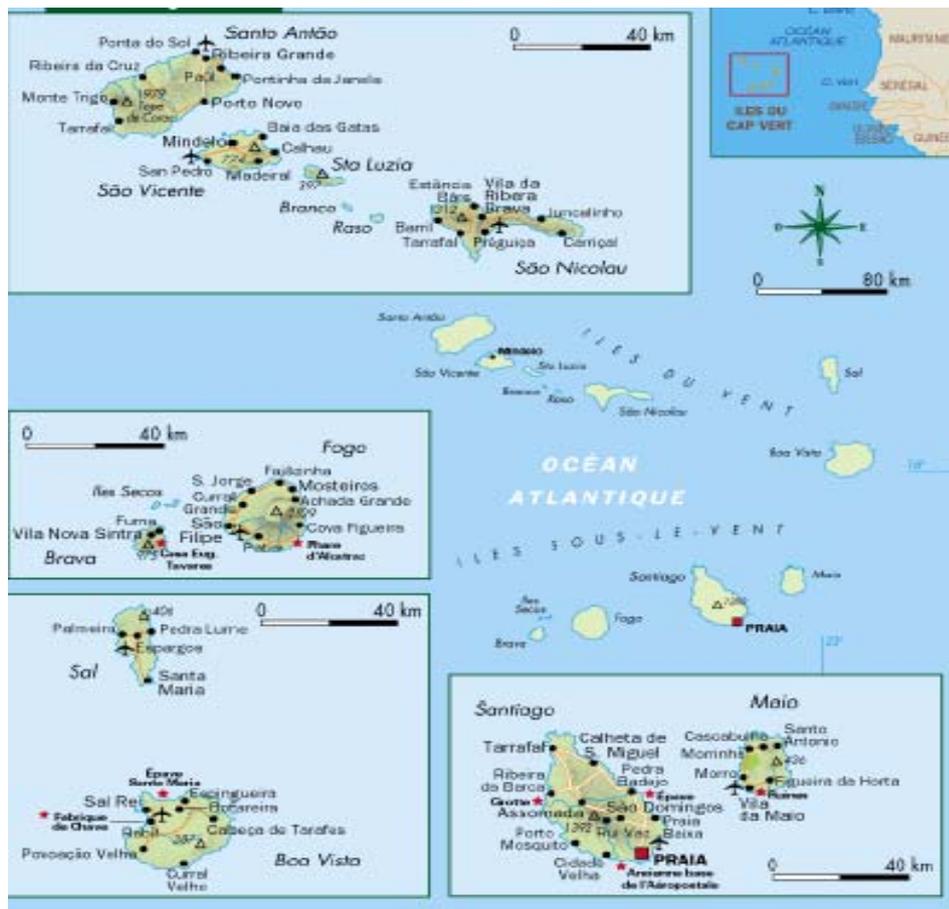




## PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA (2006-2010)



Praia, Junho de 2006

## II PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA O VIH-SIDA EM CABO VERDE (2006-2010)

### ÍNDICE

#### CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO GERAL

- 1.1. Introdução
- 1.2. Justificação
- 1.3. Apresentação do País
  - 1.3.1. Localização geográfica
  - 1.3.2. Demografia e população
  - 1.3.3. Migração e mobilidade da população
  - 1.3.4. Etnias, línguas de comunicação e religiões
  - 1.3.5. Resenha Socio-económica
- 1.4. Metodologia
- 1.5. Quadro institucional

#### CAPÍTULO II: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E DA RESPOSTA NACIONAL FACE AO VIH/SIDA

- 2.1. Situação epidemiológica e sócio-comportamental do VIH/SIDA e as suas tendências EM Cabo Verde
- 2.2. Organização e Gestão da Luta Contra o VIH/SIDA em Cabo Verde
- 2.3. Respostas Públicas
- 2.4. Resposta da Sociedade Civil
- 2.5. Resposta por domínio de intervenção
- 2.6. Principais desafios

#### CAPÍTULO III: ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS DA RESPOSTA AOS VIH-SIDA PARA O PERÍODO 2006-2010

- 3.1. Princípios directores
- 3.2. Domínios Prioritários de Intervenção
- 3.3. Objectivos e Resultados Esperados
- 3.4. Eixos Estratégicos de Intervenção e Acções
- 3.5. Grupos - Alvos

#### CAPÍTULO IV: IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

- 4.1. Plano de acção global (2006-2010)
- 4.2. Plano operacional (2006-2007)
- 4.3. Plano de Seguimento & Avaliação

#### CAPÍTULO V: RECURSOS E FINANCIAMENTO DO PLANO

- 5.1. Situação Actual

5.2. Estimativa dos Custos

5.3. Mobilização dos Recursos Internos e Externos

CONCLUSÃO

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

Abreviaturas/Siglas

Glossário

Equipa técnica

Lista de participantes no processo de planificação

Lista de participantes na reunião de validação

## II PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA O VIH-SIDA EM CABO VERDE (2006-2010)

### CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO GERAL

#### 1.1. Introdução

Desde a identificação do primeiro caso de SIDA no país, em 1986, Cabo Verde organizou-se para enfrentar a epidemia e, em 1989, realizou-se o 1º inquérito nacional de seroprevalência, com um resultado que indica uma prevalência nacional de 0,46% (15-55 anos).

Com efeito, desde muito cedo o Governo de Cabo Verde considerou o combate ao VIH-SIDA como uma das grandes prioridades do país, tendo podido contar com o indispensável apoio dos principais parceiros internacionais, tais como a Cooperação Francesa, a União Europeia, o Banco Mundial, o GTZ, o Sistema das Nações Unidas e, mais recentemente, do Governo Brasileiro e da Fundação Clinton, entre outros. Efectivamente, sem este apoio fundamental a permanência de Cabo Verde no grupo de países com fraca prevalência para o VIH / SIDA (< 1 %) não teria sido possível. Por outro lado, a recente decisão de introduzir o tratamento anti-retroviral não teria sido possível sem a solidariedade internacional.

Desde 2002, existe um plano estratégico multi-sectorial, cobrindo o período 2002/2006, que permitiu a definição de um quadro único de políticas, uma estrutura única de coordenação (o CCS-SIDA), presidido ao mais alto nível (pelo Primeiro Ministro), e de um sistema único de Seguimento e de Avaliação, em coordenação com os "3 Princípios" internacionalmente reconhecidos.

A 17 de Abril de 2002, o Governo de Cabo Verde assinou com o Banco Mundial um crédito de 9 milhões de dólares americanos, para o combate ao VIH- SIDA. Este projecto multi-sectorial atingiu a sua velocidade de cruzeiro em 2004 e recebeu, aquando da sua avaliação a meio percurso, a classificação de **muito satisfatório**, fazendo Cabo Verde parte do grupo dos países africanos que melhor implementaram os seus projectos de Luta Contra a SIDA, financiados pelo Banco Mundial.

Importantes avanços foram já conseguidos nesta etapa de implementação, cujo ponto mais alto culminou com o lançamento oficial do tratamento com os anti-retrovirais. Neste momento encontra-se cerca de uma centena e meia de doentes em tratamento. Através do Programa Multi-sectorial conseguiu-se uma grande mobilização social dos cabo-verdianos, vários estudos foram implementados para o melhor conhecimento da epidemia (de natureza epidemiológica e socio-comportamental), numa parceria exemplar entre o CSS-SIDA, Institutos Públicos, Ministérios, Câmaras Municipais, ONG's e Associações Comunitárias. A abordagem multi-sectorial e a estratégia descentralizada na implementação do PMLS constituem trunfos importantes na luta contra a SIDA em Cabo Verde, cujos benefícios, reconhecidos por todos, importam ser preservados e consolidados de forma a evitar retrocessos no futuro.

O desenvolvimento da luta contra o VIH-SIDA levou a que fosse já legalizada a primeira Associação de Apoio a Seropositivos e começam a aparecer na comunicação social indícios das primeiras reivindicações de PVVIH-SIDA, como resultado de um processo de apropriação e de exercício da cidadania, que poderão trazer benefícios para a consolidação da luta contra a SIDA no país.

Além disso, o PMLS tem permitido o desenvolvimento de intercâmbios entre os Técnicos Nacionais do sector público e das ONG's e os de outros Países, cujo objectivo foi incrementar a troca de experiência e conhecimento, visando um melhor apetrechamento e domínio das principais ferramentas por parte dos participantes na luta contra a SIDA, para melhor enfrentarem esta epidemia em Cabo Verde.

Parcerias importantes foram materializadas com o Brasil, o GTZ, a OMS, o UNICEF, o FNUAP, enfim, com todo o sistema das Nações Unidas. O SE esteve presente regularmente em fóruns organizados pelo Grupo Temático da ONUSIDA, a nível do sistema das Nações Unidas em Cabo Verde, onde também participam diferentes parceiros internacionais sediados no país.

Tendo em conta a natureza multifacetada da SIDA, que é um problema de saúde pública, mas, também, social, económico e de direitos humanos, impõe-se, nesta etapa, evitar quaisquer retrocessos cuja consequência seria a medicalização/sanitarização, na abordagem ao VIH-SIDA, pondo em causa os ganhos alcançados.

Além disso, conscientes da necessidade de diversificar as fontes de financiamento, Cabo Verde empreende esforços na procura e consolidação de parcerias e na elaboração de propostas concretas, como é o caso, de entre os mais recentes, da apresentação, em 2004, de uma proposta ao Fundo Mundial (tendo recebido a apreciação de re-submissão à 5ª Ronda), da assinatura de protocolos com a Fundação Clinton, para a redução dos custos com os ARVs e equipamentos de laboratório, bem como com o Governo do Brasil, para o apoio no fornecimento dos ARVs produzidos por este país, baseado numa iniciativa conjunta com a UNICEF, entre outras diligências que visam a consolidação das potencialidades de cooperação com a CPLP, o Sistema das Nações Unidas, etc.

Neste contexto, o país deverá estar à altura dos desafios da consolidação do quadro institucional criado, da conservação da mobilização e engajamento dos cabo-verdianos no acesso universal pelo menos de prevenção e combate à epidemia e para garantir, também, de forma sustentável o acesso universal dos pacientes ao tratamento e cuidados.

Cabo Verde deverá garantir os financiamentos necessários para a continuação do Programa Multi-sectorial de Luta contra a SIDA, sem os quais todos os ganhos adquiridos serão postos em causa.

Desejamos que a vulnerabilidade económica e social do país seja tomada em conta, de modo a que Cabo Verde não seja prejudicado pela sua boa prestação e sua fraca prevalência no acesso aos fundos internacionais para a luta contra a SIDA.

Com efeito, os resultados adquiridos no controle da epidemia serão postos em causa, com sérios riscos de regressão no controle da doença, sem os apoios da comunidade internacional.

Nós queremos contribuir para melhorar o quadro negativo do nosso continente face ao VIH-SIDA e dizer à Comunidade Internacional que é possível aos africanos vencer os desafios do controle do VIH-SIDA.

## **1.2. Justificação**

O presente Plano reveste-se de uma importância particular para o conjunto dos actores da luta contra a SIDA em Cabo Verde, na medida em que ela deve permitir reforçar e desenvolver iniciativas implementadas. A análise dos principais ensinamentos mostra, que hoje é preciso passar de uma mobilização centrada na sensibilização para uma abordagem instituída na mudança do

comportamento, na participação das mulheres e de outros públicos alvos. Os esforços devem ter por objecto a disponibilização de serviços de prevenção e de cuidados que integrem ao mesmo tempo a população socialmente desfavorecida e a população em situação de vulnerabilidade principalmente expostas aos riscos. Medidas de acompanhamento e de acessibilidade serão instauradas a fim de preencher as lacunas entre a oferta de cuidados e de prevenção.

Mais ainda do que a insularidade do país, é a dispersão das ilhas que constitui a maior deficiência económica e social. A dispersão obriga à multiplicação das infra-estruturas (transporte marítimo e aéreo entre as ilhas, produção e distribuição de energia e água, estrutura de prevenção e de cuidados etc.), e de instalações necessárias para as prestações de serviços sociais, sanitários, administrativos e de segurança. Os custos induzidos pela multiplicação das infra-estruturas são, inevitavelmente, reflectidos nos preços dos serviços em questão, incluindo os serviços essenciais relativos à saúde e à educação. Estas discontinuidades provocam grandes problemas em relação ao objectivo de desenvolvimento equitativo entre as comunidades insulares regionais, quer se trate do acesso aos serviços de saúde e de educação, ou à informação e à cultura

Cabo Verde foi admitido na categoria dos Países Menos Avançados (PMA) em 1977. Em 1994, o país, pela primeira vez, satisfaz dois dos três critérios de saída da categoria (o critério de baixo rendimento e o critério de atraso no desenvolvimento do capital humano, ou seja critério de "qualidade de vida física"). Esta situação, observada de novo em 1997, aparecia como o resultado de uma progressão relativamente rápida do rendimento nacional por habitante (de 380 dólares em 1989 para 1.090 dólares em 1997) e de progressos não negligenciáveis no desempenho nacional em matéria de saúde e educação. No entanto, o Inquérito sobre as Despesas das Famílias de 2001 mostrou uma progressão da pobreza no país. A estrutura da economia ainda não estava bastante alargada de modo a que uma aproximação do limiar de saída relativo ao critério de diversificação económica fosse possível. Aquando da revisão da lista dos PMA em 2000, pela terceira vez consecutiva, Cabo Verde situava-se acima dos limiares de saída relativos a dois dos três critérios (baixo rendimento, qualidade de vida física), enquanto que uma distância importante instalou-se em relação ao limiar de saída relativo ao novo critério de vulnerabilidade económica.

A pobreza aumentou em Cabo Verde de 30% em 1989 para 36% em 2002. A taxa de pobreza extrema passou de 14% para 20% durante os mesmos anos. Este crescimento é de predominância rural visto que 46% desta população era pobre em 1989 e 51% em 2002 (cf. Gráfico 1).

Além disso, os resultados da vigilância epidemiológica e comportamental confirmam um impacto positivo dos esforços do país na luta contra o VIH-SIDA (20 anos após o primeiro caso de SIDA, a taxa de seroprevalência continua sendo de cerca de 0.5% da população). Contudo, o potencial epidémico da doença é elevado, existem ainda comportamentos de risco e é necessário consolidar o *empowerment* da população para a prevenção do VIH-SIDA e a abordagem multi-sectorial.

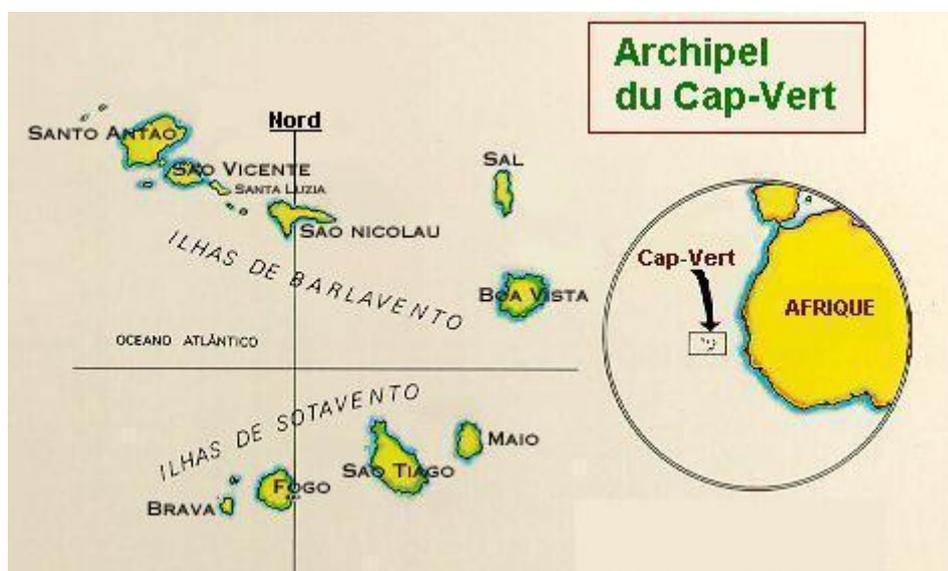
É neste contexto de vulnerabilidade que este Plano Estratégico Nacional se inscreve.

### 1.3. Apresentação do País

#### 1.3.1. Localização geográfica

Cabo Verde é um arquipélago de origem vulcânica situado no Oceano Atlântico, a cerca de 455km do cabo que forma o extremo ocidental do continente africano. É constituído por dez ilhas e oito ilhéus, tendo no total uma superfície de 4.033 Km<sup>2</sup>. Geograficamente, o arquipélago divide-se em dois grupos, Barlavento e Sotavento, de acordo com os ventos dominantes. A norte, as ilhas-ao-vento (*Ilhas de Barlavento*) compreendem as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista. Ao Sul, Maio, Santiago, Fogo e Brava formam as ilhas-sob-o-vento (*Ilhas de Sotavento*). Administrativamente o país é dividido em 17 municípios.

Figura 1:



O clima é saheliano. As precipitações são de uma irregularidade sazonal e de uma de irregularidade espacial pronunciadas: em todo o arquipélago, Agosto e sobretudo Setembro são os meses mais húmidos.

#### 1.3.2. Demografia e população

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatísticas de Cabo Verde publicados em 2005, a população total do país é estimada em 478.000 habitantes com uma taxa de crescimento da população de cerca de 2,13%. A densidade da população é de 109 habitantes por Km<sup>2</sup>, com valores extremos de 410 habitantes por km<sup>2</sup> para o Município da Praia e de 6,8 habitantes por Km<sup>2</sup> para Boavista. Além disso, cerca de 57,2% desta população vive no meio urbano. A faixa etária de 15 - 49 anos representa 50,3% da população total, ou seja quase 51,5% de mulheres.

No último recenseamento realizado em 2000, a população foi estimada em 434.625 habitantes. Em 2005, as projecções demográficas indicam uma população de 478.163 da qual 51,5% de mulheres e

48,5% de homens, uma taxa de urbanização de 53,7%, uma densidade de 119 habitantes por km<sup>2</sup> e uma taxa anual de crescimento demográfico estimada em 2,1%. A ilha de Santiago concentra 54% da população do país e Praia, a capital, localizada na mesma ilha, com 106.348 habitantes, concentra cerca de um quarto da população do país.

A população cabo-verdiana é marcada por um processo de *transição demográfica*. No entanto, a população é maioritariamente muito jovem. A franja da população com menos de 15 anos na população total reduziu-se ligeiramente passando de 47,2% em 1970 para 42,3% em 2000. As pessoas com mais de 60 anos mantêm o seu peso relativo enquanto que aquelas com mais de 70 anos viram a sua importância na população total aumentada passando de 3,3% em 1970 para 4,2% em 2000.

O índice sintético de fecundidade (ISF) diminuiu, com efeito, de 7,1 crianças por mulher em 1979-80 para 4 crianças por mulher em 2000. As mulheres que têm um nível de instrução pelo menos secundário têm, em média, uma primeira criança aos 22,4 anos contra uma idade de 20 anos, em média, para aquelas cujo nível de instrução é mais baixo. As mulheres não instruídas têm em média 6,9 crianças cada uma contra uma média de 2,2 crianças<sup>1</sup> para aquelas que têm um nível de educação pelo menos secundário. A contribuição dos jovens com idade de 12-19 anos na fecundidade geral é de 11,9%.

A *esperança de vida* à nascença passou de 56,3 anos em 1970 para 71 anos em 2000. Em 2005, ela foi considerada de 72,1 anos (66,5 anos para os homens e 74,9 anos para as mulheres). A melhoria da esperança de vida ainda não se traduziu num envelhecimento marcado da população tal como o demonstra o quadro 1.

### **1.3.3. Migração e mobilidade da população**

A cultura migratória é muito antiga, representando um elemento intrínseco ao processo de formação da sociedade cabo-verdiana. Além da forte componente internacional, ela manifesta-se também entre as ilhas e no interior das ilhas, sobretudo em direcção dos centros urbanos, em especial da capital, Praia.

Milhares de cabo-verdianos emigraram para os Estados Unidos, Europa, Angola, Senegal e Guiné-Bissau no período colonial, devido à escassez de terras e à seca cíclica. A emigração é ainda hoje frequente e considera-se que os cabo-verdianos na diáspora são duas vezes superiores aos residentes no país.

O censo de 2000 estimou que existem em Cabo Verde perto de 10 mil cidadãos estrangeiros, sendo quase a metade também com a nacionalidade Cabo-verdiana (dupla nacionalidade). Dados que do nosso ponto de vista estão desactualizados pelo fluxo das chegadas de cidadãos da costa ocidental africana, oriundos de países da CEDEAO.

Os efeitos do fenómeno migratório cabo-verdiano no processo de desenvolvimento são consideráveis, tanto na sua dimensão económica como sócio-cultural. A proximidade da costa

---

<sup>1</sup> Fonte: IDSR, 1998

ocidental africana (zona de forte prevalência do VIH/SIDA) e o desenvolvimento do turismo são factores que podem acelerar a transmissão e a propagação da infecção ao VIH/SIDA no país.

### **1.3.4. Etnias, línguas de comunicação e religiões**

Cabo Verde é uma nação de mestiçagem que não possui etnias. As principais línguas de comunicação são o português, que é a língua oficial e o cabo-verdiano, crioulo falado com diferentes variantes em cada ilha. A maior parte dos cabo-verdianos é cristão com uma predominância da Igreja Católica. A Igreja Protestante e a Igreja dos Adventistas do Sétimo Dia estão também presentes. Há já vários anos, outras religiões apareceram e desenvolveram-se livremente, de acordo com a vontade de cada crente.

### **1.3.5. Resenha Socio-económica**

O desenvolvimento de Cabo Verde baseia-se na rentabilidade da sua posição geo-estratégica e na valorização dos recursos e das potencialidades humanas. A economia cabo-verdiana é essencialmente uma economia de serviços.

Cabo Verde conhece bons desempenhos de crescimento económico e de desenvolvimento humano. Em 2005, por conseguinte, as Nações Unidas aprovaram a resolução que visa a graduação do país à categoria dos países de desenvolvimento médio a partir de 2008.

Em 2003, o PIB por habitante foi calculado em 1.764 dólares. Os indicadores macroeconómicos são melhorados, desde 2000<sup>2</sup>, com um crescimento relativamente forte (6% em média no período 2000 - 2004), uma inflação dominada (1.2%), um orçamento em crescimento (22.9% do PIB em 2004 contra 20.5% em 2000) e um serviço da dívida pública que diminuiu (10.7% das exportações em 2004 contra 11% em 2000). O défice orçamental atingiu mesmo um nível mais baixo que o projectado, enquanto que as reservas do Banco Central atingiram também um nível mais elevado do que o previsto em 2004. Estes desempenhos mantêm a confiança dos parceiros externos e predizem um aumento absoluto dos meios do Estado para os próximos anos.

Cabo Verde pode ser considerado como um dos países menos endividados na África Sub-sahariana com uma dívida externa de 331 milhões de dólares em 2001 representando 61% do PIB e um serviço da dívida em percentagem das exportações de 13% durante o mesmo ano.

O *desemprego* foi reduzido, de uma taxa de 25,4% em 1990 para 17,4% em 2000. No entanto, as mulheres (22% contra 10,9% para os homens) e os jovens de 15-24 anos (29,7%) são os mais afectados pelo desemprego.

O indicador de desenvolvimento humano (IDH)<sup>3</sup> está em franco progresso e passou de 0,587 em 1990 para 0,631 em 1995, 0,670 em 2002 e 0,712 em 2003 (PNUD, Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano, RNDH, 2004). Em 2003 Cabo Verde situava-se na 105ª posição de entre 177 países.

---

<sup>2</sup> Quadro das Despesas de Saúde a Médio Prazo, 2006-2008

<sup>3</sup> Relatório de Cabo Verde sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 2004

Apesar dos progressos em matéria de desenvolvimento humano e macroeconómico, Cabo Verde continua sendo um país vulnerável nomeadamente pela debilidade e instabilidade da sua pluviometria, pela dependência do país no que diz respeito à ajuda pública ao desenvolvimento (APD), pela importação de combustíveis e de produtos alimentares e pela insularidade e forte descontinuidade territorial.

A ajuda pública ao desenvolvimento que era de 13,5% do PIB em 2001 representou 24,1% e 23,3% do PIB, respectivamente, em 1998 e 1999 e mais ainda durante a década 1990. Acrescentam-se as transferências que provêm da emigração que representam, nestes últimos anos, um pouco mais de 10% do PIB.

Cabo Verde conhece uma forte dependência alimentar tanto mais que a produção agrícola local só pode cobrir 20% das necessidades alimentares básicas da população. Além dos acasos climáticos e dos solos globalmente pouco produtivos, a água constitui o elemento crítico da produção agrícola pluvial, e a variabilidade extrema deste factor provoca produções pluviais muito aleatórias e imprevisíveis.

A pobreza aumentou de 30% em 1989 para 36% em 2002. A taxa de pobreza extrema passou de 14% para 20% durante os mesmos anos. As zonas rurais são as mais afectadas com 51%, assim como as famílias cujo chefe é uma mulher (68%).

Note-se que 53% dos agregados familiares são dirigidos por mulheres, sendo estas, geralmente, quem assegura o sustento dos filhos e, muitas vezes, de outros dependentes – netos, sobrinhos, etc. Além do mais, 250 crianças são chefes de agregados familiares (0,1%), e 471 são cônjuges do chefe (0,2%), sobretudo do sexo feminino, e 4.814 não possuem qualquer laço de parentesco com o chefe (2,3%) (INE, 2002).

Os dados mostram, ainda, que a população pobre é no geral, muito jovem, isto é, 49% dos pobres têm menos de 15 anos. O índice aumenta para 51% quando se verifica que a grande pobreza se encontra na população com menos de 15 anos.

Em face dos altos índices de pobreza assinalados, uma parte considerável da população está obrigada a viver constantemente em estado de alerta, buscando cada vez mais estratégias fundadas na urgência que a pressão por recursos materiais impõe. É sob essas estratégias fundadas na urgência da busca de recursos de sobrevivência que crianças muito novas são encaminhadas às ruas pelos pais em busca de complemento para a renda familiar. As jovens-meninas de classe popular, pressionadas pela urgência da chegada à vida adulta, geram filhos antes de seus parceiros terem as condições socioeconómicas e a maturidade psico-cultural para assumi-los plenamente. É assim que a gravidez precoce, a constituição de famílias chefiadas por mulheres, a indisposição de grande parte dos jovens-rapazes em assumirem responsabilidades pelos filhos gerados, contribuem para aprofundar o círculo vicioso da pobreza<sup>4</sup>.

O Documento da Estratégia de Crescimento e Luta Contra a Pobreza, elaborado com uma ampla participação dos sectores público e privado, da sociedade civil e dos parceiros de desenvolvimento, para o período 2004-2007, foi aprovado pelo Governo, com a finalidade de combater a pobreza de forma sustentável. Nesse contexto, os parceiros e o Governo de Cabo Verde assinaram um acordo

---

<sup>4</sup> ICM e CCSSIDA: Diagnóstico da Vulnerabilidade das Crianças em Situação de Rua face às IST/VIH/SIDA, 2005

de ajuda orçamental para sua implementação, com base na monitorização periódica dos resultados e metas de redução da pobreza.

Os principais pilares de intervenção que são tomados em consideração nesta estratégia são os seguintes:

- (a) A modernização do Governo;
- (b) O crescimento económico e o desenvolvimento do sector privado (para a criação de empregos adicionais);
- (c) O desenvolvimento do capital humano;
- (d) O desenvolvimento das infra-estruturas e a protecção do ambiente;
- (e) A protecção social.

Foram elaboradas políticas públicas para cada pilar de intervenções. Os custos das actividades conexas a cada política foram avaliados enquanto indicadores que permitem medir o estado de avanço na execução de cada actividade.

Para dispor de um instrumento de implementação das políticas públicas preconizadas no DECRP, o Governo cabo-verdiano elaborou em Setembro de 2004 uma versão preliminar de um Quadro de Despesas a Médio Prazo (QDMP). Este cobre o período 2005-2007 e retoma as projecções macroeconómicas elaboradas no DERP.

Quadros de Despesas Sectoriais a Médio Prazo (QDS - MP) foram igualmente preparados por quatro sectores: Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos, Ministério do Ambiente, Agricultura e Pescas, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

A irreversibilidade dos ganhos do progresso social não é assegurada. O desenvolvimento dos sistemas de saúde e de educação constitui um dos maiores desafios que o país terá a assinalar nos próximos anos. Já se justificam preocupações relativas ao financiamento destes sistemas e correm o risco de aumentar sob a pressão demográfica, pois mais de 60% da população tem menos de 25 anos<sup>5</sup>.

Esta preocupação é partilhada pelos responsáveis nacionais de luta contra o VIH/SIDA e neste contexto insere-se a elaboração do II Plano Estratégico de Luta contra o VIH/SIDA e o seu quadro das despesas a médio prazo.

#### **1.4. Metodologia**

Para a elaboração deste plano, os procedimentos contidos no “Guia para o Processo de Planeamento para uma Resposta Nacional ao VIH-SIDA” da UNAIDS, serviram como referência nas diferentes etapas do processo.

Foram identificadas 5 áreas de trabalho, coordenadas pelo Secretário Executivo do CCS-SIDA, relativamente às quais foram constituídos grupos de trabalho. Cada grupo de trabalho possuía um elemento do Secretariado Executivo, de forma a facilitar a ligação com os diferentes sectores:

---

<sup>5</sup> Perfil de vulnerabilidade de Cabo Verde, Fevereiro 2003 (versão preliminar)

Área 1 – Análise da situação do VIH-SIDA e da Resposta;

Grupo 1 - Sociedade Civil

Grupo 2 - Sector Público

Grupo 3 - Sector Saúde

Grupo 4 - Sistema das Nações Unidas

Grupo 5 - IEC

Área 2 – Definição de linhas orientadoras e das prioridades globais

Área 3 – Definição de objectivos e respectivas estratégias de intervenção e acções

Área 4 – Estimativa orçamental

Área 5 – Redacção

A constituição dos grupos de trabalho obedeceu aos princípios da multi-sectorialidade e da pluridisciplinaridade que um plano desta natureza exige.

Os grupos trabalharam com a metodologia participativa e, regularmente, havia reuniões mais alargadas para a socialização dos avanços no processo.

Os dados da análise de situação e da resposta elaborados serviram como referência na definição de prioridades, objectivos, estratégias e acções, através do envolvimento dos principais parceiros da luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde, e de dois consultores internacionais, financiados pela UNAIDS, que nos apoiaram nesse processo.

Antes da reunião de validação, todo o quadro estratégico do plano e as respectivas acções foram alvo de uma intensa acção de consulta, coordenada pelo Secretariado Executivo do CCS-SIDA, via correio electrónico, que permitiu melhorar, durante o processo, as prioridades, os objectivos, as estratégias e as acções.

### **Parte da elaboração do orçamento**

XX  
XX  
XX

## **1.5. Quadro institucional**

A luta contra o VIH/SIDA começou desde o aparecimento dos primeiros casos de infecção em 1986. A vontade política e o compromisso do Governo Cabo-verdiano de combater esta epidemia materializaram-se pela criação em 1987, no Ministério da Saúde, do Grupo de Acção Anti-Sida (GAAS) que realizou as primeiras actividades de sensibilização, e de informação dos técnicos da saúde e da população.

Vários planos de curto e médio prazo foram elaborados e implementados, nomeadamente:

- O Plano a curto prazo 1997-1988

- O Plano a médio prazo (PMP I) 1989 – 1990

- O Plano a médio prazo (PMP II) 1990 - 1998

- Em 2001 e com o apoio da ONUSIDA, foi elaborado um plano estratégico nacional de luta contra a SIDA 2002-2006.

No âmbito da implementação deste plano estratégico, as autoridades cabo-verdianas criaram, em Julho de 2001, o Comité de Coordenação da luta contra a SIDA (CCS-SIDA).

Esta estrutura multi-sectorial de luta contra o VIH/SIDA é colocada sob a autoridade directa do Primeiro Ministro e dispõe de um Secretariado Executivo (SE) responsável pela gestão diária das intervenções. No conjunto do território nacional, os órgãos implicados nas intervenções de luta contra esta pandemia são descritos mais abaixo (*ver esquema*):

➤ **A nível de decisão:**

- Um **Comité de Coordenação da Luta contra a SIDA (CCS-SIDA)**

O CCS-SIDA é o órgão de coordenação da resposta multi-sectorial face ao VIH/SIDA e é presidido pelo Primeiro Ministro. Ele está encarregado de coordenar a implementação da política global do Governo em matéria de luta contra a SIDA e de seguir todos os programas e projectos executados no país neste domínio.

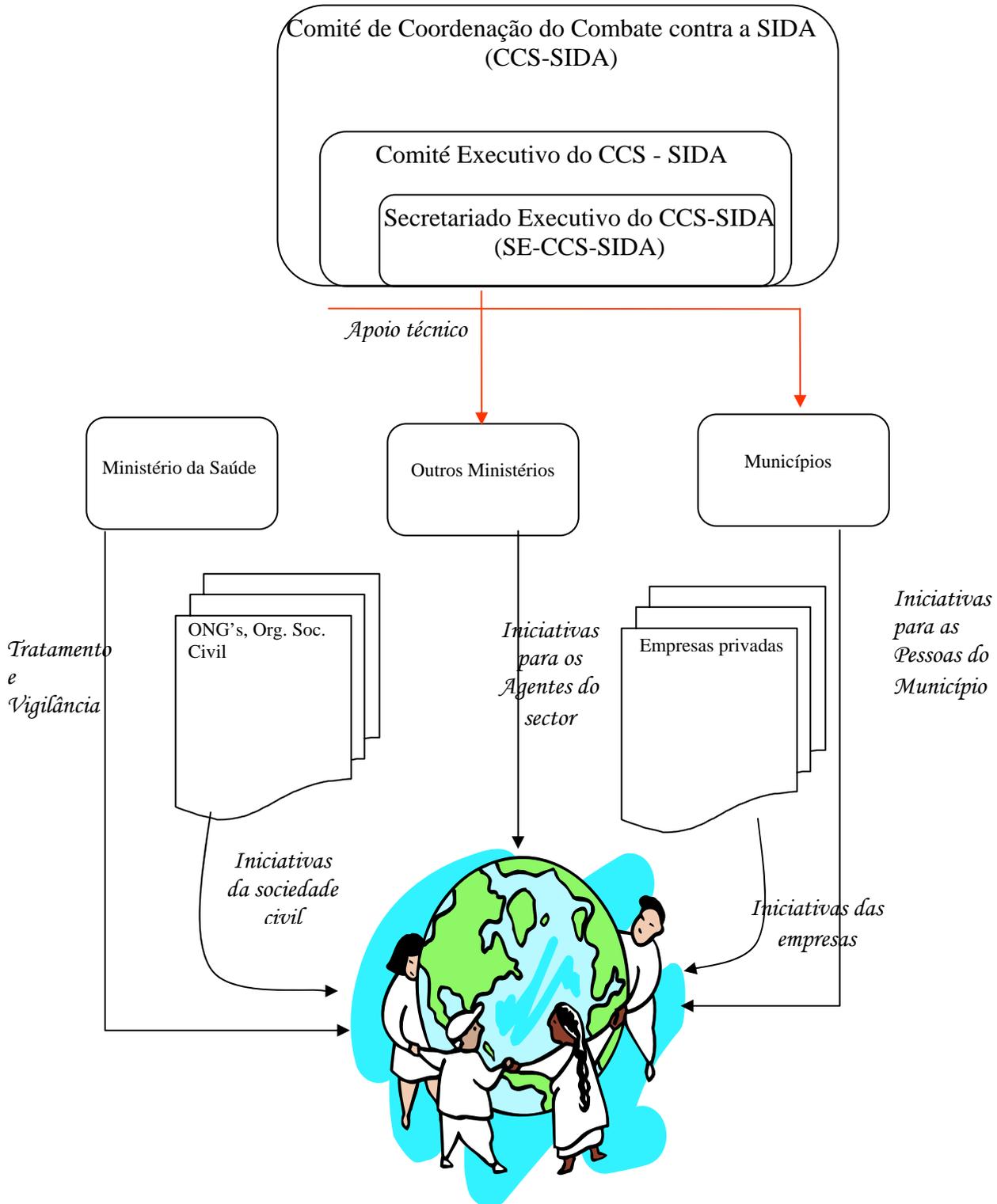
A sua composição é a seguinte: o Secretário de Estado da Juventude (Vice-Presidente), o Director Geral da Saúde, o Director do Ensino, o Director Geral da Juventude, o Director Geral da Comunicação Social, o Director do Programa de Luta contra a SIDA do Ministério da Saúde, o Presidente do CCCD, três 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 cabo-verdianos, um representante do departamento governamental responsável pela cooperação internacional, um representante do sector dos desportos e um representante do sector das Forças Armadas.

- O **Secretariado Executivo (SE)** é a estrutura funcional de apoio ao CCS-SIDA para a implementação das actividades e responsável pelas relações entre o CCS-SIDA e as entidades públicas (governamentais e municipais, incluindo a saúde), as entidades privadas e a sociedade civil organizada. É também responsável pela gestão dos recursos financeiros mobilizados.

➤ **A nível operacional**

- O **Programa de Luta contra a SIDA do Ministério da Saúde (PLS)**, sob a tutela do Ministério da Saúde e sob a dependência directa da Direcção-Geral da Saúde. O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário está encarregado de organizar e coordenar as intervenções de IEC nos diferentes sectores.
- **Estruturas descentralizadas do Ministério da Saúde (Delegacias de Saúde)**. As Delegacias de Saúde asseguram a formação, o seguimento, a coordenação inter e intra-sectorial das actividades IEC em matéria de prevenção do VIH/SIDA, a nível municipal e local.
- **As estruturas centrais e descentralizadas dos outros Ministérios e do sector privado.**
- Os **Comités Municipais de Luta contra a SIDA**. Estes Comités são 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).

**Organigrama Institucional da luta contra a SIDA em Cabo Verde**



## CAPÍTULO II: ANÁLISE DA SITUAÇÃO E A RESPOSTA NACIONAL FACE AO VIH/SIDA

### 2.1. Situação epidemiológica e sócio-comportamental do VIH/SIDA e as suas tendências em Cabo Verde

O primeiro caso de SIDA foi detectado em Cabo Verde em 1986, num paciente originário da ilha do Fogo. Em 1989, o primeiro inquérito de seroprevalência realizado à escala nacional em 5.790 pessoas de 15 a 55 anos revelou uma prevalência de 0,46%.

Desde logo, um sistema de vigilância sentinela do VIH nas mulheres grávidas foi instaurado e permitiu obter taxas de prevalência indo de 0,48% em 1989 para 1,13% em 2002 (*Fonte: Relatório do PLS do Ministério da Saúde, 2005*). Em 2003 e 2004, com a introdução de novos postos de recolha, obtiveram-se prevalências de, respectivamente, 0,89% e 0,44% (figura em baixo).

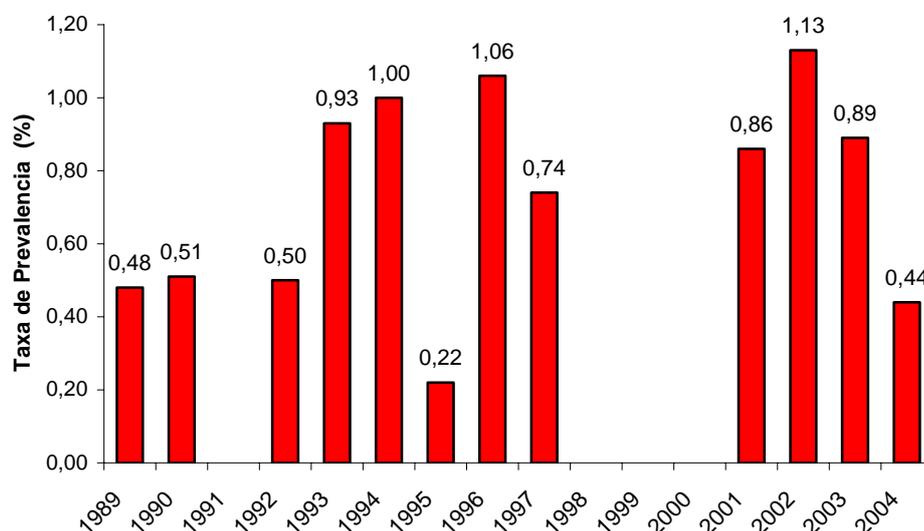


Figura 2: Evolução da seroprevalência do VIH em Cabo Verde de 1988 a 2004. Postos sentinelas.  
Fonte: Serviço de Epidemiologia/Programa de Luta contra a SIDA – Ministério da Saúde

O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) realizada em Outubro de 2005 em 5.601 pessoas com idade de 15 a 49 para as mulheres e de 15 a 59 anos para os homens, indica uma prevalência à volta de 0,52% (Relatório preliminar, Janeiro de 2006). De acordo com os dados provisórios do inquérito, a taxa de prevalência por sexo é de 0,4% para as mulheres e de 0,6% para os homens. O meio urbano apresenta uma taxa de prevalência de 0,7% e o meio rural de 0,3%.

A análise dos dados mostra que a prevalência que continuou a ser crescente entre 1989 (0,48%) e 2002 (1,13%) tende a manter-se com, respectivamente, 0,89% em 2003, 0,44% em 2004. Isso é confirmado pelos dados do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) realizado em Outubro de 2005 que indica uma prevalência de cerca de 0,5%.

De acordo com a análise dos casos conhecidos, em 2005 a infecção com o VIH afectou particularmente as pessoas da faixa etária mais activa e economicamente rentável, 20 a 34 anos. Ela representa 62,8% dos seropositivos e 51% dos casos de SIDA doença. O IDSR II também aponta esta faixa etária como particularmente afectada, a par com a faixa etária dos 45-49 anos.

Além disso, os dados de Postos sentinela de 2003 e 2004 mostram que as jovens mulheres são expostas muito cedo ao vírus, 30% das mulheres grávidas têm entre 15 e 19 anos.

As estatísticas disponíveis não indicam uma diferença significativa da prevalência do VIH nas mulheres em função do estado civil (casada, solteira ou coabitante). As prevalências nestes três sub grupos de populações em 2004 são de 0,34% nas mulheres solteiras; 0,5% nas casadas e 0,56% naquelas que vivem em coabitação.

De 1986 a 2004, o número acumulado de casos de VIH/SIDA notificados continuou crescente como o indica a figura 3. Em finais de Dezembro de 2005, cerca de 1710 casos de infecção com o VIH/SIDA foram notificados. Mais da metade dos casos (52%) estava já na fase SIDA, o que indica uma despistagem tardia da infecção.

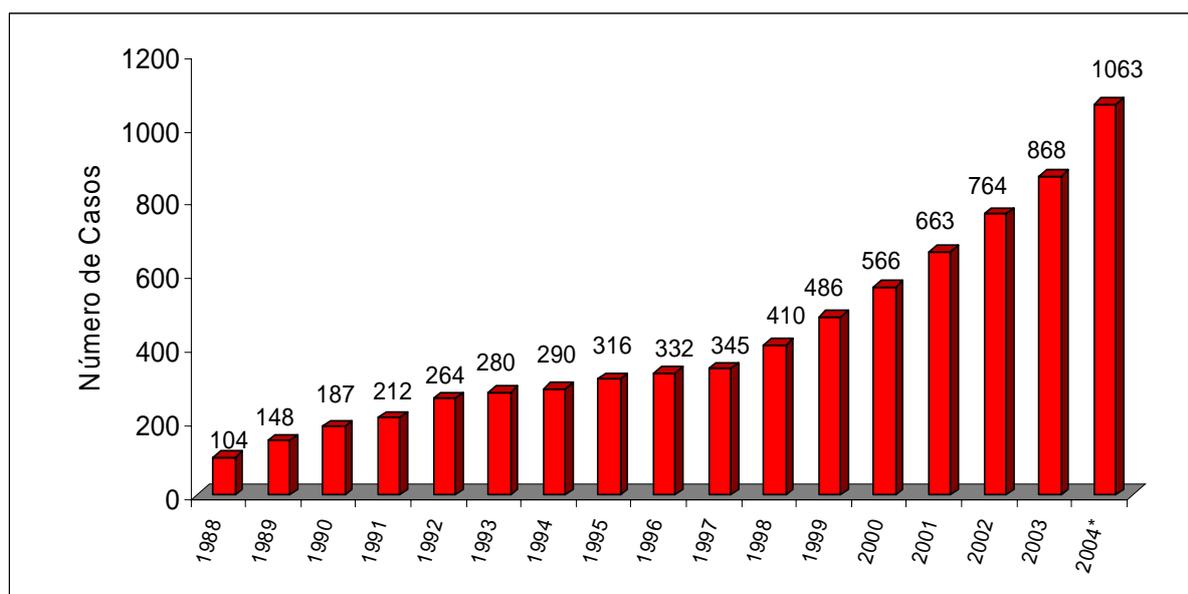


Figura 3: Evolução dos casos de VIH/SIDA notificados em Cabo Verde de 1988 a 2004.  
Fonte: Serviço de Epidemiologia/Programa de Luta contra a SIDA – Ministério da Saúde

O principal modo de transmissão é a via sexual que representa mais de 80% dos casos notificados. Entre os 1699 casos acumulados de VIH/SIDA notificados pelo país em 2005, 126 (7,5%) devem-se à transmissão vertical (da mãe para a criança).

A infecção com o VIH está presente nas 9 ilhas habitadas do país e as taxas variam de uma ilha para outra. De acordo com os dados de notificação, de vigilância epidemiológica e o IDSR II, a região de Sotavento continua sendo a mais atingida pela epidemia.

Os dois tipos de vírus circulam no país e as análises mostraram que em 2004, cerca de 72% dos casos notificados eram o VIH1 e 22% o VIH2. Entre 2003 e 2005, mais de 50% dos casos diagnosticados estavam na fase SIDA doença, o que denota um diagnóstico tardio da infecção.

➤ ***A seroprevalência nos doadores de sangue***

Os dados dos centros de bancos de sangue dos hospitais nacionais indicam uma prevalência nos doadores de sangue bastante baixa (1,12% em 1995, 0,15% em 2002 e 0,32% em 2004).

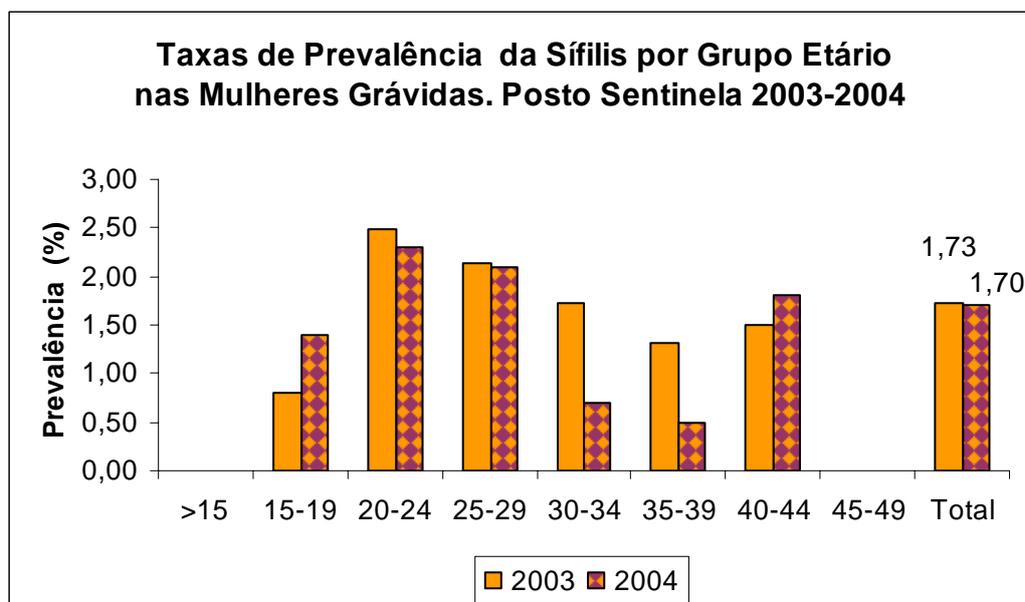
➤ ***A seroprevalência nos grupos de comportamento de alto risco:***

Relativamente aos grupos de população que têm comportamentos de alto risco, nomeadamente os utilizadores de droga, os profissionais do sexo, etc. não se dispõe ainda de dados fiáveis sobre a seroprevalência nestes grupos. Contudo, em 2001, os dados de uma despistagem voluntária realizada nos utilizadores de droga (UDI) mostraram uma prevalência de 6,1% em 2001. Em 2004, o sistema de notificação de casos de VIH na população revela que 4,2% pertence aos grupos dos UD.

➤ ***Outras infecções sexualmente transmissíveis***

De 1993 a 2003, constata-se que a incidência dos casos notificados de IST continua elevada, sobretudo as uretrites e vaginites (86,1 casos para 10.000 habitantes em 2000 e 42,9 casos para 10.000 habitantes em 2003). A incidência da sífilis varia entre 7,6 casos para 10.000 habitantes em 2000 e 4,6/10.000 habitantes em 2003.<sup>6</sup>

Os dados dos postos sentinelas em relação à Sífilis mostram uma taxa de 1,7 % em 2003 e 2004.



Fonte: serviço de Epidemiologia/Programa de Luta contra a SIDA – Ministério da Saúde

<sup>6</sup> Relatório de vigilância epidemiológica 2003, Serviço de Epidemiologia/Programa de Luta contra a SIDA – Ministério da Saúde, Janeiro de 2005

➤ *Os comportamentos sexuais da população face às IST/VIH/SIDA.*

A idade de entrada na actividade sexual é precoce em Cabo Verde (média de 14,3 anos para os jovens homens e 15,6 anos para as jovens mulheres do grupo de 15-24 anos, de acordo com o IDSR I - 1998).

O inquérito de vigilância dos comportamentos sexuais face ao VIH/SIDA e às IST realizado em 2004 junto das vendedeiras dos mercados e dos homens de uniforme mostra que o nível dos ganhos das populações face ao VIH/SIDA é muito elevado. Ao contrário, as práticas sexuais mostram o risco de infecção muito grande nos dois grupos.

Durante os últimos 12 meses, cerca de 34% de mulheres vendedeiras tiveram relações sexuais com pelo menos um parceiro ocasional e esta relação não foi protegida com um preservativo em quase 69% dos casos. Embora 59% destas vendedeiras considerarem-se em risco de uma infecção com o VIH/SIDA, mais de 49% delas teve uma relação com um parceiro que consideram como de alto risco durante o mesmo período.

A situação não é muito diferente nos homens de uniforme. Durante os últimos 12 meses precedentes ao estudo, 81% tiveram relações sexuais com pelo menos um parceiro sexual ocasional (em média 2 a 3). A última relação sexual com um parceiro ocasional foi protegida com um preservativo em apenas 65% dos casos. Se 84% de entre eles se consideram em risco de infecção com o VIH/SIDA, pelo menos 48% tiveram uma relação sexual com um parceiro que consideram de risco durante os últimos 12 meses. Cerca de 8% dos homens de uniforme tiveram pelo menos um parceiro comercial durante os 12 últimos meses, 89% utilizaram o preservativo na última relação com um parceiro comercial e 84% dizem utilizar sistematicamente o preservativo com parceiros comerciais.

Apesar deste risco constante, apenas 1,3% das vendedeiras e 11,5% dos homens de uniforme fizeram um teste de despistagem do VIH.

Vários actores nacionais concordam que os resultados deste estudo são uma fotografia representativa dos comportamentos que prevalecem nos grupos específicos, até mesmo na população geral. Os dados sócio comportamentais do IDSR II, em fase de tratamento, permitirão actualizar os dados dos comportamentos na população em geral.

➤ *Os comportamentos sexuais nos grupos de comportamento de alto risco face às IST/VIH/SIDA.*

Os dados disponíveis permitem aprofundar nesta secção alguns aspectos fundamentais em relação a grupos com elevado nível de comportamento de risco, tanto em relação a comportamentos propriamente ditos, como à análise da situação de vulnerabilidade em que se encontram.

### Profissionais do Sexo

A análise da vulnerabilidade dos trabalhadores profissionais do sexo (TPS) face às IST/VIH/SIDA (CCCD, 2005) permitiu estimar para os 4 Concelhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal, Sta. Catarina) **922 efectivos**, dos quais **504 na Praia, 72 em Assomada, 251 em São Vicente e 96 no Sal**. Em S. Vicente e no Sal sobressaem alguns TPS do sexo masculino (11 para S. Vicente e 14

para o Sal), enquanto que na Praia não foi possível estimar os efectivos, apesar das informações apontarem para a sua existência. Para os casos de TPS homens, as observações no terreno, principalmente no Sal, permitem identificar situações de prestação heterossexual (TPS masculinos com clientes do sexo feminino). Tendo em conta o estigma associado às relações sexuais entre homens, é provável que esta prática seja mais encoberta.

São aspectos salientes do perfil das TPS a precocidade da entrada na profissão, em particular em S. Vicente. A grande maioria dos TPS é são jovens com idade compreendida entre os 15 e 25 anos. A grande maioria são 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 vizinhos). Deste modo, mesmo no Sal, a maioria dos TPS são nacionais.

No que diz respeito à tipologia, verifica-se que a grande maioria das TPS são prestadoras não oficiais, ou seja que não são reconhecidas como TPS, nem se auto reconhecem/assumem como tal. Geralmente exercem essa actividade como fonte de complemento de rendimento, visto que a maioria exerce outra actividade profissional paralela nomeadamente de domestica, vendedeira ambulante, ou rabidante, servidora de bar e restaurante ou estudante. A permanência na actividade justifica-se pela necessidade de sustentar as crianças ou a própria família e configura-se essencialmente como uma estratégia de sobrevivência e para fazer face à pobreza. Neste contexto a vontade de deixar a prática é manifestada, bem como a vergonha pela actividade, que consideram socialmente não recomendável, de par com o medo de serem identificadas por pessoas próximas. Consideram que a forma de sair é encontrar outra alternativa de fonte de rendimento, nomeadamente trabalho. As práticas preventivas em relação às IST/VIH/SIDA estão longe de ser consistentes, nomeadamente no que diz respeito à utilização do preservativo.

A segunda tipologia encontrada em Cabo Verde, são os prestadores ambulantes assumidos, que embora sem reivindicar de forma formal o seu estatuto, o expõem através dos seus modos de recrutamento de clientes (com base em bares, boates, discotecas, entre outros sítios de concentração), ou seja em espaços e formatos reconhecíveis. Contrariamente ao que já existiu anteriormente, não se verificou a existência de casas fechadas nos domínios do estudo. Este aspecto, de par com o facto de se encontrar nesta tipologia apenas uma pequena minoria do total dos efectivos de TPS do estudo, demonstra a evolução da actividade em Cabo Verde, que passou a ser mais difusa e camuflada. Entre os prestadores profissionais encontramos as/os TPS locais do Sal, São Vicente, e as/os estrangeiros no Sal. Apesar de neste grupo o número de clientes ser substancialmente mais elevado, tanto estrangeiros como nacionais profissionais demonstram maior conhecimento sobre as IST/VIH/SIDA e dizem usar sempre o preservativo, indicando os locais onde se aprovisionam. No entanto o preservativo é utilizado somente com os clientes e não com o namorado ou companheiro e há casos em que o preservativo não é utilizado com o cliente, por preferência deste, o que no geral leva ao aumento do preço da prestação. Alguns TPS profissionais referem já ter realizado o teste do VIH/SIDA. Relativamente a vontade de deixar a pratica, os homens e mulheres que se assumem como TPS, reconhecem as vantagens financeiras da actividade e expressam o facto de que dificilmente poder encontrar outra profissão que lhes dê o mesmo nível de rendimento, para os objectivos que têm e que os fez entrar na actividade de venda de sexo.

É de salientar um terceiro subgrupo específico dentro das TPS, as utilizadoras de droga (UD) que no geral são apontadas como tendo entrado na prática devido à necessidade de aquisição de droga. Embora as 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, com variações que vão de 12,5% na Praia a 16% em São Vicente e 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. A vulnerabilidade aumentada decorre da dependência à droga, em particular quando em estado de falta, que implica para os TPS-UD a prática de preços baixos, um número importante de clientes, sendo o preservativo a última coisa em que pensam ou com que se preocupam, face ao objectivo imediato de obtenção da droga. Independentemente da insuficiência de informação geral sobre o VIH/SIDA, movem-se em meios onde a maioria das pessoas não o utiliza ou valoriza o preservativo, e onde a disponibilidade de preservativos em termos gerais (horários e locais frequentados) é baixa. A esta configuração acresce a violência do meio em que evoluem, por parte dos clientes, muitas vezes também eles usuários ou dos dealers, ou ainda da polícia (ligada ao facto de serem UD e não de serem TPS). Apresentam sinais visíveis de violência em várias partes do corpo. São ainda depreciadas pelas demais TPS, que as consideram como desvalorizadoras do mercado, devido ao aspecto com que se apresentam, preços baixos praticados, para além de considerarem a droga como uma coisa suja e má. É referida, pelas colegas UD-TPS, a existência de alguns casos de seropositividade.

### Usuários de Droga Injectável

A análise da vulnerabilidade dos usuários de droga injectáveis (UDI) face às IST/VIH/SIDA (CCCD, 2005) permitiu estimar para os 4 Concelhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal, Sta. Catarina) **80** efectivos, dos quais **37 na Praia, 7 em Assomada, 21 em São Vicente e 15 no Sal**. A Praia e São Vicente apresentam 73% dos casos de UDI registados. O estudo gerou ainda uma estimativa dos usuários de drogas (UD), com base nos casos conhecidos como tal, ou seja passíveis de serem identificados como UD. Deste modo este dado carece de confirmação através de metodologias complementares. O total ascendeu a **1348** UD. O efectivo de UDI representa assim uma proporção de cerca **6%** dos UD identificados. O Sal e Assomada concentram respectivamente 15% e 8% de UDI, se se comparar o número de UDI aos do UD, o que testemunha da amplitude do consumo de drogas injectáveis nestes dois domínios.

Foram identificados 175 sítios de concentração de UD/UDI, entre bares, praças/jardins, discotecas, esquinas de ruas. É de referir que as **cadeias** se constituem como um sítio de concentração e que a nível da cadeia da Praia se verificou efectivos UDI em número importante. Deste modo, e confirmando outras fontes de dados, é importante reconhecer tanto a população prisional, como o pessoal que trabalha na cadeia, como um grupo com necessidades específicas. A existência de casas de consumo oferece aos usuários a possibilidade da permanência por algum tempo para o consumo, por pequenos grupos ou individualmente, mediante pagamento pela utilização. Em todos os domínios foram identificados bairros de concentração expressiva de pontos de venda, bem conhecidos pela população. Os UD/UDI do universo de estudo, são quase exclusivamente cabo-verdianos. Os consumidores estrangeiros resumem-se essencialmente a europeus de passagem, apesar da sua presença, sobretudo no Sal, ser vista como abrindo um mercado favorável, para além do grosso de usuários nacionais.

Os **UD** são na sua grande maioria jovens do sexo masculino (maior expressão da faixa dos 15-25 anos se bem que, neste estudo, os **UDI** apresentem as idades mais avançadas). 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, contabilizadas no estudo como TPS). Os **UD/UDI**

deste estudo, são na sua maioria solteiros, sem filhos e encontram-se em sectores informais de trabalho, nomeadamente em ocupações do tipo: lavagem de carros, transporte de Hiace, pesca. Encontramos ainda um bom número de estudantes liceais entre os consumidores. Relativamente aos **UDI**, ou ex-**UDI**, encontram-se essencialmente no desemprego, devido ao estigma acrescido associado a este tipo de consumo, gerador de ainda mais falta de confiança do que outros tipos de consumo.

A entrada no consumo acontece frequentemente através de grupos de amigos ou colegas, ou com turistas ou parentes próximos que já consumiam, ou no exterior. Os momentos de diversão em discotecas e festivais são também referidos como momentos de contacto com a droga e experimentação. Relativamente aos **UDI**, é de salientar que em pelo menos metade dos casos, são pessoas que ou viveram no estrangeiro, como é o caso dos retornados, ou tiveram alguma passagem pelo estrangeiro, como é o caso de estudantes de instituições superiores, que entraram no uso da droga no exterior. Muitos continuaram a se injectar em Cabo Verde, tendo contudo mudado para a injeção de cocaína em vez de heroína, devido “*a pouca qualidade desta em CV*”. Na maior parte dos casos estudados o consumo sem moderação do tabaco e de álcool forte, nomeadamente do grogue, é uma etapa prévia à utilização dos estupefacientes. No caso inverso, o consumo de álcool ou tabaco surgem como um complemento “necessário”. Apesar da percepção de que o consumo por via injectável é uma forma mais perigosa de usar a droga (“*droga perigosa*”, “*suja*”), e da estigmatização dos **UDI** dentro do próprio grupo de **UD**, o desejo de o experimentar é referido por muitos, que se lamentam face a dificuldade de acesso.

O **UD/UDI** que decide deixar de consumir enfrenta os demais elementos do grupo que não fizeram essa opção, a pressão dos *dealers*, que continuam a aprovisiona-lo gratuitamente por vezes, para que a utilização continue. Mas, é referido como problema maior a dependência física, psicológica e social da droga, para além da questão da reintegração social, face à imensa rejeição que enfrentam, abandono que frequentemente começa com os próprios pais e demais familiares. O desejo de sair é menos expresso pelos **UD** mais jovens, que consideram o consumo como uma afirmação.

Um terceiro problema vivido permanentemente pelo **UD/UDI**, é o da violência, mesmo física, por parte dos distribuidores, outros utilizadores e da polícia e/ou de pessoas na rua. No caso das TPS-UD a questão da violência toma contornos ainda mais graves.

O conhecimento sobre as IST/VIH-SIDA deixa a desejar, sobretudo entre os **UD**. De forma geral os **UDI** apresentam maior consciência do risco e informações, tanto quanto ao perigo da troca de seringas, quanto ao não uso do preservativo. Contudo, a prática preventiva não corresponde necessariamente aos conhecimentos e existem dificuldades de acesso às seringas. Note-se que apesar de mundialmente os **UDI** serem um dos subgrupos de **UD** que mais se expõe a riscos de IST/VIH/SIDA, em Cabo Verde há que considerar em quase pé de igualdade os **UD** que são ao mesmo tempo TPS.

### Crianças em Situação de Rua

A análise da vulnerabilidade das crianças em situação de rua face às IST/VIH/SIDA (ICM, 2005) permitiu identificar nos 6 Concelhos estudados (Praia, S. Vicente, Sal, Sta. Catarina, Tarrfal e Sta. Cruz) 663 crianças em situação de rua, das quais 28% podem ser consideradas como crianças **de rua** (184 crianças) e 72% **na rua** (479 crianças). Estas últimas, apesar de **estarem na rua**, não romperam ainda os vínculos com a família, ao contrário das crianças **de rua**. Os dois principais

centros urbanos (Praia e Mindelo) e a ilha de maior atracção turística (Sal), concentram 80% das crianças que podem ser consideradas como **de rua**.

O estudo verificou como se naturalizou o abuso sexual das crianças menores pelas maiores, aparecendo como uma modalidade de afirmação da masculinidade. A situação de rua torna-se assim um contexto de alta vulnerabilidade devido a peculiaridade de destituição da condição de sujeito, em qualquer campo, incluindo o da sexualidade. Verificou-se ainda que o contacto das crianças com o turismo se apresenta como um foco de perigos, em que as crianças são exploradas, quer como objectos de relações, quer como mediadoras na prostituição, que envolve com frequência menores de idade. O uso de entorpecentes, a exploração sexual e outras modalidades de uma sexualidade de risco, envolvendo adultos nacionais, turistas e as próprias crianças mais velhas em relação às mais novas, são constantes no quotidiano dessas crianças.

Verifica-se que a iniciação sexual é precoce entre as crianças em situação de rua (em mais de 70% dos casos, até aos 14 anos). Para além disso, mais de 57% dos entrevistados que já tiveram relações sexuais, nunca usaram, ou utilizam de vez em quando, o preservativo. Deve-se reconhecer, à luz do acima descrito, que as informações sobre os riscos do SIDA, por exemplo, terão poucas probabilidades de um processamento indutor do cuidado de si ou de outrem.

Mais de 70% das crianças que trabalham na rua, trazem o resultado monetário para a família, o que sugere um redimensionamento da problemática, na medida em que o abandono, na maioria das vezes, decorre da imperiosa necessidade de introduzir os filhos menores no mercado de trabalho para garantir a sobrevivência da família, em detrimento das actividades usuais e necessárias nesta fase (escola, recreação, lazer). Mais do que em des-estruturação familiar, deve-se apontar a tentativa de reestruturação familiar em vista da irresponsabilidade paterna (cerca de 50% das crianças **na rua** vivem apenas com a mãe), que em situações de grande precariedade socio-económica provoca a ida das crianças para a rua. No dia a dia as crianças inserem-se em actividades de simbiose com indivíduos das classes mais elevadas (incluindo turistas), em actividades que envolvem traços de subordinação, dependência, humilhação. Mesmo havendo presença do adulto responsável, ela é tão intermitente que a criança se vê exposta à sociabilidade de rua sem a devida protecção e, visando a sobrevivência, pode mais facilmente inserir-se em bandos voltados para práticas ilícitas. Apesar da grande exposição à socialização de rua, extremamente agressiva, é notável ver 33,5% das crianças que se percebem como vítimas de violência ainda têm a família como espaço social principal dos maus-tratos que sofrem.

#### ➤ *Morbidade e mortalidade ligadas aos VIH/SIDA*

Desde há alguns anos e com a intensificação da promoção da despistagem voluntária, as necessidades em testes de despistagem do VIH aumentam consideravelmente em todas as regiões do país. Os pedidos de teste passaram de 3069 testes em 2003 para 8159 testes em 2005. De acordo com os relatórios de notificação dos casos recebidos pelo Ministério da Saúde, num total cumulativo de 1063 pessoas que vivem com o VIH/SIDA recenseados até Dezembro de 2005, 30% (318 pessoas) é objecto de um acompanhamento médico e psicológico regular (trimestral); 148 pessoas infectadas que têm necessidade de tratamentos foram submetidas ao antiretroviral (ARV). Os esforços do Governo estão centrados num atendimento gratuito de todas as pessoas infectadas.

As infecções oportunistas predominantes são a pneumonia bacteriana (31%), a candidíase esofágica (27,7%) e a tuberculose pulmonar (7,9%). A síndrome de emagrecimento está presente em quase 59% dos pacientes.

A taxa de mortalidade ligada ao VIH/SIDA não cessa de aumentar desde os primeiros casos da epidemia em 1987. Entre 2000 e 2003, constatou-se uma duplicação desta taxa passando de 7,8% (37 casos notificados) para 14,4% (66 casos). Em Dezembro de 2003, um total cumulativo de 362 óbitos devidos ao VIH/SIDA foram notificados. Esta mortalidade elevada atinge tanto os homens como as mulheres com idade de 15 a 49 anos. A tendência geral da incidência dos novos casos diagnosticados continuou a ser idêntica àquela observada para a mortalidade ligada ao VIH/SIDA até 2003. Dos 29 pacientes que têm pelo menos 12 meses de tratamentos ARV, 25 (ou seja 86,2%) estavam ainda com vida em finais de Janeiro de 2006.

Em resumo, a análise dos dados disponíveis até agora permite fazer os seguintes comentários:

- A prevalência da infecção com o VIH na população geral continua a ser inferior a 1% tal como o indicam os dados do inquérito nacional seroprevalência do VIH de 1989 e os do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II) realizado de Julho a Novembro de 2005. As prevalências indicadas por estes dois estudos são respectivamente de 0,46% e 0,5%. Isso é confirmado pelos dados de 2003 e 2004 da vigilância sentinela nas mulheres com uma cobertura alargada através do aumento dos postos sentinela.
- Não existem dados recentes de seroprevalência nos grupos de alto risco (profissionais do sexo, utilizadores de drogas, pacientes IST, etc.). Os dados do sistema de notificação mostram que uma proporção importante (de 3 a 7%) dos casos de VIH/SIDA notificados no plano nacional é procedente do grupo dos utilizadores de droga.
- Os estudos efectuados sobre a situação de vulnerabilidade de grupos de comportamentos de alto risco permitiram identificar os factores de agravamento e de protecção contra o risco face às IST/VIH/SIDA e sugerem a urgência da intervenção junto dos TPS, UD, UDI, crianças de rua e população prisional, assim como medidas relativas aos grupos que os rodeiam e/ou que estão em situação de relação acrescida com eles, bem como as pessoas que estão em risco de integrar os efectivos de um ou de vários dos grupos identificados, de acordo com os factores de vulnerabilidade identificados.
- Os resultados dos inquéritos comportamentais nos homens de uniforme e nas vendedeiras dos mercados realizados em 2004 mostram uma forte predominância dos comportamentos de risco na população em geral e particularmente nestes subgrupos. Em 48,3% de homens de uniforme e 49,4% de vendedeiras dos mercados, a última relação sexual com um parceiro ocasional não foi protegida com um preservativo. Isto demonstra riscos elevados de propagação da infecção com o VIH que prevalece na população.
- Tal como concluiu um Relatório do Ministério da Saúde<sup>7</sup> em 2003, os dados disponíveis mostram que a epidemia do VIH/SIDA tem um fraco nível de prevalência, e as tendências continuam a ser inferiores a 2% nos subgrupos de população como os doadores de sangue e as mulheres grávidas em todos os postos. Uma caracterização do tipo de epidemia em Cabo

---

<sup>7</sup> Relatório de vigilância sentinela do VIH, 2003, Ministério da Saúde

Verde seria prematura pois os dados de seroprevalência nos grupos de alto risco tais como os utilizadores de drogas, os profissionais do sexo não estão ainda disponíveis.

- Contudo, todos os actores concordam que o país, apesar da sua fraca prevalência apresenta um risco de extensão muito elevado, quer devido aos comportamentos nas populações de comportamentos de alto risco, quer devido ao nível socioeconómico da população geral.
- **Intervenções prioritárias:**
  - ⚡ Selecção dos grupos identificados em situação de grande vulnerabilidade (profissional do sexo, utilizador de droga em particular das drogas injectáveis, as crianças de rua, os prisioneiros) para o acesso universal aos meios de prevenção, de tratamento e cuidados.
  - ⚡ Diagnóstico precoce das novas infecções com o VIH, depois reforçar o acesso aos cuidados e tratamentos para as pessoas já infectadas.
  - ⚡ Melhorar o conhecimento da situação da infecção com o VIH nos grupos mais vulneráveis.
  - ⚡ Continuar os esforços de prevenção destinados à população em geral, em especial junto dos jovens (os mais sexualmente activos) numa perspectiva transversal de género e da pobreza/desenvolvimento.

As estratégias de intervenção deverão contemplar as diferentes realidades encontradas no contexto do TPS, afirmando-se a urgência de iniciativas de enquadramento das TPS, numa perspectiva integrada. Deverão ser privilegiadas concomitantemente as acções de IEC nos locais identificados no estudo (bairros de residência de maior expressão e locais de concentração), incluindo a promoção do preservativo e do acesso a este em moldes adequados às necessidades, privilegiando, entre outros, o sector do turismo. A dimensão de AGR deverá ser reforçada no contexto do desenvolvimento de projectos alternativos de vida, bem como a vertente terapêutica e de reinserção social para os TPS-UD. Não obstante a importância das intervenções junto dos grupos alvo, na medida em que se constituem como grupos particularmente vulneráveis e cruciais na dinâmica de epidemia de qualquer país, é importante que estratégias de prevenção primária do fenómeno sejam reforçadas (luta contra a pobreza, desigualdade de género, acesso à educação e oportunidade de formação, etc.). É ainda prioritário que a estratégia de intervenção integrada a definir integre um plano de vigilância de segunda geração.

A acção junto deste grupo terá de ser necessariamente multifacetada e, enquanto o processo de exposição das crianças ao risco de ISTs não for diagnosticado como um problema maior por todas as instituições em contacto com as crianças, torna-se imperioso o reforço da coordenação das intervenções, para facilitar a visualização das instituições intervenientes como uma rede, para maior eficácia da intervenção.

## **2.2. Organização e Gestão da Luta Contra o VIH/SIDA em Cabo Verde**

Pode dizer-se que, globalmente, o quadro institucional criado funcionou normalmente, tanto a nível central (CCS-SIDA e SE), como descentralizado (Comités Municipais), com excepção do Comité Executivo que nunca chegou a funcionar.

## **O Comité de Coordenação de Combate a SIDA**

Efectivamente, **O Comité de Coordenação de Combate à SIDA**, como órgão mais importante do figurino institucional, funcionou regularmente. Contudo, a função de representação dos elementos integrantes no órgão precisa ser repensada, uma vez que não há uma linha de continuidade de participação e muitas vezes os representantes das instituições cederam à tentação de uma representação pessoal e não institucional. Por isso, as instituições deveriam adoptar uma linha de exigência de apresentação de relatórios por cada participação, de forma a puderem acompanhar de perto o trabalho de coordenação. Essa metodologia permitir-lhes-ia ter um posicionamento que não derivaria de opiniões, muitas vezes, a título pessoal, mas sim o resultado de uma reflexão cuidada da própria instituição representada.

## **Secretariado Executivo do CCS/SIDA**

O Secretariado Executivo desempenhou cabalmente o seu papel, apesar das dificuldades na programação financeira e no seguimento e avaliação dos projectos. Além disso, a massificação do PMLS originou uma sobrecarga nos processos contabilísticos que, aliada aos atrasos no envio de justificativos, por parte das agências de execução, e aos pesados procedimentos impostos pelo “Manual de Operações” acordado com o Banco Mundial, ditaram atrasos importantes na disponibilização dos financiamentos e afectaram a normal implementação dos projectos.

## **Unidades Sectoriais e Pontos Focais das Instituições Públicas**

As unidades sectoriais foram criadas para funcionarem como núcleos dinamizadores nos departamentos governamentais que desenvolvam e coordenem as actividades de luta contra a SIDA. Na maior parte dos casos, com excepção do Ministério da Saúde, todos os departamentos governamentais funcionaram com um ponto focal.

Alguns funcionaram com maior dinamismo e outros nem por isso.

Os pontos focais são importantes referências dentro dos departamentos públicos, em tudo o que disser respeito à luta contra a SIDA, pelo que é de toda a conveniência que sejam mantidos.

Os pontos focais deveriam ter um auxiliar. Uma pessoa que não só os apoiaria nas suas acções, como os poderia substituir nos casos de suas ausências e impedimentos.

Essa solução sempre permitiria evitar descontinuidade ou vazio de exercício de função quando, por qualquer motivo de mobilidade, um ponto focal cesse de exercer suas actividades ou no âmbito do plano de acção sectorial ou no do próprio departamento público a que pertence ou pertencia.

## **Comités Municipais de Luta contra a SIDA**

Os Comités Municipais de Luta contra a SIDA funcionaram a várias velocidades, em função da capacidade, em matéria de recursos humanos locais, do maior ou menor envolvimento dos membros que os compõem, da liderança, nalguns casos dos Presidentes das Câmaras Municipais mais sensíveis sobre a problemática ou de bloqueios impostos por outros menos sensíveis, da dinâmica da sociedade civil local.

O facto de todos os seus membros terem outras ocupações, além das actividades de luta contra a SIDA, prejudicou, de alguma forma, um funcionamento mais eficaz dos Comités Municipais.

Por isso, é importante ter uma pessoa a pleno tempo e com responsabilidades definidas em cada Comité Municipal.

## **Municípios/Câmaras Municipais**

A ideia inicial, preconizada para os municípios, extravasava as paredes das Câmaras Municipais, ou seja: o plano de acção municipal deveria englobar todos os agentes locais, públicos (serviços desconcentrados) e privados (empresas privadas, ONG's e OBC's).

Na implementação do plano essa ideia foi desaparecendo, e as acções municipais acabaram por se circunscrever às actividades das Câmaras Municipais, e o papel que os Comités Municipais poderiam e deveriam ter na coordenação de todas as actividades a nível municipal acabou por se limitar às actividades das organizações da sociedade civil. Trata-se de uma questão a ser vista no presente plano.

### **Em resumo:**

1. O CCS/SIDA deve ser mantido e eventualmente alargado a outros parceiros. As instituições integrantes do CCS/SIDA deveriam receber regularmente informações sobre a implementação do PMLS, designadamente actas das reuniões com as principais decisões, conclusões de estudos e resultados obtidos globalmente na luta contra a SIDA;
2. O Comité Executivo (CE), previsto inicialmente, revelou-se desnecessário;
3. O Secretariado Executivo deve ser adaptado e mantido. A articulação com os Comités Municipais deve ser melhorada. Possivelmente, a colocação de uma pessoa a todo tempo, poderia contribuir para aumentar a eficácia dos Comités Municipais.  
A vertente seguimento e avaliação de projectos deve ser melhorada. A problemática da monitorização e avaliação precisa ser trabalhada, visando a sua assunção, por parte de todos, de uma cultura de seguimento e avaliação sistemática, bem como a prática de estabelecimento de objectivos, metas e indicadores;
4. O sistema de comunicação interna a nível do secretariado executivo precisa ser melhorado;
5. Os pontos focais dos departamentos e serviços públicos devem ser mantidos. Contudo, nessa fase que se quer qualitativamente superior a anterior, em termos de exigência e rigor no trabalho, é imperiosa uma definição mais precisa dos termos de referência dos pontos focais nos departamentos governamentais e institutos públicos. Devem ser-lhes atribuídos algumas regalias como elementos de estímulos e motivação. A designação dos pontos focais deveria ser da responsabilidade do principal responsável do departamento ou serviço público;
6. Os Comités Municipais deverão ser não só fornecedores de informação, mas também receptores da mesma. Um mecanismo de retroalimentação deve ser previsto para que o sistema realmente funcione como tal;
7. Os municípios devem ser mantidos no quadro da estratégia de execução descentralizada. A execução descentralizada permite maior acessibilidade das organizações locais e um atendimento mais atempado das suas solicitações, para além das organizações comunitárias estarem mais próximas das populações.
8. Contudo, algumas questões devem ser respondidas ou esclarecidas. Os municípios devem ser considerados como inicialmente previstos, ou seja: o espaço territorial correspondente ao concelho ou deve, antes, ser entendidos como Câmaras Municipais? Se forem considerados

como apontado na primeira opção, os planos de acção municipais terão de espelhar essa realidade e a função coordenadora dos Comitês Municipais substancialmente melhorada. Nesse caso, terá, também, de haver uma maior articulação entre os planos de acção dos serviços centrais com os dos serviços desconcentrados.

### 2.3. Respostas Públicas

Durante a implementação do Plano Estratégico 2002-2006 as actividades do Sector Público destacaram-se essencialmente em dois eixos principais:

- a) O número de projectos desenvolvidos pelos Ministérios, Institutos e Câmaras Municipais;
- b) As parcerias conseguidas em vários domínios para a materialização de muitos dos objectivos que estavam preconizados.

Para o desenvolvimento das várias actividades foram constituídas Unidades Sectoriais em todos os Ministérios dirigidas por um Ponto Focal. Foram designados pontos focais em todas as Câmaras Municipais, servindo aqueles de ponte entre esses organismos e o CCS-SIDA.

Ao longo destes quatro anos foram aprovados/financiados cerca de duas centenas e meia de projectos dos quais cerca de 90% foram executados. Os departamentos governamentais que mais projectos apresentaram foram o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos e a Secretaria de Estado da Juventude.

Com o **Ministério da Saúde** desenvolveram-se importantes projectos e parcerias das quais se destacam os seguintes:

- Abastecimento em medicamentos, incluindo os ARV e os para as IO;
- Abastecimento em materiais e consumíveis de laboratório para o diagnóstico do VIH e de outras infecções sexualmente transmissíveis;
- Organização e funcionamento dos Postos Sentinela para a vigilância da infecção por VIH, junto das grávidas;
- Formação de pessoal a nível interno e no exterior;
- Assistência técnica internacional nos domínios da Epidemiologia, da IEC, e do Aconselhamento Anónimo e Voluntário;
- Contratação de consultores nacionais para reforço de alguns serviços como o PLS, Banco de Sangue, CNDS e Delegacias de Saúde;
- Reabilitação e remodelação de infra-estruturas de apoio a nível do Hospital Agostinho Neto (Banco de Sangue, Hospital Dia), Depósito Central de Medicamentos, Centros de Acolhimento, etc;

Com o MEVRH foram desenvolvidos importantes projectos dos quais destacamos o da integração da temática SIDA nos currículos escolares, numa perspectiva de competências sociais, projecto esse implementado em parceria com o UNFPA e UNICEF e que implicou a formação de mais de mil professores.

Com a Secretaria de Estado da Juventude e Desporto foram desenvolvidos importantes projectos de capacitação de 12 CEJ's espalhados por todo o País e a sensibilização de milhares de jovens através desses mesmos CEJ's, dos Telecentros e das Semanas Nacionais da Juventude.

Com as Câmaras Municipais foram desenvolvidos projectos a dois níveis:

- Projectos de capacitação institucional (cada Câmara Municipal foi equipada com um centro para desenvolvimento de actividades SIDA), que englobou a capacitação dos funcionários das Câmaras Municipais;
- Projectos de sensibilização e mobilização da população e dos jovens em particular, cujas actividades tiveram lugar por ocasião das festas do município respectivo;

Algumas Câmaras Municipais desenvolveram projectos de apoio a órfãos de pais vítimas da SIDA, em particular, e a famílias vulneráveis em geral. Foram, ainda, desenvolvidos projectos de apoio a pessoas vivendo com o VIH.

No que respeita a outras instituições públicas, foram criadas importantes parcerias, cujos resultados obtidos importam destacar os seguintes:

- Estudo sobre as crianças de e na rua com o ICM;
- Projecto de identificação e levantamento das necessidades dos órfãos a nível nacional com o ICS;
- Estudo sócio-comportamental junto dos jovens cabo-verdianos emigrados em Portugal com o Instituto das Comunidades;
- Estudo sobre a caracterização da população de Usuários de Drogas e Profissionais do Sexo (Praia, Assomada, S. Vicente e Sal) com o CCCD.

O Ministério das Infraestruturas e Transportes desenvolveu um conjunto de projectos, com relevância para os virados para acções de sensibilização dos funcionários ligados às estruturas rodoviárias, marítimas e aéreas. Foram, ainda, realizados, no âmbito deste Ministério, um estudo sobre a sensibilização dos trabalhadores da estrada Janela - Porto Novo e acções de sensibilização dos trabalhadores e familiares das estradas S. Domingos – Assomada.

Por último, de destacar a atenção que foi dada ao sector turístico através do desenvolvimento de uma parceria entre o SE do CCS-SIDA, o MECC, o IEFP e a FOP-GTZ que consagrou a inclusão do tema SIDA na formação de vários agentes turísticos nas ilhas do Sal, Boavista e Fogo.

## **2.4. Resposta da Sociedade Civil**

A sensibilização e a mobilização da sociedade civil cabo-verdiana, para a luta contra o VIH-SIDA, constituem objectivos incontornáveis e foram objectos de grande realce na implementação do Plano (2002-2006), numa perspectiva de participação multi-sectorial e descentralizada dos diferentes parceiros.

Assim, o envolvimento dos actores desde a concepção dos projectos emerge como um traço específico deste Programa de execução descentralizada que, a par do seu carácter multi-sectorial, entende operacionalizar, deste modo, a vertente participativa, restituindo aos beneficiários o papel de actores e agentes num processo que se pretende sustentado e sustentável.

A experiência, desses últimos 4 anos, revela-se satisfatória. Houve uma grande participação da sociedade cabo-verdiana nas actividades de luta contra SIDA em todo o país e importa, agora, não quebrar o ritmo alcançado. É neste contexto que se justifica o lançamento das bases para o novo Plano Estratégico.

## **2.5. Resposta por domínio de intervenção**

### **2.5.1. Gestão dos dados epidemiológicos e socio-comportamentais**

#### **Pontos fortes**

- Disponibilidade dos dados sobre a prevalência do VIH na população geral (sentinela e inquérito IDSR);
- Disponibilidade dos dados de notificação dos casos de SIDA;
- Análise da situação de vulnerabilidade para certos grupos chave e dados preliminares para a operacionalidade do estudo de seroprevalência nos grupos com comportamentos de alto risco;
- Causas determinantes da propagação do VIH são mais conhecidas;
- Disponibilidade dos dados sobre os indicadores sócio-comportamentais básicos, para o seguimento dos comportamentos de risco;
- Melhoria do conhecimento sobre o VIH/SIDA nos alunos;

#### **Pontos fracos**

- Falta de informações sobre a seroprevalência do VIH nos grupos com comportamentos de alto risco e mais vulneráveis;
- Dificuldades na obtenção de dados precisos sobre as IST pela abordagem sindrómica (escoamento, vegetação, ulceração);
- As OSC não fornecem dados epidemiológicos nos serviços de Saúde;
- Sistema de notificação dos casos e óbitos do VIH-SIDA precisa ser melhorado;
- Fraco conhecimento da prevalência real de outras IST que não o VIH;

### **2.5.2. Seguimento dos indicadores UNGASS e dos indicadores nacionais do Plano Estratégico para avaliar os progressos realizados**

#### **Pontos fortes**

- Informações sobre a maioria dos indicadores previstos são obtidas;
- Nível de realização dos indicadores satisfatórios para a maioria dos indicadores;

#### **Pontos fracos**

- Dificuldades na realização de certos estudos especiais para o seguimento dos indicadores UNGASS (competências sociais, IST, acompanhamento dos fundos, sector privado);

### **2.5.3. Seguimento da gestão financeira pelo SE/CCS**

#### **Pontos fortes**

- A nível de cada Comité Municipal, há um tesoureiro encarregado da gestão financeira;
- Disponibilidade dos dados financeiros de implementação relativos aos fundos geridos pelo SE/CCS - SIDA

#### **Pontos fracos**

- Grandes atrasos dos relatórios financeiros e documentos comprovativos das despesas fornecidos pelos Comités Municipais e agências de execução;
- Dificuldades na obtenção dos dados globais sobre os fundos disponíveis para a luta contra a SIDA;
- Procedimentos impostos pelo Manual de Operação (Banco Mundial), muito pesados;

### **2.5.4. Comunicação com os parceiros e actores da luta contra o VIH/SIDA em Cabo Verde**

#### **Pontos fortes**

- Contactos directos com as agências de execução;
- Programas de TV difundidos durante um ano;
- Programa de TV a cada 15 dias;
- Programa de Rádio três vezes por semana;
- Troca de informações e de experiências entre os actores;

- Contacto regular entre o ponto focal da sociedade civil e as OSC;
- Reuniões regulares do CCS-SIDA e o Grupo Temático ONUSIDA;
- Reuniões regulares do SE com os parceiros e os actores da luta contra a SIDA em Cabo Verde;

### **Pontos fracos**

- Falta de uma estratégia clara de comunicação contínua;
- Interrupção das emissões TV;
- Diminuições das reuniões para troca de informações entre os actores;

### **2.5.5. IEC/CMC para a adopção de comportamentos sexuais responsáveis (com menos riscos)**

#### **Pontos fortes**

- Aumento da capacidade das OSC e instituições para desenvolver acções de IEC/CMC;
- Aumento da utilização do preservativo durante a última relação sexual com parceiros não regulares;
- Forte engajamento do meio escolar na luta contra a SIDA;
- Existência de Manual de Formação;
- Acesso facilitado à informação sobre o VIH-SIDA em todo o território nacional;
- Actividade IEC desenvolvida no ambiente de trabalho, sobretudo nas empresas públicas;

#### **Pontos fracos**

- Apesar do aumento do nível de conhecimento na população geral a percepção do risco deve ainda ser melhorada;
- Pouca comunicação interpessoal;
- Debilidades nas acções IEC dirigidas às PVVIH;
- Falta de testemunhos nas acções IEC;

- Debilidades nas acções IEC para com as outras IST;
- Poucos métodos e técnicas activos;
- Poucas iniciativas para com os grupos vulneráveis;
- Informações/adquiridas não socializadas junto das instituições e OSC;
- Abordagem género pouco tida em conta;
- Debilidades na Coordenação da IEC;
- Papel de serviço social dos órgãos de comunicação não é assegurado;
- Poucos artigos na imprensa escrita;
- Dificuldades do CNDS (Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário), em assegurar a coordenação da IEC-SIDA, por falta de pessoal;
- Letargia do Grupo IEC do CCS-SIDA;
- PVVIH não estão muito implicadas nas acções de IEC;
- Poucas acções IEC no ambiente de trabalho (engajamento insuficiente a nível das empresas públicas/privadas);
- Material audiovisual insuficiente para fazer um trabalho eficaz em IEC a nível das OSC;
- Fraca parceria entre a saúde e as OSC com vista a desenvolver o conceito de mediadores de saúde, para as acções IEC;
- Pouca acção a nível das estruturas de nível universitário;

#### **2.5.6. Promoção da utilização dos preservativos na população geral e a nível dos grupos vulneráveis**

##### **Pontos fortes**

- Aumento da utilização do preservativo durante a última relação sexual com parceiros não regulares (43 a 65% de utilização nos homens);
- Dados qualitativos disponíveis sobre os profissionais do sexo e os UDI;
- Resultados prometedores do marketing social;
- Aumento do pedido de preservativos;

- Introdução do preservativo feminino;

### **Pontos fracos**

- Riscos de ruptura de stock, tendo em conta a dinâmica adquirida em termos de distribuição fora dos centros de saúde;
- Iniciativas de promoção e distribuição de preservativos para os grupos vulneráveis insuficientes;
- Fraca capacidade de negociação sexual entre mulher e homem;
- Ainda o preservativo não é símbolo de responsabilidade mas sim de culpa;
- Ausência de decisão sobre a implementação do marketing social do preservativo com a saída de GTZ;
- Ausência de informação sobre o preservativo feminino que permita tomar uma decisão;

### **2.5.7. Prevenção e atendimento das IST que não o VIH/SIDA**

#### **Pontos fortes**

- Normas e procedimentos para a uniformização da abordagem sindrómica das IST definida e disponível;
- Formação piloto sobre a aplicação da abordagem sindrómica realizada;
- Materiais de IEC para os técnicos de saúde disponíveis e distribuídos
- Materiais audiovisuais sobre o atendimento das IST aplicável à realidade do país disponível nas Delegacias de Saúde;

#### **Pontos fracos**

- Dados disponíveis apontam para uma elevada incidência de uretrites e vaginites;
- Pouco conhecimento e ideias erradas das IST por parte da população;
- Auto-medicação frequente;
- Medicamentos vendidos nas ruas e outros locais não autorizados;
- As normas contidas no Guião da Abordagem Sindrómica das IST, não são totalmente cumpridas pelos técnicos da saúde;

### **2.5.8. Aconselhamento e despistagem voluntária (ADV)**

#### **Pontos fortes**

- Existência de manuais e normas nacionais sobre o aconselhamento e despistagem anónima e voluntária, validados;
- O pedido em ADV quadruplicou entre 2003 e 2005;
- ADV é bem descentralizado (melhoria do acesso na perspectiva do acesso universal);
- Todos os Centros de Saúde têm a possibilidade de fazer o teste;
- O diagnóstico da infecção VIH faz-se nos dois últimos anos numa fase precoce (antes da situação de doença);

#### **Pontos fracos**

- Só a saúde e alguns laboratórios privados fazem actualmente a despistagem do VIH;
- Fraca realização das actividades de aconselhamento para a despistagem do VIH pelas OSC;
- Rupturas de stocks de testes e reagentes, devido ao crescimento dos testes realizados;

### **2.5.9. Redução da vulnerabilidade na população geral e a nível dos grupos considerados vulneráveis em Cabo Verde**

#### **Pontos fortes**

- Resultados disponíveis para a situação das crianças de rua, órfãos, os UDI e os PS;
- Quase 200 órfãos vulneráveis beneficiaram do apoio do SE/CCS-SIDA (alimentação, vestuário, despesas escolares);
- Experiências bem sucedidas de algumas OSC na reabilitação social de usuários de droga (Tenda El Shadai, Cruz Vermelha, ...);

#### **Pontos fracos**

- Insuficiência das acções a favor dos grupos vulneráveis para a redução da sua vulnerabilidade;
- A prostituição não é reconhecida como tal;

- A prostituição continua sendo clandestina na maioria dos casos;
- Confirmação da vulnerabilidade das crianças de rua e na rua face às IST/VIH/SIDA, à droga e à prostituição;
- Turismo sexual desenvolve-se;
- Crianças de rua: abusos sexuais, promiscuidade, prostituição, homossexualidade, pedofilia, (ameaças)

#### **2.5.10. Aconselhamento e Despistagem Voluntária na mulher grávida**

##### **Pontos fortes**

- Introdução do ADV no pacote mínimo de serviços oferecidos à mulher grávida;
- Existência de normas e procedimentos para o aconselhamento e despistagem;
- Técnicos de saúde e OSC formados;
- Mais de 1000 mulheres (cerca de 13% das mulheres grávidas) aceitaram fazer o teste no primeiro ano de implementação da estratégia;

##### **Pontos fracos**

- Falta de coordenação entre o trabalho das OSC em ADV e os serviços de Saúde;
- Ignorância do que se faz no ambiente de trabalho (sector privado);
- Oferta de serviço de ADV insuficiente nos Centros de Saúde reprodutiva ;

#### **2.5.11. Prevenção da transmissão vertical pela administração de ARV**

##### **Pontos fortes**

- Existência de normas e procedimentos para a prevenção da transmissão vertical em que inclui também a administração de ARV;
- Disponibilidade dos ARV;
- 12 em 15 mulheres grávidas identificadas no primeiro ano beneficiaram de ARV para a PTV e 6 crianças;

##### **Pontos fracos**

- A oferta de serviço de PTV não é sistemática nos serviços de SR ;
- Fraca cobertura da PTV no primeiro ano de introdução dos ARV;

- Procedimentos a nível das maternidades muito centralizados;

#### **2.5.12. A segurança de transfusões**

##### **Pontos fortes**

- Todos os doadores de sangue são previamente testados para uma série de doenças transmissíveis pelo sangue, nomeadamente para o VIH;
- Existência duma política de segurança de transfusões do sangue validada e em implementação;
- Aumento da percentagem de doadores de sangue voluntários e benévolos de 17 para 35%;

##### **Pontos fracos**

- Percentagem de doadores voluntários e benévolos ainda é insuficiente;
- A extensão de serviços de sangue seguro aos Hospitais regionais ainda não foi concluída;
- Actividades de mobilização de doadores pouco financiadas Rupturas de stock de reagentes e consumíveis;

#### **2.5.13. Luta contra as práticas que comportam riscos de transmissão do VIH pela via sanguínea (UDI, salões de beleza, cabeleireiros, manicura, pedicura, etc.)**

##### **Pontos fortes**

- Análise de situação de risco sobre os usuários de droga incluindo UDI realizado;

##### **Pontos fracos**

- Insuficiência de plano de acção para sensibilizar e conscientizar os salões de beleza, barbearias, locais de tatuagens;
- Fraquezas nas estratégias de intervenção de proximidade aos UDI ;

#### **2.5.14. Atendimento médico e psicossocial das PVVIH (Tratamento ARV) no ambiente de Cuidados de saúde**

##### **Pontos fortes**

- Existência duma política de cuidados integrados às PVVIH validado e em Implementação;
- Existência de protocolos nacionais de tratamento anti-retroviral e das Infecções Oportunistas
- Técnicos formados incluindo técnicos do laboratório;

- Oferta do tratamento ARV gratuito a todas as PVVIH com critérios para o início;
- Foi alargado o leque de possibilidades de diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas;
- Medicamentos essenciais para o tratamento das infecções oportunistas disponíveis gratuitamente;
- Taxa de cobertura de PVVIH para avaliação de critérios de início do TARV superior ao esperado para o primeiro ano (30% em vez dos 10% esperados);

### **Pontos fracos**

- Medicamentos recebidos da base de compra internacional com prazos de validade muito curtos;
- Procedimentos para o levantamento e pagamento das encomendas de material de saúde pouco céleres (mecanismo com o CCS-SIDA que leva a acumular dívidas);
- Dificuldades financeiras para o Transporte marítimo e aéreo interno do material farmacêutico;
- Infra-estruturas para o armazenamento ainda insuficientes;
- Cadeia de frio para a conservação de reagentes e medicamentos a ser reforçada;
- Recursos insuficientes para atender aos vários aspectos do apoio psicossocial (humanos, materiais e financeiros);
- Deficiências na capacitação de intervenientes que trabalham com os doentes;
- Deficiências na articulação entre os diversos sectores intervenientes;
- Não existência de um apoio sistematizado aos órfãos vulneráveis, particularmente aos filhos de pais que morreram por SIDA;
- Sistema de fármaco-vigilância a ser implementado;
- Sistema de referência e contra-referência deficiente;

### **2.5.14. Atendimento a domicílio e comunitário das PVVIH (cuidados e seguimento psicossocial)**

#### **Pontos fortes**

Nenhum (actividade incipiente)

### **Pontos fracos**

- Fraca coordenação das actividades psicossociais, em especial as de apoio social a nível comunitário;
- Fraca interacção entre estruturas de saúde, outras instituições públicas e ONGs e OBCs, para o apoio domiciliário de pacientes em fase terminal;
- Prise en Charge comunitária incipiente;

### **2.5.15. Atendimento nutricional das PVVIH sob ARV**

#### **Pontos fortes**

- Existência de competências a nível das estruturas de saúde das actividades educacionais das PVVIH sobre aspectos nutricionais seguidas pelas estruturas de saúde;
- Existência de competências (pessoas formadas) a nível de certas ONG para fazer a educação nutricional das PVVIH (Ex. Caritas, ...);

#### **Pontos fracos**

- Fraca capacidade financeira e educacional das PVVIH;
- Inexistência de um programa eficaz de apoio nutricional às PVVIH;

### **2.5.16. Luta contra a pobreza e a precariedade das PVVIH e de suas famílias graças a actividades geradoras de rendimentos**

#### **Pontos fortes**

- Cerca de 25 PVVIH obtiveram apoio financeiro através da Delegacia de Saúde da Praia;

#### **Pontos fracos**

- A pobreza é reconhecida como factor de vulnerabilidade face às IST/VIH/SIDA ;
- Falta de uma estratégia clara nesse domínio;
- Fragilidade de muitas organizações em desenvolver correctamente essas actividades;

### **2.5.17. Atendimento dos Órfãos e outras Crianças Vulneráveis (OCV)**

#### **Pontos fortes**

- Cerca de 200 órfãos nos 7 Municípios têm um apoio mensal diverso através de uma parceria pública e de ONG;

#### **Pontos fracos**

- Ausência de um quadro claro de intervenção e de coordenação das acções em favor dos OCV;
- Recursos financeiros insuficientes;
- Falta de perpetuação das iniciativas a favor dos OCV;

### **2.5.18. Luta contra a discriminação e a estigmatização das PVVIH**

#### **Pontos fortes**

- Testemunho de PVVIH na televisão e na rádio;
- Criação de uma associação de PVVIH;
- Pequenas campanhas de informação;
- Filmes específicos na TV sobre o VIH/SIDA;
- *Sketchs*, canções e teatros sobre o SIDA;

#### **Pontos fracos**

- Medo da SIDA a nível da população em geral;
- Falta de legislação específica para a protecção das PVVIH;
- Fraca implicação das PVVIH na resposta nacional ao VIH, sobretudo na luta contra a discriminação;

### **2.5.19. Protecção dos direitos das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA (e pela população geral)**

#### **Pontos fortes**

- Argumento junto dos principais actores com vista à elaboração de uma lei específica ao VIH/SIDA (MS, M. Justiça, M. Solidariedade, Parlamento, Sindicatos, Comissão dos Direitos do Homem, etc. foram atingidos);
- Participação dos deputados de Cabo Verde nos ateliers de Ndjaména e de Niamey sobre a melhoria do ambiente jurídico relacionado com o VIH/SIDA na África do Oeste e do Centro (Projecto AWARE);
- Argumento do SISCAP junto de empresas e de outros serviços para a adopção de uma lei que proteja o trabalhador perante o VIH/SIDA;

#### **Pontos fracos**

- Falta de legislação específica para a protecção das PVVIH ;

### **2.5.20. Redução da vulnerabilidade das mulheres na sociedade cabo-verdiana (género e VIH)**

#### **Pontos fortes**

- Disponibilidade dos dados do Estudo Sócio-Comportamental junto dos UDI e Profissionais do Sexo (em curso);
- Acções junto das OSC femininas e da família (Verdefam, Morabi, OMCV): IEC, preservativos, ADV, micro créditos para AGR, etc;
- Abertura de gabinetes VBG (Violência Baseada no Género) na Praia e São Vicente;
- Associação das Mulheres Juristas e OMCV abriram, cada uma delas, um gabinete de assistência e de aconselhamento jurídico em prol das mulheres vítimas de violência;
- Associação das Mulheres Parlamentares organizou na ilha do Sal uma conferência regional sobre a "Vulnerabilidade das Mulheres perante a SIDA";

#### **Pontos fracos**

- Falta de acção directa sobre a situação de vulnerabilidade;
- Pobreza;
- Estatuto inferior da mulher que continua dependente dos homens ;

- Violência para com as mulheres;

#### **2.5.21. Implicação de outros sectores que não a saúde na resposta nacional ao VIH/SIDA (resposta multi-sectorial)**

##### **Pontos fortes**

- Engajamento dos sectores públicos (ministérios, institutos, municípios), OSC e privado;
- Engajamento dos Sindicatos e das Confissões Religiosas;
- Disponibilidade das ONG's para reforçar a parceria entre elas;
- Programa de acção a favor dos trabalhadores do sector dos transportes (estaleiros de construção de estradas, populações móveis TACV, ASA, ENAPOR) e CV Telecom;
- Assinatura de protocolos com a Shell Cabo Verde e ISE;
- Protocolo em vias de assinatura com a Universidade Jean PIAGET e CV Telecom;
- Muitos projectos e parcerias desenvolvidos com os sectores (Educação, Juventude, Transporte);

##### **Pontos fracos**

- Nem todos os planos sectoriais foram implementados;
- Peso dos procedimentos do Projecto;
- Motivação insuficiente dos Pontos Focais;
- Pontos Focais sobrecarregados, em *part time* e sem poder de decisão;
- Dificuldades de coordenação com o nível descentralizado nos sectores;
- Fraco engajamento do sector privado;

#### **2.5.22. Descentralização da resposta nacional ao VIH/SIDA em Cabo Verde (Municípios)**

##### **Pontos fortes**

- A resposta foi descentralizada através dos CMLS, das Câmaras Municipais, das ONG's e das OBC's;
- Várias centenas de projectos financiados a nível municipal;

- Reforço das capacidades a nível do município com vista ao desenvolvimento das actividades SIDA (reabilitação e equipamento dos centros comunitários, capacitação das OSC's;

#### **Pontos fracos**

- Coordenação a nível descentralizado pouco efectiva com o nível central;
- Peso dos procedimentos do Projecto;
- Financiamento insuficiente;
- Nem todos os planos municipais foram implementados;
- Inexistência de uma bolsa de formadores locais ;

#### **2.5.23. Reforço das capacidades dos actores da sociedade civil e de outros sectores que não a saúde**

##### **Pontos fortes**

- Todos os ministérios e as ONG's foram capacitados com meios básicos para implementar as "actividades SIDA";
- Os pontos focais do sector público e as ONG receberam capacitação em matéria de liderança, de elaboração de projectos, de seguimento & avaliação;
- Existência de dois núcleos de apoios às actividades das associações, a nível da Plataforma das ONG's;

##### **Pontos fracos**

- Dificuldade de seguimento & avaliação dos projectos a nível dos Comités Municipais de luta contra a SIDA;
- Dificuldade de meio de deslocação (transporte) a nível das ONG's para as actividades de seguimento & avaliação dos projectos;

#### **2.6. Principais desafios**

Os **desafios** identificados através da análise da situação e da resposta, com vista a atingir os compromissos UNGASS, os objectivos do Milénio e os Três Princípios, e, realizar os objectivos do Acesso Universal são:

#### **I. Prevenção global da transmissão do VIH**

- Reduzir a propagação sexual e pela via sanguínea do VIH, assegurando o Acesso Universal aos Meios de Prevenção;

## **II. Qualidade de vida das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA**

- Melhorar a Qualidade de Vida das Pessoas Infectadas e Afectadas pelo VIH/SIDA, assegurando o Acesso Universal ao Tratamento e aos Cuidados;
- Reduzir o impacto socioeconómico do VIH/SIDA nas pessoas infectadas ou afectadas;
- Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável às PVVIH-SIDA;

## **III. Implicação dos sectores público, privado e a sociedade civil, em geral, na implementação do PMLS.**

- Reforçar a participação dos ministérios, para além do da Saúde, dos municípios, das associações comunitárias e das ONG's na implementação do PMLS;
- Promover a criação de associações das PVVH-SIDA;
- Implicar o sector privado nacional e internacional em evolução em Cabo Verde, na resposta ao VIH- SIDA;

## **IV. Gestão e Coordenação do PMLS (informação estratégica/ Seguimento & avaliação e financeira).**

- Assegurar a Gestão e a Coordenação da Resposta Nacional Multi-sectorial ao VIH/SIDA, no Respeito dos “Três Princípios”;
- Reforçar a Coordenação da Resposta Nacional Multi-sectorial ao VIH/SIDA;
- Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento & avaliação);
- Reforçar a mobilização de recursos e melhorar a gestão financeira.

Para atingir estes desafios, o Governo vai prosseguir e reforçar o diálogo com todos os parceiros - no âmbito dos Três Princípios e da estratégia multi-sectorial. O lançamento do novo plano nacional estratégico 2006/2010 constitui assim, uma oportunidade única para a continuação e o reforço desta parceria.

## **CAPÍTULO III: QUADRO ESTRATÉGICO DA RESPOSTA AO VIH-SIDA PARA O PERÍODO 2006-2010**

### **3.1. Princípios Directores**

Cabo Verde engajou-se em alguns compromissos internacionais relativos à luta contra o VIH-SIDA, nomeadamente no alcance dos objectivos do milénio, no respeito pelos “Três Princípios” (uma só política de luta contra a SIDA, uma só estrutura de coordenação e uma só estrutura de seguimento e avaliação), defendidos pela ONUSIDA e demais parceiros internacionais, e na procura de meios humanos, materiais e financeiros para garantir o Acesso Universal à Prevenção, ao Tratamento e aos Cuidados.

É, pois, neste contexto, que os princípios abaixo apresentados nortearão toda a implementação do presente Plano Estratégico:

- O engajamento político ao mais alto nível é fundamental para a tomada de decisões e a sua aplicação efectiva.
- A luta contra o VIH-SIDA é uma questão multi-dimensional que exige uma abordagem multi-sectorial.
- O desenvolvimento de parcerias para a mobilização de recursos e partilha de responsabilidades reforça as sinergias.
- A descentralização a todos os níveis (municipal, local e comunitário) de órgãos de coordenação, das actividades e dos recursos (humanos, materiais e financeiros) é fundamental para o alcance dos resultados preconizados.
- A coordenação e articulação intra-sectorial a nível do MS constitui um factor de reforço da capacidade de resposta do sector saúde em geral e do PLS, em particular.
- O envolvimento e a participação efectiva da sociedade civil deverão ser alargados e reforçados.
- O envolvimento do sector empresarial (público e privado) é importante tanto para a garantia da segurança social dos trabalhadores, como também para o desenvolvimento de parcerias nacionais para uma melhor resposta, em particular no domínio da prevenção.
- A implicação das pessoas que vivem com o VIH/SIDA para uma maior conscientização da sociedade da existência do problema em Cabo Verde.
- A promoção e o respeito dos direitos das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA é um dever de todos os cidadãos e devem ser consagrados na lei.

- O apoio da cooperação internacional na luta contra o VIH/SIDA é imprescindível devido aos custos elevados que o seu combate comporta, situação para a qual o país não está em condições de suportar.
- O reforço institucional e desenvolvimento dos Recursos Humanos são fundamentais para uma melhor capacidade de gestão e implementação das actividades.
- A garantia de cuidados integrados específicos às pessoas que vivem com o VIH/SIDA com vista à melhoria da sua qualidade de vida.
- O forte poder de mobilização e de educação dos leaders religiosos, comunitários, sindicais e outros deverá ser aproveitado para a adopção de comportamentos responsáveis.
- A elaboração de uma estratégia nacional de comunicação que tenha em conta a combinação entre a comunicação de massa e inter-pessoal e as necessidades e expectativas dos diferentes grupos alvo, visando uma maior apropriação das mensagens.
- Promoção da solidariedade civil em torno da problemática da infecção VIH/SIDA, para com os órfãos e PVVIH-SIDA;

### **3.2. Domínios Prioritários de Intervenção**

A luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde sofreu um grande desenvolvimento, com a implementação do Plano Estratégico 2002-2006.

A prevenção foi eleita como a estratégia prioritária de intervenção e reforçou-se a mobilização de todos os sectores da sociedade cabo-verdiana. Atenção especial foi dada ao reforço do Aconselhamento Anónimo e Voluntário, para o diagnóstico precoce da infecção, e incrementou-se o atendimento integral das PVVIH-SIDA, com destaque para o tratamento medicamentoso, incluindo os ARVs, bem como para o apoio psicossocial. Passos importantes foram dados para a melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas e afectadas e começaram a aparecer indícios de organização de associações de apoio a PVVIH-SIDA, com a participação das próprias pessoas infectadas.

Um melhor conhecimento da epidemia e dos seus factores determinantes, a vigilância biológica e comportamental, bem como as acções de coordenação e de facilitação dos diferentes actores da luta contra o VIH-SIDA são hoje ganhos fundamentais que convém consolidar e desenvolver.

É, pois, neste contexto que se destacam quatro grandes áreas prioritárias de intervenção para o período 2006-2010, a saber:

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 da sociedade civil, em geral, na implementação do PMLS.

IV. Gestão e Coordenação do PMLS (informação estratégica /Seguimento & avaliação e financeira).

### **3.3. Objectivos e Resultados esperados**

#### **Objectivos**

Para cada uma das quatro Áreas de Intervenção Prioritárias foi definido um objectivo geral. A formulação desses objectivos obedeceu às necessidades de aceleração do “Acesso Universal à Prevenção, ao Tratamento e aos Cuidados”, por um lado, e, por outro, de consolidação da abordagem multi-sectorial e da estratégia dos “Três Princípios” universalmente recomendados, com vista a uma maior eficácia, eficiência e efectividade nas intervenções de luta contra o VIH-SIDA em Cabo Verde.

Os quatro objectivos gerais identificados englobam os seguintes objectivos específicos, respectivamente:

#### **1. Reduzir a Propagação do VIH, assegurando o acesso universal aos Meios de Prevenção**

- Prevenir a transmissão sexual do VIH e outras IST
- Prevenir a transmissão vertical do VIH (da mãe para o filho);
- Prevenir a transmissão pela via sanguínea do VIH e de outras infecções transmitidas por esta via.

#### **2. Melhorar a Qualidade de Vida das Pessoas Infectadas e Afectadas pelo VIH/SIDA, assegurando o Acesso Universal aos Tratamentos e aos Cuidados**

- Assegurar o atendimento médico e psicossocial das PVVIH, assegurando o Acesso Universal aos Tratamentos e aos Cuidados;
- Reduzir o impacto socioeconómico do VIH/SIDA nas pessoas infectadas ou afectadas;
- Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável

#### **3. Reforçar a participação de outros ministérios, que não o da Saúde, dos Municípios, das Associações Comunitárias, das ONG's e dos privados na implementação do PMLS**

- Implicar os ministérios, para além do da Saúde, os Municípios e as empresas públicas, na resposta ao VIH- SIDA;
- Reforçar a participação das associações e das ONG's a nível comunitário;
- Promover a criação de associações das PVVH-SIDA;

- Implicar o sector privado nacional e internacional em evolução em Cabo Verde, na resposta ao VIH- SIDA;

#### **4. Assegurar a Gestão e a Coordenação da Resposta Nacional Multi-sectorial ao VIH/SIDA, no Respeito dos “Três Princípios”**

- Coordenar a resposta nacional multi-sectorial ao VIH/SIDA;
- Assegurar a Gestão da informação estratégica (Acompanhamento & avaliação);
- Reforçar a mobilização de recursos e melhorar a gestão financeira.

#### **Resultados Esperados**

Os resultados esperados até 2010, para cada um dos objectivos específicos identificados são, respectivamente, os seguintes:

- **Prevenir a transmissão sexual do VIH e de outras IST**
  - Aumentar de 12% a 80% até 2010, a percentagem da população geral incluindo os grupos de alto risco que efectuaram um teste de despistagem de VIH e que conhecem o seu estatuto serológico VIH.
  - Assegurar até 2010 um diagnóstico e um atendimento correctos de pelo menos 80% dos casos IST diagnosticados na população geral e nos grupos de riscos.
  - Aumento de utilização dos preservativos, para os jovens de 15-24 anos, aquando da última relação sexual com um parceiro não regular para 90 %.
- **Prevenir a transmissão vertical do VIH**
  - Aumentar de 13% para 80% até 2010, a percentagem das mulheres grávidas no meio urbano e rural que beneficiaram de um aconselhamento e despistagem do VIH.
  - Aumentar de 80% para 100%, a proporção de mulheres grávidas detectadas seropositivas que completaram o protocolo ARV com vista à prevenção da transmissão vertical.
  - Assegurar o acesso aos substitutos do leite materno a pelo menos 40% das crianças nascidas de mães seropositivas elegíveis e que tenham escolhido um outro modo de aleitamento que não o leite materno.
- **Prevenir a transmissão pela via sanguínea do VIH e de outras infecções transmitidas por esta via**
  - Aumentar de 35% para 70% até 2010, a percentagem de doadores de sangue benévolos fidelizados.

- Manter em 100% até 2010, a percentagem de unidades de sangue de transfusão que tenham sido objecto de despistagem das infecções transmitidas pelo sangue (VIH, Hepatites B e C, Sífilis).
- Pelo menos 80% dos UDI, dos PS e de outras populações de risco conhecem o seu estatuto serológico.
- **Assegurar o atendimento médico e psicossocial das PVVIH, assegurando o Acesso Universal aos Tratamentos e aos Cuidados**
- Aumentar de 30% para 70%, a proporção de pessoas (adultos e crianças) infectadas pelo VIH que beneficiam de um acompanhamento médico e psicossocial regular.
- Aumentar de 88% para 95%, a taxa de aderência das pessoas que vivem com o VIH/SIDA aos tratamentos por ARV.
- Implementar um sistema de acompanhamento a domicílio e o atendimento comunitário das PVVIH-SIDA elegíveis.
- **Reduzir o impacto socio-económico do VIH/SIDA nas pessoas infectadas ou afectadas**
- De 2006 a 2010 aumentar para 90% o número de PVVIH-SIDA elegíveis, que beneficiam de um apoio nutricional.
- De 2006 a 2010 aumentar para 80% o número de PVVIH-SIDA elegíveis, que beneficiam de um apoio AGR.
- De 2006 a 2010 aumentar para 90% o número de órfãos e de outras crianças vulneráveis elegíveis, que beneficiam de um apoio escolar.
- De 2006 a 2010 aumentar para 90% o número de órfãos e de outras crianças vulneráveis elegíveis, que beneficiam de um apoio para a formação profissional.
- **Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável**
- De 2006 a 2010 o quadro jurídico para a prevenção da discriminação, para os direitos e deveres das PVVIH-SIDA deve ser elaborado, aprovado e implementado.
- De 2006 a 2010, aprovar e implementar uma lei de mecenato para as entidades que apoiam os projectos de luta contra a SIDA.
- De 2006 a 2010, aprovar e implementar uma lei de incentivo ao sector privado que emprega PVVIH-SIDA.
- **Implicar outros Ministérios, que não o da Saúde, os Municípios e as empresas públicas, na resposta ao VIH-SIDA**

- De 2006 a 2008, aumentar para 100% os Ministérios e os Municípios que terão um programa de luta contra a SIDA funcional.
- De 2006 a 2008, aumentar para 90% as empresas públicas elegíveis que terão um programa de luta contra a SIDA funcional.
- **Reforçar a participação das associações e das ONG's a nível comunitário**
- De 2006 a 2007, ter pronto um levantamento de associações e ONG a nível nacional com vocação para intervir no processo de luta contra o VIH-SIDA, nas suas diferentes vertentes.
- De 2006 a 2007, discutir e elaborar protocolos diferenciados de acordo com a tipologia de intervenção de cada ONG.
- **Promover a criação de associações das PVVH-SIDA**
- De 2006 a 2008, deve ser criada nos Municípios da Praia, Sta. Catarina, S. Vicente e Fogo pelo menos uma associação de apoio às PVVIH-SIDA.
- Até 2010 as associações de apoio às PVVIH-SIDA estarão implicadas e operacionais na implementação do PMLS.
- **Implicar o sector privado nacional e internacional em evolução em Cabo Verde na resposta ao VIH-SIDA**
- Até 2010, 80% das empresas privadas elegíveis terão um programa operacional de luta contra a SIDA e participarão no seu respectivo co-financiamento.
- **Coordenar a resposta nacional multi-sectorial ao VIH/SIDA**
- Melhorar, a nível do SE do CCS-SIDA, dos mecanismos de articulação entre os diferentes actores da luta contra o VIH-SIDA.
- Instaurar, a nível da Plataforma das ONG's, uma rede de organizações que trabalham no domínio do VIH-SIDA.
- Consolidação da descentralização multi-sectorial da resposta nacional ao VIH/SIDA em Cabo Verde (Municípios).
- **Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento & Avaliação)**
- Implementação de uma base de dados para a produção de informações epidemiológicas fiáveis sobre o VIH/SIDA, as IST assim como as infecções oportunistas, a fim de assegurar o seguimento da implementação eficiente do Plano Estratégico 2006-2010.
- Reforço da vigilância epidemiológica de 2ª geração (seroprevalência e comportamentos sexuais) junto dos grupos de alto risco e da população geral.

- Operacionalização ou reforço das actividades de investigação operacional sobre o VIH/SIDA.
- Operacionalização de um sistema de disponibilização dos dados epidemiológicos junto dos parceiros.
- **Reforçar a mobilização de recursos e melhorar a gestão Financeira**
- Mobilização dos recursos financeiros à altura dos objectivos do Plano Estratégico 2006-2010.
- Consolidação da descentralização da gestão financeira em geral e em especial a nível municipal.

### **3.4. Eixos Estratégicos de Intervenção e Acções**

As linhas estratégicas de intervenção, com vista ao alcance dos objectivos do presente Plano e os do Milénio escudam-se nos princípios do “Acesso Universal à Prevenção, ao Tratamento e aos Cuidados”, na consolidação dos “Três Princípios” e na abordagem multi-sectorial no combate ao VIH-SIDA.

Assim, 6 grandes eixos estratégicos se destacam, nomeadamente:

- A estratégia IEC, com enfoque na educação de pares, para o reforço das competências sociais e o empoderamento, visando a mudança de comportamentos;
- O acesso aos meios de prevenção, de aconselhamento e despistagem voluntária, de tratamento e de cuidados;
- A luta contra a discriminação e a estigmatização;
- A redução da vulnerabilidade dos grupos prioritários;
- A mobilização e sensibilização dos sectores, com destaque para os privados;
- A melhoria da coordenação, da articulação e da mobilização de recursos.

Para uma melhor compreensão, seguem os objectivos específicos e as respectivas estratégias de intervenção:

- **Reduzir /Prevenir a transmissão sexual do VIH e de outras IST**
- Reforço da IEC/CMC na perspectiva de desenvolvimento da competência social face ao VIH/SIDA;

- Multiplicação do modelo de EIO a nível nacional como uma abordagem da educação pelos pares;
  - Promoção da utilização dos preservativos a nível dos grupos vulneráveis e da população geral;
  - Introdução e implementação de uma estratégia nacional de Marketing Social de Preservativos;
  - Prevenção e atendimento das IST que não o VIH/SIDA;
  - Acesso universal ao Aconselhamento e Despistagem Voluntária (ADV);
  - Redução da vulnerabilidade a nível dos grupos considerados vulneráveis em Cabo Verde;
- **Prevenir a transmissão vertical do VIH**
    - Acesso universal ao Aconselhamento e Despistagem Voluntária (ADV) nas mulheres grávidas;
    - Prevenção da transmissão vertical do VIH;
    - Atendimento da mãe seropositiva e do seu filho após o parto;
- **Prevenir a transmissão, pela via sanguínea, do VIH e de outras infeções transmitidas por esta via;**
    - Segurança na transfusão assegurada em todo o país;
    - A prevenção no ambiente de cuidados;
    - Luta contra as práticas que comportam riscos de transmissão do VIH por via sanguínea (UDI, salões de beleza, cabeleireiros, manicura, pedicura, tatuagens, etc.);
- **Assegurar o atendimento médico e psicossocial das PVVIH, assegurando o Acesso Universal aos Tratamentos e aos Cuidados**
    - Acesso universal ao Atendimento Global (médico, psicossocial e nutricional das PVVIH no ambiente de cuidados (incluindo o tratamento ARV);
    - Atendimento a domicílio e comunitário das PVVIH (cuidados, acompanhamento psicossocial e apoio nutricional);

- **Reduzir o impacto socioeconómico do VIH/SIDA nas pessoas infectadas ou afectadas**
  - Melhoria da situação económica e financeira das PVVIH e pessoas afectadas pelo VIH/SIDA;
  - Atendimento global dos Órfãos e de outras Crianças Vulneráveis (OCV);
- **Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável**
  - Luta contra a discriminação e a estigmatização das PVVIH, pela IEC, as leis, regulamentos, etc;
  - Protecção dos direitos das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/SIDA (e da população geral);
  - Redução da vulnerabilidade das mulheres na sociedade cabo-verdiana (género e VIH);
- **Implicar outros Ministérios, que não o da Saúde, os Municípios e as empresas públicas, na resposta ao VIH-SIDA**
  - Mobilização e sensibilização dos sectores públicos além do da saúde na resposta nacional ao VIH/SIDA (resposta multi-sectorial);
- **Reforçar a participação das associações e das ONG's a nível comunitário**
  - Mobilização e sensibilização das associações e das ONG, a nível comunitário, para a resposta ao VIH/SIDA (resposta multi-sectorial);
- **Promover a criação de associações das PVVIH-SIDA**
  - Mobilização e sensibilização das PVVIH-SIDA para a criação das associações;
- **Implicar o sector privado nacional e internacional em evolução em Cabo Verde, na resposta ao VIH- SIDA**
  - Mobilização e sensibilização do sector privado para a resposta ao VIH- SIDA;
- **Coordenar a resposta nacional multi-sectorial ao VIH/SIDA**
  - Criação, a nível do SE do CCS-SIDA, de um mecanismo eficaz de articulação entre os diferentes actores da luta contra o VIH-SIDA;
  - Criação, a nível da Plataforma das ONG's, de uma rede de organizações que trabalham no domínio do VIH-SIDA;
  - Descentralização da resposta nacional ao VIH/SIDA em Cabo Verde (Municípios);
- **Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento & Avaliação)**

- Comunicação com os parceiros, com os actores da luta contra o VIH/SIDA em Cabo Verde e com o grande público;
- Gestão dos dados epidemiológicos e sócio-comportamentais;
- Seguimento dos indicadores UNGASS e dos indicadores nacionais do Plano Estratégico para avaliar os progressos realizados;
- o **Reforçar a mobilização de recursos e melhorar a gestão financeira**
- Mobilização dos recursos financeiros à altura das ambições do Plano Estratégico 2006-2010;
- Descentralização da gestão financeira a nível municipal (a consolidar);

### 3.5. Grupos – Alvos Prioritários

A análise das principais causas determinantes da infecção com o VIH/SIDA em Cabo Verde permite destacar os grupos prioritários que serão objecto de uma atenção específica nos próximos anos. São nomeadamente os jovens escolarizados e sem escola, as jovens raparigas, as mulheres isoladas e em situação monoparental, as crianças vulneráveis e os órfãos, os trabalhadores do sexo e seus clientes, os prisioneiros, os toxicod dependentes, as pessoas em situação de mobilidade frequente e seus acompanhantes, as populações migrantes estrangeiras que se instalaram em Cabo Verde para fugir à miséria e aos conflitos nos seus países de origem, bem como os militares e os agentes de segurança. (Programa de Luta contra a Droga e o Crime Conexo, Cabo Verde/ONU DC, 2003, Programa Nacional de Luta contra a Droga (2001, 2002), Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e Crime Conexo (2004), Diagnóstico da Situação de Vulnerabilidade face às IST/VIH/SIDA das Crianças em Situação de Rua, ICM/CCS-SIDA (2005)).

Com efeito, o perfil sócio-demográfico das pessoas atingidas pela epidemia de VIH mostra muitas vezes, de acordo com os dados disponíveis, que se trata de pessoas em situação de vulnerabilidade ou mesmo de marginalização (tanto nos homens como nas mulheres), que é difícil inseri-las na diligência de prevenção e de as fidelizar no que diz respeito às estruturas de cuidados, sem um trabalho de acompanhamento sustentado a jusante e a montante dos riscos a correr. (Crescimento, Emprego e Políticas de Redução da Pobreza em Cabo Verde, PNUD (2004); Programa de Luta contra a Droga e o Crime Conexo, Cabo Verde/ONU DC (2003); Programa Nacional de Luta contra a Droga (2001, 2002); Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e o Crime Conexo (2004); Diagnóstico da Situação de Vulnerabilidade face às IST/VIH/SIDA das Crianças em Situação de Rua, ICM/CCS-SIDA (2005)).

A metodologia utilizada no âmbito da concepção desta proposta vai permitir associar os diferentes públicos na medida em que alguns de entre eles vão ser beneficiários (para a prevenção e os cuidados) e actores (dinâmica participativa) da implementação da proposta.

A diligência retida em todos os domínios de intervenção visa implementar mecanismos que favoreçam a acessibilidade dos públicos identificados como vulneráveis ou socialmente desfavorecidos. Esta acessibilidade aos serviços propostos, tais como a prevenção, os cuidados e o apoio são promovidos por mediadores de saúde procedentes dos públicos e formados para permitir

aproximar tanto quanto possível as populações alvos dos dispositivos instaurados para os prevenir, acolher e apoiar. Graças a este tipo de intervenção haverá não só acções para agir sobre a redução dos riscos, mas igualmente reduzir as causas determinantes da vulnerabilidade.

Esta metodologia inovadora de intervenção vai assim permitir a curto e a longo prazo dar a possibilidade aos públicos de participar melhor nos processos de implementação da presente proposta.

## **CAPÍTULO IV: IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO**

### **4.1. Plano de acção global (2006-2010)**

**PLANO DE ACÇÃO GLOBAL (2006-2010)**

**OBJECTIVO GERAL 1: REDUZIR A PROPAGAÇÃO DO VIH ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AOS MEIOS DE PREVENÇÃO**

Objectivos específicos	Estratégias retidas para 2006-2010	Acções a serem realizadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo
<p><b>1. Prevenir a transmissão sexual do VIH</b></p>	<p>1.1. Reforço da IEC/CCC na perspectiva de desenvolvimento da competência social face ao VIH/SIDA</p>	<p>1.1.1. Negociar um protocolo de acordo para prosseguir e perpetuar as emissões de rádio e TV em virtude da missão de serviço público dos meios de comunicação social;</p> <p>1.1.2. Elaborar e implementar numa estratégia nacional de comunicação para uma mudança de comportamento, incluindo a gestão/coordenação da implementação;</p> <p>1.1.3. Desenvolver um material de IEC/CCC adaptado ao contexto cabo-verdiano com base nos resultados da avaliação do material existente (colocar a tónica sobre o material audiovisual sobre as IST/VIH/SIDA);</p> <p>1.1.4. Desenvolver e implementar métodos e técnicas dinâmicos de comunicação susceptíveis de gerar a competência social face ao VIH/SIDA e de conduzir a mudança de comportamento: conversações comunitárias, educação pelos pares, mediadores de saúde, etc;</p> <p>1.1.5. Orientar os grupos vulneráveis: identificação e formação de pares educadores, acções de sensibilização e auto - atendimento;</p> <p>1.1.7. Desenvolver uma estratégia no local de trabalho.</p>	<p>- Primature, - Min. Informação * Secretário de Estado da Juventude (Vice-Presidente do CCS-SIDA)</p> <p>* SE/CCS-SIDA, CNDS, Comissão IEC do CCS-SIDA</p> <p>*CNDS do Min., Comissão IEC do CCS-SIDA, Saúde, OSC, Sector privado</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, CCCD, ICM, ICF, Min. Educação, Municípios, CMLS Corpo da Paz, SNU</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, Min. Educ, OSC, CCCD</p> <p>* SE/CCS-SIDA, CSSL, UNTC-CS, CCIS e CCIB,</p>	<p>- Existência de um protocolo</p> <p>- Estratégia implementada</p> <p>- Avaliação efectuada - Material IEC elaborado</p> <p>- Métodos e técnicas desenvolvidos</p> <p>- Nº de pares educadores identificados, formados e activos - Nº de acções de sensibilização efectuadas</p> <p>- Estratégia elaborada e operacional</p>

<p><b>1. Prevenir a transmissão sexual do VIH</b></p>	<p>1.2. Multiplicação do modelo de EIO a nível nacional como uma abordagem da educação pelos pares</p> <p>1.3. Promoção da utilização dos preservativos a nível dos grupos vulneráveis e da população geral</p> <p>1.4. Prevenção e Atendimento das IST</p>	<p>1.2.1. Prosseguir e desenvolver as iniciativas em curso, no meio escolar (EIO, Competência social, etc.).</p> <p>1.3.1. Prosseguir e desenvolver a estratégia de acesso universal ao preservativo pela diversificação dos pontos de distribuição, pela descentralização da distribuição, pelo marketing social e pela distribuição com base comunitária;</p> <p>1.3.2. Elaborar e implementar uma estratégia integrada direccionada aos grupos vulneráveis para a promoção e a utilização do preservativo e aos outros serviços de prevenção (ADV, atendimento das IST, etc.) apoiando-se nos pares educadores;</p> <p>1.3.3. Assegurar a disponibilidade permanente do preservativo (fontes de financiamento incluindo a cobrança dos custos a um preço módico, orçamento do Estado, SNU e outros parceiros);</p> <p>1.3.4. Promover a utilização do preservativo feminino (conduzir uma investigação operacional para apreciar a aceitabilidade do produto).</p> <p>1.4.1. Desenvolver uma estratégia de prevenção baseada na comunicação interpessoal nas estruturas sanitárias e mais</p>	<p>Ministério do Trabalho</p> <p>*Min. Educação, Corpo da Paz</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, Empresa Privada e Pública, Sindicato, C.M.LS, Agência encarregue do marketing social</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, CCCD, ICM, ICF</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min Saúde, SNU, OSC,</p> <p>*Min. Saúde, SNU, OSC,</p> <p>*Min. Saúde</p>	<p>- Nº de centros EIO criados - Nº de visitantes nos EIOs - Nº de professores formados e funcionais</p> <p>- Existência de uma estratégia - Nº de pontos de distribuição - Nº de preservativos distribuídos com base comunitária - Nº de pontos de venda estabelecidos - Nº de preservativos vendidos - Satisfação dos clientes quanto aos pontos de venda - Nº de preservativos distribuídos pelos pares educadores</p> <p>- Nº de ruptura de stock detectada durante o ano</p> <p>- Investigação operacional efectuada - Nº de preservativos distribuídos</p> <p>- Estratégia desenvolvida</p>
---	---	--	---	---

<p><b>1. Prevenir a transmissão sexual do VIH</b></p>	<p>que não o VIH/SIDA</p>	<p>particularmente nos Centros de Saúde reprodutiva, nos Centros de cuidados de saúde para consultantes IST, nas estruturas sanitárias das OSC e noutros sectores públicos (forças armadas, etc.);</p> <p>1.4.2. Desenvolver a prevenção e a PEC das IST nos Centros de Juventude, em parceria com o Ministério da Saúde;</p> <p>1.4.3. Implementar uma estratégia móvel para a prevenção e o atendimento das IST pelas OSC (Equipas móveis: definir a missão, papéis e responsabilidades, composição e meios de intervenção);</p> <p>1.4.4. Prosseguir e desenvolver a abordagem síndrómica para a PEC das IST em todas as estruturas de cuidados de saúde (formação dos prestadores, algoritmo, medicamentos disponíveis e acessíveis);</p> <p>1.4.5. Melhorar o material de IEC: álbum seriado (completar as IST), desdobráveis (acrescentar outros materiais sobretudo audiovisual) (ver ponto 1.1.3.);</p>	<p>*Min. Saúde, SEJ, SNU</p> <p>*Min. Saúde, OSC</p> <p>*Min. Saúde</p> <p>*Min.Saúde, SE/CCS-SIDA</p>	<p>- Nº de Centros de Juventude desenvolvem a prevenção e a PEC das IST</p> <p>- Estratégia elaborada</p> <p>- Nº de OSC desenvolvem a estratégia móvel para a prevenção e o atendimento das IST pelas OSC</p> <p>- % de estruturas de cuidados de saúde desenvolvem a abordagem síndrómica para a PEC das IST</p> <p>- Disponibilidade de novo material IEC</p>
---	---------------------------	---	--	--

Objectivos específicos	Estratégias retidas para 2006-2010	Acções a serem implementadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo
<b>1. Prevenir a transmissão sexual do VIH</b>	<p>1.5. Acesso universal ao Aconselhamento e Despistagem Voluntária (ADV)</p> <p>1.6. Redução da vulnerabilidade a nível dos grupos considerados vulneráveis em Cabo Verde</p>	<p>1.5.1. Desenvolver a comunicação interpessoal nas estruturas sanitárias públicas, privadas e das OSC com vista a promover o ADV;</p> <p>1.5.2. Reforçar a informação da população geral sobre o VIH/SIDA e a resposta nacional em Cabo Verde para gerar a confiança, reduzir os medos face ao VIH e aumentar o pedido em ADV;</p> <p>1.5.3. Implementar uma estratégia móvel para oferecer um pacote mínimo de serviços, dos quais ADV (Equipas móveis: missão, papel e responsabilidades, composição, meios de intervenção) em parceria com as OSC e o Ministério da Saúde;</p> <p>1.5.4. Desenvolver a oferta de serviços de ADV em todos os Centros de Juventude, em parceria com o Ministério da Saúde (oferecer um pacote mínimo a definir);</p> <p>1.5.5. Sensibilizar todos os actores da resposta nacional para o respeito da confidencialidade.</p> <p>1.6.1. Consolidar e estender as iniciativas actuais em prol dos UDI (São Vicente, Santa Cruz e São Filipe - Praia);</p> <p>1.6.2. Reduzir a precariedade nos grupos considerados vulneráveis graças à Parceria com o Programa de Luta contra a Pobreza, o financiamento de AGR, o Recrutamento de pares educadores e mediadores de saúde);</p>	<p>*Min. Saúde, Clínica Priv., OSC</p> <p>* SE/CCS-SIDA, CNDS, MINISTÉRIOS, CAMARAS MUNICIPAIS, OSC</p> <p>*Min. Saúde, OSC, SNU, Coop. Lux</p> <p>*Min. Saúde, SEJ, SNU, Coop. Lux</p> <p>*CCCD, Coop. Lux, Min. Saude, Cruz Vermelha, Tenda El shadai</p> <p>*SE/CCS-SIDA, CCCD, OSC, ICF, PNLP, MTFs, ICS</p>	<p>- Nº de testes efectuados nas estruturas sanitárias públicas</p> <p>- Nº de testes efectuados nas estruturas sanitárias privadas</p> <p>- Nº de testes efectuados nas estruturas sanitárias das OSC</p> <p>- Nº de campanhas realizadas</p> <p>- Nº de testes realizados</p> <p>- Nº de equipas móveis criadas</p> <p>- Nº de Centros de Juventude que oferecem serviços de ADV</p> <p>- Nº de acção de sensibilização realizada</p> <p>- Nº de projectos AGR financiados</p> <p>- Nº de pares educadores e de mediadores de saúde</p>

		<p>1.6.3. Elaborar, implementar e coordenar um programa de acção integrado em prol das crianças da rua;</p> <p>1.6.4. Facilitar a elaboração e a implementação de um Programa de Acção Sectorial Turismo a fim de intensificar a resposta nos meios turísticos.</p>	<p>*ICM, Ministério Solidariedade PNLP, OSC, SNU, ICS</p> <p>*SE/CCS-SIDA, DGT, Operadores Turísticos, Privados, Sindicatos</p>	<p>recrutados</p> <p>- Existência de um programa de acção implementado</p> <p>- Existência de um programa de acção implementado</p>
--	--	---	---	---

Objectivos específicos	Estratégias retidas para 2006-2010	Acções a serem realizadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo	
<b>2. Prevenir a transmissão vertical do VIH</b>	2.1. Acesso universal ao Aconselhamento e Despistagem Voluntária (ADV) nas mulheres grávidas	2.1.1. Desenvolver a oferta sistemática de serviços de ADV nos Centros de Saúde Reprodutiva para as mulheres em CPN (reforçar as capacidades em ADV em cada centro de SR, Sensibilização do pessoal, ter em conta as necessidades dos jovens);	*Min.Saúde, OSC, Coop. Lux, SNU, OMS	- Percentagem das mulheres grávidas que beneficiaram de ADV	
		2.1.2. Garantir a disponibilidade e a acessibilidade dos testes de despistagem nos 2 hospitais, 20 Centros de Saúde e 5 Centros de SR do país (melhorar o sistema de abastecimento e de gestão dos factores de produção da PTMF);	*Min.Saúde, Coop. Lux, SNU, OMS	- % de estrutura com ruptura de stock, durante o último ano	
		2.1.3. Desenvolver, sob a liderança do Ministério da Saúde, um programa de sensibilização das mulheres grávidas para o ADV, consultas pré-natais e parto em ambiente de cuidados de saúde (criar o pedido de ADV);	*Min. Saúde, Coop. Lux, SNU, OMS, OSC	- Existência de um programa	
		2.1.4. Implicar as PVVIH na implementação do Aconselhamento com o propósito da despistagem voluntária.	*SE/CCS-SIDA, Min.Saúde, Associação das PVVIH, OSC	- Nº de PVVIH a implicar	
		2.2. Prevenção da transmissão vertical do VIH	2.2.1. Estender os serviços de PTMF a 100% das estruturas sanitárias do país para assegurar o acesso universal;	*Min. Saúde, SNU, OMS, Brasil	- Percentagem de mães seropositivas sob ARV
			2.2.2. Reforçar o sistema de abastecimento e gestão dos factores de produção da PTMF (reagentes de despistagem, consumíveis, substitutos do leite materno, ARV, etc.).	*Min. Saúde, SNU, OMS, Brasil	- % de estrutura com ruptura de stock, durante o último ano

<p><b>2. Prevenir a transmissão vertical do VIH</b></p>	<p>2.3. Atendimento da mãe seropositiva e da sua criança após o parto</p>	<p>2.3.1. Reforçar as capacidades dos 2 hospitais para o diagnóstico precoce do VIH em recém nascidos de mães seropositivas;</p> <p>2.3.2. Assegurar o Atendimento global (médico, psicossocial e nutricional) das mulheres seropositivas, das mães seropositivas e das suas crianças (substituto do leite materno, formas pediátricas de ARV);</p> <p>2.3.3. Implementar uma estratégia para cobrir as diversas despesas suportadas pelas mulheres seropositivas em situação de precariedade (transporte, merenda, medicamentos que não o ARV)</p> <p>2.3.4. Facilitar e apoiar o desenvolvimento dos grupos de entreatajuda para o apoio psicológico, jurídico e nutricional para as mulheres seropositivas e as suas famílias</p>	<p>*Min. Saúde, SNU OMS,</p> <p>*Min. Saúde, SNU, OMS, OSC</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, Associação das PVVIH</p> <p>* SE/CCS-SIDA, ICF, Min. Saúde, RM Parla., AMJuristas</p>	<p>- % de mães seropositivas, cujo filho foi submetido a diagnóstico do VIH</p> <p>- Percentagem de crianças nascidas de mães seropositivas com acesso aos substitutos do leite materno</p> <p>- Percentagem de crianças nascidas de mães seropositivas com acesso às formas pediátricas de ARV</p> <p>- Nº de mulheres seropositivas em situação de precariedade, com uma cobertura de despesas diversas</p> <p>- Nº de grupos de auxílio mútuo criados</p>
---	---	--	---	--

Objectivos específicos	Estratégias retidas Para 2006-2010	Acções a serem realizadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo
<b>3. Prevenir a transmissão pela via sanguínea do VIH e de outras infecções transmitidas por esta via</b>	<p>3.1. Segurança de transfusão sanguínea assegurada em todo o país</p> <p>3.2. A prevenção em ambiente de cuidados de saúde</p> <p>3.3. Luta contra as práticas que comportam riscos de transmissão do VIH pela via sanguínea (UDI, salões de beleza, cabeleireiros, manicura, pedicura, etc.)</p>	<p>3.1.1. Promover a doação voluntária de sangue e fidelizar os doadores;</p> <p>3.1.2. Manter a segurança de transfusão sanguínea (assegurar a disponibilidade dos factores de produção necessários à segurança de transfusão sanguínea: reagentes e outros consumíveis de laboratório);</p> <p>3.1.3. Reduzir as indicações de transfusão sanguínea em proveito dos substitutos do sangue.</p> <p>3.2.1. Reforçar a bio segurança e a higiene hospitalar nas estruturas de saúde;</p> <p>3.2.2. Assegurar o atendimento sistemático de todos os casos de acidentes de exposição ao sangue (AES) e produtos sanguíneos;</p> <p>3.3.1. Reforçar o programa de sensibilização em IST/VIH/SIDA nos salões de beleza, nos salões de cabeleireiros e nas barbearias;</p> <p>3.3.2. Centrar os UDI e UD: identificação e formação de pares educadores, acções de sensibilização e auto-atendimento</p>	<p>*Min. Saúde, OSC, CNDS</p> <p>*Min. Saúde, SNU, OMS, SE/CCS-SIDA</p> <p>*Min. Saúde</p> <p>*Min. Saúde</p> <p>*Min. Saúde</p> <p>*Min. Saúde, OSB, Privados, Sindicato</p> <p>*CCCD, Min. Saúde, OSC, SE/CCS-SIDA</p>	<p>- N° de campanhas realizadas por ano</p> <p>- N° de ruptura de stock detectado durante o ano</p> <p>- % de recolha de sangue correctamente solicitado</p> <p>- % de estruturas de saúde com um problema de bio segurança e de higiene hospitalar, durante o ano</p> <p>- % de casos de acidentes de exposição ao sangue (AES) e produtos sanguíneos atendidos</p> <p>- N° de campanhas de sensibilização realizadas</p> <p>- N° de pares educadores implicados nas acções de sensibilização</p>

**OBJECTIVO GERAL 2 : MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DAS PERSSOAS INFECTADAS E AFECTADAS PELO VIH/SIDA, ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AO TRATAMENTO E AOS CUIDADOS**

Objectivos específicos	Estratégias retidas para 2006-2010	Acções a serem realizadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo
<p><b>4. Assegurar o atendimento médico e psicossocial das PVVIH, assegurando o Acesso Universal ao Tratamento e aos Cuidados</b></p>	<p>4.1. Acesso universal ao Atendimento Global (médico, psicossocial e nutricional das PVVIH em ambiente de cuidados de saúde (nomeadamente o tratamento com ARV)</p> <p>4.2. Atendimento a domicílio e comunitário das PVVIH (cuidados, acompanhamento psicossocial e apoio</p>	<p>4.1.1. Estender o atendimento global (aconselhamento pré e post teste, apoio psicológico, tratamento das infeções oportunistas e seguimento das PVVIH sob ARV) em 100% das estruturas sanitárias do país;</p> <p>4.1.2. Reduzir os custos da PEC das PVVIH (Redução das despesas de transporte e de Supressão taxas sobre os ARV, medicamentos IO e reagentes, Parcerias, etc.);</p> <p>4.1.3. Melhorar a gestão dos factores de produção para o atendimento global (abastecimento, controlo de qualidade, armazenamento e distribuição dos ARV, medicamentos IO, reagentes, etc..);</p> <p>4.1.4. Reforçar as capacidades dos actores (médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de laboratórios, Psicólogos, membros das associações, privados) no atendimento global das PVVIH;</p> <p>4.1.5. Elaborar e implementar um programa de apoio nutricional às PVVIH sob ARV.</p> <p>4.2.1. Implementar um Quadro de intervenção concertado sobre o atendimento a domicílio e comunitário das PVVIH numa parceria OSC- Sector público (incluindo o cumprimento dos tratamentos ARV e o apoio nutricional);</p>	<p>*Min.Saúde, SNU, OMS, Brasil, Coop. Lux.</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, Min. Finanças</p> <p>*Min. Saúde, SNU, OMS</p> <p>*Min.Saúde, SE/CCS-SIDA, SNU, OMS, OSC</p> <p>*Min.Saúde, OSC, SNU, OMS, SE/CCS-SIDA</p> <p>*Min.Saúde, OSC, SNU, OMS, SE/CCS-SIDA</p>	<p>- % de estruturas sanitárias que fazem o atendimento global das IO e seguimento dos doentes sob ARV</p> <p>- Protocolo com os parceiros</p> <p>- N° de formações realizadas</p> <p>- N° de formações realizadas</p> <p>- N° de PVVIH sob ARV que recebem um apoio nutricional</p> <p>- Quadro de intervenção elaborado</p> <p>- Protocolo com os parceiros assinado</p>

<p><b>4. Assegurar o Atendimento médico e psicossocial das PVVIH, assegurando o Acesso Universal ao Tratamento e aos cuidados</b></p>	<p>nutricional</p>	<p>4.2.2. Facilitar e apoiar o desenvolvimento de associações e grupos de apoio às PVVIH;</p> <p>4.2.3. Implementar um sistema de seguimento a domicílio (Mediadores de saúde: identificação, formação, enquadramento, supervisão);</p> <p>4.2.4. Implementar um programa de apoio nutricional no âmbito do atendimento global (formação, material pedagógico, produção dos géneros alimentícios com vista a uma autonomia, etc.).</p>	<p>* SE/CCS-SIDA, OSC, SNU</p> <p>* Min. Saúde, OSC, SE/CCS-SIDA</p> <p>* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, SNU, OMS</p>	<p>- Nº de grupos de apoio criados</p> <p>- Nº de Municípios que fazem o seguimento a domicílio</p> <p>- Programa de apoio nutricional elaborado e implementado</p>
<p><b>5. Reduzir o impacto socio-económico do VIH/SIDA nas pessoas infectadas ou afectadas</b></p>	<p>5.1. Melhoria da situação económica e financeira das PVVIH e pessoas afectadas pelo VIH/SIDA</p> <p>5.2. Atendimento dos Órfãos e outras Crianças Vulneráveis (OCV)</p>	<p>5.1.1. Financiar e enquadrar actividades geradoras de rendimentos em prol das PVVIH e suas famílias (programa de luta contra a pobreza);</p> <p>5.1.2. Implementar o conceito de GIPA (Greater Involvement of People living with AIDS) em Cabo Verde (Criação de empregos em proveito das PVVIH nos sectores público e privado bem como a nível do SNU e da cooperação bilateral);</p> <p>5.1.3. Elaborar e adoptar uma lei para a protecção dos direitos das PVVIH no ambiente de trabalho. (cf. 6.1.4.).</p> <p>5.2.1. Colocar/integrar os OCV em famílias de acolhimento e na escola a fim de evitar a discriminação;</p>	<p>*OSB, PNL, SE/CCS-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, SNU, Privados, Sector Público</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Min. Trabalho, Privados, Empresas Públicas, Sindicatos, Deputados</p> <p>*ICM, ICS, SE/CCS-SIDA, Min. Solidariedade., Min. Educação, Min. Justiça,</p>	<p>- Nº de projectos de AGR financiados</p> <p>- O conceito divulgado</p> <p>- Protocolos assinados com os parceiros</p> <p>- Lei no ambiente de trabalho elaborado e adaptado</p> <p>- Nº de OCV colocado/integrado em famílias de acolhimento e na escola</p>

<p><b>6. Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável</b></p>	<p>6.1. Luta contra a discriminação e a estigmatização das PVVIH, pela IEC, leis, regulamentos, etc.</p> <p>6.2. Protecção dos direitos das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH/ SIDA (e da população geral)</p>	<p>5.2.2. Assegurar um apoio social aos OCV: alimentação, vestuário, despesas escolares, transporte, formação profissional, etc.</p> <p>6.1.1. Prosseguir e reforçar a implementação dos métodos activos de IEC/CCC para gerar/desenvolver a competência social face ao VIH/SIDA;</p> <p>6.1.2. Garantir uma maior implicação das PVVIH na resposta ao SIDA facilitando a implementação e o enquadramento de associações de PVVIH dinâmicas e operacionais;</p> <p>6.1.3. Prosseguir as acções de sensibilização popular: sketches, discussões, filmes na TV, pequenas campanhas pelas OSC, etc;</p> <p>6.1.4. Elaborar, adoptar e aplicar uma lei contra a discriminação e a estigmatização das PVVIH (incluindo nos locais de trabalho).</p> <p>6.2.1. Prosseguir e intensificar o argumento para a elaboração e a adopção rápidas de uma lei para a protecção dos direitos das PVVIH SIDA e a observação dos deveres (direitos da população geral);</p> <p>6.2.2. Adaptar a lei-tipo proposta no atelier de Ndjaména</p>	<p>Municípios</p> <p>*OSC, Municípios</p> <p>*CNDS, Ministério Educação, SE/CCS-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Associações de PVVIH-SIDA, SNU</p> <p>*SE/CCS-SIDA, CNDS, OSC, Municípios, RTC</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Deputados, Associações de PVVIH-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Deputados, Associações de PVVIH-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA,</p>	<p>- Nº de OCV que recebem um apoio social</p> <p>- Nº de campanhas IEC/CCC realizadas</p> <p>- Nº de PVVIH e de associação de PVVIH implicadas na resposta à SIDA</p> <p>- Nº de sketches, discussões, filmes na TV, pequenas campanhas pelas OSC, realizados</p> <p>- Lei elaborada, adoptada e aplicada</p> <p>- Nº dos casos onde a nova lei foi aplicada</p> <p>- Lei elaborada e adoptada</p> <p>- Lei adaptada e adoptada</p>
---	--	---	---	--

<p><b>6. Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável</b></p>	<p>6.3. Redução da vulnerabilidade das mulheres na sociedade cabo-verdiana (género e VIH)</p>	<p>(Chade) sobre "a melhoria do ambiente jurídico em relação com o VIH/SIDA na África do Oeste e do Centro" organizado pela Rede dos Parlamentares Africanos e Árabes em População e Desenvolvimento com o apoio técnico e financeiro do Projecto AWARE;</p> <p>6.3.1. Estabelecer uma forte parceria entre o SE/CCS-SIDA e a Célula Nacional de Luta contra a Pobreza para financiar projectos de mulheres em situação de vulnerabilidade;</p> <p>6.3.2. Promover o auto-atendimento nas trabalhadoras do sexo e mulheres UD com vista a reduzir a vulnerabilidade;</p> <p>6.3.3. Estabelecer uma parceria SE/CCS-SIDA com a Associação das Mulheres Juristas, para a defesa dos direitos das mulheres consideradas vulneráveis ao VIH/SIDA.</p>	<p>Min. Justiça, Deputados, Associações de PVVIH-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, OMCV, MORABI, VERDEFAM, PNLP</p> <p>*CCCD, Min. Saúde, ICF, SE/CCS-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Associação das Mulheres Juristas, ICF, OMCV, MORABI e VERDEFAM</p>	<p>- Protocolo elaborado, assinado e implementado com o PNLP</p> <p>- N° de formações realizadas</p> <p>- Protocolo elaborado e assinado</p>
---	---	---	--	--

**OBJECTIVO GERAL 3 : REFORÇAR A PARTICIPAÇÃO DOS MINISTÉRIOS, QUE NÃO O DA SAÚDE, DOS MUNICÍPIOS, DAS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS, DAS ONG'S E DOS PRIVADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMLS.**

Objectivos específicos	Estratégias retidas para 2006-2010	Acções a serem realizadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo
<p><b>7. Implicar os Ministérios, que não o da Saúde, na resposta nacional ao VIH/SIDA</b></p>	<p>7.1. Mobilização e sensibilização dos sectores públicos, que não o da saúde, na resposta nacional ao VIH-SIDA (Resposta multi-sectorial)</p>	<p>7.1.1. Facilitar e coordenar a elaboração dos Planos de Acção Sectoriais;</p> <p>7.1.2. Implementar um mecanismo para o financiamento, a implementação e a coordenação dos Planos de Acção Sectoriais (incluindo o reforço das capacidades);</p> <p><b>7.1.3</b> Elaborar e implementar um protocolo com RTC a fim de difundir para o desenvolvimento de um comportamento sexual sem risco e responsável.</p>	<p>*SE/CCS-SIDA, Ministérios</p> <p>*SE/CCS-SIDA, SNU, os Sectores</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Agência encarregue da implementação da estratégia nacional de Marketing Social de preservativos</p>	<p>- Nº de sectores com um plano de acção</p> <p>- Mecanismo adoptado e implementado</p> <p>- Nº de Spots difundidos</p>
<p><b>8. Reforçar a participação das associações e das ONG a nível comunitário</b></p>	<p>8.1. Mobilização e sensibilização das ONG, a nível comunitário para a resposta nacional ao VIH-SIDA (Resposta multi-sectorial)</p>	<p>8.1.1. Facilitar a elaboração dos Planos de Acção Municipais;</p> <p>8.1.2. Instaurar um mecanismo para o financiamento, a implementação e a coordenação da implementação dos Planos de Acção Municipais a nível nacional e a nível de cada Município (incluindo o reforço das capacidades);</p>	<p>*SE/CCS-SIDA, os Municípios</p> <p>*SE/CCS-SIDA, SNU, os Municípios</p>	<p>- Nº de Municípios com um plano de acção</p> <p>- Mecanismo para o financiamento, a implementação e a coordenação da implementação adoptado</p>

<p><b>9. Promover a criação de associações das PVVIH-SIDA</b></p>	<p>9.1. Mobilização e sensibilização das PVVIH-SIDA, para a criação das associações</p>	<p>8.1.3. Facilitar a elaboração, o financiamento e a implementação dos Projectos das OSC (incluir as organizações religiosas);</p> <p>8.1.4. Reforçar as capacidades das OSC em matéria de gestão dos projectos (concepção, elaboração, implementação, seguimento &amp; avaliação, gestão financeira, confecção de relatórios de actividades e financeiros);</p> <p>9.1.1. Sensibilizar e mobilizar as PVVIH-SIDA;</p> <p>9.1.2. Apoiar logística e financeiramente a formação das associações de PVVIH-SIDA;</p> <p>9.1.3. Envolver as associações das PVVIH-SIDA na implementação das actividades;</p>	<p>*SE/CCS-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Plataforma das OSC</p> <p>*SE CCS-SIDA, Delegacia de Saúde, Cruz Vermelha, PVVIH-SIDA, OSC, Camaras, ICS, DGeneral de Solidariedade Social,</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Empresas, Sindicatos</p>	<p>- Nº de projectos das OSC aprovados - Nº de projectos das OSC financiados</p> <p>- Nº de acções de capacitação realizadas</p> <p>- Nº de Municípios com pelo menos uma associação de PVVIH-SIDA</p> <p>- Nº de Associações de PVVIH implicadas</p>
<p><b>10. Implicar o sector privado nacional e internacional em evolução em Cabo Verde, na resposta ao VIH-SIDA</b></p>	<p>10.1. Mobilização e sensibilização do sector privado para a resposta ao VIH-SIDA</p>	<p>10.1.1. Fazer o Plaidoyer de modo a que cada empresa elabore e implemente um Programa de acção integrado IST/VIH/SIDA (pôr em contribuição o Conselho de Concertação Social para o argumento);</p> <p>10.1.2. Ter em conta as IST/VIH/SIDA no ambiente de trabalho na lei relativa ao VIH/SIDA (a elaborar).</p>	<p>*SE/CCS-SIDA, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho, Empresas, Sindicatos, Privados</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho, Empresas, Sindicatos, Privados</p>	<p>- Nº de empresas com um Programa de acção integrado</p> <p>- Lei elaborada</p>

**OBJECTIVO GERAL 4 : ASSEGURAR A GESTÃO E A COORDENAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL MULTI-SECTORIAL AO VIH/SIDA, NO RESPEITO PELOS “TRÊS PRINCÍPIOS”**

Objectivos específicos	Estratégias retidas para 2006-2010	Acções a serem realizadas em 2006-2010	* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Indicadores de Processo
<b>11. Coordenar a resposta nacional multi-sectorial ao VIH/SIDA</b>	<p>11.1. Criação, a nível do SE do CCS-SIDA, de um mecanismo eficaz de articulação entre os diferentes actores da luta contra o VIH-SIDA</p> <p>11.2. Criação, a nível da Plataforma das ONG, de um quadro nacional de concertação e de coordenação das acções das OSC</p> <p>11.3. Descentralização da resposta nacional ao VIH/SIDA (Municípios)</p>	<p>11.1.1. Promover, apoiar financeira e materialmente, a implementação do encontro periódico para a articulação sobre as intervenções dos diferentes actores, na luta contra o VIH-SIDA;</p> <p>11.2.1. Facilitar, apoiar financeira e materialmente a implementação do encontro periódico para a concertação e a coordenação das intervenções das OSC;</p> <p>11.3.1. Mobilizar e sensibilizar as organizações da sociedade civil comunitárias para a luta contra a SIDA.</p>	<p>*SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONG, Ministérios, Municípios, ONG, etc.</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONG, ONGs</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONG, Municípios</p>	<p>- Mecanismo de articulação criado</p> <p>- Quadro de concertação criado e operacional</p> <p>- Nº projectos aprovados a nível comunitário</p>
<b>12. Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento &amp; Avaliação)</b>	<p>12.1. Comunicação com os parceiros, os actores da luta contra o VIH/SIDA em Cabo Verde e o grande público</p>	<p>12.1.1. Re-dinamizar e alargar o Grupo Temático ONUSIDA (cf. SNU);</p> <p>12.1.2. Desenvolver e implementar uma estratégia de comunicação a nível do SE/CCS-SIDA (criar uma página Web, publicar um boletim de informação trimestral, prosseguir as emissões na rádio e na TV, publicar regularmente artigos na imprensa escrita, recrutar um perito em comunicação a nível do SE/CCS-SIDA);</p>	<p>*SNU, SE/CCS-SIDA</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, SNU, RTC, REJOP, CNDS</p>	<p>- Nº de reuniões realizadas</p> <p>- Página Web criada e operacional</p> <p>- Nº de boletins a publicar</p> <p>- Nº de programas rádio e TV emitidos</p> <p>- Nº de artigos publicados na imprensa escrita</p>

<p><b>12. Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento &amp; Avaliação)</b></p>	<p>12.2. Gestão dos dados epidemiológicos e socio-comportamentais</p>	<p>12.1.3. Realizar uma reunião anual de avaliação e de programação com todos os actores e parceiros (CCS-SIDA alargado).</p> <p>12.2.1. Organizar a vigilância dos comportamentos sexuais dos grupos de alto risco (UD, profissionais do sexo, etc.) e da população geral;</p> <p>12.2.2. Organizar a vigilância da prevalência do VIH e da SIDA nos grupos de alto risco e na população geral;</p> <p>12.2.3. Redefinir a estratégia de vigilância sentinela do VIH nas mulheres grávidas;</p> <p>12.2.4. Assegurar a vigilância da prevalência e a sensibilidade dos germes das IST aos antibióticos;</p> <p>12.2.5. Reforçar a base de dados relativa às IST/VIH/SIDA a níveis nacional e municipal;</p> <p>12.2.6. Implementar um sistema de divulgação das informações emanadas dos dados recolhidos e tratados;</p> <p>12.2.7. Reforçar as capacidades das estruturas e os pessoais implicados na recolha e no processamento dos dados.</p>	<p>*SE/CCS-SIDA,</p> <p>*Min. Saúde, CCCD, SE/CCS-SIDA</p> <p>*Min. Saúde, CCCD, INE, SE/CCS-SIDA</p> <p>*Min. Saúde, SE/CCS-SIDA</p> <p>*Min. Saúde, OMS</p> <p>*Min. Saúde, SNU</p> <p>*Min. Saúde, OMS</p> <p>*Min. Saúde, SNU</p>	<p>- Perito em comunicação recrutado</p> <p>- Reunião realizada</p> <p>- Inquérito rganizado e realizado</p> <p>- Inquérito organizado e realizado</p> <p>- Nova estratégia adoptada</p> <p>- Relatório elaborado e divulgado</p> <p>- Base de dados reforçada e operacional</p> <p>- Buletim elaborado e divulgado</p> <p>- Estrutura equipada e pessoal formado</p>
---	---	--	---	---

<p><b>12. Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento &amp; Avaliação)</b></p>	<p>12.3. Seguimento dos indicadores UNGASS e dos indicadores nacionais do Plano estratégico para avaliar os progressos realizados</p>	<p>12.3.1. Actualizar o Plano Nacional de Seguimento &amp; Avaliação (rever os indicadores, os instrumentos de recolha dos dados, os domínios prioritários de investigações e de estudos);</p> <p>12.3.2. Actualizar regularmente uma base de dados a nível do SE/CCS-SIDA.</p>	<p>*SE/CCS-SIDA, *Min. Saúde, SNU</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Ministérios, Municípios, CMLS, OSC</p>	<p>- Plano revisto</p> <p>- Base de dados criado e operacional</p>
<p><b>13. Reforçar a mobilização de recursos e melhorar a gestão financeira</b></p>	<p>13.1. Mobilização dos recursos financeiros à altura das ambições do Plano Estratégico 2006-2010</p>	<p>13.1.1. Diversificar as fontes de financiamento externo: Banco Mundial, Fundo Mundial, União Europeia, cooperação bilateral, Sistema das Nações Unidas);</p> <p>13.1.2. Mobilizar os recursos internos (orçamento do Estado: a nível global, a nível sectorial e a nível municipal);</p> <p>13.1.3. Mobilizar os recursos do sector privado nacional e internacional com base em Cabo Verde (sensibilizar as autoridades competentes: Direcção-Geral da Cooperação Internacional e Direcção-Geral do Plano);</p> <p>13.1.4. Conceber e implementar um plano coerente de mobilização dos recursos para o financiamento do Plano Estratégico 2002-2010.</p>	<p>*DGCI, DGPlano, SE/CCS-SIDA,</p> <p>*Min. Finanças, DGPlano, SE/CCS-SIDA,</p> <p>*SE/CCS-SIDA, CV Investimentos</p> <p>*DGCI, DGPlano, SE/CCS-SIDA</p>	<p>Nº de doadores que financiam a luta contra a SIDA em Cabo Verde</p> <p>- Montante global do Estado para a luta contra a SIDA</p> <p>- Nº de reuniões realizadas com a Direcção Geral da Cooperação Internacional e Direcção Geral do Plano</p> <p>- Montante global do sector privado para a luta contra a SIDA</p> <p>- Plano elaborado e implementado</p>

	<p>13.2. Descentralização da gestão financeira a nível municipal (a consolidar)</p>	<p>13.2.1. Reforçar as capacidades de gestão dos actores locais (a nível municipal) para a preparação dos relatórios financeiros;</p> <p>13.2.2. Rever o funcionamento dos Comités Municipais de Luta contra a SIDA para uma liderança mais activa e um enquadramento aproximado dos actores locais:</p>	<p>*SE/CCS-SIDA. Municípios, CMLS, Plataforma das ONGs</p> <p>*SE/CCS-SIDA, Municípios, CMLS</p>	<p>- Nº de formações realizadas</p> <p>- Papéis e responsabilidades revistos</p>
--	---	--	--	--

## **4.2. Plano operacional (2006-2007)**



## PLANO OPERACIONAL (2006-2007)

**OBJECTIVO GERAL 1:** REDUZIR A PROPAGAÇÃO DO VIH ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AOS MEIOS DE PREVENÇÃO

**Objectivo específico 1 :** Prevenir a transmissão Sexual do VIH e outras IST

**Resultados Esperados:**

- Aumentar de 12% a 80% até 2010, a percentagem da população geral incluindo os grupos de alto risco que efectuaram um teste de despistagem de VIH e que conhecem o seu estatuto serológico VIH.
- Assegurar até 2010 um diagnóstico e um atendimento correctos de pelo menos 80% dos casos IST diagnosticados na população geral e nos grupos de riscos.
- Aumento de utilização dos preservativos, para os jovens de 15-24 anos, aquando da última relação sexual com um parceiro não regular para 90 %.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento		
		2006				2007					2006	2007	
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
1.1.1. Negociar um protocolo de acordo para prosseguir e perpetuar as emissões de rádio e TV em virtude da missão de serviço público dos meios de comunicação social;	- Existência de um protocolo												
1.1.2. Elaborar e implementar numa estratégia nacional de comunicação para uma mudança de comportamento, incluindo a gestão/coordenação da implementação;	Estratégia implementada												
1.1.3. Desenvolver um material de IEC/CCC adaptado ao contexto cabo-verdiano com base nos resultados da avaliação do material existente (colocar a tónica sobre o material audiovisual sobre as IST/VIH/SIDA);	Avaliação efectuada - Material IEC elaborado												
1.1.4. Desenvolver e implementar métodos e técnicas dinâmicos de comunicação susceptíveis de gerar a competência social face ao VIH/SIDA e de conduzir a mudança de comportamento: conversações comunitárias, educação pelos pares, mediadores de saúde, etc;	- Métodos e técnicas desenvolvidos												

1.1.5. Orientar os grupos vulneráveis: identificação e formação de pares educadores, acções de sensibilização e auto - atendimento;	Nº de pares educadores identificados, formados e activos - Nº de acções de sensibilização efectuadas										* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, Min. Educ, OSC, CCCD		
1.1.6. Desenvolver uma estratégia no local de trabalho.	- Estratégia elaborada e operacional										* SE/CCS-SIDA, CCSL, UNTC-CS, CCIS e CCIB, Ministério do Trabalho		
1.2.1. Prosseguir e desenvolver as iniciativas em curso, no meio escolar (EIO, Competência social, etc.).	- Nº de centros EIO criados - Nº de visitantes nos EIOs - Nº de professores formados e funcionais										*Min. Educação, Corpo da Paz		
1.3.1. Prosseguir e desenvolver a estratégia de acesso universal ao preservativo pela diversificação dos pontos de distribuição, pela descentralização da distribuição, pelo marketing social e pela distribuição com base comunitária	- Existência de uma estratégia - Nº de pontos de distribuição - Nº de preservativos distribuídos com base comunitária - Nº de pontos de venda estabelecidos										* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, Empresa Privada e Pública, Sindicato, C.M.LS, Agência encarregue do marketing social		
1.3.2. Elaborar e implementar uma estratégia integrada direccionada aos grupos vulneráveis para a promoção e a utilização do preservativo e aos outros serviços de prevenção (ADV, atendimento das IST, etc.) apoiando-se nos pares educadores;	- Nº de preservativos vendidos - Satisfação dos clientes quanto aos pontos de venda - Nº de preservativos distribuídos pelos pares educadores										* SE/CCS-SIDA, Min.Saúde, OSC, CCCD, ICM, ICF		
1.3.3. Assegurar a disponibilidade permanente do preservativo (fontes de financiamento incluindo a cobrança dos custos a um preço módico, orçamento do Estado, SNU e outros parceiros);	- Nº de ruptura de stock detectada durante o ano										* SE/CCS-SIDA, Min.Saúde, SNU, OSC,		

1.3.4. Promover a utilização do preservativo feminino (conduzir uma investigação operacional para apreciar a aceitabilidade do produto).	- <b>Investigação operacional efectuada</b> -Nº de preservativos distribuídos										*Min.Saude, SNU, OSC,		
1.4.1. Desenvolver uma estratégia de prevenção baseada na comunicação interpessoal nas estruturas sanitárias e mais particularmente nos Centros de Saúde reprodutiva, nos Centros de cuidados de saúde para consultas IST, nas estruturas sanitárias das OSC e noutros sectores públicos (forças armadas, etc.);	- Estratégia desenvolvida										*Min.Saude		
1.4.2. Desenvolver a prevenção e a PEC das IST nos Centros de Juventude, em parceria com o Ministério da Saúde	- Nº de Centros de Juventude desenvolvem a prevenção e a PEC das IST										*Min.Saude, SEJ, SNU		
1.4.3. Implementar uma estratégia móvel para a prevenção e o atendimento das IST pelas OSC (Equipas móveis: definir a missão, papéis e responsabilidades, composição e meios de intervenção;	- Estratégia elaborada - Nº de OSC desenvolvem a estratégia móvel para a prevenção e o atendimento das IST pelas OSC										*Min.Saude, OSC		
1.4.4. Prosseguir e desenvolver a abordagem sindrómica para a PEC das IST em todas as estruturas de cuidados de saúde (formação dos prestadores, algoritmo, medicamentos disponíveis e acessíveis	- % de estruturas de cuidados de saúde desenvolvem a abordagem sindrómica para a PEC das IST										*Min.Saude		
1.4.5. Melhorar o material de IEC: álbum seriado (completar as IST), desdobráveis (acrescentar outros materiais sobretudo audiovisual) (ver ponto 1.1.3.);	Disponibilidade de novo material IEC										*Min.Saude, SE/CCS-SIDA		

1.5.1. Desenvolver a comunicação interpessoal nas estruturas sanitárias públicas, privadas e das OSC com vista a promover o ADV;	- Nº de testes efectuados nas estruturas sanitárias públicas - Nº de testes efectuados nas estruturas sanitárias privadas - Nº de testes efectuados nas estruturas sanitárias das OSC								*Min. Saude, Clinicas Privadas., OSC		
1.5.2. Reforçar a informação da população geral sobre o VIH/SIDA e a resposta nacional em Cabo Verde para gerar a confiança, reduzir os medos face ao VIH e aumentar o pedido em ADV;	- Nº de campanhas realizadas - Nº de testes realizados								* SE/CCS-SIDA, CNDS, MINISTÉRIOS, CAMARAS MUNICIPAIS, OSC		
1.5.3. Implementar uma estratégia móvel para oferecer um pacote mínimo de serviços, dos quais ADV (Equipas móveis: missão, papel e responsabilidades, composição, meios de intervenção) em parceria com as OSC e o Ministério da Saúde;	- Nº de equipas móveis criadas								*Min. Saude, OSC, SNU, Coop.Luxemburguesa		
1.5.4. Desenvolver a oferta de serviços de ADV em todos os Centros de Juventude, em parceria com o Ministério da Saúde (oferecer um pacote mínimo a definir);	- Nº de Centros de Juventude que oferecem serviços de ADV								*Min. Saude, SEJ, SNU, Coop.Lux		
1.6.1. Consolidar e estender as iniciativas actuais em prol dos UDI (São Vicente, Santa Cruz e São Filipe - Praia);	Nº de iniciativas criadas								*CCCD, Coop. Lux, Min. Saude, Cruz Vermelha, Tenda El shadai		
1.6.2. Reduzir a precariedade nos grupos considerados vulneráveis graças à Parceria com o Programa de Luta contra a Pobreza, o financiamento de AGR, o Recrutamento de pares educadores e mediadores de saúde);	- Nº de projectos AGR financiados - Nº de pares educadores e de mediadores de saúde recrutados								*SE/CCS-SIDA, CCCD, OSC, ICF, PNL, MTF, ICS		

1.6.3. Elaborar, implementar e coordenar um programa de acção integrado em prol das crianças da rua;	- Existência de um programa de acção implementado									*ICM, Ministério Solidariedade PNLP, OSC, SNU, ICS		
1.6.4. Facilitar a elaboração e a implementação de um Programa de Acção Sectorial Turismo a fim de intensificar a resposta nos meios turísticos	- Existência de um programa de acção implementado									*SE/CCS-SIDA, DGT, Operadores Turísticos, Privados, Sindicatos		

**OBJECTIVO GERAL 1: REDUZIR A PROPAGAÇÃO DO VIH ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AOS MEIOS DE PREVENÇÃO**

**Objectivo Específico 2 : Prevenir a transmissão vertical do VIH**

**Resultados Esperados:**

- Aumentar de 13% para 80% até 2010, a percentagem das mulheres grávidas no meio urbano e rural que beneficiaram de um aconselhamento e despistagem do VIH.
- Aumentar de 80% para 100%, a proporção de mulheres grávidas detectadas seropositivas que completaram o protocolo ARV com vista à prevenção da transmissão vertical.
- Assegurar o acesso aos substitutos do leite materno a pelo menos 40% das crianças nascidas de mães seropositivas elegíveis e que tenham escolhido um outro modo de aleitamento que não o leite materno.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								Intervenientes	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
2.1.1. Desenvolver a oferta sistemática de serviços de ADV nos Centros de Saúde Reprodutiva para as mulheres em CPN (reforçar as capacidades em ADV em cada centro de SR, Sensibilização do pessoal, ter em conta as necessidades dos jovens);	Percentagem das mulheres grávidas que beneficiaram de ADV									Min.Saúde, OSC, Coop. Lux, SNU, OMS		
2.1.2. Garantir a disponibilidade e a acessibilidade dos testes de despistagem nos 2 hospitais, 20 Centros de Saúde e 5 Centros de SR do país (melhorar o sistema de abastecimento e de gestão dos factores de produção da PTMF);	- % de estrutura com ruptura de stock, durante o último ano									*Min.Saúde, Coop. Lux, SNU, OMS		
2.1.3. Desenvolver, sob a liderança do Ministério da Saúde, um programa de sensibilização das mulheres grávidas para o ADV, consultas pré-natais e parto em ambiente de cuidados de saúde (criar o pedido de ADV);	- Existência de um programa									Min.Saúde, OSC, Coop. Lux, SNU, OMS		
2.1.4. Implicar as PVVIH na implementação do Aconselhamento com o propósito da despistagem voluntária.	- Nº de PVVIH implicados									*SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, Associação das PVVIH, OSC		

2.2.1. Estender os serviços de PTMF a 100% das estruturas sanitárias do país para assegurar o acesso universal;	- Percentagem de mães seropositivas sob ARV									Min. Saúde, SNU, OMS, Brasil		
2.2.2. Reforçar o sistema de abastecimento e gestão dos factores de produção da PTMF (reagentes de despistagem, consumíveis, substitutos do leite materno, ARV, etc.).	- % de estrutura com ruptura de stock, durante o último ano									Min. Saúde, SNU, OMS, Brasil		
2.3.1 Reforçar as capacidades dos 2 hospitais para o diagnóstico precoce do VIH em recém nascidos de mães seropositivas	- % de mães seropositivas, cujo filho foi submetido a diagnóstico do VIH									Min. Saúde, SNU, OMS,		
2.3.2. Assegurar o Atendimento global (médico, psicossocial e nutricional) das mulheres seropositivas, das mães seropositivas e das suas crianças (substituto do leite materno, formas pediátricas de ARV);	Percentagem de crianças nascidas de mães seropositivas com acesso aos substitutos do leite materno  - Percentagem de crianças nascidas de mães seropositivas com acesso às formas pediátricas de ARV									Min. Saúde, SNU, OMS, OSC		
2.3.3. Implementar uma estratégia para cobrir as diversas despesas suportadas pelas mulheres seropositivas em situação de precariedade (transporte, merenda, medicamentos que não o ARV)	- Nº de mulheres seropositivas em situação de precariedade, com uma cobertura de despesas diversas									* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, Associação das PVVIH		

2.3.4. Facilitar e apoiar o desenvolvimento dos grupos de entreatajuda para o apoio psicológico, jurídico e nutricional para as mulheres seropositivas e as suas famílias	- Nº de grupos de apoio mútuo criados									* SE/CCS-SIDA, ICF, Min. Saúde, RM Parlamentares., AMJuristas		
---	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--

**OBJECTIVO GERAL 1: REDUZIR A PROPAGAÇÃO DO VIH ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AOS MEIOS DE PREVENÇÃO**

**Objectivo Específico 3 : Prevenir a transmissão pela via sanguínea do VIH e de outras infecções transmitidas por esta via**

**Resultados Esperados:**

- Aumentar de 35% para 70% até 2010, a percentagem de doadores de sangue benévolos fidelizados.
- Manter em 100% até 2010, a percentagem de unidades de sangue de transfusão que tenham sido objecto de despistagem das infecções transmitidas pelo sangue (VIH, Hepatites B e C, Sífilis).
- Pelo menos 80% dos UDI, dos PS e de outras populações de risco conhecem o seu estatuto serológico.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
3.1.1. Promover a doação voluntária de sangue e fidelizar os doadores;	- Nº de campanhas realizadas por ano									*Min. Saúde, OSC, CNDS		
3.1.2. Manter a segurança de transfusão sanguínea (assegurar a disponibilidade dos factores de produção necessários à segurança de transfusão sanguínea: reagentes e outros consumíveis de laboratório);	- Nº de ruptura de stock detectado durante o ano									Min. Saúde, SNU, OMS, SE/CCS-SIDA		
3.1.3. Reduzir as indicações de transfusão sanguínea em proveito dos substitutos do sangue	- % de recolha de sangue correcta77mente indicado									Min. Saúde,		
3.2.1. Reforçar a bio segurança e a higiene hospitalar nas estruturas de saúde;	- % de estruturas de saúde com um problema de bio segurança e de higiene hospitalar, durante o ano									Min. Saúde,		
3.2.2. Assegurar o atendimento sistemático de todos os casos de acidentes de exposição ao sangue (AES) e produtos sanguíneos;	- % de casos de acidentes de exposição ao sangue (AES) e produtos sanguíneos atendidos									Min. Saúde,		
3.3.1. Reforçar o programa de sensibilização em IST/VIH/SIDA nos salões de beleza, nos salões de cabeleireiros e nas barbearias	- Nº de campanhas de sensibilização realizadas									Min. Saúde, OSB, Privados, Sindicato		
3.3.2. Focalizar e Centrar os UDI e UD: identificação e formação de pares educadores, acções de sensibilização e auto-atendimento	- Nº de pares educadores implicados nas acções de sensibilização									CCCD, Min. Saúde, OSC, SE/CCS-SIDA		

**OBJECTIVO GERAL 2 : MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS INFECTADAS E AFECTADAS PELO VIH/SIDA, ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AO TRATAMENTO E AOS CUIDADOS**

**Objectivo Específico 4: Assegurar o atendimento médico e psicossocial das PVVIH, assegurando o Acesso Universal ao Tratamento e aos Cuidados**

**Resultados Esperados:**

- Aumentar de 30% para 70%, a proporção de pessoas (adultos e crianças) infectadas pelo VIH que beneficiam de um acompanhamento médico e psicossocial regular.
- Aumentar de 88% para 95%, a taxa de aderência das pessoas que vivem com o VIH/SIDA aos tratamentos por ARV.
- Implementar um sistema de acompanhamento a domicílio e o atendimento comunitário das PVVIH-SIDA elegíveis.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
4.1.1 Estender o atendimento global (aconselhamento pré e post teste, apoio psicológico, tratamento das infecções oportunistas e seguimento das PVVIH sob ARV) em 100% das estruturas sanitárias do país;	- % de estruturas sanitárias que fazem o atendimento global das IO e seguimento dos doentes sob ARV									* Min.Saúde, SNU, OMS, Brasil, Coop. Lux.		
4.1.2. Reduzir os custos da PEC das PVVIH (Redução das despesas de transporte e de Supressão taxas sobre os ARV, medicamentos IO e reagentes, Parcerias, etc.)	- Protocolo com os parceiros									SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, Min. Finanças		
4.1.3. Melhorar a gestão dos factores de produção para o atendimento global (abastecimento, controlo de qualidade, armazenamento e distribuição dos ARV, medicamentos IO, reagentes, etc..);	Nº de formações realizadas no domínio de planificação e gestão das...									*Min. Saúde, SNU, OMS		
4.1.4. Reforçar as capacidades dos actores (médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos de laboratórios, Psicólogos, membros das associações, privados) no atendimento global das PVVIH;	Nº de formações realizadas									Min.Saúde, SE/CCS-SIDA, SNU, OMS		
4.1.5. . Elaborar e implementar um programa de apoio nutricional às PVVIH sob ARV.	- Nº de PVVIH sob ARV que recebem um apoio nutricional									Min.Saúde, SE/CCS-SIDA, SNU, OMS ,OSC		
4.2.1 Implementar um Quadro de intervenção concertado sobre o atendimento a domicílio e comunitário das PVVIH numa parceria OSC- Sector público (incluindo o cumprimento dos tratamentos ARV e o apoio nutricional);	Quadro de intervenção elaborado - Protocolo com os parceiros assinado									*Min.Saúde, OSC, SNU, OMS, SE/CCS-SIDA		

4.2.2. Facilitar e apoiar o desenvolvimento de associações e grupos de apoio às PVVIH	- Nº de grupos de apoio criados									* Min. Saúde, OSC, SNU SE/CCS-SIDA		
4.2.3. Implementar um sistema de seguimento a domicílio (Mediadores de saúde: identificação, formação, enquadramento, supervisão);	- Nº de Municípios que fazem o seguimento a domicílio									* Min. Saúde, OSC, SE/CCS-SIDA		
4.2.4. Implementar um programa de apoio nutricional no âmbito do atendimento global (formação, material pedagógico, produção dos géneros alimentícios com vista a uma autonomia, etc.).	- Programa de apoio nutricional elaborado e implementado									* SE/CCS-SIDA, Min. Saúde, OSC, SNU, OMS		

**OBJECTIVO GERAL 2 : MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS INFECTADAS E AFECTADAS PELO VIH/SIDA, ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AO TRATAMENTO E AOS CUIDADOS**

**Objectivo Específico 5: Reduzir o impacto socio-económico do VIH/SIDA nas pessoas infectadas ou afectadas**

**Resultados Esperados:**

- De 2006 a 2010 aumentar para 90% o número de PVVIH-SIDA elegíveis, que beneficiam de um apoio nutricional.
- De 2006 a 2010 aumentar para 80% o número de PVVIH-SIDA elegíveis, que beneficiam de um apoio AGR.
- De 2006 a 2010 aumentar para 90% o número de órfãos e de outras crianças vulneráveis elegíveis, que beneficiam de um apoio escolar.
- De 2006 a 2010 aumentar para 90% o número de órfãos e de outras crianças vulneráveis elegíveis, que beneficiam de um apoio para a formação profissional.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								Intervenientes	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
5.1.1. Financiar e enquadrar actividades geradoras de rendimentos em prol das PVVIH e suas famílias (programa de luta contra a pobreza);	- Nº de projectos de AGR financiados									*OSB, PNLP, SE/CCS-SIDA		
5.1.2. Implementar o conceito de GIPA (Greater Involvement of People living with AIDS) em Cabo Verde (Criação de empregos em proveito das PVVIH nos sectores público e privado bem como a nível do SNU e da cooperação bilateral);	- O conceito divulgado - Protocolos assinados com os parceiros									SE/CCS-SIDA, SNU, Privados, Sector Público		
5.1.3. Elaborar e adoptar uma lei para a protecção dos direitos das PVVIH no ambiente de trabalho. (cf. 6.1.4.).	- Lei no ambiente de trabalho elaborado e adaptado									SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Min. Trabalho, Privados, Empresas Públicas, Sindicatos, Deputados		
5.2.1. Colocar/integrar os OCV em famílias de acolhimento e na escola a fim de evitar a discriminação;	- Nº de OCV colocado/integrado em famílias de acolhimento e na escola									ICM, ICS, SE/CCS-SIDA, Min. Solidariedade., Min. Educação, Min. Justiça, Municípios		
5.2.2. Assegurar um apoio social aos OCV: alimentação, vestuário, despesas escolares, transporte, formação profissional, etc.	- Nº de OCV que recebem um apoio social									*OSC, Municípios		

**OBJECTIVO GERAL 2 : MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DAS PERSOAS INFECTADAS E AFECTADAS PELO VIH/SIDA, ASSEGURANDO O ACESSO UNIVERSAL AO TRATAMENTO E AOS CUIDADOS**

**Objectivo Específico 6: Promover a instauração de um ambiente ético e jurídico favorável**

**Resultados Esperados :**

- De 2006 a 2010 o quadro jurídico para a prevenção da discriminação, para os direitos e deveres das PVVIH-SIDA deve ser elaborado, aprovado e implementado.
- De 2006 a 2010, aprovar e implementar uma lei de mecenato para as entidades que apoiam os projectos de luta contra a SIDA.
- De 2006 a 2010, aprovar e implementar uma lei de incentivo ao sector privado que emprega PVVIH-SIDA.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								Intervenientes	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
6.1.1. Prosseguir e reforçar a implementação dos métodos activos de IEC/CCC para gerar/desenvolver a competência social face ao VIH/SIDA;	Nº de campanhas IEC/CCC realizadas									**CNDS, Ministério Educação, SE/CCS-SIDA		
6.1.2. Garantir uma maior implicação das PVVIH na resposta ao SIDA facilitando a implementação e o enquadramento de associações de PVVIH dinâmicas e operacionais;	- Nº de PVVIH e de associação de PVVIH implicadas na resposta à SIDA									*SE/CCS-SIDA, Associações de PVVIH-SIDA, SNU		
6.1.3. Prosseguir as acções de sensibilização popular: sketches, discussões, filmes na TV, pequenas campanhas pelas OSC, etc;	- Nº de sketches, discussões, filmes na TV, pequenas campanhas pelas OSC, realizados									*SE/CCS-SIDA, CNDS, OSC, Municípios, RTC		
6.1.4. Elaborar, adoptar e aplicar uma lei contra a discriminação e a estigmatização das PVVIH (incluindo nos locais de trabalho).	- Lei elaborada, adoptada e aplicada - Nº dos casos onde a nova lei foi aplicada									*SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Deputados, Associações de PVVIH-SIDA		
6.2.1. Prosseguir e intensificar o argumento para a elaboração e a adopção rápidas de uma lei para a protecção dos direitos das PVVIH SIDA e a observação dos deveres (direitos da população geral);	- Lei elaborada e adoptada									*SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Deputados, Associações de PVVIH-SIDA		

6.2.2. Adaptar a lei-tipo proposta no atelier de Ndjaména (Chade) sobre "a melhoria do ambiente jurídico em relação com o VIH/SIDA na África do Oeste e do Centro" organizado pela Rede dos Parlamentares Africanos e Árabes em População e Desenvolvimento com o apoio técnico e financeiro do Projecto AWARE;	- Lei adaptada e adoptada									*SE/CCS-SIDA, Min. Justiça, Deputados, Associações de PVVIH-SIDA		
6.3.1. Estabelecer uma forte parceria entre o SE/CCS-SIDA e a Célula Nacional de Luta contra a Pobreza para financiar projectos de mulheres em situação de vulnerabilidade;	- Protocolo elaborado, assinado e implementado com o PNL									*SE/CCS-SIDA, OMCV, MORABI, VERDEFAM, PNL		
6.3.2. Promover o auto-atendimento nas trabalhadoras do sexo e mulheres UD com vista a reduzir a vulnerabilidade;	- N° de formações realizadas									*CCCD, Min. Saúde, ICF, SE/CCS-SIDA		
6.3.3. Estabelecer uma parceria SE/CCS-SIDA com a Associação das Mulheres Juristas, para a defesa dos direitos das mulheres consideradas vulneráveis ao VIH/SIDA.	- Protocolo elaborado e assinado									*SE/CCS-SIDA, Associação das Mulheres Juristas, ICF, OMCV, MORABI e VERDEFAM		

**OBJECTIVO GERAL 3 : REFORÇAR A PARTICIPAÇÃO DOS MINISTÉRIOS, QUE NÃO O DA SAÚDE, DOS MUNICÍPIOS, DAS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS, DAS ONG'S E DOS PRIVADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMLS.**

**Objectivo Específico 7: Implicar os Ministérios, que não o da Saúde, na resposta nacional ao VIH/SIDA**

**Resultados Esperados:**

- De 2006 a 2008, aumentar para 100% os Ministérios e os Municípios que terão um programa de luta contra a SIDA funcional.
- De 2006 a 2008, aumentar para 90% as empresas públicas elegíveis que terão um programa de luta contra a SIDA funcional.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								Intervenientes	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
7.1.1. Facilitar e coordenar a elaboração dos Planos de Acção Sectoriais	- Nº de sectores com um plano de acção									*SE/CCS-SIDA, Ministérios,		
7.1.2. Implementar um mecanismo para o financiamento, a implementação e a coordenação dos Planos de Acção Sectoriais (incluindo o reforço das capacidades);	- Mecanismo adoptado e implementado									SE/CCS-SIDA, SNU, os Sectores		
7.1.3 Elaborar e implementar um protocolo com RTC a fim de difundir Spots para o desenvolvimento de um comportamento sexual sem risco e responsável	- Nº de Spots difundidos									*SE/CCS-SIDA, Agência encarregue da implementação da estratégia nacional de Marketing Social de preservativos		

**OBJECTIVO GERAL 3 : REFORÇAR A PARTICIPAÇÃO DOS MINISTÉRIOS, QUE NÃO O DA SAÚDE, DOS MUNICÍPIOS, DAS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS, DAS ONG'S E DOS PRIVADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMLS.**

**Objectivo Específico 8: Reforçar a participação das associações e das ONG a nível comunitário**

**Resultados Esperados:**

- De 2006 a 2007, ter pronto um levantamento de associações e ONG a nível nacional com vocação para intervir no processo de luta contra o VIH-SIDA, nas suas diferentes vertentes.
- De 2006 a 2007, discutir e elaborar protocolos diferenciados de acordo com a tipologia de intervenção de cada ONG.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								Intervenientes	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
8.1.1. Facilitar a elaboração dos Planos de Acção Municipais;	- Nº de Municípios com um plano de acção									*SE/CCS-SIDA, os Municípios		
8.1.2. Instaurar um mecanismo para o financiamento, a implementação e a coordenação da implementação dos Planos de Acção Municipais a nível nacional e a nível de cada Município (incluindo o reforço das capacidades);	- Mecanismo para o financiamento, a implementação e a coordenação da implementação adoptado									*SE/CCS-SIDA, os Municípios, SNU		
8.1.3. Facilitar a elaboração, o financiamento e a implementação dos Projectos das OSC (incluir as organizações religiosas);	- Nº de projectos das OSC aprovados - Nº de projectos das OSC financiados									*SE/CCS-SIDA		
8.1.4. Reforçar as capacidades das OSC em matéria de gestão dos projectos (concepção, elaboração, implementação, seguimento & avaliação, gestão financeira, confecção de relatórios de actividades e financeiros);	- Nº de acções de capacitação realizadas									*SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONGs		

**OBJECTIVO GERAL 3 : REFORÇAR A PARTICIPAÇÃO DOS MINISTÉRIOS, QUE NÃO O DA SAÚDE, DOS MUNICÍPIOS, DAS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS, DAS ONG'S E DOS PRIVADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMLS.**

**Objectivo Específico 9: Promover a criação de associações das PVVIH-SIDA**

**Resultados Esperados :**

- De 2006 a 2008, deve ser criada nos Municípios da Praia, Sta. Catarina, S. Vicente e Fogo pelo menos uma associação de apoio às PVVIH-SIDA.
- Até 2010 as associações de apoio às PVVIH-SIDA estarão implicadas e operacionais na implementação do PMLS.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
9.1.1. Sensibilizar e mobilizar as PVVIH-SIDA;	- Nº de Municípios com pelo menos uma associação de PVVIH-SIDA									*SE CCS-SIDA, Delegacia de Saúde, Cruz Vermelha, PVVIH-SIDA, OSC, Camaras,ICS,DGgeral de Solidariedade Social,		
9.1.2. Apoiar logística e financeiramente a formação das associações de PVVIH-SIDA;	- Nº de Municípios com pelo menos uma associação de PVVIH-SIDA									*SE CCS-SIDA, Delegacia de Saúde, Cruz Vermelha, PVVIH-SIDA, OSC, Camaras,ICS,DGgeral de Solidariedade Social		
9.1.3. Envolver as associações das PVVIH-SIDA na implementação das actividades;	n de Associações de PVVIH implicadas									*SE CCS-SIDA, Delegacia de Saúde, Cruz Vermelha, PVVIH-SIDA, OSC, Camaras,ICS,DGgeral de Solidariedade Social		

**OBJECTIVO GERAL 3 : REFORÇAR A PARTICIPAÇÃO DOS MINISTÉRIOS, QUE NÃO O DA SAÚDE, DOS MUNICÍPIOS, DAS ASSOCIAÇÕES COMUNITÁRIAS, DAS ONG'S E DOS PRIVADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PMLS.**

**Objectivo Específico 10: Implicar o sector privado nacional e internacional em evolução em Cabo Verde, na resposta ao VIH-SIDA**

**Resultados Esperados:**

- Até 2010, 80% das empresas privadas elegíveis terão um programa operacional de luta contra a SIDA e participarão no seu respectivo co-financiamento

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
10.1.1. Fazer o Plaidoyer de modo a que cada empresa elabore e implemente um Programa de acção integrado IST/VIH/SIDA (pôr em contribuição o Conselho de Concertação Social para o Plaidoyer);	Nº de empresas com um Programa de acção integrado									*SE/CCS-SIDA, Empresas, Sindicatos		
10.1.2. Ter em conta as IST/VIH/SIDA no ambiente de trabalho na lei relativa ao VIH/SIDA (a elaborar).	- Lei elaborada									SE/CCS-SIDA, Ministério da Justiça, Ministério do Trabalho, Empresas, Sindicatos		

**OBJECTIVO GERAL 4: ASSEGURAR A GESTÃO E A COORDENAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL MULTI-SECTORIAL AO VIH/SIDA, NO RESPEITO PELOS “TRÊS PRINCÍPIOS”**

**Objectivo Específico 11: Coordenar a resposta nacional multi-sectorial ao VIH/SIDA**

**Resultados Esperados:**

- Melhoria, a nível do SE do CCS-SIDA, dos mecanismos de articulação entre os diferentes actores da luta contra o VIH-SIDA.
- Instaurar, a nível da Plataforma das ONG's, uma rede de organizações que trabalham no domínio do VIH-SIDA.
- Consolidação da descentralização multi-sectorial da resposta nacional ao VIH/SIDA em Cabo Verde (Municípios).

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
11.1.1 Promover, apoiar financeira e materialmente, a implementação do encontro periódico para a articulação sobre as intervenções dos diferentes actores, na luta contra o VIH-SIDA;	- Mecanismo regular de articulação criado									*SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONG, Ministérios, Municípios, ONG, etc.		
11.2.1. Facilitar, apoiar financeira e materialmente a implementação do encontro periódico para a concertação e a coordenação das intervenções das OSC;	Quadro de concertação criado e operacional									*SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONG, ONGs		
11.3.1. Mobilizar e sensibilizar as organizações da sociedade civil comunitárias para a luta contra a SIDA.	- Nº projectos aprovados a nível comunitário									SE/CCS-SIDA, Plataforma das ONG, Municípios		

**OBJECTIVO GERAL 4: ASSEGURAR A GESTÃO E A COORDENAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL MULTI-SECTORIAL AO VIH/SIDA, NO RESPEITO PELOS “TRÊS PRINCÍPIOS”**

**Objectivo Específico 12: Assegurar a Gestão da informação estratégica (Seguimento & Avaliação)**

**Resultados Esperados:**

- Implementação de uma base de dados para a produção de informações epidemiológicas fiáveis sobre o VIH/SIDA, as IST assim como as infecções oportunistas, a fim de assegurar o seguimento da implementação eficiente do Plano Estratégico 2006-2010.
- Reforço da vigilância epidemiológica de 2ª geração (seroprevalência e comportamentos sexuais) junto dos grupos de alto risco e da população geral.
- Operacionalização ou reforço das actividades de investigação operacional sobre o VIH/SIDA.
- Operacionalização de um sistema de disponibilização dos dados epidemiológicos junto dos parceiros.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento		
		2006				2007					2006	2007	
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
12.1.1. Re-dinamizar e alargar o Grupo Temático ONUSIDA (cf. SNU);	- Nº de reuniões realizadas												
12.1.2. Desenvolver e implementar uma estratégia de comunicação a nível do SE/CCS-SIDA (criar uma página Web, publicar um boletim de informação trimestral, prosseguir as emissões na rádio e na TV, publicar regularmente artigos na imprensa escrita, recrutar um perito em comunicação a nível do SE/CCS-SIDA);	- Página Web criada e operacional - Nº de boletins a publicar - Nº de programas rádio e TV emitidos - Nº de artigos publicados na imprensa escrita - Perito em comunicação recrutado												
12.1.3. Realizar uma reunião anual de avaliação e de programação com todos os actores e parceiros (CCS-SIDA alargado).	- Reunião realizada												
12.2.1. Organizar a vigilância dos comportamentos sexuais dos grupos de alto risco (UD, profissionais do sexo, etc.) e da população geral;	- Inquérito organizado e realizado												

12.2.2. Organizar a vigilância da prevalência do VIH e da SIDA nos grupos de alto risco e na população geral;	- Inquérito organizado e realizado								*Min. Saude, CCCD, INE, SE/CCS-SIDA		
1.2.2.3 Redefinir a estratégia de vigilância sentinela do VIH nas mulheres grávidas	- Nova estratégia adoptada								*Min. Saúde, SE/CCS-SIDA		
12.2.4. Implementar um sistema de divulgação das informações emanadas dos dados recolhidos e tratados;	- Relatório elaborado e divulgado								*Min. Saúde, OMS		
12.2.5. Reforçar a base de dados relativa às IST/VIH/SIDA a níveis nacional e municipal;	- Base de dados reforçada e operacional								*Min. Saúde, SNU		
12.2.6. Implementar um sistema de divulgação das informações emanadas dos dados recolhidos e tratados;	- Buletim elaborado e divulgado								*Min. Saúde, OMS		
12.2.7. Reforçar as capacidades das estruturas e os pessoais implicadas na recolha e no processamento dos dados.	- Estrutura equipada e pessoal formado								*Min. Santé, SNU		
12.3.1. Actualizar o Plano Nacional de Seguimento & Avaliação (rever os indicadores, os instrumentos de recolha dos dados, os domínios prioritários de investigações e de estudos);	- Plano revisto								*SE/CCS-SIDA, *Min. Saude, SNU		
12.3.2. Actualizar regularmente uma base de dados a nível do SE/CCS-SIDA..	- Base de dados criado e operacional								SE/CCS-SIDA, Ministérios, Municípios, CMLS, OSC		

**OBJECTIVO GERAL 4:** ASSEGURAR A GESTÃO E A COORDENAÇÃO DA RESPOSTA NACIONAL MULTI-SECTORIAL AO VIH/SIDA, NO RESPEITO PELOS “TRÊS PRINCÍPIOS”

**Objectivo Específico 13: Reforçar a mobilização de recursos e melhorar a Gestão financeira**

**Resultados Esperados:**

- Mobilização dos recursos financeiros à altura dos objectivos do Plano Estratégico 2006-2010.
- Consolidação da descentralização da gestão financeira em geral e em especial a nível municipal.

Acções a desenvolver	Indicadores de processo	Calendário de execução								* Responsável Parceiros encarregues da implementação	Orçamento	
		2006				2007					2006	2007
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4			
13.1.1. Diversificar as fontes de financiamento externo: Banco Mundial, Fundo Mundial, União Europeia, cooperação bilateral, Sistema das Nações Unidas);	Nº de doadores que financiam a luta contra a SIDA em Cabo Verde									*DGCI, DGPlano, SE/CCS-SIDA,		
13.1.2. Mobilizar os recursos internos (orçamento do Estado: a nível global, a nível sectorial e a nível municipal);	- Montante global do Estado para a luta contra a SIDA									*Min. Finanças, DGPlano, SE/CCS-SIDA,		
13.1.3. Mobilizar os recursos do sector privado nacional e internacional com base em Cabo Verde (sensibilizar as autoridades competentes: Direcção-Geral da Cooperação Internacional e Direcção-Geral do Plano);	- Nº de reuniões realizadas com a Direcção Geral da Cooperação Internacional e Direcção Geral do Plano									*SE/CCS-SIDA, CV Investimentos		
13.1.4. Conceber e implementar um plano coerente de mobilização dos recursos para o financiamento do Plano Estratégico 2002-2010.	- Montante global do sector privado para a luta contra a SIDA - Plano elaborado e implementado									*DGCI, DGPlano, SE/CCS-SIDA		
13.2.1. Reforçar as capacidades de gestão dos actores locais (a nível municipal) para a preparação dos relatórios financeiros;	- Nº de formações realizadas									*SE/CCS-SIDA, Municípios, CMLS, Plataforma das ONGs		
13.2.2. Rever o funcionamento dos Comitês Municipais de Luta contra a SIDA e dos actores locais	- Papéis e responsabilidades revistos									*SE/CCS-SIDA, Municípios, CMLS		

### **4.3. Plano de Seguimento e Avaliação (M&A)**

O sistema de monitorização e avaliação (M&A) visa facultar dados que permitam apreciar, ao longo do tempo (meses, trimestres, anos, etc.), as realizações e desempenho do PENLS 2006-2010. Visa ainda facultar, em tempo útil, dados para a tomada de decisão e introdução dos ajustes necessários para uma resposta nacional eficaz e eficiente, tendo em conta as prioridades.

#### **4.3.1. Plano de recolha de dados**

##### **➤ *Actividades de seguimento***

Vários indicadores de seguimento da implementação da resposta nacional foram retidos a nível nacional, de acordo com os domínios programáticos previstos. Especificamente, temos: i) os indicadores de impacto; ii) os indicadores de resultado e iii) os indicadores de processo. Este conjunto de indicadores nacionais tem em consideração os indicadores que regularmente são enviados ao nível internacional, no contexto dos engagements do estado cabo-verdiano (UNGASS e OMD). Os indicadores de processo constam do plano operacional.

##### **➤ *Dados do programa nacional.***

A recolha de dados primários é o núcleo do sistema de monitorização das actividades do programa nacional. A avaliação do anterior plano estratégico 2002-2006 apontou algumas fraquezas no sistema de informação de rotina e de vigilância (sentinela e comportamental) e, no sentido de as ultrapassar será necessário:

- Estandardizar os dados a nível local para permitir a agregação dos dados a nível nacional e,
- Realizar regularmente missões de supervisão para garantir a obtenção de dados fiáveis para a tomada de decisões.

Ainda, o sistema geral devera incluir três elementos fundamentais a nível das estruturas de execução (nível operacional), a saber:

- A recolha de dados primários no terreno pelos actores de terreno de cada estrutura de execução;
- A síntese primária, a realizar a nível da estrutura de execução de forma regular;
- A síntese secundária a nível das estruturas regionais ou centrais para cada sector.

Os dados deverão ser recolhidos quotidianamente nas estruturas de execução de primeiro nível com base em suportes que são, para as formações sanitárias, os registos de consulta, para os outros sectores (estruturas públicas, estruturas privadas, OCS, etc.), as fichas de relatório de actividades e, para os actores individuais (tais como formadores, educadores de pares, etc.), os formulários/cadernos de registo de actividade.

O guia sobre a recolha de dados para o pessoal de primeiro nível será actualizado, tendo em conta as novas prioridades traçados no plano, e será enviado a todas as estruturas de execução (incluindo os modelos das fichas de recolha). Contudo a recolha de dados primários não se deve limitar aos dados relativos a indicadores especificados no guia e, cada estrutura de execução deve seleccionar os indicadores adicionais necessários para o seguimento da implementação do seu projecto. O Guia de recolha para o pessoal de primeiro nível indica os indicadores nacionais revistos que obrigatoriamente devem ser seguidos e relatados por todos os intervenientes.

### ➤ *Dados de impacto.*

Durante o plano anterior a capacidade dos laboratórios dos hospitais nacionais e regionais foi substancialmente reforçada para o despiste das IST e do VIH/SIDA, a realização dos exames de seguimento dos pacientes sob tratamento ARV e, o pessoal das estruturas foi formado para o desempenho desses serviços e da vigilância epidemiológica do VIH/SIDA.

A vigilância epidemiológica e comportamental do VIH/SIDA e IST será o meio principal de obter dados de impacto: (i) notificação de casos de SIDA e IST de forma regular; (ii) sero-vigilância do VIH nos sítios sentinela de forma regular nos grupos com elevado grau de comportamento de risco, nas grávidas e na população em geral; e (iii) o APIS/BSS e IDSR+ de 5 em 5 anos. A vigilância dos comportamentos deverá ser realizada de 2 em 2 anos para permitir apreciar a evolução dos comportamentos nos grupos vulneráveis ou com elevado grau de comportamento de risco.

As tabelas Nº **XX.1 e XX.2**, inseridas no final da secção de M&A, apresentam os indicadores previstos para o seguimento do impacto e resultados, de acordo com os domínios de intervenção definidos para o presente plano estratégico.

#### **4.3.2. Actividades de avaliação.**

A vertente de avaliação e de investigação operacional não foi suficientemente desenvolvida no último plano e será necessário:

- Estabelecer um Grupo de trabalho sobre monitorização & avaliação no seio do CCS-SIDA e,
- Elaborar em concertação com este Grupo de Trabalho sobre M&A um plano de avaliação da implementação das diferentes componentes ou domínios prioritários do presente Plano Estratégico. Esta avaliação permitirá ao CCS-SIDA decidir sobre os ajustes necessários às estratégias desenvolvidas para os domínios prioritários, com vista à obtenção de resultados efectivos.

#### **4.3.3. Tratamento, informatização e análise dos dados**

**Tratamento.** A nível da Unidade de Monitorização e Avaliação do CCS-SIDA deverá ser instalada uma base de dados que permita tratar e compilar o conjunto das informações, com vista a destilar dados estratégicos consolidados. Esse sistema devere ser actualizado regularmente com base nos relatórios periódicos das estruturas de execução e coordenação.

Deve ser avaliada a funcionalidade da instalação de programas informáticos simplificados de gestão de informação a nível operacional, para as diferentes estruturas de execução, como forma de facilitar a recolha e tratamento de dados. Estes programas deverão ser integrados e permitir gerar os dados obrigatórios para o nível central.

**Análise.** A análise e interpretação dos resultados visa tirar conclusões quanto ao desempenho e propor acções a realizar. A análise deverá ser feita em graus diferentes de acordo com os níveis. A nível central, cada sector deve estabelecer um subgrupo para analisar e validar os dados a comunicar ao Grupo de M&A do CCS-SIDA. A nível das estruturas de execução, a análise consiste em fazer o balanço das actividades, salientando os desvios em relação à programação, os respectivos motivos, bem como as dificuldades encontradas, análise que deve resultar em sugestões para a melhoria do desempenho.

A nível das estruturas centrais ou de coordenação, a análise consiste na elaboração de um balanço consolidado dos relatórios das estruturas de execução indicando os progressos no cumprimento dos objectivos planificados.

O SE do CCS-SIDA, enquanto estrutura nacional de gestão e coordenação, elabora um relatório global dos progressos indicando a contribuição de cada sector para o cumprimento.

#### **4.3.4. Utilização da informação**

Uma estratégia de comunicação será desenvolvida com as instituições implicadas na luta com o intuito de permitir a difusão das informações estratégicas recolhidas, isto por via de canais de comunicação tais como:

- Sessões do CCS-SIDA
- Encontros de *plaidoyer*
- Ateliers de balanço e programação
- Missões de supervisão
- Reuniões com os parceiros
- Grupo temático ONUSIDA
- Balanços semestrais e relatório anual do SE/CCS-SIDA
- Relatório bienal UNGASS
- Relatório aos doadores
- Relatórios de estudos e pesquisas
- Imprensa e média
- Sítio da Internet do CCS-SIDA
- Material de IEC/CMC destinado à população em geral ou grupos específicos (folhetos, cartazes, etc.)

Devem ser previstos recursos suficientes para permitir uma difusão regular da informação sobre o VIH/SIDA.

O SE/CCS-SIDA assegurará a disseminação dos resultados das análises junto a decisores, parceiros, estruturas de execução e população, em colaboração com as estruturas descentralizadas e de coordenação (Comité Municipal de luta contra a SIDA, etc.).

Cada responsável por uma instituição implicada na recolha dos dados deve zelar pela retroalimentação da análise junto dos intervenientes que asseguram a recolha de dados, contribuindo para aumentar a percepção da utilidade dos dados.

#### **4.3.5. As Estruturas de M&A**

Aqui se identificam os principais actores da M&A e se descreve o circuito de informação sobre o VIH/SIDA, desde o nível operacional ao nível central. Os principais actores da M&A a nível central e operacional vêm indicados no esquema que se segue:



- Apoiar a auto-avaliação dos actores sectoriais
- Analisar os dados recolhidos pelos diferentes actores e colaborar na preparação os diferentes relatórios do SE para a planificação e reorientação do programa, e
- Apoiar a difusão e circulação das informações sobre o VIH/SIDA.

No que diz respeito à execução das actividades de M&A, a Unidade apoia-se em fontes exteriores de outras instituições tais como o Ministério da Saúde (PLS/S. de Epidemiologia para a vigilância epidemiológica), os responsáveis das estruturas de M&A dos outros Ministérios, as instituições de investigação, consultores, parceiros internacionais, etc.

A nível operacional nos concelhos, deverá ser instalada uma pequena unidade de M&A para facilitar a supervisão, recolha e envio dos dados locais.

#### **4.3.6. Circuito da Informação.**

A experiência dos vários países demonstrou a importância de investir no desenvolvimento de um mecanismo que favoreça uma recolha e envio de informação independentemente das fontes de financiamento. São necessários esforços particulares para que as actividades da maioria dos actores seja considerada e integrada no sistema nacional de informação, através de uma coordenação eficaz. Para este plano, cada estrutura implicada na implementação do plano transmitirá o seu relatório ao nível hierárquico necessário, de acordo com o circuito de informação acima indicado. Esses relatórios serão transmitidos trimestralmente ao SE/CCS-SIDA para as necessidades de seguimento dos indicadores e da documentação dos progressos atingidos e as tendências verificadas.

**Tabela XX.1: Indicadores de Impacto e Resultado do PENLS 2006-2010**

Indicadores de de Impacto e de Resultado	Base			Meta 2008	Meta 2010	Fonte/comentários
	Valor	Ano	Fonte			
Prevalência do VIH nos adultos dos 15 aos 49 anos não aumenta	0,8%-1,4% 0,7%-1,1% 0,3%-0,6% (IC 95%)	2002 2003 2004	Postos sentinela	< 2%	< 2%	Postos sentinela anuais nas grávidas
Percentagem de jovens dos 15 aos 24 anos portadores do VIH não aumenta (*)	0,3%-0,8% 0,5%-0,95% 0,2%-0,5% (IC 95%)	2002 2003 2004	Postos sentinela	< 1%	< 1%	Postos sentinela anuais nas grávidas
Percentagem reduzida de elementos de grupos com elevada taxa de comportamento de risco que são portadores do VIH (TPS e UDI) (*)	ND	A obter em 2006	ND	Menos 20% em relação ao baseline	Menos 40% em relação ao baseline	Inquérito de seroprevalência/comportamental bienal
Redução da percentagem de jovens de 15 anos que têm relações sexuais antes dos 15 anos (**) (***)	33% (F 22% M 45%)	1998	IDSR I	-	A definir	Aplicação em 2008/09 do módulo APIS do IDSR II
	Em curso	2005	IDSR II			
Redução da percentagem de jovens (15-24) e pessoas sexualmente activas (15-49) com um parceiro não regular nos últimos 12 meses (**) (***)	(15-24) 74% (F68% M95%) (15-49) 46% (F39% M69%)	1998	IDSR I	-	(15-24) 60% (F40% M80%) (15-49) 30% (F20% M40%)	Aplicação em 2008/09 do módulo APIS do IDSR II
	Em curso	2005	IDSR II			
Redução da percentagem de jovens (15-24) e pessoas sexualmente activas (15-49 anos) que utilizaram o preservativo na última relação sexual com um parceiro não regular (**) (***)	(15-24) 28% (F21% M44%) (15-49) 25% (F18% M43%)	1998	IDSR I	-	(15-24) 70% (F60% M80%) (15-49) 60% (F45% M75%)	Aplicação em 2008/09 do módulo APIS do IDSR II
	Em curso	2005	IDSR II			
Redução da percentagem de pessoas em situação de risco que adoptaram comportamentos de redução do risco da transmissão do VIH (TPS UDI) (*)	ND	A obter em 2006	ND	Menos 20% em relação ao baseline	Menos 60% em relação ao baseline	Inquérito de seroprevalência e comportamental bienal
Percentagem aumentada de adultos e crianças VIH positivos em vida após 12 meses do início do TARV (*)	67%	2005	PLS/MS	XX	XX	Dados de monitorização do PLS/MS
Percentagem reduzida de crianças portadoras do VIH nascidas de mães seropositivas (*)	XX	2005	PLS/MS	XX	XX	Dados de monitorização PLS/PNSR/PTV
Ratio de escolarização das crianças órfãs em relação às não órfãs (10-14 anos) (***)	Tratamento dos dados do IDSR II em curso	2005	IDSR II	-	A definir	Aplicação em 2008/09 do módulo APIS do IDSR II
Percentagem de jovens dos 12-19 que demonstra ter competências sociais necessárias para a prevenção do VIH	ND	A obter em 2006	ND			Estudo (SE/CCS-SIDA, DGEBS)
Percentagem aumentada de pessoas em situação de risco que, em simultâneo, têm conhecimentos exactos sobre o VIH e não têm crenças erradas (TPS, UDI) (*)	Tratamento dos dados do IDSR II em curso	2005	IDSR II	-	A definir	Inquérito de seroprevalência e comportamental bienal
Percentagem aumentada de jovens (15-24) que, em simultâneo, têm conhecimentos exactos sobre o VIH e não têm crenças erradas) (***)	Tratamento dos dados do IDSR II em curso	2005	IDSR II	-	A definir	Aplicação em 2008/09 do módulo APIS do IDSR II
Percentagem aumentada de pessoas que têm atitudes de aceitação face às pessoas seropositivas	Tratamento dos dados do IDSR II em curso	2005	IDSR II	-	A definir	Aplicação em 2008/09 do módulo APIS do IDSR II
Percentagem de critérios de um inventário de qualidade do sistema de M&A que são positivamente avaliados	20%	2005	Grupo de especialistas	40%	60%	Avaliação annual

(\*) Indicador UNGASS (obrigatório).

(\*\*) Dados de baseline provisórios, a actualizar com os dados do IDSR II (dados preliminares estão sendo apurados).

(\*\*\*) Indicador UNGASS para epidemias generalizadas.

**Tabela XX.2: Indicadores de serviços (prevenção, tratamento, etc.) e cobertura - PENLS 2006-2010**

Indicadores de serviços e cobertura	Base			Meta 2008	Meta 2010	Fonte/comentários
	Valor	Ano	Fonte			
Percentagem da população sexualmente activa que efectuou um teste de despiste do VIH e conhece o seu estatuto serológico.	12%	2005	PLS/MS		80%	Dados de monitorização do PLS/MS
Percentagem de grupos com comportamentos de alto risco que efectuou um teste de despiste do VIH nos últimos 12 meses e conhece o seu estatuto serológico (TPS, UDI, reclusos, etc.). (*)	ND	A obter em 2006	PLS/MS		80%	Dados de monitorização do PLS/MS e parceiros
Percentagem de utentes de serviços de saúde com IST (população em geral e grupos com comportamentos de alto risco) correctamente diagnosticados, tratados e aconselhados. (***)	<b>Pop em geral</b> ND <b>UDI, TPS, etc.</b> ND	ND	ND		<b>Pop em geral</b> 80% <b>UDI, TPS, etc.</b> 80%	Dados de monitorização/supervisão do PLS/MS
Percentagem de mulheres grávidas detectadas seropositivas que completam o protocolo para a prevenção da transmissão vertical. (***)	80%	2005	PLS/PTV		100%	Dados de monitorização do PLS/PNSR/PTV
Percentagem das mulheres grávidas no meio urbano e rural que beneficiaram de um aconselhamento e despistagem do VIH	13%	13%	PLS/PTV		80%	Dados de monitorização do PLS/PNSR/PTV
Percentagem de pessoas (adultos e crianças) infectadas pelo VIH que beneficiam de um acompanhamento médico e psicossocial regular.	30%	2005	PLS/MS		70%	Dados de monitorização do PLS/MS
Percentagem de pessoas seropositivas com uma infecção avançada do VIH que recebe uma associação de ARV(***)	38%	2005	PLS/MS		100%	Dados de monitorização do PLS/MS
Taxa de aderência das PVVIH ao tratamento por ARV.	88%	2005	PLS/MS		95%	Dados de monitorização do PLS/MS
Percentagem de PVVIH/SIDA elegíveis que beneficiam de um apoio nutricional.	ND	ND	ND		90%	Dados de monitorização do PLS/MS
Percentagem de PVVIH/SIDA elegíveis, que beneficiam de um apoio AGR.	ND	ND	ND		80%	Dados de monitorização do sistema nacional (SE)
Percentagem de órfãos e outras crianças vulneráveis elegíveis que beneficiam de um apoio escolar ou apoio para a formação profissional	ND	ND	ND		90%	Dados de monitorização do sistema nacional (SE)
Percentagem de doadores de sangue benévolos fidelizados.	35%	2005	PLS/MS		70%	Dados de monitorização do PLS/MS
Percentagem de empresas publicas e privadas que implementam políticas e programas de luta contra o VIH/SIDA no local de trabalho (***)	ND	ND	ND			Levantamento de base e sistema recorrente de informação (SE)
Número de preservativos distribuídos e vendidos na população em geral, jovens e grupos com comportamentos de alto risco (UDI, UD, TPS, reclusos, crianças em situação de risco, etc.).	ND	ND	ND			Levantamento de base e sistema recorrente de informação (SE)
Percentagem da população em geral e jovens (15-24) abrangida por iniciativas de proximidade.	ND	ND	ND			Dados de monitorização do sistema nacional (SE)
Percentagem de TPS e UDI (e outros grupos vulneráveis – UD, reclusos, crianças de ena rua, etc.) exposta a programas integrados de prevenção e cuidados (educação por pares, TAV, tratamento das IST, acesso a preservativo, acesso a tratamento, redução dos riscos, etc.)(*)	ND	ND	ND			Dados de monitorização do sistema nacional (SE)

Indicadores de serviços e cobertura	Base			Meta 2008	Meta 2010	Fonte/comentários
	Valor	Ano	Fonte			
Percentagem de escolas com professores formados na abordagem das IST/VIH/SIDA numa perspectiva de competências sociais, que leccionaram nessa perspectiva no último ano escolar	ND	ND	ND		80%	Levantamento de base e sistema recorrente de informação (DGEBS, SE)
Percentagem de centros de juventude com animadores formados na abordagem das IST/VIH/SIDA numa perspectiva de competências sociais, que dinamizaram seminários nessa perspectiva nos últimos 12 meses.	ND	ND	ND			Levantamento de base e sistema recorrente de informação (DGJ, SE)
Percentagem de jovens escolarizados e não escolarizados abrangidos num programa de educação por pares.	ND	ND	ND			Dados de monitorização do sistema nacional (SE) e levantamento da DGEBS e DGJ.
Grau de engajamento dos líderes (religiosos, políticos, o mundo laboral, etc.) na luta contra a SIDA	ND	ND	ND			Avaliação anual com base em inventário / grupo de especialistas
Percentagem de dados epidemiológicos completos sobre as IST/VIH/SIDA obtidos em tempo útil.	ND	ND	ND			Dados de monitorização PLS/ S. Epidemiologia
Produção de dados integrais sobre a dinâmica da epidemia, incluindo os grupos com níveis elevados de comportamento de risco.	40%	2005	Grupo de especialistas	70%	90%	Avaliação anual

(\*) Indicador UNGASS (obrigatório).

(\*\*) Dados de baseline provisórios, a actualizar com os dados do IDSR II (dados preliminares estão sendo apurados).

(\*\*\*) Indicador UNGASS para epidemias generalizadas.

## **CAPÍTULO V: RECURSOS E FINANCIAMENTO DO PLANO**

### 5.1. Situação Actual

XX  
XX

### 5.2. Estimativa dos Custos

XX  
XX

### 5.3. Mobilização dos Recursos Internos e Externos

XX  
XX

**CONCLUSÃO**

**BIBLIOGRAFIA**

## **ANEXOS**

Abreviaturas / Siglas

Glossário

Equipa Técnica

Lista de participantes no processo de planificação

Lista de participantes na reunião de validação