio médico, psicológico e social, etc., através das delegacias de saúde, em todos os concelhos do país.

Para as famílias, a perda de produtividade devido à doença poderá ser uma porta aberta à pobreza ao que se acrescem a diminuição da renda das famílias, os gastos com os cuidados dos doentes e a diminuição da qualidade de vida. Esta situação merece ser estudada e caracterizada, de forma a poderem ser perspectivadas medidas para a sua minimização.

Individualmente, uma pessoa infectada ou afectada sofre com o preconceito em relação à sua condição, o que resulta na necessidade das PVVIH enfrentarem situações de discriminação ou de estigma, tanto no seio da família, como na comunidade, espaço laboral e na sociedade em geral.

Mas essa pressão é maior para as mulheres que, para além de serem biologicamente mais vulneráveis, vêm os agregados por elas chefiados destruídos, em função da perda da capacidade de trabalho e de geração de renda.

Tratando-se de uma epidemia que atinge, sobretudo, jovens adultos e adultos com filhos pequenos, a SIDA afecta, também, jovens e crianças que, ao se tornarem órfãos, correm riscos sérios no seu desenvolvimento físico e mental.

Por outro lado, o acesso gratuito e universal a meios de prevenção, diagnóstico e tratamento, tais como aos preservativos, à ADV, à PTV, à segurança transfusional e ao TARV, trouxe ganhos consideráveis às PVVIH.

Por ser uma doença sem cura, a participação das instituições, da família, das ONG e da comunidade no combate ao VIH-SIDA tem sido uma fonte importante de apoio no tratamento dos seropositivos. O suporte psicossocial tem sido, igualmente, decisivo na melhoria e bem-estar não só dos portadores como das respectivas famílias e nas comunidades onde vivem.

A informação e o conhecimento que a população cabo-verdiana possui sobre a existência da epidemia têm, igualmente, ajudado no reforço da prevenção e na criação de um clima de maior aceitação das PVVIH, contribuindo, deste modo, para diminuir o preconceito, o estigma e a discriminação.

A criação de associações de apoio às PVVIH tem contribuído para o reforço das condições de vida e melhor integração dos infectados e afectados, para além de serem instrumentos de apoio, solidariedade e defesa dos direitos dos infectados e afectados,

dando um novo impulso a todo o trabalho que vem sendo realizado no enfrentamento da epidemia em Cabo Verde.

O reforço das capacidades e a formação das PVVIH, através de acções de capacitação e de apoios para o desenvolvimento de actividades geradoras de rendimento, têm sido factores integradores que conta com o engajamento de vários actores nacionais e internacionais.

O apoio a crianças e outros grupos em situação de vulnerabilidade ou de risco é outro factor de protecção para fazer face ao VIH-SIDA, para o que concorrem as estratégias de proximidade adoptados no II PENLS.

7. O engajamento dos actores efectivos e potenciais para a resposta nacional do VIH-SIDA

Ao engajamento político de altas individualidades do Estado, juntou-se a participação dos diversos Ministérios, de empresas públicas e privadas, bem como das organizações da sociedade civil, através de ONG e associações de desenvolvimento comunitário, tanto a nível central como local e comunitário, que garantiram as condições para que os portadores de VIH-SIDA de todo o país pudessem ter acesso aos meios de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados continuados.

O CCS-SIDA, presidido pelo Primeiro-Ministro, é o órgão de coordenação multisectorial da resposta ao VIH-SIDA.

O CCS-SIDA integra instituições provenientes da sociedade civil, do sector privado, organizações religiosas, e ainda por um conjunto de ministérios considerados chaves, como os da Saúde, Educação, Juventude, Agricultura, Forças Armadas, cuja finalidade essencial é propiciar uma ampla participação de todos os sectores da sociedade no combate ao VIH-SIDA.

O CCS-SIDA dispõe de um Secretariado Executivo, com funções executivas e é responsável pela gestão de recursos disponíveis e pela implementação do Programa Multisectorial de Luta contra a SIDA.

Foi criada, em 2007, no âmbito da submissão das propostas de Cabo Verde ao financiamento do Fundo Global para a SIDA, Tuberculose e Paludismo, a INC (Instância Nacional de Coordenação), presidida pelo Ministro da Saúde, como fórum multisectorial de coordenação, seguimento e avaliação da implementação dos programas financiados pelo Fundo.

A luta contra a SIDA em Cabo Verde tem contado com uma grande dinâmica participativa de todos os actores sociais, sejam públicos, privados ou da sociedade civil. Os Ministérios da Saúde, da Educação, da Juventude, entre outros, e as Câmaras Municipais destacam-se como os organismos do Estado que mais promoveram acções de luta contra a SIDA, no país.

8. Grupos-Alvos Prioritários do III PENLS

Para definir os principais grupos alvos a serem priorizados no III PENLS, é necessário levar em conta os domínios prioritários de intervenção do II PENLS, os respectivos destinatários e analisar os grupos de risco não abrangidos, no decurso da implementação desse plano. Além disso, importa considerar, nesta abordagem, o potencial preventivo face à infecção VIH, que os diferentes sub-grupos populacionais apresentam.

A análise da situação permite-nos observar que:

- O deficiente conhecimento da dinâmica da epidemia e dos factores determinantes da infecção VIH, com destaque para a situação da seroprevalência do VIH e dos aspectos comportamentais, em vários grupos vulneráveis, carece de aprofundamento;
- O conhecimento do perfil sócio-comportamental das PVVIH-SIDA é, ainda, insuficiente;
- A existência, no seio das grávidas, de uma franja de mulheres que não faz as consultas pré-natais, precisa ser estudada e uma actuação adequada para atenuá-la desenvolvida;
- Há grávidas seropositivas que não completa ou completa de forma deficiente o protocolo completo da PTV;
- Ainda se verificam casos de crianças nascidas de mães seropositivas “perdidas de vista”;
- O envolvimento dos homens nas consultas pré-natais e nas actividades da PTV é bastante menor, quando comparado com o das mulheres;
- Os grupos etários mais afectados pela infecção VIH são os dos 25-29 anos e 45-49 anos;
- Que há necessidade de um levantamento da situação de vulnerabilidade face ao VIH, no seio dos HSH, dos jovens não escolarizados e dos trabalhadores migrantes;
- Existe um conhecimento relativo da seroprevalência da infecção VIH nos UD/UDI.

Estas constatações permitem destacar os seguintes grupos-alvos como prioritários, para as intervenções de prevenção e combate à epidemia, durante a implementação III PENLS:

- **As PVVIH**, para efeitos de prevenção secundária, estudo de perfil, seguimento, de TARV e de prestação de cuidados continuados;
- **As mulheres**, com enfoque nas **grávidas**, para efeitos de prevenção primária, de ADV, da PTV, de seguimento e de apoios na aquisição dos substitutos do leite materno, e para as pertencentes aos **grupo etários dos 45 e mais anos**, para efeito de prevenção primária e de ADV;
- **Os jovens no geral**, para efeitos de prevenção primária face à infecção VIH, de ADV e de prevenção da gravidez precoce;
- **Os homens**, no geral, com vista à sua maior implicação nas acções de prevenção e controlo da epidemia, e os HSH, em particular, para efeito de conhecimento da distribuição geográfica, de prevenção primária, de caracterização serológica e socio-comportamental face à infecção VIH, de ADV e de maior implicação na luta contra a SIDA;
- **Os UD/UDI**, para efeito de prevenção primária e de ADV;
- **As TPS**, para efeito de caracterização serológica, de prevenção primária e de ADV;
- **A população migrante**, para efeito de prevenção primária, de caracterização serológica e socio-comportamental face à infecção VIH e de ADV;
- **Os reclusos** dado à sua vulnerabilidade face à infecção VIH, para efeito de prevenção primária e de ADV.

Capítulo III Análise da Resposta Nacional

Na análise da resposta nacional, iremos abranger as diferentes componentes da luta contra o VIH-SIDA no país, desde a prevenção, passando pelo diagnóstico, tratamento e apoio psicossocial, desenvolvimento institucional e gestão do Programa. Nessa análise, destacaremos os pontos fortes e fracos, identificaremos as áreas a serem consolidadas e reforçadas, bem como os desafios que deverão ser retomados e focalizados no III Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA.

As áreas prioritárias de intervenção identificadas no II Plano foram:

- I. Prevenção global da transmissão do VIH
- II. Qualidade de vida das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA
- III. Implicação dos sectores público, privado e sociedade civil
- IV. Gestão e Coordenação do PENLS

1. Prevenção global da transmissão do VIH

A estratégia multisectorial e descentralizada implementada permitiu o desenvolvimento de acções de IEC, para a mudança de comportamentos, com alcance a toda a população cabo-verdiana, como comprovam alguns indicadores de conhecimento e socio-comportamentais. Contudo, regista-se um défice de intervenções de proximidade, junto de populações mais vulneráveis e de maior risco face à infecção VIH, que precisa ser melhorada.

Na implementação das actividades de prevenção, participaram ministérios, câmaras municipais, empresas, ONG e associações, tanto a nível central, como municipal. Como metodologias de intervenção foram utilizados a rádio, a televisão, vídeos, cartazes, folhetos, outdoors, promoção de actividades nos grandes festivais a nível dos municípios e nas actividades desportivas, distribuição de T-shirts, palestras, distribuição e vendas de preservativos por várias entidades públicas e privadas e da sociedade civil.

Transmissão sexual

As estratégias foram orientadas para o acesso à informação e a todos os meios de prevenção. A maior parte das acções de prevenção da transmissão sexual incidiu sobre a sensibilização e IEC para que as pessoas pudessem adoptar atitudes e comportamentos sãos, principalmente nas relações interpessoais.

As mensagens difundidas, nos últimos anos, foram sobre a prática de relações sexuais seguras, através da utilização do preservativo, o retardamento do início da vida sexual

dos jovens e a diminuição do número de parceiros sexuais, ao que se junta a mobilização social para a realização do diagnóstico precoce.

Foram disponibilizados apoios para a montagem de equipamentos, materiais consumíveis, testes e reagentes, bem como recursos humanos para os Centros de ADV, a nível central e descentralizado.

Foram, também, elaborados os procedimentos básicos e directrizes de aconselhamento, o Regulamento para o funcionamento dos Centros de ADV e o Manual de Aconselhamento.

Centenas de técnicos do Ministério da Saúde e das ONG foram capacitados nesta matéria, quer para a PTV, quer para o ADV, incluindo a comunicação de resultados de testes, abarcando os técnicos das Delegacias de Saúde, da Saúde Reprodutiva, Banco de Sangue, Laboratório VIH, Pediatria, Maternidade e Medicina.

Os serviços de ADV foram reforçados, a partir de 2008, com a oferta, pela VERDEFAM, de serviços mais próximos da população, através dos seus centros "CIN-Saúde,, nas cidades da Praia, do Mindelo, do Tarrafal, de São Filipe (Fogo) e de Espargos (Sal), e de brigadas móveis que se deslocam às comunidades e bairros, com boa adesão das populações.

Destacam-se, ainda, iniciativas viradas para jovens, adolescentes e grupos com comportamento de risco, designadamente os UD, UDI e PTS, muito pouco conhecidos até agora. Com base numa estratégia nacional, a vertente IEC permitiu a sensibilização de toda a população de Cabo Verde sobre o VIH e modos de transmissão, a formação de milhares de activistas, voluntários e técnicos de prevenção para a promoção de informação nos locais de residência, nos locais de trabalho, para além da multiplicação de informações para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Actividades de IEC, de sensibilização e de promoção e marketing social do preservativo foram desenvolvidas em todos os concelhos atingindo jovens e idosos, adultos, homens e mulheres, escolarizados e não escolarizados, residentes nos meios urbanos e rurais. Nelas participaram o SE do CCS-SIDA, o CNDS, diversos ministérios, empresas públicas e privadas, para além de organizações da sociedade civil, ONG e associações, tanto a nível central como comunitário.

Com o envolvimento dos meios de comunicação social e de massas, foram utilizados vários suportes e metodologias de intervenção, destacando-se as rádios nacionais, comerciais e comunitárias, as estações televisivas, para além da divulgação de brindes, produtos informativos impressos e campanhas de sensibilização em festivais municipais e actividades desportivas.

As escolas cabo-verdianas, em todos os níveis de ensino, estiveram comprometidas na luta contra o VIH-SIDA, sobretudo através da introdução transversal de conteúdos sobre o VIH-SIDA nos curricula escolares e nas participações nas comemorações do Dia Mundial de Luta contra a SIDA.

Todas as 22 Câmaras Municipais realizaram campanhas regulares de prevenção do VIH-SIDA, bem como o desenvolvimento de actividades no âmbito das festividades do Dia do Município e pelos festivais de música, com distribuição de cartazes, desdobráveis e preservativos e campanhas de prevenção incluindo a despistagem de VIH, em parceria com as Delegacias de Saúde dos respectivos concelhos.

Pontos Fortes:

- 99,8% dos cabo-verdianos declaram ter acesso à informação sobre o VIH;
- Alta taxa de utilização do preservativo masculino (rapazes : 82.9% dos 15-19 anos e por 75.4% dos 20-24 anos; (raparigas : 77.6% e 60.1%, nos mesmos grupos etários;
- Acesso e disponibilidade ao preservativo em todos os concelhos (nas estruturas de saúde, CEJ, CIJ, ONG, estabelecimentos comerciais, etc.);
- Acesso gratuito ao ADV, para o VIH, em todos os concelhos;
- Aumento em vezes do acesso ao teste, de 2002 a 2009;

Pontos Fracos:

- Inequidade de acesso aos serviços/cuidados provocada pela dispersão geográfica;
- Quebra nas acções de sensibilização, sobretudo nas de massa, nos últimos dois anos por falta de financiamento e de recursos;
- Deficiente implementação das técnicas para a mudança de comportamento, nomeadamente formação de pares e comunicação interpessoal;
- Mensagens de prevenção mais orientadas para o público em geral e menos direccionadas para públicos segmentados;
- Dificuldades de aceitação do preservativo feminino, devido a deficiências nas acções de sua promoção;
- Deficiente implementação de estratégias para a mobilização do sector privado, a partir das Câmaras de Comércio e dos sindicatos, com vista à prevenção e controlo da epidemia nos locais de trabalho;
- Deficiente implementação da estratégia de educação pelos pares a nível das Escolas Secundárias, por falhas na mobilização e engajamento dos diferentes actores implicados;

- Insuficiente conhecimento da dinâmica da epidemia a nível dos grupos vulneráveis e em situação de risco;
- Deficiente disponibilidade de dados sobre as outras IST, devido à fragilidade dos serviços de bioestatística, nas diferentes estruturas de saúde.

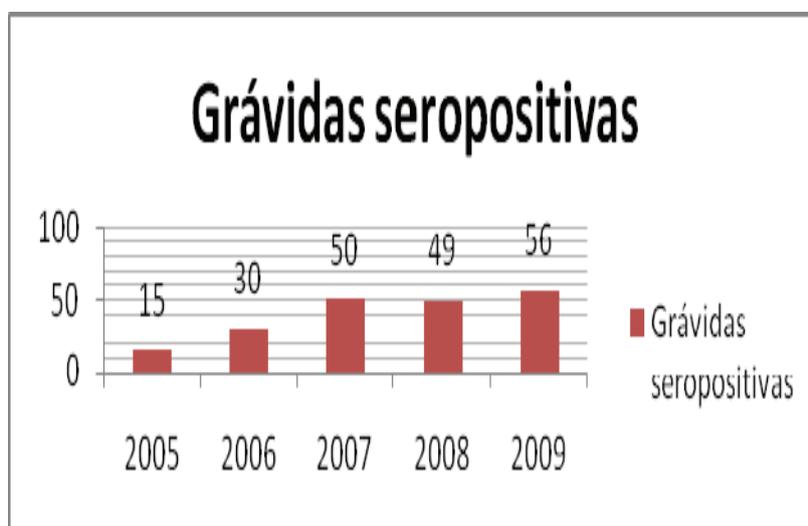
Transmissão vertical

A prevenção da transmissão vertical teve início, em 2005, com a formação de pessoal, a criação de serviços de PTV a nível dos SSR e a elaboração do respectivo protocolo. Em termos de acesso ao aconselhamento e despistagem de VIH, por parte das grávidas, o número de testes efectuados passou de 1.156, em 2005, para 9.206, em 2009, sendo a cobertura de grávidas com TARV para PTV de 61% (APIS-2009).

O número de grávidas atendidas nas consultas pré-natais evoluiu de acordo com as tendências que se pode constatar no gráfico em baixo.

O número de grávidas seropositivas tem evoluído em função do número de testes aplicados nesse grupo, tendo sido, nos últimos 3 anos, detectado à volta de 50 casos/ano.

As grávidas seropositivas fazem a PTV e são seguidas até ao parto, de acordo com o protocolo existente. As crianças nascidas de mães seropositivas são seguidas, pelo menos, até aos 18 meses, para se definir o seu estatuto serológico e se decidir a conduta de seguimento a ser estabelecida.



Fonte : PNSR, 2009

Apesar de uma taxa elevada de cobertura (cerca de 88% das grávidas tem acesso ao ADV, PNRS-2009), a PTV depara-se com dificuldades que têm a ver com falta de recursos humanos suficientes, condições de trabalho, algum abandono do tratamento, fraco envolvimento dos homens/maridos nas questões de PTV, o estigma e a discriminação por parte de familiares, serviços e comunidades e “perdas” de crianças nascidas de mães seropositivas, entre outros.

Pontos Fortes:

- Garantia de cuidados pré-natais às grávidas em todas as estruturas de saúde. A percentagem de grávidas que frequentaram uma consulta pré-natal foi de 88.4%, em 2009 (PNSR. 2009);
- Oferta de cuidados de saúde e seguimento a todas as crianças nascidas de mães seropositivas;
- Redução do número de crianças sob TARV em cerca de 70%, de 2005 a 2009.

Pontos Fracos:

- Existência de alguns casos de abandono de grávidas, sendo a maioria reintegrada no seguimento;
- Algumas deficiências nas condições de trabalho (meios informáticos, espaço apropriado, etc.) nos serviços de ADV;
- Resistência de grávidas seropositivas em informar os seus companheiros sobre a sua condição serológica;
- Fraca adesão dos homens com companheiras grávidas seropositivas ao ADV;
- Dificuldade de seguimento dos recém nascidos após 2/3 meses pós-parto, devido ao desinteresse das mães no acompanhamento junto dos serviços.

Transmissão Sanguínea

A prevenção da transmissão sanguínea do VIH e de outros agentes transmitidos pelo sangue tem merecido uma resposta positiva, desde o aparecimento do primeiro caso em 1986. A atenção tem sido focalizada na segurança transfusional e na promoção da doação voluntária de sangue.

A nível da segurança transfusional, o programa nacional de luta contra a SIDA garantiu que 100% do sangue recolhido, para efeito de transfusão fosse testado para VIH, Hepatites B e C e Sífilis. Além disso, a resposta neste domínio permitiu a capacitação de recursos humanos e o reforço da capacidade de resposta dos serviços de Banco de Sangue que passaram de 2 unidades para 5.

Foram desenvolvidas diversas campanhas de doação de sangue, com o aumento progressivo do número de doadores. Em algumas ilhas, já existem clubes de doadores ou estão a ser preparadas a sua criação, mantendo-se o desafio de estender a mobilização social a todos os concelhos do país.

O Ministério da Saúde aprovou legislação que regula a política de gestão do sangue no país.

No entanto, existem, ainda, alguns constrangimentos a serem ultrapassadas, no contexto da biossegurança, relacionados com um défice de formação e sensibilização dos diferentes intervenientes que manuseiam o sangue, no sector público ou privado, ou trabalham numa situação facilitadora de contaminações através do sangue como são os barbeiros, os manicures e pedicures, etc.

Pontos Fortes

- Existência de um quadro legal claro que facilita a resposta nessa matéria;
- 100% do sangue recolhido submetido a testes de despistagem de VIH, Hepatite B e C, Sífilis);
- Existência de pessoal qualificado;
- Cerca de 70% de doadores benévolos.

Pontos Fracos

- Insuficiências de formação em biossegurança;
- Trabalho deficiente contra práticas que representam um risco de transmissão do VIH pela via sanguínea (salões de beleza, barbearias, etc.).

2.Melhoria da Qualidade de Vida das PVVIH

Tratamento, cuidados e apoios

O tratamento antiretroviral, TARV, foi introduzido em Cabo Verde em Dezembro de 2004, com impacto positivo na qualidade e esperança de vida das PVVIH. Dados dos Pólos Regionais de TARV confirmam que, em termos cumulativos, existem 1323 pessoas seropositivas avaliadas e inscritas no sistema de seguimento, das quais 611 já foram submetidos ao TARV (Relatório dos Pólos, 2009).

Segundo os dados disponíveis (Pólos de tratamento), 88.2% dos doentes em TARV continuam em tratamento 12 meses após o seu início, situação que pode ser considerada de satisfatória, mas, que deverá ser melhorada.

Graças à introdução do TARV, o índice de mortalidade, no universo dos doentes em tratamento, tem diminuído de ano para ano, tendo passado de 21%, em 2005, para 7%, em 2009.

O apoio psicossocial tem sido uma importante componente do programa nacional de luta contra o VIH-SIDA e tem contribuído para a mitigação do impacto da epidemia, junto das pessoas consideradas mais vulneráveis. Nesse quadro, centenas de pessoas, em todo o país, têm beneficiado de apoios variados consoante as suas necessidades.

No quadro das intervenções nesse domínio, têm sido beneficiadas 263 PVVIH e respectivas famílias, tendo sido prestado os seguintes serviços:

- Visitas ao domicílio;
- 36 PVVIH beneficiaram de apoio na melhoria de condições nas suas habitações;
- 118 apoiados com Actividades Geradoras de Rendimento (AGR);
- 301 com apoio nutricional; e
- 382 OEV (195 raparigas e 187 rapazes) com apoio para despesas escolares, transporte, alimentação e acompanhamento a domicílio.

Contudo, a resposta neste domínio é, ainda, insuficiente, pelo que deverá ser reforçada, de forma a aumentar o acesso de infectados e afectados, aos cuidados continuados, de acordo com os critérios estabelecidos.

Pontos Fortes

- Acesso gratuito e universal a medicamentos;
- Garantia de tratamento médico, medicamentoso e apoio psicossocial, através dos serviços públicos e das ONG;
- Quadros capacitados a nível da saúde e das ONG, para a prestação de cuidados às PVVIH;

Pontos Fracos

- Dificuldade na adesão ao TARV (cerca de 12% de pacientes não aderem ao TARV 12 meses após o seu início);
- Deficiências na gestão de stocks (medicamentos, testes, reagentes e consumíveis de laboratório);
- Dificuldade no apoio domiciliário às PVVIH;
- Insuficiências no apoio sócio-económico às PVVIH;
- Deficiente articulação/coordenação entre os diferentes actores no processo de prestação de cuidados e apoios às PVVIH.

3.Promoção de um Quadro Jurídico Favorável

O Parlamento cabo-verdiano aprovou, por unanimidade, a Lei nº 19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH. A mesma consagra os direitos à IEC/CMC em matéria de VIH-SIDA, as medidas de protecção e assistência, o teste de despistagem e aconselhamento, os serviços de saúde e assistência, a confidencialidade, os actos discriminatórios e as disposições penais.

A sua divulgação inicial, em 2008, foi feita pela Rede Parlamentar para a População e Desenvolvimento, em parceria com o CCS-SIDA, nos concelhos da Praia, S.Filipe e S. Vicente. Nesse ano, foi realizada uma campanha nacional de divulgação dessa lei em todo o território nacional, atingindo, assim, diversos grupos-alvo, incluindo dirigentes de instituições públicas e da sociedade civil.

Contudo, a lei carece, ainda, de regulamentação pelo Governo, como manda o seu artigo 34º, bem como de uma mais ampla divulgação em todo o país. De igual modo, não foram regulamentadas as leis de mecenato para a área da saúde e de incentivo para o sector privado que emprega PVVIH, conforme previsto.

Pontos Fortes

- Aprovação da Lei nº 19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH;
- Realização da campanha de divulgação da lei.

Pontos Fracos

- Divulgação limitada da Lei nº 19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH;
- A não regulamentação da referida lei;
- A não aprovação da lei do mecenato para o sector da saúde;
- A não aprovação de incentivos às empresas que empreguem seropositivos.

4. Implicação dos Sectores Público, Privado e Sociedade Civil

Ministério da Saúde

O sector da saúde é considerado o mais importante na luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde. Lidera as actividades de diagnóstico, referência, tratamento, e acompanhamento médico e psicológico das PVVIH.

Nesse ministério funciona o Programa de Luta Contra a SIDA, a nível da DGS, dirigido por um coordenador. Para efeito de acesso ao tratamento integral, existem dois Pólos Regionais e multidisciplinares de tratamento e seguimento de doentes : um em Sotavento e outro em Barlavento. Em cada Pólo trabalha uma equipa responsável pelo TARV e outra pela PTV. Integra, ainda, os Pólos os responsáveis pelo Laboratório Elisa, Apoio Psicossocial, Farmácia e pelo tratamento e seguimento de crianças.

Nas Delegacias de Saúde existe um Ponto Focal pela PTV, integrado nos Serviços de Saúde Reprodutiva, que garante a supervisão, o seguimento e a referência das grávidas para a cesariana. Um segundo Ponto Focal assegura o seguimento e a referência de adultos e crianças.

O Ministério da Saúde, garante, pois, o acesso gratuito e universal ao aconselhamento e despistagem voluntária, à terapia das IO e ao TARV, bem como ao diagnóstico e tratamento das IST. O Ministério garante, ainda, a vigilância sentinela nas grávidas e integra a equipa para a vigilância de segunda geração.

Contudo, continuam, ainda, algumas lacunas que precisam ser resolvidas ou reforçadas, para uma melhor abordagem ao VIH-SIDA no país, nomeadamente, uma melhor vigilância à fármaco-resistência, o desenvolvimento de linhas de pesquisa para o VIH-SIDA, o melhoramento do sistema de seguimento e avaliação das acções de saúde e uma melhor articulação na abordagem Tuberculose/VIH, por parte dos respectivos Programas, a nível do sector da saúde.

Desde Dezembro 2004, altura da introdução dos TARV, as estruturas de saúde, em todo o país, já fizeram a avaliação de 1.323 indivíduos, atingindo uma cobertura de 73.5%, em 2009.

A segurança transfusional vem sendo assegurada desde o início da epidemia, através da despistagem de todo o sangue recolhido pelos bancos de sangue.

O apoio psicossocial no sector da saúde está disponível em todas as delegacias de saúde, por intermédio de psicólogos, enfermeiros, técnicos sociais e outros profissionais especificamente formados, e contempla as PVVIH e famílias afectadas, com vista a uma melhor qualidade de vida, através de uma resposta integrada que contribui para reduzir o impacto da epidemia sobre o indivíduo e para a promoção da justiça e coesão social.

Para garantir o bem-estar das PVVIH-SIDA, cada grupo terapêutico é integrado por uma assistente social e um psicólogo. De 2008 a 2009, com as medidas tomadas com o apoio psicossocial, tem havido avanços na qualidade de vida das PVVIH-SIDA, através de:

- (i) Mudança na percepção da doença entre os pais;
- (ii) Aumento da auto-estima;
- (iii) Recuperação da noção do futuro e desenvolvimento de projetos de vida;
- (iv) Aliança terapêutica e expectativa de vida.

Pontos Fortes

- Organização e funcionamento regular dos Pólos de tratamento ARV;
- Gratuidade dos serviços;
- Existência de pessoal qualificado nos diferentes níveis de decisão e de prestação;
- Garantia da segurança transfusional;
- Existência de cuidados continuados às PVVIH, mas que precisam ser reforçados.

Pontos Fracos

- Insuficiência de recursos humanos para a gestão do Programa de Luta contra a Sida no Ministério da Saúde;
- Ruptura de stock de reagentes e medicamentos, causada pela forte demanda e insuficiências no sistema de planeamento;
- Dificuldade no seguimento dos recém nascidos de mães seropositivas;
- Fragilidades nos apoios sociais aos seropositivos (mais pacientes, mais apoios);
- Constrangimentos na realização de missões de supervisão a diversos níveis das estruturas de saúde;
- Falta de intervenções específicas de prevenção primária, para os grupos de risco (a menos que sejam pacientes);
- Deficiente articulação intra Ministério da Saúde, nas questões ligadas ao VIH-SIDA;
- Deficiente articulação entre a saúde e outros sectores implicados na prevenção e controlo da epidemia;

- Deficiências no Sistema de informação ligado ao programa.

Outros Sectores Públicos

Em todos os ministérios foram criadas unidades sectoriais de luta contra o VIH-SIDA ou designado um ponto focal. Cabem a essas entidades dirigir e coordenar os trabalhos nos departamentos governamentais, para além de se constituírem em porta-voz dessas instituições perante o CCS-SIDA.

Todos os departamentos governamentais foram dotados, de acordo com o seu peso na luta contra a SIDA, ou de uma Unidade Sectorial de Luta Contra a SIDA ou de um Ponto Focal.

De 2006 a 2010, as áreas governamentais que mais se destacaram foram da Educação, Juventude, Transportes, Infra-estruturas, Agricultura, Solidariedade Social e Família, que implementaram dezenas de projectos de luta contra a SIDA, com relevância para os virados para acções de sensibilização dos seus funcionários. O sector turístico também mereceu atenção através da formação de vários agentes turísticos nas ilhas do Sal, Boa Vista e Fogo.

Ministério da Educação

O Ministério da Educação tem sido um sector chave, pelo contributo que vem dando na adopção de comportamentos sexuais de menor riscos e na educação dos jovens para a vida activa. Os currículas escolares integram, de uma forma geral, a temática VIH-SIDA, tanto no ensino básico, como no secundário.

Uma experiência piloto decorre já em dezasseis escolas do país, para testar a revisão dos conteúdos introduzidos desde 2008 – 2009 e dois gabinetes EIO funcionam nos liceus da Praia e da Assomada, dedicando-se à informação e orientação dos alunos, em espaço escolar, com base na educação de pares.

Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos

engajou-se no combate à SIDA, através da mobilização social dos jovens, para a prevenção da infecção e acesso ao ADV. Todos os Centros de Juventude realizaram actividades de formação, mobilização social e IEC para a mudança de comportamento, através de estratégias fixas e móveis. O apoio psicológico, aconselhamento e orientação, também, têm sido ofertas garantidas aos jovens dos diversos concelhos.

A participação dos jovens foi ainda enquadrada pela **Federação Cabo-verdiana da Juventude** que, através das Ligas Juvenis existentes, desenvolveu actividades em vários concelhos, promovendo acções de sensibilização, formação e informação, em articulação com a Direcção-geral da Juventude e os Centros da Juventude.

Na área da infância, destaca-se o papel desempenhado pelo **Instituto Cabo-verdiano para a Criança e Adolescente** (ICCA) cuja tarefa centrou-se no atendimento de crianças em situação de vulnerabilidade e de risco, dispondo para o efeito de espaços próprios em S. Filipe e em Santa Cruz, para atendimento de crianças.

No domínio de apoio social, a **Direcção-geral de Solidariedade Social** promoveu actividades dirigidas às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, designadamente as PVVIH e a órfãos e crianças vulneráveis.

Ministério das Finanças

Este departamento governamental, manteve uma permanente implicação na luta contra a SIDA desenvolvendo acções de sensibilização, prevenção e formação tanto dos funcionários como dos seus utentes, destacando-se a produção de agendas anuais, brindes e produtos informativos, a realização de concursos e palestras sobre o VIH-SIDA.

Ministério de Desenvolvimento Rural

Nesta área, as acções incidiram sobre a sensibilização em relação ao VIH e as IST, acompanhadas da mobilização social nas comunidades rurais, capacitação de técnicos do Ministério, disponibilização de preservativos, etc.

Ministério da Justiça

Este ministério, através da CCCD, realizou em 2007, o Estudo sobre a Situação de consumo de Drogas e sua relação com o VIH-SIDA, que recomendou a elaboração de um plano de acção de prevenção e de consumo de drogas nas cadeias.

A **Polícia Nacional** tem contribuído nesta luta, através da acções de sensibilização dirigidas aos polícias que frequentam no Centro de Formação Daniel Monteiro, bem como na promoção de IEC nas diversas coroporações e da promoção de preservativos.

As **Forças Armadas** têm participado nas acções de prevenção e promoção do preservativo. Nas três regiões militares de todo o país, têm assegurado a vigilância epidemiológica e socio-comportamental dos efectivos e acções visando a prevenção e redução do VIH e de outras IST nos quartéis e para familiares dos mesmos.

Nos seus planos de actividades, as **Câmaras Municipais** preconizaram, para o sector da protecção ou da acção social, acções de apoio às populações vulneráveis e grupos de risco, incluindo às PVVIH-SIDA. Todavia, não tem sido dada continuidade às acções de elaboração de planos específicos de luta contra a SIDA a nível municipal, mas as edilidades têm um ponto focal para a luta contra a SIDA e tem apoiado as PVVIH-SIDA em situação de vulnerabilidade com apoios diversos: habitação social, leite substituto, cestas básicas, apoio escolar, AGR, entre outros.

Pontos Fortes

- Vontade política para o engajamento na luta contra a SIDA;
- Existência de estruturas desconcentradas como saúde, educação e outras que actuam localmente;

Pontos Fracos

- Fraca actividade desenvolvida na maior parte dos ministérios na luta contra a SIDA;
- Fraca disponibilidade dos Pontos Focais para a implementação dos planos sectoriais de luta contra a SIDA;
- Não continuidade à elaboração de planos municipais de luta contra a SIDA;
- Mobilidade dos Pontos Focais designados;
- Comités municipais inoperantes, por dificuldades no financiamento de seu funcionamento, após o término do financiamento do Banco Mundial, em 2008;

Sociedade civil

O envolvimento dos actores da sociedade civil, ONG e associações de desenvolvimento comunitário, foi o que mais se destacou durante a vigência do II PENLS e que permitiu uma execução descentralizada e de forma participativa, restituindo aos beneficiários o papel de actores e agentes, num processo que se pretende sustentado e sustentável. Praticamente, todas as organizações da sociedade civil, a nível nacional ou local, investiram em acções de mobilização social, de IEC de proximidade e apoio psicossocial.

Desde 2008, as actividades de maior peso ocorrem no âmbito das actividades promocionais e de prevenção ao VIH, a nível das festas municipais, de campanhas públicas para o despiste voluntário e acções de IEC a nível comunitário. Contudo, acções importantes de apoio psicossocial foram implementadas, junto de infectados e afectados.

Neste contexto, as ONG que intervêm na área da infância, mulher e família, tiveram um papel de destaque.

Efectivamente, as principais acções desenvolvidas pelas ONGs foram :

- Intervenções nos domínios de IEC/CMC, através de acções de prevenção, de sensibilização comunitária, de aconselhamento, sessões de esclarecimento, feiras de saúde, formação de pares educadores e mobilização social, ADV e cuidados integrados;
- Apoio psicossocial aos infectados e afectados;
- Melhoria habitacional de PVVIH e nas actividades geradoras de rendimento (AGR);
- Criação de centros de dia, para acolhimento de PVVIH;
- Levantamento das necessidades dos órfãos de Cabo Verde;
- Apoio integrado a crianças órfãs e vulneráveis, incluindo propinas, transporte escolar, formação profissional, atribuição de cestas básicas e aquisição de material escolar;

- Intervenção destacada na formação em competências sociais de voluntários e acompanhamento de crianças vulneráveis;
- Actividades de reinserção social e apoio pedagógico a crianças em situação de vulnerabilidade ou com dificuldades;

Associações baseadas na fé e Confissões Religiosas

As **Cáritas Cabo-verdiana** tem tido presença activa na prevenção, através da formação contínua em IEC para a mudança de comportamento, reforço de competências em liderança, envolvendo, anualmente, cerca de 2.500 pessoas e 1.670 voluntários, respectivamente. Com o objectivo de facilitar o trabalho dos seus animadores e líderes comunitários, editou livros e desdobráveis sobre o combate ao VIH-SIDA. Também, atribui apoio alimentar a 40 famílias e 80 crianças todos os anos e cesta básica mensal a 30 seropositivos.

A **Liga do Nazareno** tem-se destacado pelas acções de IEC que realiza durante os acampamentos e retiros com os jovens. A intervenção desta ONG tem sido mais forte nos concelhos dos Mosteiros, São Filipe e Praia e nas ilhas de São Vicente e de Santo Antão.

Com presença forte na Praia, em Santa Cruz e no Fogo, várias têm sido as áreas de intervenção da **Igreja Adventista do Sétimo Dia**, que tem disponibilizado apoio psicossocial à PVVIH, designadamente atendimento psicológico, orientação e apoio nutricional, distribuição de cesta básica, melhoria habitacional. Na vertente IEC, produziu a peça de teatro “O enterro da Dona Sida”.

Pontos Fortes

- Grande engajamento das ONG e associações comunitárias no apoio à luta contra a SIDA;
- Capacidade institucional das ONG reforçada;

Pontos Fracos

- Forte dependência dos financiamentos externos à organização;
- Recursos humanos pouco qualificados no domínio do seguimento e avaliação;
- Fraca capacidade de desenvolver intervenções junto das populações de maior risco e estratégias de proximidade.

Pessoas que Vivem com o VIH

Os resultados alcançados na luta contra o VIH-SIDA tiveram como destinatário as PVVIH. Apesar regista-se pouca participação das PVVIH na planificação, implementação, seguimento e avaliação de intervenções a elas destinadas, facto que se fica a dever, em grande medida, ao receio de serem identificadas como

seropositivas. Em todo o país, as PVVIH foram capazes de criar três associações: Renascer, na Praia; Esperança em Santa Cruz; e Abraço em São Vicente.

Nos primeiros anos da implementação do Plano, a Associação Renascer teve uma presença dinâmica no cenário da luta contra o VIH, em articulação com o Instituto Cabo-verdiano de Solidariedade, e motivou um activismo efectivo das PVVIH, as primeiras que deram a cara pela causa. Há já sensivelmente dois anos, a Associação encontra-se praticamente inactiva, estando a ser envidados esforços para a sua eventual dinamização.

A Associação Esperança tem estado activa em Santa Cruz. A falta de meios com que se depara não a tem impedido de mobilizar apoios para os seropositivos mais necessitados do concelho e que se traduzem em acções de IEC/CMC, distribuição de preservativos e materiais informativos, capacitação/formação, distribuição de cesta básica, etc.

A Associação Abraço foi criada, em 2009, e tem como meta a instalação em sede própria e a promoção dos direitos dos infectados e afectados em São Vicente. Tem desenvolvido algumas actividades com o apoio da ONG Morabi.

De um modo geral, foram desenvolvidas acções para a melhoria da qualidade de vida dos infectados e afectados pelo VIH-SIDA; foram beneficiadas as PVVIH e respectivas famílias, através da melhoria das condições de habitabilidade, AGR, apoio nutricional, apoio para despesas escolares, transporte, alimentação e acompanhamento a domicílio.

Foram, ainda, apoiados 25 toxicodependentes, dos quais cinco seropositivos, que estiveram internados nas Tendas do El Shadai, com aconselhamento psicológico e AGR.

Sessões de aconselhamento e atendimento em IST-VIH-SIDA foram, igualmente, desenvolvidas para 175 profissionais de sexo, 50 reclusos, 90 órfãos e crianças em situação de vulnerabilidade.

Pontos Fortes

- 3 associações de PVVIH criadas;
- Apoios disponibilizados às PVVIH identificáveis e elegíveis;
- Início da intervenção nos grupos com comportamento de risco.

Pontos Fracos

- Fragilidades nas Associações de seropositivos;
- Recursos insuficientes para o funcionamento das associações existentes;

- Deficiente articulação de actores na prestação de apoios para as PVVIH;
- Dificuldade em promover acções nos grupos de risco.

Sector Privado

O engajamento do sector privado na luta contra o VIH era uma das grandes ambições do II Plano. Apesar da fraca implicação desse sector, registaram-se iniciativas engajadas de algumas empresas nacionais, designadamente a **Shell**, a **Telecom**, a **ASA**, alguns hotéis e residenciais, empresas de segurança, indústrias e empresas auto, entre outras. O objectivo foi o desenvolvimento de acções de IEC destinadas aos trabalhadores e utentes, com destaque para sensibilização, a promoção de preservativos e de ADV.

Pontos Fortes

- Engajamento de algumas empresas maiores e operadoras turísticas nacionais e estrangeiros na luta contra a SIDA, permitindo aos trabalhadores o acesso a meios de prevenção nos locais de trabalho.

Pontos Fracos

- Fraca capacidade de sustentação de actividades;
- Mobilidade dos Pontos Focais designados;
- Resistência à distribuição de preservativos em algumas empresas hoteleiras.

5. Gestão e Coordenação

O quadro institucional criado para a luta contra a SIDA em Cabo Verde funcionou normalmente.

Nos primeiros anos da implementação do Plano, o Comité de Coordenação de Combate à SIDA funcionou com regularidade.

O Secretariado Executivo desempenhou o seu papel, nos anos de implementação do II PENLS. Contudo, dificuldades de financiamento, desde Dezembro de 2008, comprometeram a implementação das intervenções programadas e até de projectos em curso, o que resultou numa quebra significativamente nas actividades desenvolvidas em todos os concelhos do país.

A nível descentralizado, os Comités Municipais de Luta Contra a SIDA funcionaram até finais de 2008, altura em que terminou o financiamento do Banco Mundial e parte de 2009 na finalização de projectos iniciados anteriormente. Até finais de 2008, asseguraram a coordenação das intervenções protagonizadas, principalmente, pelas

organizações da sociedade civil, designadamente ONG e associações (juvenis, comunitárias e de desenvolvimento).

Pontos Fortes

- A multisectorialidade é assumida e interiorizada por todos
- Engajamento substancial das diferentes instituições na luta contra a SIDA
- Forte mobilização social em torno das actividades de luta contra a SIDA
- Criação, a nível da Plataforma das ONG, de uma rede das OSC que intervêm na luta contra o VIH-SIDA.

Pontos Fracos

- Recursos insuficientes para o financiamento integral do PENLS II;
- Fraca capacidade de mobilização de recursos para financiamento das actividades a nível local;
- Não funcionamento da rede de OSC que intervêm na luta contra a SIDA, por falta de recursos e insuficiente engajamento dos seus promotores;
- Inexistência de planos operacionais de luta contra a SIDA, a nível municipal, desde 2009;
- Fraca partilha de informações estratégicas entre os parceiros;
- Não financiamento regular da estrutura de coordenação;
- Fraca cultura de seguimento, de avaliação e de resultados, por parte dos diferentes parceiros;
- Fraca sustentabilidade das intervenções de luta contra a SIDA.

6. Gestão de Informação Estratégica

A partilha da informação estratégica sempre representou um constrangimento importante, quer pela não disponibilização dos dados em tempo oportuno, para efeito de seguimento e avaliação, quer pela dificuldade constatada nessa partilha entre alguns sectores, quer, ainda, pelas dificuldades inerentes à inexistência de bases de dados fiáveis em alguns dos principais sectores. Esta situação tem limitado a capacidade de resposta aos compromissos assumidos com parceiros nacionais e internacionais, no domínio de seguimento e avaliação, na produção de relatórios, bem como na articulação que deve existir entre os parceiros, para a melhoria das respostas que visem a prestação de cuidados e apoios aos infectados e afectados pelo VIH-SIDA.

Contudo, alguns ganhos foram conseguidos nesse domínio e com a implementação do Programa financiado pelo Fundo Global, muitas dessas dificuldades estão sendo minimizadas.

Pontos Fortes

- Criação do site para a partilha de informações sobre o desenvolvimento da luta;
- Realização de reuniões de avaliação, das acções de luta contra a SIDA, entre os diferentes parceiros;
- Realização do I Inquérito APIS, em 2009;
- Disponibilização regular de dados epidemiológicos sobre o VIH-SIDA pelos SVE e pelo GEPC do Ministério da Saúde;
- Existência de uma base de dados sobre ARV, IO e sobre as “IST e o VIH”, mas que precisa ser alimentada de forma mais permanente.

Pontos Fracos

- Não funcionamento regular das reuniões de coordenação do CCS-SIDA;
- Défice no sistema de informação a nível do PLS;
- Atraso no tratamento e disponibilização de dados;
- Défice na recolha de dados epidemiológicos para os grupos de risco.

7. Mobilização de Recursos

No período 2006-2010, a luta contra a SIDA em Cabo Verde tinha um custo estimado de 24 milhões de USD, cuja maior parte deveria ser destinada à prevenção (com 74,5% do total), seguida da melhoria da qualidade de vida das PVVIH (21%).

Contudo, o país só pode obter o financiamento de 5 milhões de USD, ao abrigo de um acordo de crédito assinado a 17 de Janeiro de 2007, com o Banco Mundial, que vigorou até 31 de Dezembro de 2008 e que teve um prolongamento de seis meses, tendo o projecto sido encerrado em 30 de Junho de 2009.

Este facto condicionou a concretização das acções e actividades programadas para os cinco anos da vigência do II PENLS, uma vez que não foi possível financiar todos os projectos apresentados pelos diversos actores na luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde.

No âmbito do Programa, acções de parcerias foram, igualmente, desenvolvidas com outras instituições internacionais, nomeadamente o Sistema das Nações Unidas, através do UNICEF, da OMS e do FNUAP, a Cooperação Alemã, GTZ, através da AECID (Agência de Cooperação Espanhola), a CICT (Agência Brasileira de Cooperação, o BAD e o MCA, no âmbito dos trabalhos nas bacias hidrográficas e da construção das grandes infra-estruturas no país, respectivamente.

Em 2008, o Fundo Global para o VIH, a Malária e o Paludismo, aprovou a proposta de Cabo Verde “Programa Reforço da Prevenção do VIH-SIDA e Melhoria da Qualidade de Vida das PVVIH-SIDA e Populações Pobres de Cabo Verde”, no valor de 12 milhões de dólares para o período 2010-2015.

Pontos Fortes

- Mobilização de novas fontes de financiamento para a luta contra a SIDA: o Fundo Global, as Nações Unidas, a Embaixada dos Estados Unidos, a Cruz Vermelha Luxemburguesa, etc.;

Pontos Fracos

- Inexistência de um plano de mobilização de recursos.

Resumindo, a análise da resposta durante o II PENLS permitiu constatar um conjunto de insuficiências e de constrangimentos ao desenvolvimento da luta contra o VIH-SIDA no país.

Estas situações, que a seguir destacaremos, deverão ser enfatizados neste III Plano, de forma a que os objectivos globais do mesmo sejam alcançados, designadamente:

- As mensagens de prevenção não foram suficientemente dirigidas para sub-grupos populacionais e as particularidades sociais desses grupos o que têm dificultado um trabalho de IEC/CMC no seu seio;
- A estratégia de educação pelos pares a nível das Escolas Secundárias, como forma de alcançar os jovens escolarizados, não foi implementada na sua plenitude e só permitiu a criação de apenas dois gabinetes EIO (Liceu Cónego Jacinto e Escola Secundária Grand Duque Henri);
- A introdução do preservativo feminino foi muito tímida, persistindo, ainda, dificuldades na sua promoção e aceitação junto das mulheres elegíveis;
- As acções destinadas aos grupos vulneráveis não tiveram a consistência necessária, pelo que necessitam ser priorizadas e dinamizadas neste novo Plano;
- O envolvimento dos homens nas consultas pré-natais e nas acções de prevenção da transmissão vertical, tem sido insuficiente;

- Persiste, ainda, alguma dificuldade no seguimento grávidas sob PTV, bem como de seus recém-nascidos;
- A biossegurança ainda não tem merecido uma atenção devida por parte dos serviços responsáveis e de prestadores de serviços que impliquem procedimentos invasivos (barbeiros, cabeleireiras, manicure, pedicure, práticas de tatuagem, etc.);

Tratamento, cuidados e apoios

- Existem pacientes que apresentam dificuldades em seguir o TARV durante os doze primeiros meses (12%);
- Alguns médicos do Pólo Regional de Sotavento tem sobrecarga de pacientes;
- Constatam-se deficiências na gestão dos stocks (medicamentos, testes, reagentes e consumíveis de laboratório), por razões várias;
- O apoio domiciliário (psicossocial, nutricional e económico) às PVVIH e familiares, na perspectiva de cuidados continuados, ainda é insuficiente e necessita de mais recursos humanos e financeiros e de uma maior coordenação e articulação entre os parceiros prestadores desses serviços;

Promoção de um quadro jurídico favorável

- A regulamentação da lei sobre os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH e da lei sobre mecenato para o sector da saúde, não foi concretizado e a criação de incentivos às empresas que empreguem seropositivos, no contexto das recomendações internacionais, também, não foi feita, o que tem dificultado as acções preventivas de combate ao estigma e à discriminação.

Capítulo IV - Principais Desafios

Disponibilizar à população cabo-verdiana os instrumentos e meios necessários à prevenção da infecção VIH, através da promoção de estilos de vida saudáveis, do acesso à informação e de outros meios preventivos, continua a ser o principal desafio de Cabo Verde, no combate à SIDA. Além disso, o diagnóstico e o tratamento precoces de PVVIH, bem como a prestação de cuidados psicossociais, nutricional e apoio económico revelam-se como compromissos importantes deste Plano, como forma de prestar os cuidados necessários aos infectados e afectados.

Por outro lado, a epidemia que atinge o país seria de tipo concentrado, de acordo com os dados epidemiológicos disponíveis e, neste contexto, importa, pois, dispensar uma atenção redobrada aos sub-grupos populacionais de maior risco face à infecção VIH. Assim, os desafios, neste âmbito, consistem em envidar esforços, no sentido de uma melhor caracterização epidemiológica e sócio-comportamental desses sub-grupos vulneráveis, com vista a melhorar o conhecimento da dinâmica da epidemia e dos determinantes da infecção no seu seio.

Enquadram-se nesses sub-grupos mais vulneráveis a população pobre em geral, os UD, UDI, PTS, HSH, reclusos, população migrante, jovens escolarizados e não escolarizados.

Por outro lado, com base na análise da situação e da resposta ao VIH-SIDA, constata-se que a implementação do II Plano conseguiu manter ou levar para um patamar superior os principais indicadores de seguimento e avaliação, nos diferentes domínios de intervenção, colocando o país na situação de poder atingir os propósitos dos objectivos do milénio, no domínio do VIH-SIDA. Mas, nem todos os resultados esperados foram totalmente conseguidos, deixando áreas de intervenção a necessitar de uma focalização mais forte e inovador neste III Plano.

Assim, a consolidação dos resultados já conseguidos e a necessidade de superar as fraquezas identificadas e de focalização das intervenções em alguns domínios implicam alguns desafios importantes que a seguir se indicam :

- Melhoria do conhecimento da dinâmica da epidemia e dos factores determinantes da infecção VIH, no seio das populações vulneráveis (UD, UDI, PTS, HSM, reclusos, população migrante, jovens escolarizados e não escolarizados e população pobre em geral);
- Promoção de estilos de vida com menor risco, através de intervenções que potenciem mudanças comportamentais e o aumento da adesão à PTV, melhorando e consolidando os indicadores inerentes;

- Incremento do acesso ao ADV para o VIH, como forma de garantir um maior conhecimento do estatuto serológico da população e uma melhor monitorização da dinâmica da epidemia.
- Melhoria da qualidade dos serviços de tratamento e cuidados continuados (médicos, psicossociais, nutricional e apoio económico) a infectados e afectados, com destaque para os órfãos de SIDA e crianças vulneráveis, numa perspectiva descentralizada e partilhada;
- Consolidação de um ambiente ético e jurídicos adequados à luta contra a SIDA no país, que deverá passar pela regulamentação e divulgação da lei número 19/VII de 2007, que regula os aspectos ligados à Prevenção, Tratamento e Controlo do VIH, assim como pela regulamentação da lei do mecenato para o sector da saúde;
- Maior implicação dos ministérios e câmaras municipais e da sociedade civil em geral, incluindo o sector privado;
- Maior coordenação e a articulação de todos os actores, no respeito pelos “Three Ones”.
- Melhoria da articulação intra e inter-sectoriais, destacando-se o Ministério da Saúde, em relação ao qual esforços devem ser encetados, com vista a permitir uma melhor coordenação interna e partilha, com os actores identificados, de informação considerada estratégica e necessária para a implementação das acções do Plano.
- Reforço da capacitação e a afectação de recursos humanos, a todos os níveis, de forma a criar uma cultura de seguimento e avaliação e a permitir a disponibilização e a partilha atempadas da informação estratégica, tendo em atenção os indicadores UNGASS, do Fundo Global, do Acesso Universal, identificados no Plano.
- Incremento de uma cultura de partilha efectiva da informação sobre a dinâmica dos financiamentos e sobre a utilização dos recursos financeiros, no seio dos diferentes actores da luta contra a SIDA.
- Garantia de sustentabilidade progressiva no financiamento e processos de orçamentação dos programas e projectos de luta contra a SIDA no país.

Capítulo V – Orientações Estratégicas da Resposta ao VIH/SIDA para 2011-2015

1. O Compromisso

O **Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA** assume um conjunto de valores e princípios, propõe a partilha de uma visão, define orientações estratégicas e objectivos, e explicita um compromisso colectivo com o futuro, propondo o CCS-SIDA como instrumento de liderança na materialização dos seus propósitos, garantindo o respeito pelos princípios de **uma só política, uma só estrutura de coordenação e uma só estrutura de monitorização e avaliação**, defendidos pela ONUSIDA, a OMS e outros organismos internacionais relevantes no combate à SIDA.

Os Valores e Princípios

A filosofia que está na base da elaboração deste III Plano Nacional de Luta Contra a SIDA e que, igualmente, norteia a actuação do Comité de Coordenação do Combate à SIDA, na prossecução da sua missão, inspira-se nos valores e princípios expressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem e consagrados na Constituição da República.

Referimo-nos, especialmente, ao respeito pela dignidade da pessoa humana e pela diversidade, ao direito ao trabalho, à não discriminação (princípio da igualdade), ao bom nome e reputação, à reserva da vida privada e familiar, à liberdade e segurança e no direito à confidencialidade dos dados pessoais informatizados e, no caso específico da infecção pelo VIH, aos direitos sexuais e reprodutivos, aos direitos das minorias, dos migrantes, dos refugiados e das pessoas deslocadas. Nesta perspectiva Cabo Verde reconhece os princípios da igualdade de género e de equidade no acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados continuados.

Os princípios directores deste Plano, incluindo os projectos e acções que dele venham a decorrer, são:

Liderança

Um instrumento nacional que disponibiliza orientações na política e na prática da prevenção;

Responsabilidade

Sendo um compromisso, apela a que os diferentes intervenientes assumam, de forma partilhada, as suas responsabilidades perante o país;

Transparência

Exige que as suas actividades e financiamentos sejam claros para todas as entidades e parceiros e para a população em geral;

Eficácia

Assume a avaliação das suas acções com a finalidade de determinar o alcance da sua eficiência e efectividade e requer que os seus parceiros façam o mesmo;

Acção baseada na evidência

Baseia-se nas boas práticas que decorrem, em cada momento, do melhor conhecimento científico disponível e do estado da arte e sobre um conhecimento actualizado da dinâmica da infecção e dos resultados das intervenções implementadas em Cabo Verde;

Colaboração

Define um conjunto de orientações no âmbito da prevenção e controlo da infecção VIH que implica a colaboração a nível central, regional e local, nos sectores público, privado com e sem fins lucrativos, bem como a nível dos parceiros internacionais, sejam bilaterais, multilaterais;

Visão sistémica e integração

Pressupõe uma visão sistémica da intervenção e uma acção integrada aos diferentes níveis de necessidades: individuais, de grupos específicos, da sociedade em geral, preconizando uma metodologia de vertentes múltiplas para a prevenção da infecção;

Participação

Implica o recurso à metodologia participativa, com implicação de todos os intervenientes identificados, sobretudo das PVVIH, nas várias fases dos processos necessários à tomada de decisão (planificação, implementação e seguimento e avaliação);

Multisectorialidade

A metodologia participativa prevista no plano implica uma perspectiva multisectorial, onde os diferentes actores, públicos e da sociedade civil, são chamados a intervir nas acções de prevenção, diagnóstico e tratamento integral da doença, bem como de cuidados continuados e apoio social e económico aos infectados e afectados pela infecção VIH.

A Visão e o Objectivo Global

Cabo Verde comunga da visão da ONUSIDA para o combate ao VIH-SIDA, que preconiza um futuro com zero novas infecções pelo VIH, zero morte pela SIDA e zero discriminação às PVVIH-SIDA.

O Plano incorpora, ainda, para o horizonte de 2015, um objectivo global que prevê reduzir em 15% a percentagem da população infectada pelo VIH e o cumprimento dos objectivos de desenvolvimento do milénio, no domínio do VIH-SIDA.

Perspectiva um futuro em que a dinâmica da infecção esteja controlada e estejam assegurados os melhores tratamentos e cuidados às pessoas que vivem com a infecção e às suas famílias. Mais concretamente, a visão do III Plano prevê um tempo em que :

- I) As diferentes dimensões da infecção e seus determinantes serão melhor conhecidos, com destaque para a situação no seio dos sub-grupos populacionais de maior risco;
- II) As intervenções de todos os sectores da sociedade estarão mais clarificadas e serão coordenadas a nível nacional, numa perspectiva de eficácia, eficiência e efectividade;
- III) As rotinas dos serviços de saúde e das ONGs com vocação na área da saúde garantirão um diagnóstico precoce, referenciação e tratamento adequados;
- IV) As pessoas que vivem com a infecção terão acesso a cuidados continuados de qualidade e a apoio social, e verão os seus direitos respeitados, protegidos e promovidos, não sendo objecto de estigma ou discriminação, exercendo os seus direitos de participação activa na definição de políticas e programas de luta contra a SIDA, e no desenvolvimento do país.

A Missão

Na materialização desta visão, o CCS-SIDA apresenta-se como instrumento essencial para liderar e coordenar as intervenções de prevenção da infecção, nomeadamente :

- I) Promovendo a articulação dos esforços de todos os intervenientes, com particulares responsabilidades no Sector da Saúde;
- II) Promovendo a criação, a integração e a disponibilização do conhecimento sobre a infecção;
- III) Fomentando o desenvolvimento da intervenção da sociedade civil e suas organizações;
- IV) Monitorizando o esforço nacional e avaliando os seus resultados e
- V) Advogando a causa dos direitos humanos das pessoas que vivem com a infecção, nomeadamente no combate ao estigma e à discriminação e no acesso a cuidados de saúde de qualidade.

O envolvimento e o engajamento de todos os sectores da sociedade cabo-verdiana, com destaque para as pessoas que vivem com a infecção, serão promovidos de acordo com as boas práticas internacionalmente reconhecidas e adaptadas à realidade do país.

O Plano prevê, ainda, o desenvolvimento de programas operacionais sectoriais, no âmbito das linhas programáticas que define.

2.Eixos Estratégicos e Intervenções Prioritárias

No contexto da análise de situação e da resposta ao VIH-SIDA, decorrentes da implementação do Plano anterior e a partir dos desafios identificados, e, ainda, levando em consideração as principais linhas estratégicas de intervenção preconizadas pela ONUSIDA, pela OMS, pelo Fundo Global e outras instituições e organismos internacionais, no domínio do VIH-SIDA, o presente Plano Estratégico elege seis eixos estratégicos que orientarão as intervenções no combate à epidemia até 2015, com vista a garantir o acesso universal aos meios de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados, e a alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Os eixos 1, 5 e 6 são transversais e fornecem elementos fundamentais para garantir a visão estratégica, a coordenação e a articulação necessárias na implementação do Plano. O eixo 6 engloba as acções relativas ao reforço institucional, a diferentes níveis, bem como toda a capacitação de recursos humanos, nos sectores públicos e da sociedade civil, necessária para a implementação das diferentes estratégias de intervenção.

Eixos Estratégicos

1. Gestão da informação estratégica e Seguimento&Avaliação;
2. Prevenção da infecção e acesso ao diagnóstico;
3. Tratamento e cuidados continuados;
4. Promoção de um ambiente ético e jurídicos favoráveis;
5. Implicação e articulação multisectoriais;
6. Capacitação e Mobilização de Recursos.

3.Objectivos e Metas

O melhor conhecimento da dinâmica da epidemia, a prevenção primária da infecção VIH, direccionada à grande maioria dos cabo-verdianos, bem como o diagnóstico e o tratamento precoces, e os cuidados continuados às PVVIH são os propósitos fundamentais deste III Plano.

Para materializar a visão e o objectivo global do Plano e vencer os desafios identificados, foram fixados objectivos gerais e específicos e metas, enquadrados nos respectivos eixos de intervenção prioritários, como a seguir se indicam:

3.1. Objectivos

Eixo de Intervenção 1

Gestão da Informação Estratégica e Seguimento&Avaliação

Objectivo Geral 1.1. - Melhorar o conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infecção VIH, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

Objectivos específicos:

1. Assegurar a realização de estudos necessários, para melhor caracterização do perfil sócio-económico das PVVIH-SIDA em seguimento;
2. Assegurar a investigação sobre os aspectos clínicos, de mortalidade e de regularidade dos doentes em seguimento;

Objectivo Geral 1.2. - Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.

Objectivo específico:

1. Assegurar a realização de estudos epidemiológicos e comportamentais, de primeira e segunda gerações, e outros necessários ao sistema de seguimento e avaliação do Plano, ao melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e ao planeamento institucional e comunitário, no seio da população em geral e nos grupos vulneráveis em particular;

Eixo de Intervenção 2

Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

Objectivos específicos:

1. Aumentar a proporção de indivíduos que adoptam comportamentos preventivos face à infecção por VIH;
2. Prevenir a transmissão sexual do VIH e de outras IST;
3. Assegurar e reforçar a cobertura da PTV, de modo a diminuir a transmissão do VIH pela via materna;
4. Assegurar substitutos do leite materno a todas as crianças nascidas de mães seropositivas;
5. Assegurar e reforçar a segurança transfusional, de modo a prevenir a transmissão do VIH e de outros agentes transmitidos pela via sanguínea.

6. Prevenir a transmissão do VIH por exposição ao sangue.

Objectivo Geral 2.2. - Promover e aumentar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção VIH e das outras IST, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

Objectivos específicos :

1. Promover e aumentar o acesso da população em geral e dos grupos vulneráveis ao ADV;
2. Assegurar aos doentes de tuberculose o acesso ao ADV para o VIH;
3. Reforçar o acesso ao diagnóstico das outras IST, a nível das Delegacias de Saúde.

Eixo de Intervenção 3

Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.1. - Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVVIH-SIDA, assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados (médicos, nutricional e psicossocial)

Objectivos específicos:

1. Assegurar uma referenciação adequada dos seropositivos, com vista ao seu seguimento médico regular e à institucionalização de um tratamento ARV e IO atempado e adequado, de acordo com as normas definidas;
2. Aumentar o número de PVVIH e seus familiares que beneficiem de cuidados continuados, sejam médicos, psicológicos e nutricional, de modo a reforçar a atenção integral e a adesão ao tratamento.

Objectivo Geral 3.2. - Reforçar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, em especial no seio dos grupos com comportamentos de maior risco.

Objectivo específico:

1. Aumentar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, com destaque para os órfãos e mulheres chefes de família, de acordo com as normas de acesso estabelecidas.

Eixo de Intervenção 4

Promoção de um Ambiente Ético e Jurídico Favorável

Objectivo Geral 4. - Assegurar um ambiente ético e jurídico adequado ao desenvolvimento da luta contra a SIDA, prevenindo e combatendo o estigma e a discriminação e incentivando as entidades públicas e privadas a adoptar uma abordagem adequada às PVVIH.

Objectivos específicos:

1. Promover a regulamentação da lei nº19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre a protecção dos direitos das PVVIH, bem como a sua divulgação nos diferentes segmentos da sociedade cabo-verdiana;
2. Promover a criação de incentivos às empresas que empregam seropositivos, bem como a sua divulgação, no contexto da legislação laboral nacional e internacional;
3. Promover a regulamentação da lei do mecenato para a área da saúde.

Eixo de Intervenção 5

Implicação e Articulação Multisectoriais

Objectivo Geral 5. – Reforçar a coordenação e a articulação intra e inter-sectoriais (ministérios, câmaras municipais, sector privado e sociedade civil), com vista à criação de sinergias e multiplicação das acções de prevenção e controlo da epidemia.

Objectivos específicos:

1. Redinamizar o CCS-SIDA, enquanto órgão coordenador nacional do combate ao VIH-SIDA;
2. Melhorar a articulação do Ministério da Saúde com os demais parceiros, na perspectiva da implementação do Plano;
3. Consolidar a articulação entre os Programas PLS e PNLT, de modo a garantir o acesso dos doentes de tuberculose ao ADV do VIH e à sua referência adequada, junto dos serviços de saúde, para efeito de seguimento;
4. Garantir a participação efectiva das Câmaras Municipais e dos diferentes Ministérios, Institutos e Empresas Públicas, através da elaboração e implementação de planos operacionais de luta contra a SIDA;
5. Reactivar os comités municipais de luta contra a SIDA;
6. Reforçar o papel da Plataforma das ONG como entidade mobilizadora das organizações da sociedade civil (ONG e OBC), na implementação deste Plano;

7. Assegurar uma participação mais efectiva do sector privado na luta contra a SIDA.

Eixo de Intervenção 6

Capacitação e Mobilização de Recursos

Objectivo Geral 6.- Melhorar a capacidade institucional e garantir os recursos necessários para a implementação do Plano, assegurando uma cultura de seguimento e avaliação e melhores condições de eficácia, eficiência e efectividade, numa perspectiva de transparência e sustentabilidade.

Objectivos específicos:

1. Reforçar a capacitação e a afectação de recursos humanos necessários, de modo a permitir uma melhor implementação do Plano;
2. Incrementar uma cultura de racionalidade e de resultados, na gestão dos recursos, numa perspectiva de transparência, que implique uma partilha mais efectiva da informação sobre a dinâmica dos financiamentos e de utilização dos recursos financeiros;
3. Mobilizar recursos e garantir a sustentabilidade progressiva nos processos de financiamento e orçamentação das acções de luta contra a SIDA, de modo a garantir a sua perenização.

3.2. Metas

Eixo de Intervenção 1

Gestão da Informação Estratégica e Seguimento&Avaliação

Objectivo Geral 1.1. - Melhorar o conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infecção VIH, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

- Até 2013, o Ministério da Saúde disporá de informações sobre o impacto do TARV na sobrevivência dos doentes de SIDA e sobre o impacto da PTV;
- Até 2013, O Ministério da Saúde disporá de informações sobre o perfil clínico e sócio-económico das PVVIH, em especial dos perdidos de vista, no momento de sua re-entrada no sistema de seguimento;
- Até 2013, o CCS-SIDA disporá de informações actualizadas e necessárias sobre os efectivos, localização por concelhos e sobre os aspectos comportamentais

de risco face ao VIH, no seio dos grupos vulneráveis de maior risco (UD, UDI, PTS, HSH);

- Até 2013, o CCS-SIDA disporá de informações sobre o impacto do VIH-SIDA nos indivíduos, nas famílias e na sociedade cabo-verdiana.

Objectivo Geral 1.2. - Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.

- Até 2013, o CCS-SIDA terá as informações actualizadas sobre a seroprevalência do VIH e sobre a dinâmica da epidemia, na população em geral e nos grupos vulneráveis de maior risco (UD, UDI, PTS, HSH);
- Até 2015, assegurar o seguimento e a avaliação anuais dos indicadores de resultados previstos no Plano;
- Até 2013, realizar a avaliação a meio percurso do Plano;
- Em 2016, assegurar a avaliação do Plano.

Eixo de Intervenção 2

Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

População em geral

- Até 2015, aumentar de 74 para 80%, nos homens, e de 57 para 65%, nas mulheres, a utilização de preservativo nas relações sexuais com mais de um parceiro, nos últimos doze meses.
- Até 2015, aumentar de 70 para 80%, a percentagem da população que identifica correctamente 3 modos de prevenção da infecção VIH.

UD, UDI, PS e HSH

- Até 2015, aumentar em 25% a percentagem de homens e mulheres que utilizam preservativo nas relações sexuais com mais de um parceiro, nos últimos doze meses.

População em geral

- Até 2015, aumentar de 88% para 95% a percentagem de grávidas com acesso ao ADV para o VIH. (Baseline Relatório PNSR-2009).
- Até 2015, assegurar em 90% a percentagem de grávidas seropositivas seguidas pelos serviços de saúde que completaram o protocolo PTV.

UD, UDI, PS e HS

- Até 2015, assegurar em 100% o ADV, no seio das grávidas pertencentes a grupos vulneráveis, seguidas pelos serviços de saúde.
- Até 2015, assegurar em 100% a percentagem de grávidas seropositivas, pertencentes a grupos vulneráveis, seguidas pelos serviços de saúde, que completaram o protocolo PTV.
- Até 2015, assegurar o acesso a leite artificial ou outra alternativa de alimentação, a todas as crianças nascidas de mães soropositivas;
- Até 2015, manter em 100% a percentagem das unidades de sangue para transfusão testadas para o VIH, Hepatites B e C e Sífilis.
- Até 2015, aumentar de 83% para 100% a percentagem de sangue proveniente de doadores voluntários.
- Até 2015, assegurar em pelo menos 70%, a percentagem de doadores de sangue voluntários fidelizados.
- Até 2015, diminuir em 90% o número de casos de exposição acidental ao sangue.

Objectivo Geral 2.2. - Promover e aumentar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção VIH e das outras IST, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

População em geral

- Até 2015, diminuir de 46,5% para 31,5% a percentagem de PVVIH, em fase avançada da infecção, submetidas ao TARV;
- Até 2015, aumentar de 25,5% para 50%, a percentagem de homens e de mulheres, dos 15 – 49 anos, com acesso ao ADV e conhecimento do respectivo resultado. (Baseline APIS, 2009).

UD, UDI, PS e HSH

- Até 2015, assegurar em **95%** o ADV e o conhecimento do respectivo resultado, nas populações vulneráveis, seguidas pelos serviços de saúde.
- Até 2012, incrementar, em todas as Delegacias de Saúde, o acesso a consultas para diagnóstico das IST.
- Até 2015, assegurar em **80%** o acesso de doentes de tuberculose em seguimento ao ADV, para despistagem do VIH e a referência adequada dos detectados seropositivos.
- Até 2015, aumentar em 25% o número de postos de ADV, numa parceria entre o MS e as ONGs com vocação na área da saúde.

Eixo de Intervenção 3

Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.1. - Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVVIH assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados (médicos, nutricional e psicossocial)

- Até 2015, manter em 100% a percentagem de pacientes inscritos e seguidos pelas estruturas de saúde, com acesso ao TARV e ao tratamento das IO, com base nos critérios definidos.
- Até 2015, assegurar em 90% a percentagem de pacientes que permanecem em TARV, 12 meses após o início da terapia.
- Até 2012, consolidar o programa de apoio psicossocial e nutricional regular, na perspectiva de cuidados continuados de proximidade, no seio de todos os infectados e afectados pelo VIH, dando especial atenção aos órfãos de SIDA e crianças vulneráveis.

Objectivo Geral 3.2. - Reforçar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, em especial no seio dos grupos expostos a maior risco.

- Até 2015, apoiar 50% de crianças infectadas e afectadas, em especial as órfãs de SIDA e crianças vulneráveis (apoio escolar, e/ou formação profissional), de acordo com os critérios de acesso definidos.
- Até 2015, apoiar 50 % das PVVIH e familiares afectados com AGR, de acordo com os critérios de acesso definidos.

Eixo de Intervenção 4

Promoção de um Ambiente Ético e Jurídico Favorável

Objectivo Geral 4. - Assegurar um ambiente ético e jurídico adequado ao desenvolvimento da luta contra a SIDA, prevenindo e combatendo o estigma e a discriminação e incentivando as entidades públicas e privadas a adoptar uma abordagem adequada às PVVIH.

- Até 2015, aumentar de 24 % para 35%, a percentagem da população dos 15-49, que expressa atitude de aceitação das PVVIH.
- Até 2012, aprovar o documento de política nacional de luta contra a SIDA.
- Até 2013, promover a regulamentação da lei sobre a protecção dos direitos das PVVIH e sua respectiva divulgação.
- Até 2013, promover a regulamentação da lei do mecenato na área da saúde.

- Até 2013, promover a criação de incentivos às empresas que empregam seropositivos.

Eixo de Intervenção 5

Implicação e Articulação Multisectoriais

Objectivo Geral 5. – Reforçar a coordenação e a articulação intra e inter-sectoriais (ministérios, câmaras municipais, sector privado e sociedade civil), com vista à criação de sinergias e multiplicação das acções de prevenção e controlo da epidemia.

- Até 2015, realizar anualmente 100% das reuniões ordinárias do CCS-SIDA.
- Até 2015, realizar pelo menos dois encontros anuais entre o PLS e os diferentes parceiros envolvidos na prestação de cuidados continuados às PVVIH.
- Até 2015, consolidar a concertação permanente entre o PLS e o PNLT.
- Até 2012, 80% das Câmaras Municipais, dos Ministérios, Institutos e Empresas Públicas terão um plano operacional de prevenção e controlo da epidemia, decorrente deste Plano Estratégico.
- Até 2015, realizar, anualmente, pelo menos 80% das reuniões ordinárias dos Comités Municipais de Luta contra a SIDA.
- Até 2015, a Plataforma das ONG instituirá uma reunião anual de concertação entre todos os actores da sociedade civil com intervenção na luta contra a SIDA;
- Até 2013, assegurar o funcionamento da rede de associações que trabalham na prevenção e controlo da epidemia, através de pelo menos uma reunião anual.
- Até 2013, incrementar em 15% o número de empresas que desenvolvem acções de prevenção da epidemia.

Eixo de Intervenção 6

Capacitação e Mobilização de Recursos

Objectivo Geral 6.- Melhorar a capacidade institucional e garantir os recursos necessários para a implementação do Plano, assegurando uma cultura de seguimento e avaliação e melhores condições de eficácia, eficiência e efectividade, numa perspectiva de transparência e sustentabilidade.

- Até 2011, o CCS-SIDA terá feito a advocacia necessária junto do Ministério da Saúde e de todas as Câmaras Municipais, com vista ao reforço de pessoal para acompanhamento e apoio das PVVIH.
- Até 2012, identificar e formar pares, em todos os grupos vulneráveis seleccionados no Plano, para efeito de incremento de acções de prevenção e controlo da epidemia de proximidade.
- Até 2012, identificar e formar equipas mistas (Saúde, Câmaras Municipais, ONGs e pares), para intervenções de proximidade junto de PVVIH e familiares, com destaque para os infectados e afectados, no seio de populações vulneráveis.
- Até 2013, 80% dos principais parceiros públicos e da sociedade civil terão recebido uma formação no domínio de seguimento e avaliação.
- Até 2013, 80% dos principais parceiros públicos e da sociedade civil terão recebido uma formação no domínio da gestão sustentável de programas e projectos.
- Até 2011, o CCS-SIDA terá mobilizado o financiamento para o III Plano.

4. Estratégias e Áreas de Prestação de Serviços

Se nos dois Planos anteriores houve maior focalização das acções de prevenção e controlo da epidemia a nível da população em geral, neste novo Plano pretende-se uma abordagem mais direccionada, para as populações vulneráveis, sobretudo as que apresentam comportamentos de maior risco face ao VIH.

É neste contexto que, a partir de Abril de 2010, Cabo Verde começou a implementar o Programa “Reforço da Prevenção do VIH-SIDA e Melhoria da Qualidade de Vida das PVVIH-SIDA e Populações Pobres de Cabo Verde”, com o financiamento do Fundo Global. Esse Programa faz parte integrante deste III Plano.

Globalmente, as principais estratégias escolhidas neste Plano visam um melhor conhecimento da epidemia e dos seus factores determinantes, sobretudo no seio dos grupos vulneráveis, através de estudos e pesquisas, do reforço da capacidade institucional e de articulação entre diferentes actores, de modo a melhorar a coordenação e a partilha de informação estratégica, bem como da adopção de intervenções de proximidade, com enfoque nos pares educadores/mediadores de saúde, como forma de melhorar o conhecimento dos grupos vulneráveis de maior risco (UD, UDI, PTS, HSH).

Mais especificamente, o III PENLS preconiza as seguintes estratégias :

1. A realização de estudos epidemiológicos e sócio-comportamentais e investigação, para um melhor conhecimento da epidemia e dos seus factores determinantes;
2. A vigilância epidemiológica, para a monitorização da evolução da epidemia e dos seus factores determinantes;
3. Intervenções de proximidade com pares educadores/mediadores de saúde, para uma melhor penetração e conhecimento dos sub-grupos vulneráveis;
4. O reforço da IEC, para a mudança de comportamentos;
5. A promoção do preservativo, para a protecção do indivíduo da infecção VIH e de outras IST;
6. O reforço da PTV, para a diminuição da propagação do VIH de mãe para filho;
7. A segurança transfusional, para garantir sangue seguro a ser transfundido;
8. O reforço do ADV, para garantir o diagnóstico precoce da infecção, o seguimento oportuno dos doentes, com vista ao tratamento precoce, de acordo com as normas existentes;
9. A mobilização de recursos, para garantir apoio sócio-económico às PVVIH e seus familiares, de acordo com as normas de acesso definidas, e facilitar a adesão ao tratamento e a eficácia na abordagem ao doente de SIDA;
10. O reforço institucional, para melhorar a capacidade de resposta.

As estratégias acima referidas abarcam os seis eixos estratégicos de intervenção e serão materializadas, através das seguintes **áreas de prestação de serviços**:

Eixo de intervenção 1: Gestão da informação estratégica e Seguimento&Avaliação

- Vigilância epidemiológica de 1ª e 2ª gerações (biológica, comportamental e da fármaco-resistência);
- Estudos e investigação.
- Monitorização das acções

Eixo de intervenção 2: Prevenção da infecção e acesso ao diagnóstico

- IEC para a mudança de comportamento;
- Promoção do preservativo;
- Prevenção da transmissão vertical;
- Segurança transfusional e biossegurança;

- Aconselhamento e despistagem voluntária para o VIH e diagnóstico de outras IST.

Eixo de intervenção 3: Tratamento e cuidados continuados

- Tratamento ARV e IO;
- Acompanhamento psissocial, nutricional e apoio económico.

Eixo de intervenção 4: Promoção de um ambiente ético e jurídico favoráveis

- Promoção de leis e incentivos.

Eixo de intervenção 5: Implicação e articulação multisectoriais

- Coordenação e articulação.

Eixo de intervenção 6: Capacitação e Mobilização de Recursos

- Reforço Institucional;
- Mobilização de recursos financeiros.

5. Resultados Esperados

Os objectivos e as metas definidas neste Plano, permitem-nos perspectivar, no horizonte de 2015, os seguintes resultados qualitativos:

1. As diferentes dimensões da infecção e seus determinantes serão melhor conhecidos, sobretudo nos grupos de comportamentos de maior risco e na população pobre;
2. Os serviços de saúde e demais sectores públicos e as ONGs e empresas garantirão à população, em geral, e aos grupos vulneráveis, em particular, o acesso aos meios de prevenção da infecção VIH;
3. Os serviços de saúde e as ONGs com vocação na área da saúde garantirão um diagnóstico precoce, referência e tratamento adequados, bem como cuidados continuados de qualidade e apoio social às PPVIH e seus familiares;
4. As pessoas que vivem com a infecção verão os seus direitos respeitados, protegidos e promovidos, não sendo objecto de discriminação e exercendo os seus direitos de participação activa na definição de políticas e programas de luta contra a SIDA, e no desenvolvimento do país;
5. A participação e implicação dos sectores da sociedade estarão clarificadas, sendo as respectivas intervenções coordenadas a nível nacional, numa perspectiva de eficácia, eficiência e efectividade;

6. O CCS-SIDA exercerá a sua acção de coordenação e de influência, num ambiente de cultura de seguimento e avaliação, de resultados e de transparência, e os diferentes parceiros da luta contra a SIDA terão adoptado uma filosofia de sustentabilidade, nos seus processos de planificação das acções de prevenção e controlo da epidemia, com vista à perenização do combate ao VIH-SIDA no país.

Capítulo V - Plano de Acção por áreas de prestação de serviços

Plano de Acção por Áreas de Prestação de Serviço e Objectivos Específicos

Eixo de Intervenção 1

Gestão da Informação Estratégica e Seguimento&Avaliação

Objectivo Geral 1.1. - Melhorar o conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infecção VIH, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

Áreas de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	Responsável de Implementação/Parceiros
Estudos e investigação	Assegurar a realização de estudos necessários, para melhor caracterização do perfil sócio-económico das PVVIH-SIDA em seguimento	<ul style="list-style-type: none"> - Estudar o perfil das PVVIH (social, económico, estado civil, nível de instrução, etc.) - Estudar o perfil (social, económico, estado civil, nível de instrução, etc.) dos seropositivos pertencentes a grupos vulneráveis de maior risco (UD/UDI, TPS, HSH) - Elaborar os TDR e realizar estudo sobre o perfil sócio-económico das PVVIH em seguimento 	<ul style="list-style-type: none"> *SE do CCS-SIDA/PLS/Pólos de tratamento *SE do CCS-SIDA/PLS/Plataforma das ONG/Pólos de Tratamento/ Delegacias de Saúde *SE do CCS-SIDA *PLS/Pólos de Tratamento
	Assegurar a investigação sobre os aspectos clínicos, de mortalidade e	- Estudar o impacto do TARV na sobrevivência das PVVIH	<ul style="list-style-type: none"> *SE do CCS-SIDA *PLS /SE do CCS-SIDA /Pólos de Tratamento

	de regularidade dos doentes em seguimento;	<ul style="list-style-type: none"> - Estudar o tempo entre a identificação da infeção VIH e o desenvolvimento dos sintomas de SIDA - Estudar o perfil das PVVIH perdidos de vista, incluindo o estado clínico no momento de sua re-entrada no sistema de seguimento - Realizar estudos sobre a biologia do VIH - Realizar estudos sobre o perfil imunológico e virológico dos seropositivos - Estudar a distribuição das principais IST (sexo, idade, concelho de residência, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> *SE do CCS-SIDA *PLS/Pólos de Tratamento/Delegacias de Saúde *SE do CCS-SIDA *PLS/Pólos de Tratamento/Delegacias de Saúde *SE do CCS-SIDA *PLS/UNI-CV *SE do CCS-SIDA *PLS/UNI-CV *SE do CCS-SIDA *PLS/Delegacias de Saúde/Verdefam
--	--	--	--

Eixo de Intervenção 1

Gestão da Informação Estratégica e Seguimento&Avaliação

Objectivo Geral 1.2. - Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.

Áreas de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
<p>Estudos e Investigação</p>	<p>Assegurar a realização de estudos epidemiológicos e comportamentais, de primeira e segunda gerações, e outros necessários ao sistema de seguimento e avaliação do Plano, ao melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e ao planeamento institucional e comunitário, no seio da população em geral e nos grupos vulneráveis em particular</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar os TDR e realizar estudos para avaliar o impacto da PTV em Cabo Verde - Estudar o impacto sócio-económico do VIH-SIDA nos indivíduos, nas famílias e na sociedade cabo-verdiana - Estudar as causas da seropositividade nas mulheres idosas -Elaborar os TDR do IDSR III - Realizar o IDSR III - Realizar estudos APIS a cada dois anos - Realizar anualmente a vigilância sentinela nas grávidas 	<p>*SE do CCS-SIDA/PLS/SVE/ *SE do CCS-SIDA, Plataforma das ONG, Verdefam *PLS/ Pólos de tratamento/ SE do CCS-SIDA *SE do CCS-SIDA/ PLS **SE do CCS-SIDA/INE/SVE/PLS *INE/SVE/SE CCS-SIDA *PLS/DS</p>

<p>Vigilância Epidemiológica</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar as novas infeções por VIH detectadas e a incidência da SIDA - Monitorizar os dados referentes a doadores de sangue, no contexto da serovigilância - Assegurar a vigilância da fármaco-resistência -Elaborar os TDR e realizar o estudo de estimativa e mapeamento geográfico dos grupos de risco: UD/JDI, PTS e HSH - Elaborar os TDR e realizar o estudo sobre a seroprevalência do VIH a nível dos UD/JDI, dos TPS e dos HSH, a cada dois anos -Realisar a sero-vigilância nos militares, doentes hospitalizados e profissionais de saúde, a cada dois anos - Monitorizar a infeção por tuberculose, a nível dos seropositivos - Monitorizar a infeção VIH, a nível dos doentes com tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> *SE do CCS-SIDA/PLS/SVE/Pólos de Tratamento/ *SE do CCS-SIDA /PLS/Programa Controlo Sangue/Laboratório Nacional Referência * SE do CCS-SIDA /PLS/Pólos de Tratamento *SE do CCS-SIDA/ PLS/CCCD/ ICIEG/VerdeFam/Morabi/OMCV * SE do CCS-SIDA /PLS/SVE/ CCCD/ ICIEG/ VerdeFam/Morabi/OMCV/INE * PLS/SVE/DS/Hospitais/Forças Armadas * PLS/PNLT/ SVE/Pólos de tratamento *PNLT/PLS/ SVE/Pólos de tratamento
---	--	--	---

<p>Monitorização das Acções</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Realizar estudos de qualidade e de satisfação dos utentes em relação aos serviços prestados - Realizar a avaliação a meio percurso do PENLS - Promover a realização regular das reuniões do CCS-SIDA - Realizar encontros sectoriais regulares de seguimento e avaliação - Produzir relatórios trimestrais, semestrais e anuais de seguimento e avaliação -Preparar a realização das reuniões de avaliação a meio percurso e final do Plano 	<p>*SE do CCS-SIDA/ PLS/ Delegacias de Saúde</p> <p>*SE do CCS-SIDA/Plataforma/PLS e outros parceiros envolvidos</p> <p>*SE do CCS-SIDA</p> <p>*SE do CCS-SIDA e sectores</p> <p>*SE do CCS-SIDA/ /PLS/Plataforma das ONG/instituições parceiras</p> <p>*SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG e outros parceiros envolvidos</p>
--	--	--	---

Eixo de Intervenção 2
Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

Áreas de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
IEC/CMC	Aumentar a proporção de indivíduos que adoptam comportamentos preventivos face à infecção por VIH;	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar, divulgar e implementar uma estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamento - Elaborar materiais informativos e comunicativos para acções de IEC/CMC adaptados a públicos segmentados - Produzir e divulgar programas informativos nos diferentes órgãos de comunicação social, no âmbito da prestação de “serviço público” - Implementar campanhas temáticas nos órgãos de comunicação social sobre a prevenção, acesso ao diagnóstico e tratamento precoces e cuidados continuados - Elaborar e implementar 	<p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/ PLS/ Plataforma das ONG/Confissões Religiosas</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/PLS/ Plataforma das ONG/RS do Fundo Global/Confissões Religiosas</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/ /PLS/RTC/ ONG/Confissões Religiosas</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/PLS/ Confissões Religiosas</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/PLS/</p>

		<p>estratégias de implicação de homens nas acções preventivas, face ao VIH e outras IST</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criar espaços específicos para o acolhimento e orientação de jovens e adolescentes, para a promoção de estilos de vida saudáveis (SSR, CIJ, CEJ e EIO nas escolas secundárias e Instituições de Ensino Superior) 	<p>Plataforma das ONG/ RS do Fundo Global/Confissões Religiosas</p> <p>*SE CCS-SIDA/PLS/Centros de Saúde Reprodutiva/Ministério da Educação, DGEBS/ ES/CIJ, CEJ/IES/Associações Estudantis</p>
<p>Promoção do Uso do Preservativo</p>	<p>Prevenir a transmissão sexual do VIH e de outras IST;</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Assegurar a disponibilidade e a acessibilidade de preservativos a nível nacional, com destaque nos locais de trabalho - Promover a utilização do preservativo, no seio dos grupos vulneráveis de maior risco - Desenvolver e implementar uma estratégia nacional de promoção do preservativo feminino - Realizar campanhas de promoção de preservativos em espaços públicos, com destaque para os frequentados pelos jovens (boites, festivais, pubs, etc.) - Realizar campanhas públicas de sensibilização sobre a utilização de 	<p>*SE do CCS-SIDA/Ministério da Saúde/ PLS/ Ministérios/ ONG/empresas</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/Ministério da Saúde/ PLS/ Ministérios/empresas/ Plataforma das ONG/ RS do Fundo Global/ONG/ Associações das PVVIH</p> <p>* CNDS/SE do CCS-SIDA/PLS/ ICIEG/ONG/ Associações das PVVIH</p> <p>*CNDS/VerdeFam/Morabi/OMCV Associações das PVVIH/ CIJ/CEJ/ Associações juvenis</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/ PLS/ ONG/ órgãos de comunicação social</p>

<p>Prevenção da Transmissão Vertical</p>	<p>Assegurar e reforçar a cobertura da PTV, de modo a diminuir a transmissão do VIH pela via materna;</p>	<p>preservativos nos órgãos de comunicação social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantir o acesso universal das grávidas ao ADV - Sensibilizar as grávidas para o ADV, através dos agentes de saúde, de campanhas públicas e de ONG com vocação na área da saúde - Assegurar um sistema eficaz de referenciação e contra referenciação das grávidas seropositivas - Assegurar o TARV para as mães seropositivas - Consolidar e reforçar os mecanismos de seguimento das grávidas seropositivas e de crianças nascidas de mães seropositivas - Sensibilizar as grávidas seropositivas, no sentido de partilharem o seu estatuto serológico com os respectivos parceiros, para efeitos de prevenção secundária - Manter actualizada uma base de dados, para efeito de PTV 	<p>públicos, privados e comunitários</p> <ul style="list-style-type: none"> * SE do CCS-SIDA /PLS/Delegacias de Saúde/SSR/Hospitais/Centros de saúde * SE do CCS-SIDA /CNDS/PLS/Delegacias de Saúde/SSR/Hospitais/Centros de saúde/ONG/Órgãos de comunicação social * PLS/Hospitais/Delegacias de Saúde/SSR * SE do CCS-SIDA /DGF/PLS/Pólos/Delegacias de Saúde/SSR/SE CCS-SIDA * SE do CCS-SIDA /PLS/Pólos/Serviços de PTV/Serviços de Pediatria/Delegacias de Saúde/SSR/ONG femininas * PLS/Pólos/DS/SSR/CNDS/VerdeFam/Morabi/OMCV/Associações de PVVIH * PLS/Delegacias de Saúde/SSR
---	---	---	--

	<p>Assegurar substitutos do leite materno a todas as crianças nascidas de mães seropositivas;</p>	<p>- Assegurar cuidados continuados às grávidas seropositivas e a crianças nascidas de mães seropositivas com substitutos do leite materno e formas pediátricas de ARV, através de parcerias entre os Serviços de Saúde, ONG e Serviços Sociais das Câmaras Municipais</p> <p>- Introduzir a utilização de inibidores da lactogénese nas mães seropositivas</p>	<p>*SE CCS-SIDA/PLS/Hospitais/ Serviços de PTV/ Delegacias de Saúde/Serviços de Pediatria/RS do Fundo Global/ONG/Cáritas/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/Promoção Social/Associações de PVVIH</p> <p>*DGF/PLS/SE CCS-SIDA</p>
<p>Segurança Transfusional e Biossegurança</p>	<p>Assegurar e reforçar a segurança transfusional, de modo a prevenir a transmissão do VIH e de outros agentes transmitidos pela via sanguínea.</p> <p>Prevenir a transmissão do VIH por exposição ao sangue.</p>	<p>- Elaborar um programa de biossegurança nas estruturas de saúde</p> <p>- Criar comités locais de avaliação e seguimento de casos de exposição accidental ao sangue</p> <p>- Reforçar o controlo de qualidade externo nos laboratórios</p>	<p>*DGS/PLS/Rede Nacional de Laboratórios/ Delegacias de Saúde/Hospitais</p> <p>*PLS/Delegacias de Saúde/Hospitais</p> <p>*DGS/PLS/Laboratório Nacional de Referência/Entidades de controlo</p>

Eixo de Intervenção 2 Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.2. - Promover e aumentar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção VIH e das outras IST, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

Área de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
<p>Aconselhamento e despistagem voluntária para o VIH e diagnóstico de outras IST</p>	<p>Promover e aumentar o acesso da população em geral e dos grupos vulneráveis ao ADV;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a disponibilidade e o acesso aos testes de despistagem, em todas as estruturas de saúde, melhorando a gestão de stocks - Realizar campanhas públicas de sensibilização para a realização do ADV -Realizar campanhas específicas de sensibilização dos homens para o ADV -Realizar campanhas de sensibilização para o ADV, junto dos grupos vulneráveis - Implementar o pacote ADV em todo o país 	<p>Implementação/Parceiros</p> <p>* SE do CCS-SIDA /DGF/ PLS/DS Saúde/Hospitais/Centros de Saúde/SSR/ CinSaúde, VerdeFam/CEJ/SE CCS-SIDA</p> <p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/Delegacias de Saúde/ CIJ/CEJ/RS do Fundo Global/ CinSaúde, VerdeFam/ ONG/OCS</p> <p>*SE do CCS-SIDA/CNDS/PLS/DS/ONG/ICIEG e outras Instituições</p> <p>*CNDS/ONG/DS</p> <p>*PLS/Delegacias de Saúde/Hospitais/Centros de Saúde/ CinSaúde, VerdeFam e outras ONG</p>

		<p>- Criar mais possibilidades de acesso ao ADV, com a implicação dos serviços de saúde, de ONG e dos Centros de Juventude (campanhas, postos móveis, etc.), incluindo nos locais de trabalho, nas prisões, nas estruturas de saúde, etc.</p> <p>- Desenvolver e implementar estratégias específicas de comunicação para os grupos vulneráveis e de risco</p> <p>- Desenvolver e implementar estratégias de comunicação de proximidade: educação pelos pares; conversas comunitárias, mediadores locais de saúde, etc., para o ADV</p> <p>- Assegurar a implicação das PVVIH nas ações de ADV</p> <p>- Garantir controlo de qualidade interno e externo nos postos de ADV</p>	<p>* SE do CCS-SIDA /PLS/DS/Hospitais/ Centros de Saúde/DGAP/ CinSaúde, VerdeFam e outras ONG/CEJ/ Sindicatos/Empresas</p> <p>* CNDS/ONG/PLS/DS/CCCD/DGAP/ ICIEG</p> <p>* CNDS/ONG/OBC/PLS</p> <p>* CNDS/Associações de PVVIH</p> <p>* Rede Nacional Laboratórios/Laboratório Nacional de Referência/Hospitais/Delegacias</p>
	<p>Assegurar aos doentes de tuberculose o acesso ao ADV para o VIH;</p>	<p>- Assegurar o acesso ao ADV, para o VIH, dos doentes de tuberculose</p>	<p>* PLS/PNLT/DS</p>

	<p>Reforçar o acesso ao diagnóstico das outras IST, a nível das Delegacias de Saúde.</p>	<p>- Garantir diagnóstico laboratorial das IST, em todos os concelhos</p>	<p>* SE do CCS-SIDA /Rede Nacional Laboratórios/Laboratório Nacional de Referência/Hospitais/DS/PLS</p>
--	--	---	---

Eixo de Intervenção 3 Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.1. - Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVVIH-SIDA, assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados (médicos, nutricionais e psicossociais)

Áreas de Prestação Social	Objectivos Específicos	Ações	*Responsável de Implementação/Parceiros
Tratamento ARV e IO	Assegurar uma referência adequada dos seropositivos, com vista ao seu seguimento médico regular e à institucionalização de um tratamento ARV e IO atempado e adequado, de acordo com as normas definidas;	<ul style="list-style-type: none"> - Manter uma base de dados actualizada das PVVIH seguidas pelos Serviços -Utilizar as TIC para introduzir melhorias na referência e contra referência de pacientes - Garantir a disponibilização e a acessibilidade a um pacote de tratamento (ARV, IO e outras IST), em todas as Delegacias de Saúde/Centros de Saúde, incluindo Kit para tratamento de emergência às infecções adquiridas em estruturas de prestação - Rever os guias técnicos de tratamento - Manter um sistema de supervisão da qualidade do tratamento, incluindo a vigilância da carga viral, 	<ul style="list-style-type: none"> * PLS/Pólos/Delegacias de Saúde, SSR, RS * PLS/Pólos/Delegacias de Saúde/Hospitais/SSR * DGF/ PLS/ Pólos/ DS/CS/Hospitais/SSR/SE CCS-SIDA * SE do CCS-SIDA /DGS/PLS * PLS/Lab. Nacional Rferência

		<p>com vista a prevenir a fármaco-resistência</p> <p>-Assegurar uma boa gestão de stock de meios de acompanhamento laboratorial (CD4 e carga viral)</p> <p>-Atualizar as normas/regulamentos para a atribuição de apoios psicossociais</p> <p>- Realizar um mapeamento de todos as estruturas e actores que prestam cuidados continuados às PVVIH</p> <p>- Prestar apoio psicossocial e nutricional às PVVIH, de acordo com as normas de acesso definidas</p> <p>- Reforçar e consolidar o sistema nacional de apoio nutricional para as PVVIH;</p> <p>- Implicar as associações de PVVIH, as ONG e OBC na prestação de cuidados psicossociais</p> <p>- Reforçar a parceria entre as Delegacias de Saúde, os Serviços Sociais das Câmaras Municipais e as</p>	<p>* SE do CCS-SIDA /DGF/PLS/SE-CCS-SIDA</p> <p>* SE CCS-SIDA/Plataforma/PLS</p> <p>* SE CCS-SIDA/PLS/Plataforma das ONG/RS do Fundo Global</p> <p>* SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/DS, RS do Fundo Global/ONG/MJEDRH/ICCA/ Serviços Sociais das Câmaras/Municipais/ Empresas/ Casas comerciais</p> <p>* SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/Delegacias de Saúde/ RS do Fundo Global/Associações de PVVIH</p> <p>* SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/RS do Fundo Global e Associaçõesde PVVIH/ICIEG/Hospitais/PN/ONG/AMJ</p> <p>*DS/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/ONG que intervêm na luta contra a SIDA</p>
<p>Acompanhamento psicossocial, nutricional e apoio económico</p>	<p>Aumentar o número de PVVIH-SIDA e seus familiares que beneficiem de cuidados continuados, sejam médicos, psicológicos e nutricional, de modo a reforçar a atenção integral e a adesão ao tratamento</p>		

		<p>ONG, no seguimento integral das PVVIH, com destaque para os doentes em TARV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a criação de redes de entreatajuda para o apoio domiciliário das PVVIH - Manter actualizada a base de dados sobre os serviços prestados às PVVIH, para a partilha da informação entre os parceiros - Estabelecer e reforçar parcerias com as instituições de apoio/atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência baseada no género - Promover a integração dos infectados e afectados no sistema de previdência social, na base de critérios previamente definidos - Construir parcerias locais para cuidados continuados domiciliários 	<p>*DS/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/ONG que intervêm na luta contra a SIDA</p> <p>* SE do CCS-SIDA /DS/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/ONG que intervêm na luta contra a SIDA</p> <p>* CNDS/DS/Hospitais/ICIEG/ICCA/Polícias/AMJ/VerdeFam/OMCV/Morabi/REDEMEC</p> <p>*Ministério da Saúde/INPS/Centro Nacional de Pensões/Associações de PVVIH</p> <p>*DS/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/ONG que intervêm na luta contra a SIDA/OCB</p>
--	--	---	---

Eixo de Intervenção 3 Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.2. - Reforçar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, em especial no seio dos grupos com comportamentos de maior risco.

Área de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
<p>Acompanhamento psicossocial, nutricional e apoio económico</p>	<p>Aumentar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, com destaque para os órfãos e mulheres chefes de família, de acordo com as normas de acesso estabelecidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Criar uma base de dados das PVVIH vulneráveis economicamente, com vista a melhorar a prestação de serviços no seu seio - Apoiar as PVVIH em situação de vulnerabilidade, com outros medicamentos, além dos ARV e medicamentos para as IO - Construir parcerias para garantir apoios a crianças e órfãos em situação de vulnerabilidade e de risco (apoio nutricional, transporte escolar, pagamento de propinas, kits escolares, etc.) - Promover o desenvolvimento de actividades geradoras de rendimento para PVVIH, principalmente para mulheres pobres chefes-de-família 	<p>*SE-CCS-SIDA/Plataforma da ONG</p> <p>*DS/Hospitais/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/ONG que intervêm na luta contra a SIDA</p> <p>*SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/RS do Fundo Global/MJEDRH/ICCA/Serviços Sociais das Câmaras Municipais/FCS, FIF, ACRIDES</p> <p>*Plataforma das ONG/SE CCS-SIDA/MJEDRH / Serviços Sociais das Câmaras Municipais</p>

Eixo de Intervenção 4
Promoção de um Ambiente Ético e Jurídico Favorável

Objectivo Geral 4. - Assegurar um ambiente ético e jurídico adequado ao desenvolvimento da luta contra a SIDA, prevenindo e combatendo o estigma e a discriminação e incentivando as empresas numa abordagem adequada às PVVIH.

Área de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
Produção de leis e incentivos	Promover a regulamentação da lei nº19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre a protecção dos direitos das PVVIH, bem como a sua divulgação nos diferentes segmentos da sociedade cabo-verdiana;	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar campanhas públicas de divulgação da lei nº19/VII/2007, sobre a protecção dos direitos dos PVVIH - Promover a regulamentação da lei sobre a protecção dos direitos dos PVVIH -Elaborar um documento de política nacional de luta contra a SIDA; - Realizar campanhas públicas contra o estigma e a discriminação das PVVIH 	<p>* SE do CCS-SIDA /CNDS/ONG/Comunicação Social</p> <p>* MJEDRH (tutela)/Ministério da Justiça/</p> <p>* MJEDRH/DGS/SE-CCS-SIDA</p> <p>* CNDS/ ONG/Comunicação Social</p>
	Promover a criação de incentivos às empresas que empregam seropositivos, bem como a sua divulgação, no contexto da legislação laboral nacional e	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a criação de um sistema de incentivos às empresas que empreguem PVVIH - Realizar campanhas de divulgação 	<p>* MJEDRH /Min.Finanças</p> <p>* CNDS/Min. Finanças/Câmaras do Comércio</p>

	internacional;	dos incentivos às empresas que empreguem PVVIH	
	Promover a regulamentação da lei do mecenato para a área da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a regulamentação da lei do mecenato para o sector da saúde -Realizar campanhas de divulgação da lei do mecenato para o sector da saúde 	<p>* Ministério da Saúde/ MJEDRH /Min. Finanças</p> <p>*CNDS/PLS/Min. Finanças</p>

Eixo de Intervenção 5 Implicação e Articulação Multisectoriais

Objectivo Geral 5. – Reforçar a coordenação e a articulação intra e inter-setores (ministérios, câmaras municipais, sector privado e sociedade civil), com vista à criação de sinergias e multiplicação das acções de prevenção e controlo da epidemia.

Área de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
<p>Coordenação e articulação</p>	<p>Redinamizar o CCS-SIDA, enquanto órgão coordenador nacional do combate ao VIH-SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar as reuniões ordinárias do CCS-SIDA -Instituir uma reunião anual de avaliação e de programação das actividades, com todos os parceiros na luta contra a SIDA -Consolidar o sistema de partilha de informações entre os diversos actores - Instituir missões periódicas de supervisão junto dos parceiros a nível central e municipal; - Criar uma plataforma de articulação dos actores com intervenção no domínio de apoio social e económico aos infectados e afectados 	<p>*SE CCS-SIDA</p> <p>*SE CCS-SIDA/PLS/Plataforma</p> <p>*SE CCS-SIDA/PLS/Plataforma</p> <p>*SE CCS-SIDA/PLS/Plataforma/Comités Municipais</p> <p>*SE-CCS-SIDA/Plataforma/Associações de PVVIH</p>

	<p>Melhorar a articulação do Ministério da Saúde com os demais parceiros, na perspectiva da implementação do Plano</p> <p>Consolidar a articulação entre os programas PLS e PNLT, de modo a garantir o acesso dos doentes de tuberculose ao ADV do VIH e à sua referência adequada, junto dos serviços de saúde, para efeito de seguimento</p> <p>Garantir a participação efectiva das Câmaras Municipais e dos diferentes Ministérios, Institutos e empresas Públicas, através da elaboração e implementação de planos operacionais de luta contra a SIDA</p> <p>Reactivar os comités municipais de luta contra a SIDA</p> <p>Reforçar o papel da Plataforma das ONG como entidade mobilizadora</p>	<p>-Realizar, semestralmente, reuniões de articulação entre o PLS e parceiros prestadores de cuidados continuados às PWVIH</p> <p>-Promover encontros semestrais entre o PLS, PNLT, o Serviço de Vigilância Epidemiológica e o núcleo de seguimento e avaliação do SE-CCS-SIDA</p> <p>-Assegurar o apoio técnico a todos os actores e parceiros públicos, para elaboração e implementação de planos operacionais de luta contra a SIDA nas suas instituições</p> <p>-Assegurar a actualização de pontos focais/equipas sectoriais de coordenação da luta contra a SIDA em cada Instituição</p> <p>-Reactivar os comités municipais de luta contra a SIDA</p> <p>-Realizar, anualmente um encontro nacional de reflexão sobre a implementação dos planos</p>	<p>* PLS/ONG/Câmaras Municipais/Promoção Social/RS do Fundo Global</p> <p>* PLS/PNLT/SVE/SE-CCS-SIDA</p> <p>* SE CCS-SIDA/Ministérios/Câmaras Municipais/Institutos/Empresas Públicas</p> <p>* SE CCS-SIDA/Ministérios/Institutos/Empresas/Câmaras</p> <p>* SE CCS-SIDA/Câmaras</p> <p>* Plataforma/ONG/SE CCS-SIDA</p>
--	--	---	---

	das organizações da sociedade civil (ONG e OBC), na implementação deste Plano;	operacionais das ONG - Dinamizar o funcionamento da rede de ONG com intervenção na prevenção e controlo da epidemia, sob a coordenação da Plataforma das ONG	*Plataforma/ONG/SE CCS-SIDA/Rede de ONG
	Assegurar uma implicação mais efectiva do sector privado na luta contra a SIDA	- Assinar com as Câmaras do Comércio protocolos de parceria para a luta contra a SIDA - Realizar campanhas de advocacia para a implicação e o efectivo engajamento do sector privado na luta contra a SIDA	*SE CCS-SIDA/Câmaras de Comércio *SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/Sindicatos

Eixo de Intervenção 6
Capacitação e Mobilização de Recursos

Objectivo Geral 6.- Melhorar a capacidade institucional e garantir os recursos necessários para a implementação do Plano, assegurando uma cultura de seguimento e avaliação e melhores condições de eficácia, eficiência e efectividade, numa perspectiva de transparência e sustentabilidade.

Áreas de Prestação de Serviços	Objectivos Específicos	Acções	*Responsável de Implementação/Parceiros
<p>Reforço de institucional</p>	<p>Reforçar a capacitação e a afectação de recursos humanos necessários, de modo a permitir uma melhor implementação do Plano</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar em recursos humanos os serviços sociais das delegacias de saúde e das Câmaras Municipais, para o acompanhamento e apoio dos infectados e afectados - Promover a afectação de recursos humanos necessários para uma abordagem integral das PVVIH, a nível das Delegacias de Saúde e das Câmaras Municipais - Reforçar e consolidar a capacidade institucional das ONG e associações para a resposta local ao VIH-SIDA - Reforçar com recursos humanos as associações de apoio às PVVIH 	<p>*DGS/SE do CCS-SIDA/ /Câmaras Municipais</p> <p>*SE do CCS-SIDA/DGS/Câmaras Municipais/</p> <p>*SE do CCS-SIDA/Plataforma das ONG/ONG/OCB</p> <p>*SE do CCS-SIDA/ Plataforma/Associações de apoio</p>

		<p>- Promover a consolidação e o reforço institucional das associações de PVVIH</p> <p>- Construir parcerias para o acesso à assistência técnica, junto do sistema das Nações Unidas</p> <p>- Promover o acesso de crianças e jovens vulneráveis à formação profissional</p> <p>- Reforçar a célula de Seguimento e avaliação do SE-CCS-SIDA com recursos humanos</p> <p>- Recrutar gestores de dados ou técnicos estatísticos para o Ministério da Saúde</p> <p>Formação em ADV</p> <p>- Formar agentes de saúde, de CEJ, de ONG e voluntários, em técnicas de ADV</p> <p>Formação em intervenções de proximidade</p> <p>- Formar técnicos da saúde, incluindo os de ONG e voluntários, em intervenções de proximidade</p> <p>- Formar agentes das Câmaras</p>	<p>*SE do CCS-SIDA/Plataforma/Associações de PVVIH</p> <p>*SE CCS-SIDA/DGS/GEPC do MS/Sistema Nações Unidas</p> <p>*SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/RS do Fundo Global</p> <p>*SE CCS-SIDA</p> <p>*SE do CCS-SIDA/DGS</p> <p>*CNDS/PLS/DS/ONG</p> <p>*CNDS/PLS/DS/Hospitais/Plataforma das ONG</p> <p>*CNDS/Câmaras Municipais</p>
--	--	---	---

		<p>Municipais em intervenções de proximidade</p> <p>Formação em cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar/reciclar médicos e enfermeiros no atendimento clínico das PVVIH-SIDA, na abordagem síndrome das outras IST e no apoio psicossocial, nutricional - Formar/reciclar profissionais de saúde e mediadores de saúde, para apoiar a adesão ao tratamento - Formar pessoal de Saúde, das Câmaras Municipais e das ONG na abordagem psicossocial e nutricional das PVVIH - Formar pares educadores entre PVVIH - Reforçar a formação dos médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de laboratórios, psicólogos e membros das ONG e associações, no atendimento global das PVVIH 	<p>* PLS/DS/ONG</p> <p>* CNDS/PLS/Delegacias de Saúde/Morabi/Verdefam/OMCV E outras ONG</p> <p>* CNDS/PLS/Câmaras Municipais</p> <p>* CNDS/Associações PVVIH</p> <p>* PLS/DS/DGF/Hospitais/Plataforma das ONG</p> <p>* SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG e outros parceiros</p>
<p>Incrementar uma cultura de racionalidade e de resultados, na gestão dos recursos, numa</p>	<p>- Formar todos os actores em seguimento e avaliação e em gestão sustentável</p>		

	<p>perspectiva de transparência, que implique uma partilha mais efectiva da informação sobre a dinâmica dos financiamentos e de utilização dos recursos financeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a formação em gestão a nível municipal e local para a elaboração de relatórios financeiros - Reforçar a formação das equipas locais em matéria de liderança e elaboração e gestão de projectos - Participar em acções de formação a nível regional em seguimento e avaliação 	<p>*SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/Comités Municipais e outros parceiros</p> <p>*SE CCS-SIDA/Plataforma das ONG/Comités Municipais e outros parceiros</p> <p>*PLS/DS/Câmaras/ONG/Associações PVVIH e outros parceiros</p>
<p>Mobilização de recursos financeiros</p>	<p>Mobilizar recursos e garantir a sustentabilidade progressiva nos processos de financiamento e orçamentação das acções de luta contra a SIDA, de modo a garantir a sua perenização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar e implementar um plano de mobilização de recursos - Realizar a advocacia necessária para a integração de verbas destinadas a cuidados continuados para as PVVIH, nos orçamentos das instituições vocacionadas para esse tipo de serviço - Mobilizar recursos do sector privado nacional e internacional para o financiamento das acções de apoio sócio-económico às PVVIH e familiares, com destaque para os órfãos de SIDA e crianças vulneráveis - Fomentar o mecenato local para a luta contra a SIDA - Criar mecanismos de 	<p>*SE CCS-SIDA e parceiros</p> <p>*SE do CCS-SIDA/Plataforma</p> <p>*SE do CCS-SIDA e parceiros</p> <p>*SE do CCS-SIDA e parceiros</p> <p>*SE do CCS-SIDA e parceiros</p>

		desenvolvimento de solidariedade social, para financiamento de acções de apoio sócio-económico aos infectados e afectados	
--	--	---	--

Documentos consultados

1. - Agenda de transformação de Cabo Verde. Praia, 2006
2. - *A Homosfectividade e as relações de género na Cidade da Praia*. Tese de mestrado – Cláudia Rodrigues, 2009
3. - A situação socio-económica dos órfãos em Cabo Verde. FCS, Praia, 2005
4. - CENSO 2010, Relatório Preliminar. INE, Praia, Setembro 2010
5. - Criação do CCS-SIDA – Despacho do Conselho de Ministro nº 50/2001 (B.O. nº 23, I Série)
6. - Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza II. Ministério das Finanças. Praia, 2009
7. - Estratégia Nacional de IEC. CCS-SIDA, Praia, 2007
8. - Estudos comparativos sobre o comportamento dos jovens cabo-verdianos face à problemática do consumo de substâncias psicoativas e da infecção pelo VIH/SIDA. AZM, Praia, 2005
9. - Estudo Sobre a Situação das Drogas em Cabo Verde e Sua Relação com o VIH/SIDA. CCCD, Praia, 2007
10. - Estudo qualitativo e estimativa do tamanho de duas populações em risco para o VIH-SIDA, usuários de drogas injectáveis e profissionais de sexo. CCCD, Praia 2006
11. - Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva - IDSR II. INE, Praia, 2005
12. - Inquérito ao Emprego. INE, Praia, 2009
13. - Lei nº 19/VII/2007: Regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do HIV, de 26 de Novembro. BO de 26 de Setembro de 2007
14. - Os ODM e a resposta global à SIDA. Pedro Chequer – imprensaunidsbrazil@unids.org
15. - Plano de intervenção junto dos grupos vulneráveis. CCS-SIDA, Praia, 2007/2008
16. - Programa do Governo da VII Legislatura. Praia, 2006
17. - Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida 2002-2006. CCS-SIDA, Praia, 2002
18. - Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Sida 2006-2010. CCS-SIDA, Praia, 2006
19. - Política Nacional da Saúde. Ministério da Saúde, Praia, 2006
20. - Programa de Luta contra a Pobreza no Meio Rural (2008-2010). Praia, 2008
21. - Programa de reforço da Prevenção do VIH-SIDA e Melhoria da qualidade de vida das populações vulneráveis de Cabo Verde. CCS-SIDA, Praia, Junho 2008

- 22.- Indicadores de Pobreza - QUIBB 2007. INE, Praia, 2007
- 23.- Referencial tipo de apoio às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH-SIDA. CCS-SIDA, Praia, 2006
- 24.- Relatório final do Programa Multissetorial de Luta Contra a SIDA 2002-2009. CCS-SIDA, Praia, 2009
- 25.- Relatório Preliminar do CENSO 2010. INE, Praia 2011
- 26.- Relatório da ONUSIDA 2010
- 27.- Relatório UNGASS, 2008
- 28.- Relatório UNGASS (Rapport de Situation National à l'intention de l'UNGASS). SE do CCS-SIDA, Praia, 2010
- 29.- Relatório Acesso Universal. SE do CCS-SIDA, Praia, 2010
- 30.- Relatório de Cabo Verde à CEDAW (Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher). ICIEG, Praia, 2010
- 31.- Relatório Estatístico 2009. Ministério da Saúde, Praia, 2010
- 32.- Rapport Trimestriel Juillet para o Fundo Global. CCS-SIDA, Setembro de 2010
- 33.- Relatório Trimestral para o Fundo Global. Plataforma das ONG, Setembro de 2010
- 34.- Relatório de Progresso de Execução dos ODM. Ministério das Finanças, 2010
- 35.- Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio apresentado pelo secretário-geral das Nações Unidas. NU, Julho 2010
- 36.- Uma acção sustentável do sector da saúde contra o VIH. OMS, Julho de 2010

ANEXO

III Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA Plano de Acção por Áreas de Prestação de Serviços e Objectivos Específicos

Eixo de Intervenção 1 - Gestão da Informação Estratégica e Seguimento & Avaliação

Objectivo Geral 1.1. - Melhorar o conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infecção VIH, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.

Área de Prestação de Serviços - Estudos e investigação

Objectivos/Acções	ANO I				ANO II			
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
1.1.1. Assegurar a realização de estudos necessários, para melhor caracterização do perfil sócio-económico das PVVIH-SIDA em seguimento	1.1.1.1.- Estudar o perfil das PVVIH (social, económico, estado civil, nível de instrução, etc.)							
	1.1.1.2.- Estudar o perfil (social, económico, estado civil, nível de instrução, etc.) dos seropositivos pertencentes a grupos vulneráveis de maior risco (UD/UDI, TPS, HSH)							
	1.1.1.3.- Elaborar os TDR e realizar estudo sobre o perfil sócio-económico das PVVIH em seguimento							
1.1.2. Assegurar a investigação sobre os aspectos clínicos, de mortalidade e de regularidade dos doentes em seguimento								

Eixo de Intervenção 1 - Gestão da Informação Estratégica e Seguimento & Avaliação
Objectivo Geral 1.2. - Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.
Área de Prestação de Serviços - Estudos e investigação

Objectivos específicos	Objectivos/Ações	ANO I			ANO II							
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV			
1.2.1. Assegurar a realização de estudos epidemiológicos e comportamentais, de primeira e segunda gerações, e outros necessários ao sistema de seguimento e avaliação do Plano, ao melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e ao planeamento institucional e comunitário, no seio da população em geral e nos grupos vulneráveis em particular	1.2.1.1.- Elaborar os TDR e realizar estudos para avaliar o impacto da PTV em Cabo Verde											
	1.2.1.2.- Estudar o impacto sócio-económico do VIH-SIDA nos indivíduos, nas famílias e na sociedade cabo-verdiana											
	1.2.1.3.- Estudar as causas da seropositividade nas mulheres idosas											

Eixo de Intervenção 1 - Gestão da Informação Estratégica e Seguimento&Avaliação
Objectivo Geral 1.2. - Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.
Área de Prestação de Serviços – Vigilância epidemiológica

Objectivos específicos	Objectivos/Ações	ANO I				ANO II							
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV				
1.2.1.Assegurar a realização de estudos epidemiológicos e comportamentais, de primeira e segunda gerações, e outros necessários ao sistema de seguimento e avaliação do Plano, ao melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e ao planeamento institucional e comunitário, no seio da população em geral e nos grupos vulneráveis em particular	1.2.2.1.-Elaborar os TDR do IDSR III												
	1.2.2.2.- Realizar o IDSR III												
	1.2.2.3.- Realizar estudos APIS a cada dois anos												
	1.2.2.4.- Realizar anualmente a vigilância sentinela nas grávidas												
	1.2.2.5.- Monitorizar as novas infecções por VIH detectadas e a incidência da SIDA												
	1.2.2.6.- Monitorizar os dados referentes a doadores de sangue, no contexto da serovigilância												
	1.2.2.7.- Assegurar a vigilância da fármaco-resistência												
	1.2.2.8.-Elaborar os TDR e realizar o estudo de estimativa e												

	mapeamento geográfico dos grupos de risco:UD/UDI, PTS e HSH																		
	1.2.2.9.- Elaborar os TDR e realizar o estudo sobre a seroprevalência do VIH a nível dos UD/UDI, dos TPS e dos HSH, a cada dois anos																		
	1.2.2.10-Realizar a sero-vigilância nos militares, doentes hospitalizados e profissionais de saúde, a cada dois anos																		
	1.2.2.11.- Monitorizar a infeção por tuberculose, a nível dos seropositivos																		
	1.2.2.12.- Monitorizar a infeção VIH, a nível dos doentes com tuberculose																		

Eixo de Intervenção 1 - Gestão da Informação Estratégica e Seguimento&Avaliação

Objectivo Geral 1.2. - Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.

Área de Prestação de Serviços – Monitorização das acções

Objectivos/Acções	ANO I			ANO II				
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
1.2.1.Assegurar a realização de estudos epidemiológicos e comportamentais, de primeira e segunda gerações, e outros necessários ao sistema de seguimento e avaliação do Plano, ao melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e ao planeamento institucional e comunitário, no seio da população em geral e nos grupos vulneráveis em particular								
Acções								
- Realizar estudos de qualidade e de satisfação dos utentes em relação aos serviços prestados								
- Realizar a avaliação a meio percurso do PENLS								
- Promover a realização regular das reuniões do CCS-SIDA								
- Realizar encontros sectoriais regulares de seguimento e avaliação								
- Produzir relatórios trimestrais, semestrais e anuais de seguimento e avaliação								
-Preparar a realização das reuniões de avaliação a meio percurso e final do Plano								

Eixo de Intervenção 2 - Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

Área de Prestação de Serviços – IEC/CMC

Objectivos específicos	Acções	ANO I				ANO II							
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV				
2.1.1. Aumentar a proporção de indivíduos que adoptam comportamentos preventivos face à infecção por VIH	- Elaborar, divulgar e implementar uma estratégia nacional de comunicação para a mudança de comportamento												
	- Elaborar materiais informativos e comunicativos para acções de IEC/CMC adaptados a públicos segmentados												
	- Produzir e divulgar programas informativos nos diferentes órgãos de comunicação social, no âmbito da prestação de “serviço público”												
	- Implementar campanhas temáticas nos órgãos de comunicação social sobre a prevenção, acesso ao diagnóstico e tratamento precoces e cuidados continuados												
	- Elaborar e implementar estratégias de implicação de homens nas acções preventivas, face ao VIH e outras IST												
	- Criar espaços específicos para o acolhimento e orientação de jovens e adolescentes, para a promoção de estilos de vida saudáveis (SSR, CIJ, CEJ e EIO nas escolas secundárias e Instituições de Ensino Superior)												

Eixo de Intervenção 2 - Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

Área de Prestação de Serviços – Promoção do uso do preservativo

Objectivos/Ações		ANO I				ANO II						
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV			
Objectivos específicos	Ações											
	2.1.2.Prevenir a transmissão sexual do VIH e de outras IST											
	-Assegurar a disponibilidade e a acessibilidade de preservativos a nível nacional, com destaque nos locais de trabalho											
	- Promover a utilização do preservativo, no seio dos grupos vulneráveis de maior risco											
	- Desenvolver e implementar uma estratégia nacional de promoção do preservativo feminino											
	- Realizar campanhas de promoção de preservativos em espaços públicos, com destaque para os frequentados pelos jovens (boites, festivais, pubs, etc.)											
	- Realizar campanhas públicas de sensibilização sobre a utilização de preservativos nos órgãos de comunicação social											

Eixo de Intervenção 2 - Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

Área de Prestação de Serviços – Prevenção da transmissão vertical

Objectivos/Ações		ANO I				ANO II						
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV			
Objectivos específicos	Ações											
	2.1.3. Assegurar e reforçar a cobertura da PTV, de modo a diminuir a transmissão do VIH pela via materna											
	- Garantir o acesso universal das grávidas ao ADV											
	- Sensibilizar as grávidas para o ADV, através dos agentes de saúde, de campanhas públicas e de ONG com vocação na área da saúde											
	- Assegurar um sistema eficaz de referência e contra referência das grávidas seropositivas											
	- Assegurar o TARV para as mães seropositivas											
	- Consolidar e reforçar os mecanismos de seguimento das grávidas seropositivas e de crianças nascidas de mães seropositivas											
- Sensibilizar as grávidas seropositivas, no sentido de partilharem o seu estatuto serológico com os respectivos parceiros, para efeitos de prevenção secundária												
- Manter actualizada uma base de dados, para efeito de PTV												

<p>2.1.4. Assegurar substitutos do leite materno a todas as crianças nascidas de mães seropositivas;</p>	<p>- Assegurar cuidados continuados às grávidas seropositivas e a crianças nascidas de mães seropositivas com substitutos do leite materno e formas pediátricas de ARV, através de parcerias entre os Serviços de Saúde, ONG e Serviços Sociais das Câmaras Municipais</p>								
	<p>-Introduzir a utilização de inibidores da lactogénese nas mães seropositivas</p>								

Eixo de Intervenção 2 - Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico

Objectivo Geral 2.1. - Reduzir os riscos de infecção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.

Área de Prestação de Serviços – Segurança transfusional e biossegurança

Objectivos específicos	Objectivos/Ações	ANO I				ANO II							
		Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV				
2.1.5. Assegurar e reforçar a segurança transfusional, de modo a prevenir a transmissão do VIH e de outros agentes transmitidos pela via sanguínea.	- Garantir a disponibilidade dos reagentes e consumíveis, para a qualidade do sangue (testes, materiais de laboratório, etc.)												
	- Assegurar que todo o sangue a ser transfundido seja testado para o VIH, as Hepatites B e C e Sífilis												
	- Assegurar a fidelização progressiva dos doadores voluntários												
	- Assegurar a criação de clubes de doadores de sangue voluntários												
	- Renegociar com as companhias aéreas o transporte de sangue												
2.1.6. Prevenir a transmissão do VIH por exposição ao sangue	- Elaborar um programa de biossegurança nas estruturas de saúde												
	- Criar comités locais de avaliação e seguimento de casos de exposição accidental ao sangue												
	- Reforçar o controlo de qualidade externo nos laboratórios												

Eixo de Intervenção 2 - Prevenção da Infecção e Acesso ao Diagnóstico
Objectivo Geral 2.2. - Promover e aumentar o acesso ao diagnóstico precoce da infecção VIH e das outras IST, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.
Área de Prestação de Serviços – Aconselhamento e despistagem voluntária

Objectivos/Acções	ANO I				ANO II			
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
2.2.1.Promover e aumentar o acesso da população em geral e dos grupos vulneráveis ao ADV								
- Garantir a disponibilidade e o acesso aos testes de despistagem, em todas as estruturas de saúde, melhorando a gestão de stocks								
- Realizar campanhas públicas de sensibilização para a realização do ADV								
-Realizar campanhas específicas de sensibilização dos homens para o ADV								
-Realizar campanhas de sensibilização para o ADV, junto dos grupos vulneráveis								
- Implementar o pacote ADV em todo o país								
- Criar mais possibilidades de acesso ao ADV, com a implicação dos serviços de saúde, de ONG e dos Centros de Juventude (campanhas, postos móveis, etc.), incluindo nos locais de trabalho, nas prisões, nas estruturas de saúde, etc.								
- Desenvolver e implementar estratégias específicas de comunicação para os grupos vulneráveis e de risco								

	- Assegurar a implicação das PVVIH nas acções de ADV																		
	- Garantir controlo de qualidade interno e externo nos postos de ADV																		
2.2.2. Assegurar aos doentes de tuberculose o acesso ao ADV para o VIH	- Assegurar o acesso ao ADV, para o VIH, dos doentes de tuberculose																		
2.2.3. Reforçar o acesso ao diagnóstico das outras IST, a nível das Delegacias de Saúde	- Garantir diagnóstico laboratorial das IST, em todos os concelhos																		

Eixo de Intervenção 3 - Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.1. - Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVIH-SIDA, assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados (médicos, nutricional e psicossocial)

Área de Prestação de Serviços – Tratamento ARV e IO

Objectivos/Ações	ANO I				ANO II			
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
3.1.1. Assegurar uma referência adequada dos seropositivos, com vista ao seu seguimento médico regular e à institucionalização de um tratamento ARV e IO atempado e adequado, de acordo com as normas definidas								
Acções								
- Manter uma base de dados actualizada das PVIH seguidas pelos Serviços								
- Utilizar as TIC para introduzir melhorias na referência e contra referência de pacientes								
- Garantir a disponibilização e a acessibilidade a um pacote de tratamento (ARV, IO e outras IST), em todas as Delegacias de Saúde/Centros de Saúde, incluindo Kit para tratamento de emergência às infecções adquiridas em estruturas de prestação								
- Rever os guias técnicos de tratamento								
- Manter um sistema de supervisão da qualidade do tratamento, incluindo a vigilância da carga viral, com vista a prevenir a fármaco-resistência								
- Assegurar uma boa gestão de stok de meios de acompanhamento laboratorial (CD4 e carga viral)								

Eixo de Intervenção 3 - Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.1. - Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVVIH-SIDA, assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados (médicos, nutricional e psicossocial)

Área de Prestação de Serviços - Acompanhamento psicossocial, nutricional e apoio económico

Objectivos/Ações	ANO I				ANO II			
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
3.1.2. Aumentar o número de PVVIH-SIDA e seus familiares que beneficiem de cuidados continuados, sejam médicos, psicológicos e nutricional, de modo a reforçar a atenção integral e a adesão ao tratamento								
Acções								
- Actualizar as normas/regulamentos para a atribuição de apoios psicossociais								
- Realizar um mapeamento de todos as estruturas e actores que prestam cuidados continuados às PVVIH								
- Prestar apoio psicossocial e nutricional às PVVIH, de acordo com as normas de acesso definidas								
- Reforçar e consolidar o sistema nacional de apoio nutricional para as PVVIH								
- Implicar as associações de PVVIH, as ONG e OBC na prestação de cuidados psicossociais								
- Reforçar a parceria entre as Delegacias de Saúde, os Serviços Sociais das Câmaras Municipais e as ONG, no seguimento integral das PVVIH, com destaque para os doentes em TARV								
- Apoiar a criação de redes de entretajuda para o apoio								

	domiciliário das PVVIH																		
	- Manter actualizada a base de dados sobre os serviços prestados às PVVIH, para a partilha da informação entre os parceiros																		
	- Estabelecer e reforçar parcerias com as instituições de apoio/atendimento de mulheres e crianças vítimas de violência baseada no género																		
	- Promover a integração dos infectados e afectados no sistema de previdência social, na base de critérios previamente definidos																		
	- Construir parcerias locais para cuidados continuados domiciliários																		

Eixo de Intervenção 3 - Tratamento e Cuidados Continuados

Objectivo Geral 3.2. - Reforçar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, em especial no seio dos grupos com comportamentos de maior risco.

Área de Prestação de Serviços - Acompanhamento psicossocial, nutricional e apoio económico

Objectivos/Ações		ANO I				ANO II			
Objectivos específicos	Acções	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
3.2.1. Aumentar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH com destaque para os órfãos e mulheres chefes de família, de acordo com as normas de acesso estabelecidas.	- Criar uma base de dados das PVVIH vulneráveis economicamente, com vista a melhorar a prestação de serviços no seu seio								
	- Apoiar as PVVIH em situação de vulnerabilidade, com outros medicamentos, além dos ARV e medicamentos para as IO								
	- Construir parcerias para garantir apoios a crianças e órfãos em situação de vulnerabilidade e de risco (apoio nutricional, transporte escolar, pagamento de propinas, kits escolares, etc.)								
	- Promover o desenvolvimento de actividades geradoras de rendimento para PVVIH, principalmente para mulheres pobres chefes-de-família								

Eixo de Intervenção 4 - Promoção de um Ambiente Ético e Jurídico Favorável

Objectivo Geral 4.1. - Assegurar um ambiente ético e jurídico adequado ao desenvolvimento da luta contra a SIDA, prevenindo e combatendo o estigma e a discriminação e incentivando as empresas numa abordagem adequada às PVVIH.

Área de Prestação de Serviços – Produção de leis e incentivos

Objectivos/Acções		ANO I				ANO II			
Objectivos específicos	Acções	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
4.1.1.Promover a regulamentação da lei nº19/VII/2007, de 26 de Novembro, sobre a protecção dos direitos das PVVIH, bem como a sua divulgação nos diferentes segmentos da sociedade cabo-Verdiana	- Realizar campanhas públicas de divulgação da lei nº19/VII/2007, sobre a protecção dos direitos dos PVVIH								
	- Promover a regulamentação da lei sobre a protecção dos direitos dos PVVIH								
	-Elaborar um documento de política nacional de luta contra a SIDA								
4.1.2.Promover a criação de incentivos às empresas que empregam seropositivos, bem como a sua divulgação, no contexto da legislação laboral nacional e internacional	- Realizar campanhas públicas contra o estigma e a discriminação das PVVIH								
	- Promover a criação de um sistema de incentivos às empresas que empreguem PVVIH								

	- Realizar campanhas de divulgação dos incentivos às empresas que empreguem PVVIH																		
4.1.3. Promover a regulamentação da lei do mecenato para a área da saúde	- Promover a regulamentação da lei do mecenato para o sector da saúde																		
	-Realizar campanhas de divulgação da lei do mecenato para o sector da saúde																		

<p>5.1.3.Consolidar a articulação entre os programas PLS e PNLT, de modo a garantir o acesso dos doentes de tuberculose ao ADV do VIH e à sua referenciação adequada, junto dos serviços de saúde, para efeito de seguimento</p>	<p>-Promover encontros semestrais entre o PLS, PNLT, o Serviço de Vigilância Epidemiológica e o núcleo de seguimento e avaliação do SE-CCS-SIDA</p>								
<p>5.1.4.Garantir a participação efectiva das Câmaras Municipais e dos diferentes Ministérios, Institutos e empresas Públicas, através da elaboração e implementação de planos operacionais de luta contra a SIDA</p>	<p>-Assegurar o apoio técnico a todos os actores e parceiros públicos, para elaboração e implementação de planos operacionais de luta contra a SIDA nas suas instituições</p> <p>-Assegurar a actualização de pontos focais/equipas sectoriais de coordenação da luta contra a SIDA em cada instituição</p>								
<p>5.1.5.Reactivar os comités municipais de luta contra a SIDA</p>	<p>-Reactivar os comités municipais de luta contra a SIDA</p>								
<p>5.1.6.Reforçar o papel da Plataforma das ONG como entidade mobilizadora das organizações da sociedade civil (ONG e OBC), na implementação deste Plano</p>	<p>-Realizar, anualmente um encontro nacional de reflexão sobre a implementação dos planos operacionais das ONG</p> <p>- Dinamizar o funcionamento da rede de ONG com intervenção na prevenção e controlo da epidemia, sob a coordenação da Plataforma das ONG</p> <p>- Assinar com as Câmaras do Comércio protocolos de parceria para a luta contra a SIDA</p>								
<p>5.1.7.Assegurar uma implicação mais efectiva do sector privado na luta contra a SIDA</p>	<p>- Realizar campanhas de advocacia para a implicação e o</p>								

		efectivo engajamento do sector privado na luta contra a SIDA																		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Eixo de Intervenção 6 - Capacitação e Mobilização de Recursos

Objectivo Geral 6.1. - Melhorar a capacidade institucional e garantir os recursos necessários para a implementação do Plano, assegurando uma cultura de seguimento e avaliação e melhores condições de eficácia, eficiência e efectividade, numa perspectiva de transparência e sustentabilidade.

Área de Prestação de Serviços – Reforço institucional

Objectivos/Acções	ANO I				ANO II			
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
6.1.1.Reforçar a capacitação e a afectação de recursos humanos necessários, de modo a permitir uma melhor implementação do Plano								
- Reforçar em recursos humanos os serviços sociais das delegacias de saúde e das Câmaras Municipais, para o acompanhamento e apoio dos infectados e afectados								
- Promover a afectação de recursos humanos necessários para uma abordagem integral das PVVIH, a nível das Delegacias de Saúde e das Câmaras Municipais								
- Reforçar e consolidar a capacidade institucional das ONG e associações para a resposta local ao VIH-SIDA								
- Reforçar com recursos humanos as associações de apoio às PVVIH								
-Promover a consolidação e o reforço institucional das associações de PVVIH								
- Construir parcerias para o acesso à assistência técnica, junto do sistema das Nações Unidas								
- Promover o acesso de crianças e jovens vulneráveis à								

<p>6.1.2. Incrementar uma cultura de racionalidade e de resultados, na gestão dos recursos, numa perspectiva de transparência, que implique uma partilha mais efectiva da informação sobre a dinâmica dos financiamentos e de utilização dos recursos financeiros</p>	<p>psicólogos e membros das ONG e associações, no atendimento global das PVVIH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar todos os actores em seguimento e avaliação e em gestão sustentável - Reforçar a formação em gestão a nível municipal e local para a elaboração de relatórios financeiros - Reforçar a formação das equipas locais em matéria de liderança e elaboração e gestão de projectos - Participar em acções de formação a nível regional em seguimento e avaliação 								
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Eixo de Intervenção 6 - Capacitação e Mobilização de Recursos

Objectivo Geral 6.1. - Melhorar a capacidade institucional e garantir os recursos necessários para a implementação do Plano, assegurando uma cultura de seguimento e avaliação e melhores condições de eficácia, eficiência e efectividade, numa perspectiva de transparência e sustentabilidade.

Área de Prestação de Serviços – Mobilização de recursos financeiros

Objectivos/Ações	ANO I				ANO II			
	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Objectivos específicos								
6.1.3. Mobilizar recursos e garantir a sustentabilidade progressiva nos processos de financiamento e orçamentação das ações de luta contra a SIDA, de modo a garantir a sua perenização								
Ações								
- Elaborar e implementar um plano de mobilização de recursos								
- Realizar a advocacia necessária para a integração de verbas destinadas a cuidados continuados para as PVVIH, nos orçamentos das instituições vocacionadas para esse tipo de serviço								
- Mobilizar recursos do sector privado nacional e internacional para o financiamento das ações de apoio sócio-económico às PVVIH e familiares, com destaque para os órfãos de SIDA e crianças vulneráveis								
- Fomentar o mecenato local para a luta contra a SIDA								
- Criar mecanismos de desenvolvimento de solidariedade social, para financiamento de ações de apoio sócio-económico aos infectados e afectados								

Quadro de Performance do III Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA
(Para os indicadores sem baseline, as metas serão fixadas logo após a realização dos estudos necessários)

Objectivos Gerais	
Nº	
1	Melhorar o conhecimento da dinâmica e dos determinantes da infeção VIH, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.
2	Assegurar um sistema de seguimento e avaliação do Plano.
3	Reduzir os riscos de infeção e travar o avanço da epidemia na população em geral e nos grupos vulneráveis em particular.
4	Promover e aumentar o acesso ao diagnóstico precoce da infeção VIH e das outras IST, no seio da população em geral e dos grupos vulneráveis em particular.
5	Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVVIH-SIDA, assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados (médicos, nutricional e psicossocial).
6	Reforçar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, em especial no seio dos grupos com comportamentos de maior risco.
7	Assegurar um ambiente ético e jurídico adequado ao desenvolvimento da luta contra a SIDA, prevenindo e combatendo o estigma e a discriminação e incentivando as empresas numa abordagem adequada às PVVIH.
8	Reforçar a coordenação e a articulação intra e inter-setores (ministérios, câmaras municipais, sector privado e sociedade civil), com vista à criação de sinergias e multiplicação das acções de prevenção e controlo da epidemia.
9	Melhorar a capacidade institucional e garantir os recursos necessários para a implementação do Plano, assegurando uma cultura de seguimento e avaliação e melhores condições de eficácia, eficiência e efectividade, numa perspectiva de transparência e sustentabilidade.
Objectivos Específicos	
Nº	
1	Assegurar a realização de estudos necessários, para melhor caracterização do perfil sócio-económico das PVVIH-SIDA em seguimento;
2	Assegurar a investigação sobre os aspectos clínicos, de mortalidade e de regularidade dos doentes em seguimento;
3	Assegurar a realização dos estudos epidemiológicos e comportamentais, de primeira e segunda gerações, necessários ao sistema de seguimento e avaliação do Plano, ao melhor conhecimento da dinâmica da epidemia e ao planeamento institucional e comunitário, no seio da população em geral e nos grupos vulneráveis em particular;
4	Aumentar a proporção de indivíduos que adoptam comportamentos preventivos face à infeção por VIH;
5	Prevenir a transmissão sexual do VIH e de outras IST;
6	Assegurar e reforçar a cobertura da PTV, de modo a diminuir a transmissão do VIH pela via materna;
7	Assegurar substitutos do leite materno a todas as crianças nascidas de mães seropositivas;

8	Assegurar e reforçar a segurança transfusional, de modo a prevenir a transmissão do VIH e de outros agentes transmitidos pela via sanguínea;
9	Prevenir a transmissão do VIH por exposição ao sangue;
10	Promover e aumentar o acesso da população em geral e dos grupos vulneráveis ao ADV;
11	Assegurar aos doentes de tuberculose o acesso ao ADV para o VIH;
12	Reforçar o acesso ao diagnóstico das outras IST, a nível das Delegacias de Saúde;
13	Assegurar uma referenciação adequada dos seropositivos, com vista ao seu seguimento médico regular e à institucionalização de um tratamento ARV e IO atempado e adequado, de acordo com as normas definidas;
14	Assegurar uma maior adesão dos doentes de SIDA ao TARV;
15	Aumentar o número de PVVIH-SIDA e seus familiares que beneficiem de cuidados continuados, sejam médicos, psicológicos e nutricionais;
16	Aumentar o apoio sócio-económico às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, com destaque para os órfãos e mulheres chefes de família, de acordo com as normas de acesso estabelecidas;
17	Promover a regulamentação da lei n.º 19/VI/2007, de 26 de Novembro, sobre a protecção dos direitos das PVVIH, bem como a sua divulgação nos diferentes segmentos da sociedade cabo-verdiana;
18	Promover a criação de incentivos às empresas que empregam seropositivos, bem como a sua divulgação, no contexto da legislação laboral nacional e internacional;
19	Promover a regulamentação da lei do mecenato para a área da saúde;
20	Reforçar o papel do CCS-SIDA como órgão coordenador nacional da implementação do presente Plano;
21	Assegurar a articulação no seio do Ministério da Saúde e deste com os demais parceiros, com vista à partilha de informação estratégica;
22	Assegurar uma efectiva articulação entre os programas PNL.S e PNL.T, de modo a garantir o acesso dos doentes de tuberculose ao ADV do VIH e à referenciação adequada, junto dos serviços de saúde, para efeito de seguimento;
23	Assegurar uma implicação mais efectiva das Câmaras Municipais e dos diferentes Ministérios, através da elaboração e implementação de planos operacionais de luta contra a SIDA;
24	Reforçar o papel da Plataforma das ONG como entidade mobilizadora das organizações da sociedade civil (ONG e OBC), na implementação deste Plano;

25	Promover a mobilização do sector privado na luta contra a SIDA, assegurando a sua implicação mais efectiva;
26	Reforçar a capacitação e a afectação de recursos humanos necessários, de modo a permitir a disponibilização e a partilha atempadas da informação estratégica, e intervenções de proximidade;
27	Incrementar uma cultura de racionalidade e de resultados, na gestão dos recursos, numa perspectiva de transparência, que implique uma partilha mais efectiva da informação sobre a dinâmica dos financiamentos e de utilização dos recursos financeiros;
28	Mobilizar recursos e garantir a sustentabilidade progressiva nos processos de financiamento e orçamentação das acções de luta contra a SIDA, de modo a garantir a sua perenização.

Indicadores de Impacto, de Resultado e de Efeito

Indicadores de Impacto	Baseline						Metas				Comentários
	Valor	Ano	Fonte	2011	2012	2013	2014	2015			
	1. Percentagem de infecção VIH na população geral ;	0,8%	2005	IDSR II				0,7%		Inquérito na população previsto para o Ano 2014; Numerador – Nº de VIH positivos, na pop. inquirida; Denominador – Total da pop. Inquirida.	
2. Percentagem de grávidas seropositivas, no âmbito da vigilância sentinela;	0,6%	2009	Relatório da Vigilância Sentinela, MS		0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	Inquérito nos Postos Sentinela, previsto anualmente; Numerador – Nº de grávidas VIH positivas, na pop. inquirida; Denominador – Total de grávidas inquiridas.		
3. Percentagem de infecção VIH nos TS, UD, HSH, Militares, Reclusos, Profissionais de saúde, Doentes Hospitalizados	TS – 5,3 nacional e 7,2% na Praia	2010	Cartografia de TS Estudo de seroprevalência VIH		Baseline	5%			Inquérito previsto nas população-alvo, a cada dois anos, a partir do Ano 2; Numerador – Nº de TS VIH positivos; Denominador – Total de TS inquiridas;		
	UD/UDI – 3,8%	2011	Estudo sócio-comportamental e de seroprevalência VIH em UD/UDI		Baseline	3,5%		3%	Inquérito previsto nas população-alvo, a cada dois anos, a partir do Ano 2; Numerador – Nº de UD VIH positivos, na pop. inquirida; Denominador – Total de UD inquiridos;		
	HSH – ND				Baseline				Para HSM, Militares, Doentes hospitalizados e pessoal de saúde, prevê-se a determinação da baseline em 2012		
	Militares –ND				Baseline				Inquérito previsto nas população-alvo, a cada dois anos, a partir do Ano 2; Numerador – Nº de HSH VIH positivos, na pop. inquirida; Denominador – Total de HSH inquiridos;		
									Inquérito previsto nas população-alvo, a cada dois anos, a partir do Ano 2; Numerador – Nº de Militares VIH positivos;		

Indicadores de Resultado/Efeito (Outcome/Output)												
1. Percentagem de doentes em TARV em que se verificou resistência aos fármacos ARV;	ND	Baseline										Estudo previsto para o Ano 2 e depois o indicador será estimado anualmente, através dos relatórios do Pólos de Tratamento; Numerador – N° de doentes em TARV em que se verificou resistência aos ARV; Denominador – Total de doentes em TARV;
2. Percentagem de utentes satisfeitos com os serviços prestados (IEC Apoio Psicossocial, Clínicos);	ND	Baseline										Indicador estimado nos Anos 2 e 4, através de estudos na população utente; Numerador – N° de utentes satisfeitos com os serviços prestados (IEC Apoio Psicossocial Clínicos); Denominador – Total de utentes inquiridos;
3. Percentagem da população que identifica correctamente 3 modos de prevenção da infeção VIH;	70%		70%	Relatório APIS, 2009	2009							Inquérito AIS na população a cada dois anos; Numerador - N de população inquirida que identifica correctamente 3 modos de prevenção da infeção VIH; Denominador – Total da população inquirida;
4. Percentagem da população de TS e UD, que em simultâneo, tem conhecimentos exactos sobre o VIH e não têm crenças erradas	TS - 37,2% UD – 46,4%			Cartografia de TS Estudo de seroprevalência Estudo sociocomportamental e de seroprevalência VIH em UD/UDI	2011 2011		TS- 40% UD- 50%					Indicador estimado a cada dois anos, a partir de inquérito na população-alvo; Numerador – N de população inquirida de TS e UD, que em simultâneo, tem conhecimentos exactos sobre o VIH e não têm crenças erradas; Denominador – Total da população inquirida;
5. Percentagem da população dos 15-49, que expressa atitude de aceitação das PVVIH-SIDA;	24%	30%	30%	Relatório APIS	2009							Indicador estimado a cada dois anos, através de inquérito na população; Numerador – N de população inquirida dos 15-49, que expressa atitude de aceitação das PVVIH-SIDA; Denominador – Total de

6. Percentagem de homens e mulheres (pop. geral e UD, TS e HSH) que utilizam preservativo nas relações sexuais com mais de um parceiro, nos últimos doze meses;		<p>Pop. Geral – Homens- 74%; Mulheres – 57%;</p> <p>UD Homens - 46,9%; Mulheres – 43,7%;</p> <p>TS Mulheres – 57%;</p> <p>HSH ND</p>	<p>2009</p> <p>2011</p> <p>2011</p>	<p>APIS</p> <p>Estudo socio-comportamental e de seroprevalência VIH em UD/UDI</p> <p>Cartografia de TS Estudo de seroprevalência VIH</p>		<p>Pop. Geral Homens- 77%; Mulheres -62% ;</p>	<p>UD Homens- 58%; Mulheres- 54%;</p> <p>TS Mulheres- 71%;</p>	<p>Pop. Geral Homens- 80%; Mulheres -65% ;</p>		<p>população inquirida;</p> <p>Inquérito na população-alvo a cada dois anos;</p> <p>Numerador – N de homens e mulheres (pop. Geral, UD, TS e HSH) que utilizam preservativo nas relações sexuais com mais de um parceiro, nos últimos doze meses;</p> <p>Denominador – Total de pop. Geral, UD, TS e HSH inquirida;</p> <p>OBS: Nas TS os dados de utilização de preservativo referem-se aos últimos 30 dias;</p>
7. Percentagem de homens e mulheres, de 15 a 24 anos, que utilizam preservativo nas relações sexuais com mais de um parceiro, nos últimos doze meses;		<p>Homens -74% Mulheres - 57%</p>	<p>2009</p>	<p>Relatório APIS,</p>		<p>Homens 76% Mulheres 61%</p>		<p>Homens - 80%, Mulheres – 65%</p>		<p>Está previsto em 2012 estudar o tamanho da amostra de HSH</p> <p>Indicador estimado a cada dois anos, através de inquérito na população-alvo;</p> <p>Numerador – N de homens e mulheres inquiridos de 15 a 24 anos, que utilizam preservativo nas relações sexuais com mais de um parceiro, nos últimos doze meses;</p> <p>Denominador – Total de população dos 15 a 24 anos inquirida;</p>
8. Número de preservativos masculinos distribuídos;		<p>2.313.901</p>	<p>2010</p>	<p>Registos de PNSR e DCM</p>		<p>2.350.000</p>	<p>2.400.000</p>	<p>2.450.000</p>	<p>2.500.000</p>	<p>Indicador estimado anualmente com base nos registos dos serviços distribuidores de preservativos;</p>
9. Percentagem de grávidas com acesso ao ADV para o VIH;		<p>88%</p>	<p>2009</p>	<p>Relatório PNSR-</p>		<p>91%</p>	<p>93%</p>	<p>94%</p>	<p>95%</p>	<p>Indicador estimado, anualmente, a partir dos registos dos serviços de Saúde Reprodutiva;</p> <p>Numerador – N de grávidas com acesso ao ADV;</p> <p>Denominador - Total de grávidas estimadas</p>

10. Percentagem de grávidas seropositivas que recebem ARV, para reduzir o risco de transmissão mãe-filho;	74%	2010	Relatório Anual do PLS								Indicador estimado, anualmente, através dos registos dos Pólos de tratamento; Numerador – N de grávidas seropositivas que recebem ARV, para reduzir o risco de transmissão mãe-filho; Denominador – N estimado de grávidas seropositivas
11. Percentagem de mães seropositivas cujos filhos têm acesso a leite artificial ou outra alternativa de alimentação;	28%	2010	Relatório da sociedade civil	28%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Numerador – N de mães seropositivas cujos filhos têm acesso a leite artificial ou outra alternativa de alimentação; Denominador – Estimativa de mães seropositivas; Relatórios de Progresso das Agências execução
12. Percentagem de sangue proveniente de doadores voluntários;	83%	2009	Relatório Programa Segurança Transfusional Anual Nacional	85%	87,5%	90%	95%	100%	100%	100%	Indicador estimado anualmente, a partir do Relatório Anual do Programa Nacional de Segurança Transfusional; Numerador – N de doações provenientes de doadores voluntários; Denominador – Total de doações de sangue recebidas;
13. Percentagem de doadores de sangue voluntários fidelizados;	70%	2009	Relatório Anual PLS/Segurança Transfusional	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	Indicador estimado anualmente, a partir do Relatório Anual do Programa Nacional de Segurança Transfusional; Numerador – N de doadores voluntários fidelizados; Denominador – Total de doadores voluntários;
14. Percentagem de unidades de sangue para transfusão testadas, para o VIH, Hapatites B e C e Sífilis;	100%	2010	Relatório Anual PLS/Segurança Transfusional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Indicador estimado anualmente, a partir do Relatório Anual do Programa Nacional de Segurança Transfusional; Numerador – N de unidades de sangue para transfusão testadas, para o VIH, Hapatites B e C e Sífilis; Denominador – Total de unidades de sangue disponibilizadas;
15. Número de casos de exposição accidental ao sangue;	ND				Baseline	Diminuição em 25%	Indicador estimado, anualmente, através dos registos dos Serviços de Saúde; indicador estimado a partir de 2012, prevendo a redução em 25% anualmente;				

16. Percentagem de homens e mulheres, dos 15 – 49 anos, que efectuou um teste de despiste do VIH e conhece o seu estatuto serológico, nos últimos 12 meses (indicador UNGASS);		Pop.Geral 25,5%	2009	Relatório APIS,	26%			45%		Indicador estimado a cada dois anos, a partir de inquéritos à população-alvo; Numerador – N de homens e mulheres, dos 15 – 49 anos, que efectuou um teste de despiste do VIH e conhece o seu estatuto serológico, nos últimos 12 meses; Denominador – Total de homens e mulheres, dos 15 – 49 anos, inquiridos;
17. Percentagem de UD, TS, homens e mulheres, dos 15 – 49 anos, que efectuou um teste de despiste do VIH e conhece o seu estatuto serológico, nos últimos 12 meses (indicador UNGASS);		PS - 29% UD -13,7%	2010 2011	Cartografia de TS Estudo de sero- prevalência VIH Estudo sócio- comportamental e de seroprevalência VIH em UD/UDI			TS:32% UD: 18%			Indicador estimado a cada dois anos, a partir de inquéritos à população-alvo; Numerador – N de UD, TS, homens e mulheres, dos 15 – 49 anos, que efectuou um teste de despiste do VIH e conhece o seu estatuto serológico, nos últimos 12 meses; Denominador – Total de UD, TS, homens e mulheres, dos 15 – 49 anos, inquiridos;
18. Percentagem de PVVIH diagnosticados em fase avançada da infecção;		46,5%	2009	Relatório dos Pólos de Tratamento e do PLS	44%	42%	40%	38%	37%	Indicador estimado anualmente, a partir dos registos dos Pólos de Tratamento; Numerador – N de pessoas diagnosticadas em fase avançada da doença SIDA; Denominador – Total de infecções VIH diagnosticadas;
19. Percentagem de TS e UD diagnosticados em fase avançada da infecção: (Diminuição de 20% no ano 5)		ND		Relatório dos Pólos de Tratamento e do PLS		Baseline			<20%	Baseline não disponível; Indicador estimado anualmente, a partir do Ano 1, através dos registos dos Pólos de Tratamento; Numerador – N de TS e UD diagnosticados em fase avançada da doença SIDA; Denominador – Total de infecções VIH diagnosticadas no seio dos TS e UD;
20. Número de postos de ADV criados;		20	2010	Base de dados da Unidade de M&A do SE do CCS-SIDA	0	2	1	1	1	Indicador recolhido, anualmente, a partir dos Relatórios das Agências de Execução;
21. Percentagem de doentes com tuberculose que fizeram ADV para despiste da infecção VIH e tiveram referência		ND				80%	80%	80%	80%	Baseline não disponível, mas, indicador estimado, anualmente, a partir de 2011, através dos Relatórios Anuais do PLS e do PNLI;

para seguimento;											Numerador – N de doentes com tuberculose que fizeram ADV para despiste da infeção VIH e tiveram referenciação para seguimento; Denominador – Total de doentes com tuberculose;
22. Percentagem de Delegacias de Saúde que implementam consultas, para diagnóstico de IST;	100%	2010	Dados do PLS			100%	100%	100%	100%	100%	Indicador estimado anualmente, a partir do Relatório Anual do PLS; Numerador – N de Delegacias de Saúde que implementam consultas de IST; Denominador – Total de Delegacias de Saúde;
24. Percentagem de pacientes que permanecem em TARV, 12 meses após o início da terapia;	88%	2009	Relatório Anual dos Pólos de Tratamento,			88%	90%	90%	90%	90%	Indicador estimado anualmente, a partir dos registos dos Pólos de Tratamento; Numerador – N de pacientes que permanecem em TARV, 12 meses após o início da terapia; Denominador – Total de pacientes entrados no sistema de seguimento, para TARV, há pelo menos 12 meses
25. Percentagem de pacientes inscritos e seguidos pelas estruturas de saúde, com acesso ao TARV e ao tratamento das IO, com base nos critérios definidos;	100%	2009	Relatório Anual dos Pólos de Tratamento			100%	100%	100%	100%	100%	Indicador estimado anualmente, a partir dos registos dos Pólos de Tratamento; Numerador – N de pacientes inscritos e seguidos pelas estruturas de saúde com acesso ao TARV e ao tratamento das IO; Denominador – Total de pacientes inscritos e seguidos pelas estruturas de saúde;
26. Percentagem de doentes que sobrevivem 5 anos (desdobramento aos 2 anos, 3 anos e 5 anos) após o início de TARV;	ND		Relatório Anual dos Pólos de Tratamento				Baseline				Indicador estimado anualmente, a partir dos registos dos Pólos de Tratamento; as metas serão determinadas após conhecimento do baseline, no Ano 1; Numerador – N de doentes que sobrevivem 5 anos (desdobramento aos 2 anos, 3 anos e 5 anos) após o início de TARV; Denominador – Total de pacientes entrados no sistema de seguimento, para TARV, há pelo menos 24, 36 e 60 meses, respectivamente;

27. Percentagem de Centros de Saúde que declara ruptura de stock de ARV, no último trimestre;	0%	2010	Relatório Anual do PLS	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	Indicador estimado, a partir dos registos dos Pólos de Tratamento; Numerador – N de Centros de Saúde que declararam ruptura de stock de ARV, no último trimestre; Denominador – Total de Centros de Saúde que disponibilizam ARV;
28. Percentagem de doentes re-admitidos no sistema de seguimento, que tinham sido perdidos de vista;	ND		Relatório Anual do PLS		Baseline						Indicador estimado anualmente, a partir dos registos dos Pólos de Tratamento; Numerador – N de doentes perdidos de vista readmitidos no sistema de seguimentos; Denominador – Total de doentes perdidos de vista;
29. Número de infectados e afectados pelo VIH, com acesso a programa de apoio psicossocial e/ou nutricional regular; (Aumentar 80%)	Psicossocial-611 Nutricional-250	2010	Base de dados da Unidade de M&A do SE do CCS-SIDA Relatório Platong	794	325	916	978	1100	450		Indicador estimado anualmente, a partir dos registos das Agências de Execução; os beneficiários serão incluídos de acordo com os critérios de acesso definidos; Numerador – N de infectados e afectados pelo VIH, com acesso a programa de apoio psicossocial e/ou nutricional regular; Denominador – Total de potenciais beneficiários;
30. Número de familiares afectados apoiados com AGR, de acordo com os critérios de acesso definidos; (Aumentar 50%)	325	2011	Relatório Platong	365			397	486			Indicador estimado anualmente, a partir dos registos das Agências de Execução; Numerador – N de familiares afectados, com critério de acesso, apoiados com AGR; Denominador – Total de potenciais beneficiários;
31. Número de crianças órfãs e vulneráveis com apoio escolar e/ou formação profissional, de acordo com os critérios de acesso definidos;	Apoio Escolar – 240 FP – 240	2010 2010	Relatório de SE-CCS-SIDA FCS Relatório Platong (FIF)	420	499	440	846	846	663		Indicador estimado anualmente, a partir dos registos das Agências de Execução da Plataforma das ONG; Sobre o Plano 846 OEV são apoiados para a educação secundária. (kit, Transporte, Propina, uniforme), Sobre a vigência do PENLS 663 OEV são apoiados para a Formação profissional e cerca de 80 novos por ano.

32. Número de pares formados, para efeito de incremento de acções de prevenção e controlo da epidemia de proximidade, em cada grupo vulnerável;	160(jovens pares) Profissionais de sexo(PS) Usuários de drogas(UD) PVVIH	2010	Relatório SE-CCS-SIDA (DGEBS)	532 30 60 30	688 80 100 80	714 120 160 120	844 160 200 160	844 200 300 200	Baseline apenas para jovens escolarizados (DGEBS) Sobre o PENLS prevê-se formar 844 pares jovens ; 200 pares PS e 300 Pares UD e 200 Pares PVVIH Indicador estimado anualmente, a partir dos registos das Agências de Execução;
33. Número de equipas mistas (Saúde, Câmaras Municipais, ONGs e pares) formadas, para intervenções de proximidade junto de PVVIH e familiares;	ND			Pelo menos 1 equipa por concelho (50% dos concelhos)	1 equipa por concelho (50% dos concelhos)				Baseline não disponível; Indicador estimado anualmente, a partir dos registos das Agências de Execução; Cada equipa terá entre 4 elementos;
34. Número de técnicos do sector público e da sociedade civil que recebeu uma formação no domínio de seguimento e avaliação;	24	2010	Relatório de SE-CCS-SIDA	51	71	91	111	131	Até ao final do Plano prevê-se o reforço de capacidade de 131 técnicos em matéria de M&A
35. Número de técnicos do sector público e da sociedade civil que recebeu uma formação no domínio de gestão sustentável de projectos;	ND		Relatório de SE-CCS-SIDA	20	40	60	80	100	Baseline não disponível; Indicador estimado anualmente, a partir do Ano 1, através dos registos das Agências de Execução;

