



República de Angola

# Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas

2008-2009

Março 2010



## INDICE

AGRADECIMENTOS	2
PREFÁCIO	4
ABREVIATURAS	6
<b>I. INTRODUÇÃO</b>	
1.1. O país e a Resposta	7
1.2. Resumo dos Indicadores UNGASS	9
<b>II. SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO VIH NO BIÉNIO 2008-2009</b>	11
<b>III. RESPOSTA NACIONAL DA EPIDEMIA</b>	
3.1. COMPROMISSOS E ACÇÃO NACIONAL	
3.1.1. Despesas Nacionais e Internacionais em SIDA	19
3.1.2. Políticas, Normas e estratégias ao Nível Nacional sobre VIH e SIDA	22
3.2. PROGRAMAS NACIONAIS	
3.2.1. Sangue Seguro	28
3.2.2. Aconselhamento e Testagem	30
3.2.3. Prevenção Materno-Infantil	33
3.2.4. Tratamento do VIH: Terapia Antiretroviral em Adultos e Crianças	36
3.2.5. Co-infecção Tuberculose e VIH	39
3.2.6. Órfãos e Crianças Vulneráveis	41
<b>IV. CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO SEXUAL</b>	
4.1. Educação dos Órfãos e não Órfãos de 10 aos 14 anos de idade	44
4.2. Conhecimento sobre a Prevenção em Jovens	46
4.3. Conhecimento sobre Prevenção em grupos de Alto Risco	48
4.4. Uso de Drogas	50
<b>V. BOAS PRÁTICAS</b>	51
<b>VI. GRANDES DESAFIOS</b>	53
<b>VII. ÂMBITO DE MONITORIA E AVALIAÇÃO</b>	55
<b>VIII. APOIO DOS DIFERENTES PARCEIROS</b>	58
<b>IX. ANEXOS</b>	59

## AGRADECIMENTOS

O relatório do progresso de UNGASS/2010 para Angola foi elaborado pelo Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA (INLS) do Ministério da Saúde (MINSa), com apoio de ONUSIDA e a importante colaboração de outros sectores do Governo e parceiros, nomeadamente:

### GOVERNO:

- **MINSa:** Ministro: Dr. José Van Dunen, Vice-Ministros: Dra. Evelize Fresta e Dr. Carlos Alberto Maseca; Centro Nacional de Sangue (CNS): Dr. Luzia Fernandes, Dra. Eunice Manico, Dra. Luiza Cambelela; DPS-Huíla; DPS-Cunene; DPS-Benguela; DPS-Cabinda; Hospital Pediátrico David Bernadino; Hospital Esperança; Hospital Cajueiros; Hospital Divina Providência; Centro de Saúde de Viana; Hospital Sanatório e Dispensário de Tuberculose de Luanda; **DNSP** - Programa Nacional de Tuberculose: Arlindo Amaral
- **MINED:** Dra. Aurora Santos;
- **FAA:** Kiaco Kinanga

### Parceiros no Desenvolvimento:

- **ONU: ONUSIDA:** Tamsir Sall, Claudia Velasquez; **OMS:** Dra Etelvina Correia, Dra. Eunice Cid; **UNICEF:** Alfredo Francisco; **Fundo Global/UNDP:** Ernesto Hernandez, Nicolas Velarde, Greice L. Malengue.
- **USAID:** Bart Bruin
- **HAMSET/Banco Mundial:** Dra. Ana Paula Machado;
- **PSI:** Pedro Sapalalo,
- **ANASO:** Elizabeth Duarte
- **CDC:** Dra. Xiomara Brown, Odon Sanchez, Angelica Caleia Gabriel,
- **ConSaude:** Paula Figueredo,

### Equipa de Redação:

**INLS:** Dr. Victor Nzima, Dr. Marques Gomes, Dra. Julieta Simões, Dra. Hortência Trindade, Dra Eunice Chicossi , Dra. Ariadna Corral, Dr. Martin Alonso, Dr. Gilberto Ochoa, Dr. Liodélvio Martinez, Dr. José Manuel Sanchez, Dr. Diego Ceruto, Dra. Marlene Baptista, Mirna Okamura Dra. Matilde Quinta, Luis Santos Kyame, Marcela Silva, Ludy da Costa, Engrácia Manuel, Marta Jonas, Jandira Vissolela, Fernanda Baptista, Festo Matias, Maria Helena Cavala, Avelino Tengo, Eduarda Domingos, Antonia Pedro.

### Supervisão e revisão final:

Dra. Ducelina Serrano, Dra Lúcia Furtado, Dr. Marques Gomes (INLS), Dra. Cláudia Velásquez (ONUSIDA) e Feliciano Jorge (Colaborador).

O MINSA agradece em nome do governo Angolano, todos os parceiros bilaterais e multilaterais, ONG's, Organizações religiosas, Pessoas Vivendo Com VIH que participaram nas reuniões preparatórias do documento, assim como a todos que de uma forma directa ou indirecta contribuíram decisivamente para a realização deste relatório.

## PREFÁCIO

Em Junho de 2001 realizou-se a Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH e SIDA (UNGASS). Neste encontro participaram cerca de 189 Estados Membros que adoptaram a Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA. Esta Declaração recomenda um consenso mundial dentro de um amplo marco para alcançar o objectivo de desenvolvimento do milénio que consiste em deter e inverter o curso da epidemia de VIH até o ano 2015.

Ao reconhecer a necessidade de empreender uma acção multissetorial em uma variedade de frentes, a Declaração aborda as respostas Mundiais, Regionais e Nacionais, para prevenir novas infecções pelo VIH, ampliar o acesso à atenção sanitária e reduzir o impacto da Epidemia.

Em 2002 a ONUSIDA em Colaboração com os Comitês Nacionais de Luta Contra a SIDA, patrocinadores e outros associados, desenvolveu um conjunto de indicadores básicos, cujo fim é de medir os progressos alcançados na aplicação da Declaração de compromisso sobre VIH/SIDA. Os indicadores básicos agrupam-se em três grandes categorias, a saber: Acção e Compromisso Nacional, Conhecimento e Comportamento Nacional e Impacto Nacional.

Após a formulação dos indicadores, a Divisão de Vigilância, Monitoria e Avaliação da ONUSIDA, estabeleceu definições claras para cada indicador e mecanismos para obter informações de uma maneira clara.

O processo da elaboração de relatórios Nacionais sobre os progressos alcançados conta com todas instituições implicadas na resposta ao SIDA e cria oportunidades para examinar a resposta nacional, os sucessos alcançados e obstáculos encontrados ao longo da caminhada para o cumprimento das metas ao acesso universal.

Nos termos da Declaração de compromisso, o êxito na resposta à SIDA, mede-se através do alcance de objectivos concretos dentro de prazos determinados. A Declaração propõe o seguimento cuidadoso sobre a aplicação dos compromissos estabelecidos e solicita ao Secretário Geral das Nações Unidas que proporcione, de 2 em 2 anos, relatórios sobre estes progressos

Nesta base o Governo de Angola continua a atribuir carácter de urgência à luta contra a SIDA e em especial à Aceleração da Prevenção do VIH e SIDA; estimulando a realização de campanhas regulares nos locais de residência, postos de trabalho, nas escolas, locais de culto, estabelecimentos prisionais, centros de diversão e noutros pontos de grande movimentação, tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, promovendo mudanças comportamentais (redução do número de parceiros sexuais, redução das relações sexuais ocasionais, além de um aumento no uso regular do preservativo); atribuindo uma especial atenção às mulheres, adolescentes e jovens; envolvendo os Ministérios da Família e da Promoção da mulher, da Educação, da Juventude e Desportos, da Assistência e Reinserção Social, da Administração Pública Emprego e Segurança Social, da Defesa, do Interior, entre outros, como importantes actores para se intensificar a prevenção entre os grupos mais vulneráveis.

O nosso país está a realizar o terceiro relatório, depois de ter realizado o primeiro em 2007. No presente relatório houve um esforço para melhorar a qualidade dos dados e a construção dos indicadores sendo o principal objectivo que os mesmos sejam mais exactos e precisos para reflectir melhor a dinâmica da epidemia de VIH e SIDA no nosso país. Neste relatório a participação dos sectores do Governo, da Sociedade Civil e parceiros através da liderança da Equipa Técnica Nacional de Monitoria e Avaliação, bem como através dos workshops teve maior alcance e compromisso. A variedade e precisão dos resultados obtidos através dos diferentes indicadores de UNGASS reflectem os esforços e aceitação pelos parceiros da importância de medir o progresso da Reposta Nacional e os desafios sociais e económicos que o país ainda tem que atingir. Entretanto o relatório responde aos compromissos e acções de Angola e informa aos parceiros envolvidos na provisão dos serviços de VIH no país.

Dra. Ducelina Serrano

Directora Geral do INLS

## ABREVIATURAS

ARV	ANTIRRETROVIRAIS
AT	ACONSELHAMENTO E TESTAGEM
CEC	COMITE EMPRESARIAL DE COMBATE A SIDA
CNLSGE	COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA E GRANDES ENDEMIAS
CNS	CENTRO NACIONAL DE SANGUE
CPN	CENTRO PRE NATAL
CRIS	SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A RESPOSTA NACIONAL
DNSP	DIRECÇÃO NACIONAL DE SAUDE PUBLICA
DPS	DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAUDE
FAA	FORCAS ARMADAS ANGOLANAS
GTN M&A	GRUPO TECNICO NACIONAL DE MONITORIA E AVALIAÇÃO
IBEP	IQUERITO INTEGRADO SOBRE O BEM ESTAR DA POPULAÇÃO 2008-2009 (IBEP)
INE	INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS
INLS	INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA
ITS	INFECÇÕES TRANSMISIVEIS SEXUALMENTE
MCN	MECANISMO DE COORDENAÇÃO NACIONAL
M&A	MONITORIA E AVALIAÇÃO
MINARS	MINISTERIO DA ASSISTENCIA E REINSERCAO SOCIAL
MINDEF	MINISTERIO DA DEFESA
MINED	MINISTERIO DA EDUCAÇÃO
MINFAMU	MINISTERIO DA FAMILIA E PROMOÇÃO DA MULHER.
MINSÁ	MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINJUD	MINISTERIO DA JOVENTUDE E DESPORTOS
MTS	MULHERES TRABALHADORAS DE SEXO
OGE	ORÇAMENTO GERAL DE ESTADO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
ONUSIDA	PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE VIH/SIDA
ODM	OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÉNIO
PEN	PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL
PERP	PLANO ESTRATÉGICO DE REDUÇÃO DA POBREZA
PTV	PROGRAMA DE PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL
PVVIH	PESOAS VIVENDO COM VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA
SIDA	SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
TARV	TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL
TB	TUBERCULOSE
UNGASS	SESSAO EXTRAORDINÁRIA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE VIH E SIDA
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES
UNFPA	FUNDO DAS NACOES UNIDAS PARA A POPULAÇÃO
VIH	VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

# I. INTRODUÇÃO

## 1.1. O PAÍS E A RESPOSTA

Angola é um dos países do continente Africano com maior multiculturalidade. Faz fronteira a leste com o Oceano Atlântico, ao norte com a República do Congo e a República Democrática do Congo, ao nordeste ainda com a República Democrática do Congo e com a República da Zâmbia e ao sul com a República da Namíbia, países com elevadas taxas de Seroprevalência de VIH.

Possui uma extensão geográfica de 1.240.700 Km<sup>2</sup> e, aproximadamente, uma população estimada de 18.5 milhões de habitantes distribuídos em 18 províncias e 164 municípios e 536 comunas (Fonte: INE); 66% vivem em áreas urbanas e 44% em áreas rurais. A população aumenta 3% anualmente (Fonte: INE). Em Luanda, capital de Angola, estima-se que vivem cerca de 25% da população do país (4,6 milhões de pessoas). A população deslocada pela guerra contribuiu para o crescimento urbano que chegou a atingir valores de mais de 6% ao ano.

É um país com uma população maioritariamente jovem, onde 55% estima-se que sejam mulheres. Desenvolve-se actualmente um conjunto de medidas para o combate à pobreza, à fome e a redução das desigualdades sociais. Há um grande desafio na reconstrução das infra-estruturas económicas, educativas e de saúde.

Considerando as características socioeconómicas e culturais da população angolana, existe uma variedade de determinantes para expansão da epidemia como, por exemplo, factores demográficos de população jovem e a existência de pouca aceitação do risco da infecção, além da alta movimentação transfronteiriça, com rápida urbanização e assentamentos humanos.

Além disso, práticas culturais de poligamia, a multiplicidade de parceiros, o início precoce das relações sexuais, a prática do sexo sem protecção, poderão levar a um alastramento forte da epidemia de SIDA no país durante os próximos anos, afectando deste modo o bem-estar humano e aumentando ainda mais as desigualdades sociais.

Anualmente, cerca de três milhões de pessoas contraem o vírus da SIDA em África, com predominância para o grupo etário dos 15 aos 35 anos. O Vírus da SIDA não tem fronteiras e o aumento impetuoso dos movimentos migratórios exige que o país implemente medidas urgentes para impedir o alastramento desta e outras patologias.

A redução da morbi-mortalidade nos últimos anos tem sido influenciados pela introdução do uso de ARV e tratamento oportuno das infecções oportunistas.

Em Angola, a resposta nacional ao VIH e SIDA é liderada pelo Ministério da Saúde e teve início em 1986. Em 1987 foram criados: 1. Programa Nacional de Luta Contra o VIH e SIDA e 2. A Comissão Técnica Nacional, com envolvimento do Ministério da Educação, das Forças Armadas Angolanas (FAA) e da Universidade Agostinho Neto.

Em 2000, o Governo Angolano subscreveu a declaração de “Objectivos de Desenvolvimento do Milénio”. Em 2001, aquando da sua participação na Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas para o VIH e SIDA (UNGASS), assumiu o compromisso de enquadrar os planos de desenvolvimento do governo, às políticas e estratégias de combate ao VIH e SIDA em sincronização com o Plano Estratégico de Redução da Pobreza (PERP) para o período 2003-2005 e com o Plano intermédio Intercalar de Desenvolvimento para 2004-2005, bem como harmonizar estas acções com os objectivos de Desenvolvimento do Milénio, que prevê a detenção da expansão do VIH e SIDA e, se possível a reversão da actual tendência até 2015.

Em 2005, Angola reafirmou seu compromisso e decisão de fortalecer a luta contra a epidemia, criando a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e grandes Endemias e concomitantemente o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, a fim de liderar e ampliar a resposta nacional à todo o país.

Em 2006, os Estados Membros das Nações Unidas, numa Declaração Política sobre VIH e SIDA renovaram seus compromissos, de curto prazo, para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio às Pessoas Vivendo com VIH até 2010.

As metas propostas, visando o Acesso Universal à Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio às Pessoas Vivendo com VIH, só poderão ser alcançadas, com uma liderança forte e uma coordenação eficaz de todos os intervenientes, um pleno envolvimento de sectores públicos e privados, da sociedade civil e das pessoas que vivem com o VIH e SIDA, assim como do apoio sustentado de todos os parceiros para o desenvolvimento das acções que visam a redução de novos casos e controlo da pandemia.

Os governos e doadores de todo o mundo estão cada vez mais comprometidos em ampliar o acesso à prevenção e ao TARV para as pessoas que necessitam.

Em Angola, necessidade da conjugação de acções de prevenção e tratamento como uma forma de potencializar o controlo da epidemia resultou na expansão do programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (PTV), em parceria com o Programa de Saúde Reprodutiva, em todas as unidades de saúde que atendem mulheres grávidas em consulta pré-natal, como importante meio de prevenção do VIH; concomitantemente procurou-se assegurar o Acesso Universal à prevenção, Aconselhamento e Testagem (AT), tratamento, atenção e alívio do impacto nos indivíduos, famílias e comunidades; fortalecer o Sistema de Informação, criando instrumentos que permitissem melhor recolha de dados a nível das unidades de atendimento, actualizando os instrumentos já existentes; e a realização de Estudos sero-epidemiológicos do VIH em populações vulneráveis (mulheres grávidas em CPN, população geral, camionistas, população ambulante em áreas fronteiriças).

## 2.2. Resumo dos Indicadores UNGASS

Indicador	2006	2007	2008	2009
<b>Compromissos e Acção Nacional</b>				
1. Total de recursos nacionais desembolsados pelo Governo	27.724.127 USD	39.012.398 USD	39.293.000 USD	33.714.000 USD
2. Índice composto da política nacional sobre VIH E SIDA		-		Em processo
<b>Programa Nacional</b>				
3. Percentagem de unidades de sangue doadas e analisadas para a detecção do VIH com critérios de qualidade asseguradas.	100% sangue testado pelo programa mas sem controlo de qualidade	100% sangue testado pelo programa mas sem controlo de qualidade	100% sangue testado pelo programa mas sem controlo de qualidade	25,6% (Luanda)
4. Percentagem de pessoas com infecção avançada de VIH que estão a receber combinação de antiretrovirais	15,43% (INLS e Estimativas do Spectrum)	8,28% (INLS e Estimativas do Spectrum)	18,6% (INLS e Estimativas do Spectrum)	24,5% (INLS e Estimativas do Spectrum)
5. Percentagem de gestantes VIH+ que beneficiaram de TARV completo para reduzir o risco de transmissão vertical	10,63% (INLS e Estimativas do Spectrum)	7,37% (INLS e Estimativas do Spectrum)	16,4% (INLS e Estimativas do Spectrum)	18,1% (INLS e Estimativas do Spectrum)
6. Percentagem dos casos estimados de incidência de TB em pessoas VIH+ que receberam tratamento para a TB e VIH nos últimos 12 meses	***	***	***	20,4% (INLS – Estudo Cohorte e Estimativas de OMS)
7. Percentagem da população geral que nos últimos 12 meses fez o teste do VIH e recebeu o resultado do teste	5,40%	*	*	9,4% (IBEP-2009)
8. Percentagem da população vulnerável (MTS) que nos últimos 12 meses fez o teste do VIH e recebeu o resultado do teste	42,06% (INLS)	*	43,5% (PSI - comparável) 35,2% (PSI - total)	*
9. Percentagem da população vulnerável (MTS) alcançada pelos programas de prevenção	16,68% (INLS – KAP/ seroprevalencia - MTS)	*	33,5% (PSI - comparável) † 23,3% (PSI - total) †	*
10. Percentagem de órfãos e crianças vulneráveis cujos agregados familiares recebem apoio externo básico para cuidá-las	*	*	*	16,8% (IBEP-2009)
11. Percentagem de escolas que forneceram educação sobre VIH baseado nas habilidades da vida no último ano académico	*	82% (Baseado no indicador 11 de UNGASS 2007)	*	*
<b>Conhecimento e Comportamento</b>				
12. Taxa da frequência escolar entre órfãos e não órfãos 10-14	Órfãos: 67,3% Não órfãos: 78,8%	*	*	Órfãos: 75,2% Não órfãos: 86,6% (IBEP-2009)
13. Percentagem da população de 15-24 anos que ao mesmo tempo tem o conhecimento correcto das maneiras de prevenir a transmissão sexual do VIH e rejeita as principais idéias falsas sobre a transmissão do vírus	22,7%	*	*	Total: 28,4% M: 32% F: 25% (IBEP-2009)

14. Percentagem da <b>população vulnerável (MTS)</b> que ao mesmo tempo tem o conhecimento correcto das maneiras de prevenir a transmissão sexual do VIH e rejeita as principais idéias falsas sobre a transmissão do vírus.	*	*	<b>Total: 70%</b> <25: 64% +25: 81,3% (PSI/KAP – MTS com amostra total)	*
15. Percentagem de jovens de <b>15 - 24</b> anos que tiveram relações sexuais antes dos <b>15 anos</b>	<b>32,3%</b> (Estudo HAMSET)	*	*	<b>Total: 29,9%</b> M: 36,5% F: 23,3% (Estudo HAMSET)
16. Percentagem da população de <b>15-49</b> anos que tiveram relações sexuais <b>com mais de um parceiro</b> nos últimos 12 meses	<b>38,1%</b>	*	*	<b>Total: 14%</b> M: 25,4% F: 3,2% (IBEP-2009)
17. Percentagem da população de <b>15 - 49 anos que tiveram sexo com mais de um parceiro</b> nos últimos 12 meses e que declararam o <b>uso de preservativo</b> durante a última relação sexual	<b>31,9%</b>	*	*	<b>Total: 42,6%</b> M: 42,2% F: 45,3% (IBEP-2009)
18. Percentagem de <b>trabalhadores do sexo (MTS)</b> que declararam o <b>uso de preservativo</b> com o último cliente	<b>77,9%</b> (INLS – KAP/ seroprevalencia - MTS)	*	Total: <b>94,7%</b> (PSI/ KAP - MTS Comparável) † Total: 81% (PSI com amostra total) †	*
19. Percentagem de homens que declararam o uso de preservativo na última relação sexual anal com um <b>parceiro homem</b>	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país
20. Percentagem de <b>usuários de droga injectável</b> que declararam o <b>uso de preservativo</b> na última relação sexual	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país
21. Percentagem de <b>usuários de droga injectável</b> que declararam o uso de equipamento <b>injectável esterilizado</b> na última vez	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país
<b>Impacto</b>				
22. Percentagem de jovens de <b>15-24 anos infectados</b> pelo VIH	**	<b>2,67%</b> (INLS - Estudo Seroprevalencia-Grávidas)	**	<b>1,7%</b> (INLS - Estudo Seroprevalencia - Grávidas)
23. Percentagem da população vulnerável infectados pelo VIH	<b>23,1%</b> (INLS – KAP/ seroprevalencia - MTS)	*	*	*
24. Percentagem de pessoas VIH+ em tratamento com ARV vivos após 12 meses	***	***	***	<b>Total: 61,3%</b> M: 59% F: 62,4% (INLS – Estudo Cohorte)
25. Percentagem de crianças infectadas nascidas de mães infectadas pelo VIH	*	*	*	2,7% (Estimações Spectrum)

\* Estudos comportamentais realizados a cada 2 ou 4 anos,

\*\* Estudos de Seroprevalência realizados a cada 2 anos,

\*\*\* Não disponível mas um estudo retrospectivo está programado,

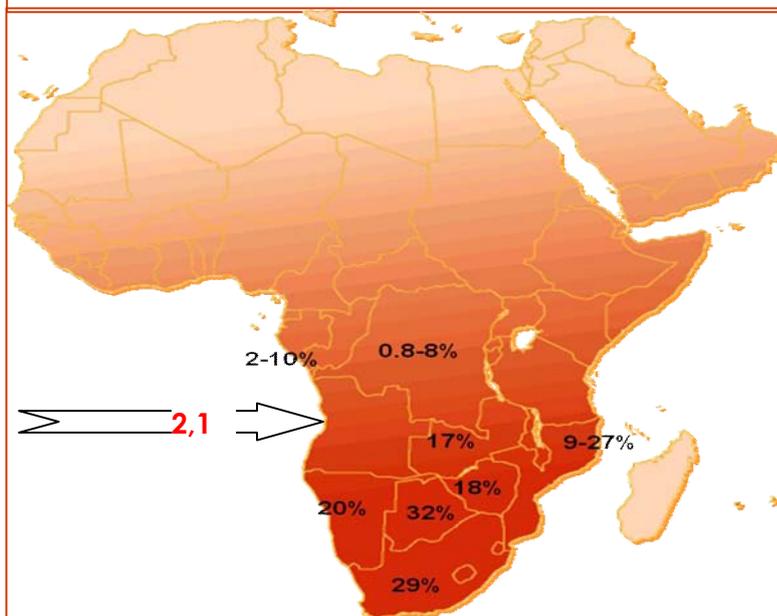
† Estudo de PSI (com MTS 2009 em seis províncias) foi analisado com outro efectuado só para Luanda e Cabinda para ser comparável com o resultado de Estudo de INLS (2006) KAP/seroprevalencia com MTS. Mas resultado total será reportado

## II. SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DO VIH NO BIÊNIO 2008-2009

Estimava-se pela ONUSIDA, que em 2007, havia na África Subsaariana, cerca de 22 milhões de pessoas vivendo com VIH, dos quais 20,3 milhões eram adultos (maiores de 15 anos) e 1,8 milhões eram crianças (0-14 anos). Até ao momento cerca 11,6 milhões de pessoas desta região, morreram devido ao VIH/SIDA, onde, igualmente, vivem aproximadamente 90% das crianças infectadas de todo o Mundo. 67% do número total de infectados vive nesta região, sendo 75% destes já falecidos.

Em 2007, Angola apresentou a mais baixa seroprevalência comparativamente aos seus vizinhos da região austral.

**Figura 1: Prevalência de VIH nos países de África Austral. 2007.**



Fonte: ONUSIDA, UNGASS Relatório

O programa Spectrum, que projecta estimativas e as consequências da epidemia de VIH e SIDA, foi utilizado para obter os dados que apresentamos na tabela N<sup>o</sup>1 (abaixo). A epidemia de VIH é dinâmica, evolui ao longo do tempo afectando diferentes grupos de população com características diferentes em cada região geográfica. Em 2009 a prevalência estimada foi de 1,9% observando-se um discreto decréscimo entre a população de 15-49 anos, já que em 2007 foi de 2,1% nesta mesma população. Este decréscimo pode estar a ser influenciado pela redução da taxa de letalidade como consequência do aumento da TARV sem no entanto deixar de considerar um aumento da incidência, o que não parece provável visto haver uma redução considerável na prevalência obtida na faixa etária de 15-24 no estudo de grávidas de 2009 (2,67% em 2007 e 1,7% em 2009) o que se traduz em redução de infecções recentes, não obstante, termos que esperar pelo resultado do estudo em curso sobre

incidência, para comprovar este comportamento da epidemia em Angola. Os dados na tabela 1 reflectem o número de PVVIH/SIDA, crianças, mulheres, órfãos e mortes pela doença.

**Tabela 1. Estimativa da Epidemia do VIH em Angola, 2009**

Indicadores	Estimativas
Prevalência em adultos (15 – 49 anos)	1,98%
Pessoas Vivendo com VIH (15-49 anos)	166.500
Mulheres vivendo com VIH	100.931
Crianças (0-14) anos com VIH	29.642
Mortes adultos (15-49 anos)	9.259
Mortes em crianças (0-14 anos)	3.589
Órfãos de SIDA de ambos os pais (0-17 anos de idade)	16.656

Fonte: Estimativas com base no programa Spectrum 2010.

A Vigilância Epidemiológica em Angola utiliza as Unidades de Saúde que oferecem atendimentos as grávidas, seleccionadas em cada província como sítios sentinela, para conhecer e monitorizar a Seroprevalência do VIH na população. Neste sentido já foram feitos quatro estudos nacionais que facilitaram planificar acções de prevenção e controlo, assim como garantir atendimento e apoio aos afectados. Os dois primeiros estudos foram realizados em 2004 e 2005, em 25 sítios sentinela nas 18 províncias do país. Em 2007 um novo estudo foi realizado e outros 10 sítios sentinela foram adicionados aos 25 anteriores, nove deles, em áreas rurais o que permitiu alcançar a representatividade dos extratos rurais e urbanos. O último estudo foi realizado em 2009 com participação de 36 sítios. Em Luanda, a capital, com cerca de 25% da população total estimada do país, existem oito sítios.

A tabela 2 abaixo, mostra o tamanho da amostra atingida e o número de sítios sentinelas por ano em que se efectuou a vigilância seroepidemiológica. Em 2007 e 2009 houve um crescimento do tamanho da amostra devido ao aumento dos sítios sentinela. Em 2007, a Maternidade Augusto Ngangula, em Luanda, participou do programa de vigilância sentinela, mas, infelizmente, durante o mesmo período da vigilância sentinela, a unidade sanitária sérviu também como local de referência para mulheres VIH positivas, por esse facto as amostras deste sítio foram excluídas. Cada sítio sentinela recolheu 500 amostras.

**Tabela 2. Tamanho da Amostra e números de sítios sentinela do Estudo de Seroprevalência**

Anos	2004	2005	2007	2009
Tamanho da Amostra	12.286	12.468	16.917	17.451
Nº de Sítios Sentinela	25	25	35	36

Para a análise comparativa por anos foram utilizados 22 sítios consistentes. A tabela 3 (abaixo) apresenta a prevalência do VIH longitudinal desagregado por província e por ano, durante estudos realizados em 2004, 2005 e 2007. Três províncias apresentaram aumentos significativos de prevalência (Bengo, Benguela e Lunda Norte) nos três estudos; enquanto que o Uige demonstrou uma diminuição significativa na prevalência de VIH, onde os resultados do primeiro estudo (2004) não são consistentes com os de 2005 e 2007, sugerindo possível erro na introdução das amostras ou outros

enviesamentos (ex. Relacionados com o laboratório) em 2004. As tendências nacionais de prevalência do VIH entre 2004 e 2007 (procedimento GLIMMIX) não eram estatisticamente significativas nas mulheres entre 15 aos 24 anos e 15 aos 49 [relação de probabilidade (OR) 1,0; (Intervalo de Confiança (IC) de 95%: 0,9 – 1,2; p=0,719) 1,1 (IC de 95%: 1,0 – 1,2; p=0,315), respectivamente]. A taxa de alteração na prevalência do VIH foi +0,3% por ano para as províncias quer fronteiriças quer não fronteiriças, bem como para o país no seu todo<sup>1</sup>.

**Tabela 3: Prevalência do VIH em mulheres grávidas (15-49 anos) na CPN por província e mediana nacional dos 22 sítios consistentes entre 2004 e 2009.**

Província	2004	2005	2007
Bengo	1,2%	1,8%	4,5%
Benguela	0,6%	2,6%	3,6%
Bié	0,6%	0,8%	1,6%
Cabinda	3,2%	2,8%	3,0%
Cunene	8,8%	10,6%	9,4%
Huambo	2,4%	1,8%	3,6%
Huíla	2,6%	4,0%	3,0%
Kuando-Kubango	4,0%	3,0%	4,8%
Kwanza Norte	1,0%	1,2%	1,6%
Kwanza Sul	0,8%	1,4%	1,4%
Luanda	2,2%	2,8%	1,8%
Lunda Norte	3,4%	3,4%	6,6%
Lunda Sul	3,4%	3,6%	4,6%
Malange	1,4%	1,8%	1,8%
Moxico	2,6%	2,0%	3,2%
Namíbe	2,0%	3,6%	2,1%
Uíge	4,9%	1,0%	0,6%
Zaire	2,2%	2,1%	3,6%
<b>Mediana</b>	<b>2,30%</b>	<b>2,35%</b>	<b>3,10%</b>

Fonte: Estudo Seroprevalência com mulheres grávidas, 2009

### Prevalência observada nos 36 sítios (urbanos e rurais) durante o Estudo de Seroprevalência, 2009

A epidemia de VIH em Angola classifica-se como generalizada em que mais de um por cento das grávidas são positivas ao VIH. No estudo de Seroprevalência realizado em 2009, 2,8 % das grávidas estudadas foram positivas ao VIH (gráfico 1). O modo predominante de transmissão do VIH em Angola é a via sexual (Relações heterossexuais) de acordo com o sistema de notificação do INLS com maior proporção de mulheres infectadas, não obstante, a tendência da relação mulher/homem igualar-se.

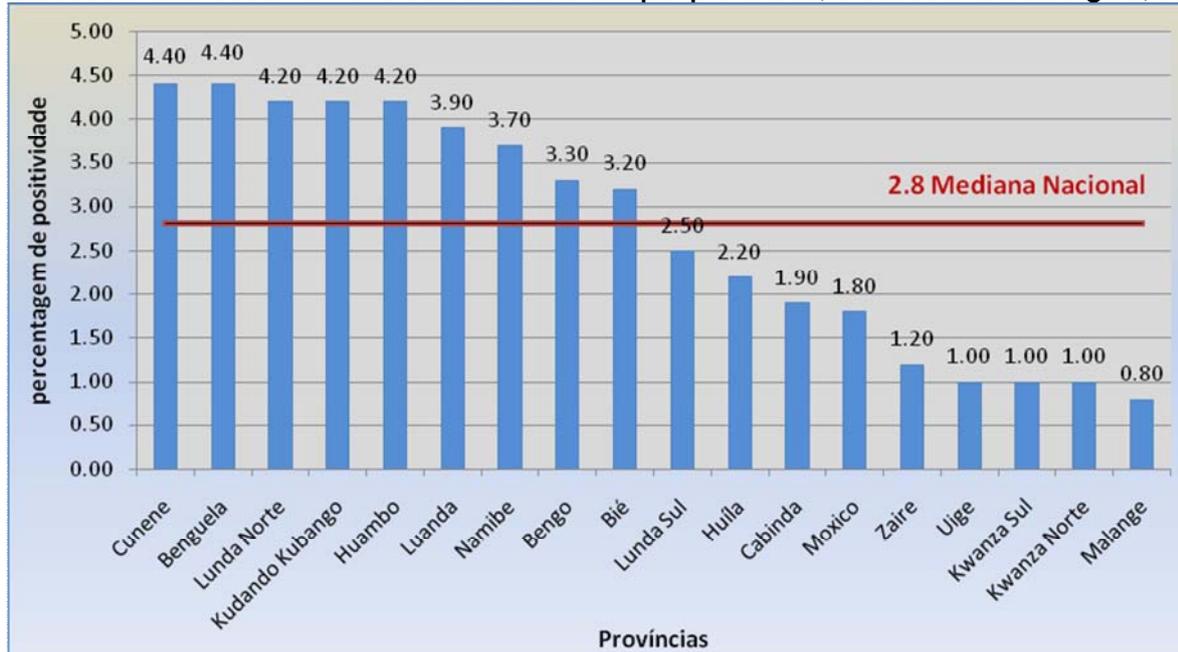
As províncias com maior prevalência são: Benguela (4,4%), Cunene (4,4%), Lunda Norte e Huambo, Kuando Kubango com 4,2%. A seguir aparecem três províncias com

<sup>1</sup> Análise do estado actual da epidemia do VIH em Angola, CDC

percentagem de positividade entre 3,2% e 3,9%, nomeadamente Luanda (3,9%), Namibe (3,7%) e Bié (3,2%).

No gráfico 1. pode ver-se igualmente que, em relação as províncias fronteiriças, as mesmas apresentam percentagem de positividade inferior a 5%. A província fronteiriça com mais elevada prevalência é Cunene com 4,4% e com a mais baixa prevalência é Moxico com 1,8 %.

**Gráfico 1: Resultados Preliminares da Prevalência por províncias, urbanos e rurais. Angola, 2009**



Fonte: Estudo de Seroprevalência em grávidas, 2009

### **Indicador 22: Percentagem de mulheres e homens jovens de 15-24 anos de idade infectados pelo VIH.**

O objectivo foi o de avaliar os progressos alcançados na redução das infecções por VIH. O indicador 22 de UNGASS reflete a importância do grupo dos 15 aos 24 anos na análise do nível de infecções recentes. As taxas mais elevadas de novas infecções por VIH observam-se geralmente entre os jovens nesta faixa etária.

O método de Medição para este indicador calcula-se usando o número de mulheres grávidas que acedem as unidades de saúde com atendimento pré-natal seleccionados como sítios sentinela para a Vigilância Epidemiológica do VIH em zonas urbanas e rurais do país.

A tabela Nº 4 abaixo, apresenta a Seroprevalência da população sexualmente activa (15-49 anos) e no grupo da população mais jovem (15-24 anos). Descreve ainda a prevalência das áreas urbanas e rurais.

**Tabela 4. Prevalência Mediana do VIH por faixa etária, 2004-2009**

	2004*	2005*	2007**	2009**
	%	%	%	%
	(IQ)	(IQ)	(IQ)	(IQ)
<b>Faixa Etária 15-49</b>				
Nacional	2.4 (1.4 - 3.8)	2.6 (1.8 - 3.4)	2.6 (1.8 - 3.6)	2.8 (1.4 - 3.5)
Urbana	2.4 (1.4 - 3.8)	2.6 (1.8 - 3.4)	3.0 (1.8 - 3.9)	3.0 (1.9 - 4.0)
Rural			2.4 (1.8 - 3.4)	1.6 (1.0 - 2.6)
<b>Faixa Etária 15-24</b>				
Nacional	2.1 (1.3 - 3.5)	1.5 (1.1 - 2.2)	2.6 (1.5 - 3.3)	1.7 (0.9 - 2.3)
Urbana	2.1 (1.3 - 3.5)	1.5 (1.1 - 2.2)	2.4 (1.5 - 3.6)	1.8 (1.2 - 2.7)
Rural			2.0 (1.6 - 2.6)	1.2 (0.7 - 1.6)

Fonte: Estudo de Seroprevalência em grávidas, 2009

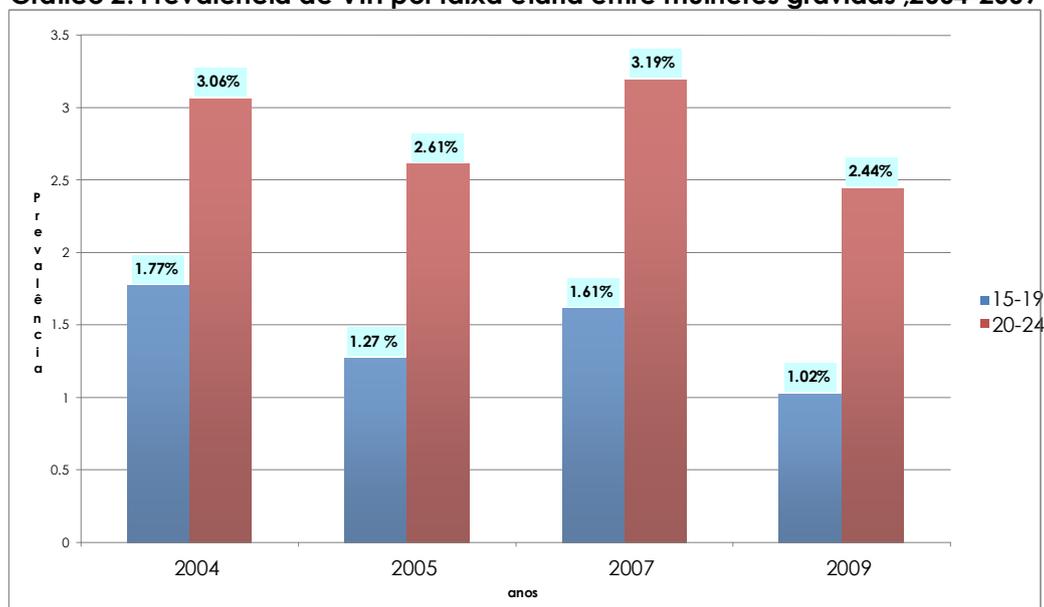
\* Estudo Seroprevalência feitos em 25 sítios sentinela;

\*\* Estudo Seroprevalência feitos em 36 sítios sentinela

Na faixa etária 15-24 anos a prevalência nacional encontrada foi de 2,6% em 2007 e 1,7% em 2009. Neste último estudo, foram positivas 485 grávidas de 15 à 49 anos de um total de 17.451 grávidas estudadas. A faixa etária dos 15 aos 24 representa 34,2 % do total de grávidas positivas (176 amostras positivas).

Nas idades compreendidas entre 25 aos 49 anos há um discreto crescimento das pessoas infectadas entre 2007 à 2009.

**Gráfico 2: Prevalência de VIH por faixa etária entre mulheres grávidas ,2004-2009**



Fonte: Estudo Nacional de Seroprevalência em grávidas, 2004-2009

No gráfico 3, incluíram-se as projecções de VIH produzidas pelo programa SPECTRUM até ao ano 2012. Se nota que a prevalência na população geral adulta é de 2% e está estável ao longo do tempo.

A prevalência do VIH, que é o número de pessoas vivendo com VIH/SIDA dividido pelo número total da população, em função do número de novas infecções de VIH, e do tempo de sobrevivência de pessoas após infecção com o vírus. Projecta-se um aumento no número de pessoas vivendo com VIH nos próximos anos, chegando a atingir 186 mil até 2012. Embora continue a se registar o aumento de pessoas vivendo com VIH, a velocidade deste aumento está a baixar. O crescimento da prevalência anual diminuiu de 5% em 2000 à 4% em 2009.

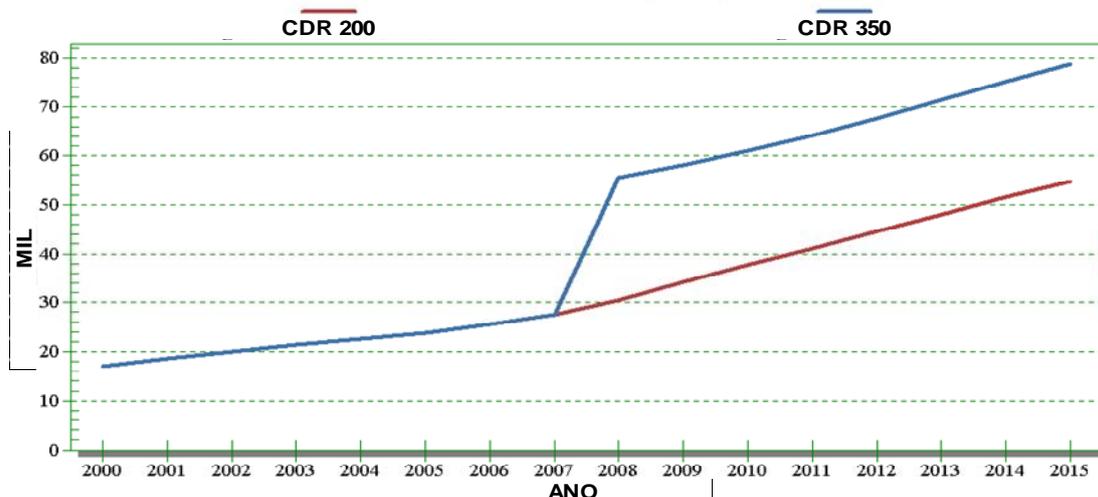
**Gráfico 3. Tendência da Prevalência do VIH em Adultos (15-49) de 1985 a 2015**



Fonte: Estimativas EPP/Spectrum 2010

Nas análises consecutivas dos resultados dos estudos realizados entre 2004 e 2009, verifica-se que entre cada 100 mulheres, 1 à 2 estavam infectadas por VIH.

Em 2008, o critério para começar TARV mudou de CD4 menos de 200 à CD4 menos de 350 seguindo as normas internacionais. Comparando a tendência na necessidade de TARV entre os anos 2000 e 2015 e entre os critérios de CD4 nota-se o incremento na necessidade de TARV a partir de 2008 com um aumento contínuo (Gráfico 4).



**Gráfico 4: Necessidade de Tratamento com ART, anos 2000-2015**

#### **Indicador 22: Percentagem de jovens de 15 aos 24 anos que estão infectados pelo VIH**

O objectivo deste indicador é avaliar o progresso na redução da infecção pelo VIH. Utilizou-se os dados do Estudo de Sero-prevalência em mulheres grávidas para determinar a prevalência de VIH entre estas mulheres de 15 aos 24 anos de idade.

**Tabela 5: INDICADOR 22: Percentagem de grávidas positivas ao VIH de 15 aos 24 anos, 2009**

Método de Medição	15-19	20-24	Total 15-24
<b>Numerador:</b> Número de grávidas que acorreram a unidades de saúde de atenção pré-natal dos 15 à 24 anos com resultados do teste de VIH positivos	45	131	176
<b>Denominador:</b> Número de grávidas que acorreram a unidades de saúde de atenção pré-natal de 15 à 24 anos que realizaram o teste de VIH para conhecer seu estado serológico	4417	5370	9787
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>1,02</b>	<b>2,44</b>	<b>1,79</b>

Fonte: Estudo Nacional de Sero-prevalência em grávidas, 2009

#### **Interpretação**

Os jovens são considerados como população vulnerável à infecção pelo VIH. Nestas idades os comportamentos sexuais podem constituir determinado risco por diferentes causas. Os jovens constituem uma população sexualmente mais activa. Um dos objectivos importantes do programa de VIH e SIDA é a redução de novas infecções em grupos de populações jovens. Está demonstrado que com programas eficazes de educação podem obter-se mudanças em comportamentos sexuais de risco, principalmente nestas idades.

Entre os jovens, as tendências da prevalência são o melhor indicador para avaliar a incidência do VIH e dos comportamentos de risco. Segundo a ONUSIDA, a diminuição

da incidência do VIH relacionada com mudanças do comportamento real pode ser detectada nas cifras de prevalência do VIH na faixa etária dos 15 aos 19 anos.

Para construir este indicador foram utilizados os dados proporcionados pelo Estudo de Seroprevalência do VIH em grávidas em consulta pré-natal, realizado no ano 2009 em todas as províncias do país em 36 sítios sentinela, o que permitiu obter uma estimativa das infecções recentes já que a via de transmissão principal, em Angola, é heterossexual.

A participação dos 36 sítios seleccionados, incluindo áreas urbanas e rurais, permitiu uma representatividade de toda a população do país. A tabela 5 mostra a prevalência de VIH resultante do estudo 2009, de 1,02% entre jovens 15-19 cuja diferença com os anteriores não são estatisticamente significativos, podendo significar uma certa estabilidade na epidemia.

## III. RESPOSTA NACIONAL DA EPIDEMIA

### 3.1. COMPROMISSOS E ACÇÃO NACIONAL

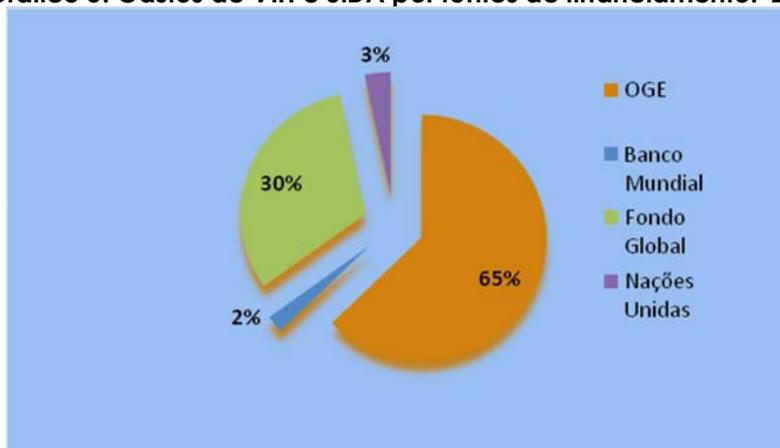
#### 3.1.1. DESPESAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS EM SIDA

As actividades desenvolvidas para fornecer acções de prevenção do VIH, tratamento, apoio e cuidado a pessoas afectadas pelo VIH e SIDA em Angola durante o biénio 2008 e 2009 foram financiadas principalmente pelo Orçamento Geral do Estado (O.G.E.), 65%, o Fundo Global, 30% e outros parceiros em pequena escala, 5% nomeadamente o Banco Mundial e Agências das Nações Unidas.

As informações apresentadas são provenientes, por um lado, de registos dos serviços administrativos do INLS assim como de registos comunicados pelas instituições que, em parceria com o Governo de Angola participam no financiamento das actividades. Se por um lado a execução dos recursos provenientes do Governo é feita pelo INLS, os do Fundo Global são em grande parte geridos pelo principal recipiente relativamente as componentes de aquisição, ONG, consultoria e outras contratações quer internas quer externas. Relativamente ao Banco Mundial e Agências do Sistema das Nações Unidas, apenas os recursos relativos á formação e supervisão são pontualmente entregues aos serviços do INLS.

É de sublinhar que nos gastos públicos são apenas os realizados pelo INLS, enquanto que nos gastos provenientes de outras fontes inclui-se o suporte concedido ou despesas realizadas através dos Ministérios da Educação e da Defesa assim como as executadas através das ONG's.

**Gráfico 5: Gastos de VIH e SIDA por fontes de financiamento. 2009**



Fonte: Registos Financeiros de INLS

### Financiamento Nacional

Em Angola o financiamento público da luta contra o VIH e SIDA é assegurado apenas pelo O.G.E sendo o principal instrumento de disponibilização de recursos financeiros através de quotas mensais às instituições dele dependentes. Em **2008<sup>2</sup>**, nota-se que num total de **39.3 Milhões USD gastos**, a contribuição do Governo de Angola representou 80,44%. A afectação de recursos concentrou-se nas seguintes áreas prioritárias de intervenção de Governo: Prevenção 41,95%, Tratamento 34,55%, e Administração e Gestão com 23,16%. Neste último componente incluiu-se os custos relativos à conservação e distribuição de meios, construção de infra-estruturas e despesas com pessoal. (Tabela No. 8 - abaixo).

Durante o exercício **2009<sup>3</sup>**, os gastos totais foram **de 33.714 milhões USD**, e o aporte do Governo representou 73,73 %. A concentração de despesas manteve-se nas mesmas áreas.

Se compararmos os desembolsos do Governo em 2008 e 2009, observa-se um decréscimo global de cerca de 21,40%. Para o biénio 2008-2009 as despesas suportadas pelo Governo foram de **56.464 Milhões USD**, o que corresponde a 77,34% do total de 7.007 Milhões USD gastos durante o biénio. As áreas temáticas que beneficiaram maioritariamente de recursos nacionais acumulados de 2008 e 2009 foram: Prevenção com 39,83%; Tratamento 34,64% e Administração e Gestão 25,04%<sup>4</sup>.

### Financiamento Externo

A contribuição financeira externa na Luta Contra o VIH e SIDA em Angola é proveniente fundamentalmente do Fundo Global, das Agências Externas acima referidas e do Banco Mundial cujo Gestor é o Projecto HAMSET.

Em 2008, o aporte total dos parceiros externos foi de **7.687 Milhões USD** que representa 19,56% do total das despesas realizadas no mesmo ano. A contribuição do Fundo Global destaca-se dentro dos parceiros tendo representado 87,79% das despesas totais do financiamento externo em 2008. Os recursos foram prioritariamente alocadas nas componentes de: Prevenção 25,51%, Tratamento 52,09%, Administração e Gestão 13,02% e Recursos Humanos 7,92%. Os serviços terciarizados á ONG's atingiram os 11,72% das despesas totais dos parceiros.

Em 2009, as despesas dos parceiros totalizaram **8.856 Milhões USD** e as áreas de concentração de recursos continuaram a ser as mesmas embora com melhoria significativa na Prevenção e Recursos Humanos. Assim, as despesas foram alocadas da seguinte forma: Prevenção 23,69%, Tratamento 43,60%, Administração e Gestão 12,75% e Recursos Humanos 13,63%. Comparativamente ao ano anterior, nota-se um crescimento de 15,22% como demonstrado no gráfico 6.

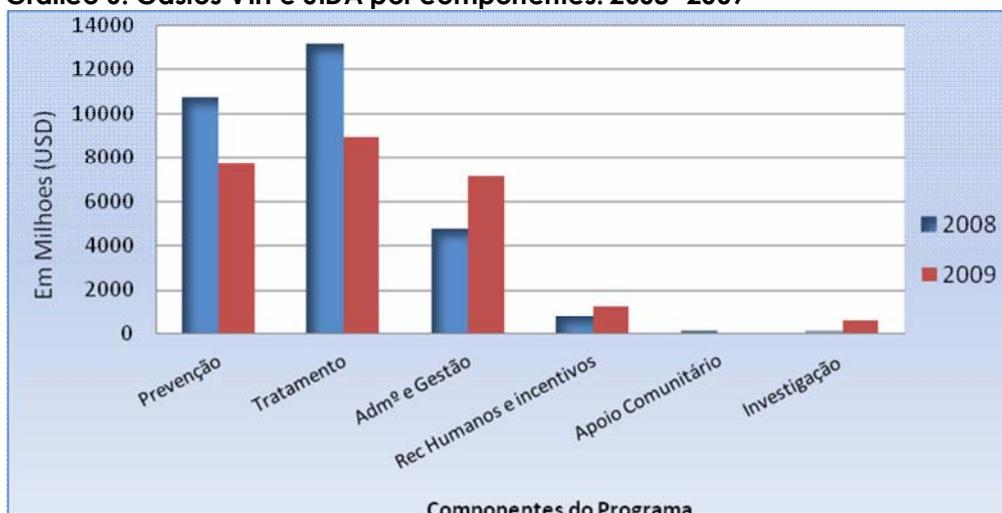
---

<sup>2</sup> Taxa de cambio: 1 USD = 75,125 Kz.

<sup>3</sup> Taxa de cambio: 1 USD = 79,295 Kz.

<sup>4</sup> Considerou-se os recursos nacionais alocados á área temática com o total disponibilizado pelo Governo em 2008 e 2009.

**Gráfico 6: Gastos VIH e SIDA por componentes. 2008- 2009**



Fonte: Registos Financeiros somente do INLS

As despesas totais acumuladas **(2008 e 2009)** dos parceiros foram de **16.543 Milhões USD** seja 22,66% do total geral disponibilizado a nível interno e externo (73.007 Milhões USD). As informações desagregadas na Tabela 6 – abaixo, mostra a concentração dos recursos disponibilizados pelo OGE e pelos parceiros nas seguintes componentes: Prevenção, Tratamento, Administração e Gestão Recursos Humanos, Apoio comunitário e Investigação.

**TABELA 6: GASTOS COM VIH e SIDA POR COMPONENTES E FONTE 2008-2009 (U.M.1000 USD)**

COMPONENTE	OGE*		HAMSET (Banco Mundial)		FUNDO GLOBAL		NAÇÕES UNIDAS		TOTAL		%	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Prevenção	13257	9230	622	90	1253	2008	86	0,00	15218	11328	38,73	33,60
Tratamento	10920	8641	116	ND	3888	3854	0,00	0,00	14924	12495	37,98	37,06
*OCV	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0,0	0,0
Admº e Gestão	7320	6817	ND	ND	1001	1129	ND	ND	8321	7946	21,18	23,57
Rec Humanos e incentivos	109	54	ND	202	559	671	50	334	718	1261	1,83	3,74
Apoio Comunitário	ND	ND	65	ND	ND	ND	ND	ND	65	ND	0,17	
Investigação (estudo serop.)	ND	116	ND	0,00	47	420	0,00	148	47	684	0,12	2,03
<b>TOTAL</b>	<b>31606</b>	<b>24858</b>	<b>803</b>	<b>292</b>	<b>6748</b>	<b>8082</b>	<b>136</b>	<b>482</b>	<b>39293</b>	<b>33714</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Registos Financeiros somente do INLS

### Interpretação

Durante o biénio em análise as despesas totalizaram **73.007 Milhões USD** financiadas pelo Governo **56.464 Milhões USD (77,34%)** e **16.543 Milhões (22,66%)**. Os recursos foram canalizados para as seguintes áreas temáticas: Prevenção 26.546 Milhões USD

(36,36%), Tratamento 27.419 Milhões USD (37,56%), Administração e Gestão 16.267 Milhões (22,28%), Recursos Humanos 1.979 Milhões (2,71%). Não obstante o esforço em melhorar as acções preventivas, nota-se ainda um insuficiente investimento no apoio aos jovens dentro e fora do sistema escolar, programas que apenas beneficiaram de 0,24%. Nota-se igualmente o fraco apoio ao nível comunitário, durante o biénio os projectos em seu benefício representaram 0.09%. Deve-se iniciar a recolha de informação e criação de projectos a favor dos órfãos e crianças vulneráveis, estas importantes componentes não beneficiaram de nenhum projecto durante o biénio. De igual modo se deve intensificar a implementação de projectos nos locais de trabalho e melhorar a comunicação relativa aos recursos mobilizados e executados para uma melhor planificação e visão de áreas que carecem de uma maior atenção.

### 3.1.2. POLÍTICAS, NORMAS E ESTRATÉGIAS AO NÍVEL NACIONAL SOBRE VIH E SIDA

Pela terceira vez, Angola está a preparar o Relatório de UNGASS, a fim de conhecer e analisar o avanço e os passos dados em relação as metas definidas pelo País em relação ao alcance do Acesso Universal em 2010 (componentes da prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao VIH).

O Relatório está dividido em duas Partes:

Parte I – Características da Epidemia Nacional de VIH e;

Parte II – Contexto e Recursos da Resposta Nacional à Epidemia do VIH. A parte II é analisada a partir do ICPN, que é um índice composto da Política Nacional, concebido para medir o progresso no desenvolvimento e na implementação das políticas e estratégias nacionais em relação ao VIH e SIDA pelo Governo, Organizações Não Governamentais e pelas Organizações Internacionais.

**Tabela Resumo do ICPN angola 2009**

AREA DE INTERVENÇÃO	2005	2007	2009
Esforços de planificação estratégica do país em VIH e SIDA	4	7	7
Apoio político para o VIH e SIDA	4	7	8
Esforços para a implementação de programas de prevenção em VIH e SIDA	6	8	8
Esforços dedicados a execução de programas de Tratamento, cuidados e apoio	4	7	8
Esforços para satisfazer as necessidades das crianças órfãs e outras vulneráveis	3	4	6
Esforços para aumentar a participação da sociedade civil	4	8	7
Políticas, leis e regulamentos em vigor que visam promover e proteger os direitos humanos no contexto do VIH e do SIDA	3	5	5
Esforços em Monitoria e Avaliação do Programa do VIH e SIDA	3	6	6

## **PLANO ESTRATÉGICO**

### **PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007**

Relativamente a esta área, considera-se que houve uma maior consolidação do Plano Estratégico 2007 – 2010 com ênfase para a implementação das componentes de PTV, ATV e TARV. Nota-se uma evolução significativa em termos de cobertura quer do ponto de vista de indicadores de progresso como de processo. Houve também uma notória melhoria da coordenação do INLS com os diferentes parceiros da luta contra o VIH e SIDA no País (outros programas de saúde como Saúde Reprodutiva, sociedade civil, cooperação multi e bilateral , sector público e privado).

Vários ministérios e empresas públicas e privadas têm um plano estratégico orçamentado para as actividades junto dos seus trabalhadores e famílias , contribuindo assim para a expansão das acções previstas no PEN.

A melhoria da componente de vigilância epidemiológica permitiu melhorar o sistema de planificação, principalmente a nível provincial, bem como assegurar a inserção da expansão das actividades no plano de desenvolvimento do Ministério da Saúde que inclui o fortalecimento do sistema de saúde, recursos humanos, infraestruturas e sistema logístico.

A realização do estudo de seroprevalência associado a análise dos comportamentos , atitudes e práticas , serve de base para a revisão do PEN 2010 em curso.

### **PRINCIPAIS DESAFIOS**

- Aumentar a capacidade financeira e técnica dos Governos Provinciais para operacionalização do PEN a nível das províncias.
- Expansão dos serviços a todos os municípios do País, incluindo a formação de recursos humanos e monitoria e avaliação.

## **SUPORTE POLÍTICO**

### **PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007**

Durante o período em análise, verificou-se um maior envolvimento e comprometimento político aos vários níveis de parceria: sociedade civil – ONGs, PVVIH, empresas, igrejas, etc -, sector público e privado, como resultado da melhoria da coordenação e do apoio técnico e financeiro do INLS a sociedade civil e sector público e privado.

### **PRINCIPAIS DESAFIOS**

- A regulamentação e funcionamento efectivo do secretariado executivo da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLSE) continua a ser uma grande preocupação, principalmente por parte dos parceiros.

Assegurar maior envolvimento e participação da sociedade civil incluindo PVVIH e sector privado na CNLGE.

- Advocacia junto dos organismos internacionais para aumentar o apoio com recursos técnicos e financeiros.
- Existe ainda a necessidade de um maior envolvimento político para a regulamentação da lei do VIH e SIDA, ainda em curso.

## **PREVENÇÃO**

### **PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007**

Aumentou significativamente o número de ONGs que participam na luta contra a SIDA e a qualidade das suas intervenções (o número de ONGs com projectos elaborados e implementados a nível comunitário e em grupos específicos, bem como no local de trabalho em empresas publicas e privadas).

Houve também uma intensificação das medidas para garantir o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio no país. Um destes exemplos é a aprovação da estratégia de comunicação, cujo a implementação está em curso.

Os serviços de AT foram expandidos para além das capitais provinciais em unidades fixas de 154 em 2007, para 496 móveis e 77 fixas em 2009. É importante realçar que os dados reportados em 2007 foram até Outubro que faziam 154 serviços de AT com a melhoria da recolha da informação foram informados mais 22 serviços para um total de 176.

A integração do PTV nos centros de saúde da rede estatal e inclusão da testagem para o VIH nas clínicas com serviços de pré-natal, permitiu a expansão das actividades de PTV: o número de unidades prestadoras de serviços de PTV aumentou de 57 em 2007, para 177 em 2009.

O número de gestantes testadas em 2009 (203.463) aumentou em 51,6% comparativamente a 2007 (98.539), demonstrando um enorme avanço da implementação de acções programáticas de VIH. Todos esses serviços encontram-se actualmente disponíveis nas 18 províncias do país.

Igualmente, a mobilização das forças armadas angolanas (FAA) na prevenção ao VIH, foi um ganho alcançado. O Programa que está a ser implementado envolve um conjunto de medidas que tornaram as FAA uma das únicas Forças Militares no mundo com um programa completo de prevenção e tratamento estabelecidos nas regiões militares do país.

### **PRINCIPAIS DESAFIOS**

- Finalização do PEN 2010-2014, com a inclusão de estratégias específicas que visam a protecção de grupos vulneráveis como camionistas, homens que fazem

sexo com homens, profissionais de sexo e usuários de drogas e.v. Existe ainda a necessidade da elaboração de estudos comportamentais para monitorização das acções de IEC junto da comunidade, principalmente grupos de risco para a adopção de novos métodos e estratégias efectivas para o controlo da epidemia.

- Funcionamento efectivo da subcomissão nacional de M&A a nível do INLS, com inclusão da sociedade civil e sector privado.
- Expansão dos serviços de ATV, PTV e TARV aos 164 municípios do país, com atenção especial aos recursos humanos, logísticos e M&A.

## TRATAMENTO, CUIDADOS E APOIO

### PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007

O número de pessoas vivendo com VIH (PVVIH) em acompanhamento, tem vindo a aumentar, fruto da expansão de unidades sanitárias que oferecem estes serviços e consequentemente da melhoria do acesso e disponibilidade aos mesmos. O número de adultos e crianças com infecção avançada pelo VIH que actualmente recebe gratuitamente terapia antiretroviral passou de 7.884 em 2007 para 20.640 em 2009. A TARV na grávida passou de 7,37% em 2007 para 16,3% em 2009, com sucesso na prevenção da transmissão vertical do VIH.

**Existe Melhoria do apoio laboratorial:** Os exames de cinfometria são feitos nas 18 províncias do país e foi aberto um novo laboratório de biologia molecular no INLS.

Existem vários Grupos de Adesão e Ajuda Mútua principalmente a nível das capitais provinciais nomeadamente em Luanda: Hospital Esperança, UBA, LPV, AAS, Mwenho, Acção Humana (Municípios da Samba, Rangel, Cazenga e Kilamba Kiaxi); Benguela: ALPS; Huíla: ASPALSIDA; Cunene: ANEA e ETUNGAFANO.

A integração dos mecanismos de protecção social das Crianças Órfãs e Vulneráveis ao VIH na política nacional foi uma conquista neste período.

### PRINCIPAIS DESAFIOS

- Expansão dos serviços à todo o país incluindo os restantes municípios (capacitação de recursos humanos, logística para assegurar stock de ARVs, monitoria e avaliação).
- Promover o aumento da adesão ao tratamento, sobretudo com maior envolvimento da sociedade civil, líderes tradicionais, religiosos e grupos de auto-ajuda, principalmente a nível dos municípios.
- Garantir o diagnóstico e tratamento gratuito das outras Infecções de transmissão sexual a nível dos centros de saúde primários.
- Coordenação com programa da Tuberculose para assegurar a gestão efectiva e coordenada da co-infecção TB/VIH.
- Promover cursos de formação para empresas e ONGS relativos a cuidados e apoio aos PVVIH.

## **PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

### **PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007**

Aumentou significativamente o número de ONGs que participam na luta contra a SIDA e a qualidade das suas intervenções a nível nacional. Há um maior envolvimento de todos os sectores, atribuídas a uma melhor relação política entre o Governo e a sociedade civil.

A sociedade civil, incluindo PVVIH tem um papel político bastante activo na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas, relacionadas com o VIH (através do MCN do Fundo Global e grupos técnicos do INLS).

O financiamento de projectos da sociedade civil cresceu principalmente com os projectos do FGATM, do Projecto HAMSET (Banco Mundial) e do próprio INLS.

Houve uma maior descentralização da sociedade civil com a criação de organizações nas províncias e maior envolvimento de organizações baseadas na fé, esta foi acompanhada de actividades para reforço institucional, permitindo maior participação das organizações da sociedade civil nos concursos para obtenção de fundos.

### **PRINCIPAIS DESAFIOS**

- Aumentar o acesso das ONGs aos fundos do Governo acompanhada de acções pontuais para o Reforço da capacidade institucional da sociedade civil, sobretudo a nível periférico. Só assim podem-se garantir a expansão e descentralização da rede de ONGs, com recursos financeiros e humanos adequados para a prestação de actividades de prevenção, cuidados e apoio.
- A necessidade de aumentar as acções de advocacia para inclusão da sociedade civil na Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias.
- Institucionalização e legalização do CEC, reforçando o seu papel junto do MAPESS.

## **DIREITOS HUMANOS**

### **PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007**

A actuação do governo melhorou principalmente com a expansão dos serviços de diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio com ARVs às pessoas infectadas.

O aumento da participação da Sociedade Civil, incluindo das PVVIH na elaboração de leis e regulamentos com realce para a lei 8/04 do VIH, em que foi feito vários esforços para a sua total regulamentação, disseminação e divulgação para posterior aplicação.

## **PRINCIPAIS DESAFIOS**

- Finalização do processo de regulamentação para aplicação da lei 8/04 de 1 de Novembro sobre VIH e SIDA e do decreto nº 43/03 de 4 de Julho sobre VIH/SIDA, emprego e formação profissional, de modo a assegurar os direitos das PVVIH.
- Inclusão da sociedade civil e PVVIH na Comissão Nacional de Luta contra o VIH e SIDA e Grandes Endemias.

## **MONITÓRIA E AVALIAÇÃO**

### **PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS NESTA ÁREA DESDE 2007**

Desde 2007, a área de Monitoria e Avaliação (M&A) apresenta melhorias consideráveis. Há uma maior atenção com vista a documentar os indicadores permitindo medir as acções do programa nacional, produtos disponibilizados e benefícios causados pelo programa junto da população.

O Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional é composto por 53 indicadores, sendo cinco indicadores de impacto, 14 de resultados e 20 de insumos, cujo o objectivo é acompanhar as intervenções e acções previstas no Plano Estratégico Nacional para o Controlo das ITS, VIH e SIDA 2007–2010. Toda a informação epidemiológica é semestralmente publicada através do site [www.sida.gov.ao](http://www.sida.gov.ao) e num boletim oficial.

Notória melhoria no sistema de notificação e reporte das províncias para o INLS, resultado do aumento em qualidade dos técnicos adstritos as áreas a nível central e provincial.

Elaboração do protocolo para conduzir metodologicamente os estudos de Vigilância Sentinela no período de 2009 até 2013, com base nas recomendações da OMS e ONUSIDA.

Realização de inquéritos CAP, de seroprevalência, incidência e resistência primária do VIH aos antiretrovirais para monitorar e caracterizar a epidemia no país.

## **PRINCIPAIS DESAFIOS**

- Os principais desafios consistem em melhorar a coordenação e o cumprimento dos calendários de envio de relatórios. Dado o atraso registado no envio dos relatórios mensais, verifica-se a necessidade de continuar a trabalhar com as equipas locais para a melhoria da qualidade da informação.

## **3.2. PROGRAMAS NACIONAIS**

### **3.2.1. SANGUE SEGURO**

A Política Nacional de Transfusão de Sangue em Angola, é parte da política nacional de saúde e tem como objectivo geral assegurar o acesso ao sangue seguro a todos doentes que o precisarem. Os objectivos específicos desta política consistem em: Promover o recrutamento e retenção de doadores voluntários e não remunerados, provenientes da população de baixo risco; assegurar a testagem de 100% das unidades de sangue para as principais infecções transmissíveis pela transfusão e promover o uso racional do sangue e seus componentes.

O Centro Nacional de Sangue (CNS) é uma instituição do Ministério da Saúde que coordena as acções de doação, testagem e qualidade de sangue no país que começou a funcionar como serviço de Hemoterapia em 1950, no hospital Maria Pia em Luanda. Paulatinamente, estes serviços foram expandidos para outras unidades sanitárias, nomeadamente: Hospital São Paulo e Maternidade de Luanda. Após a independência, formaram-se os primeiros quatro técnicos de hemoterapia no exterior do país (Suécia) em 1985 e no mesmo ano foram criados postos avançados de transfusão nos diferentes hospitais de Luanda. Actualmente existem 13 unidades que transfundem na província de Luanda. A testagem do sangue começou a expandir-se a partir dos anos noventa (90), com a criação de serviços inicialmente nas capitais provinciais. Em 2000 a testagem de sangue cobriu todo o país. Até 2005 existiam 65 serviços de hemoterapia e nos últimos três anos foram-se abrindo outros, acompanhando a construção de novos hospitais em todo país. Actualmente existem 90 unidades.

A doação de sangue em Angola é feita maioritariamente por doadores familiares ou de reposição que constituem 75% e apenas 25%, são doadores voluntários em Luanda. No resto do país, o número de doadores voluntários varia de 5 à 10%.

Para o rastreio das infecções transmissíveis pela transfusão foram estabelecidos como principais testes para o despiste de Infecção pelo VIH; Sífilis, Hepatite B, Hepatite C e Malária. Em Luanda, para testagem de sangue, usam-se os testes pelo método Elisa para VIH1, VIH2, antigénio HBs e HCV; para a sífilis usa-se VDRL e para a pesquisa de plasmódio o exame de gota espessa. A nível das províncias usam-se testes rápidos para o VIH1, VIH2, Antígeno HBS e HCV; e RPR para a sífilis.

Segundo as normas internacionais, Angola precisa de 20 doações por 1000 habitantes por ano. Isto significa que o país (18.5 milhões de habitantes) precisa de 280.000 unidades de sangue por ano, para satisfazer as suas necessidades. Segundo os dados do Centro Nacional de Sangue (sector público)<sup>5</sup> em 2008, o país recolheu e testou 67.625 unidades de sangue e em 2009 testou 67.291 para todas as infecções e destas

---

<sup>5</sup> Dados do sector privado não disponíveis.

17.256 foram avaliadas com controlo de qualidade. Isto significa que o país suporta apenas 24% das necessidades previstas.

**Tabela 7: Indicador 3: Percentagem de unidades de sangue doadas avaliadas por VIH com controlo de qualidade**

Método de Medição	Anos
	2009
<b>Numerador:</b> Número de unidades de sangue segura doados e avaliados por centro nacional de sangue que seguiu os padrões nacionais e participou num esquema de controlo de qualidade externo	17.256
<b>Denominador:</b> Número total de unidades de sangue doadas	67.291
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>25,6</b>

Fonte: Centro Nacional de Sangue, 2009

### Acções Desenvolvidas entre 2008 à 2009

O CNS tem quadros técnicos responsáveis pela testagem e qualidade de sangue. Tem desenvolvidos alguns procedimentos operacionais padronizados (POP's), faz controle de qualidade interno sobre as unidades de sangue doada e possui um plano de formação. Entretanto ainda não tem elaborada a política nacional de qualidade, o manual de qualidade e os padrões nacionais de qualidade. Esta actividade esta a ser implantada nas províncias de Luanda e Cabinda este ano, enquanto os planos de expansão para o resto do país estão já planificados.

O CNS tem desenvolvido várias acções de formação com a participação de técnicos de todo o País. Desde o ano 2000 pelo menos duas acções por ano e vários seminários em Luanda para os técnicos de postos avançados e também de outras províncias. Realizou em 2008 um Workshop regional para os Países de Língua Oficial Portuguesa (Africanos), sobre a dádiva benévola de sangue.

Em 2009 organizou-se as II Jornadas Luso-Africanas de Medicina Transfusional para os países de língua oficial portuguesa com apoio do Instituto Português do Sangue, com a participação de técnicos do CNS em vários fórum Internacionais sobre hematologia, hemoterapia, doação de sangue e outros e formação dos prescritores de transfusão sobre uso criterioso do sangue para diminuir transfusões desnecessárias.

O CNS conta com apoio da União Européia, que está a equipar centros de cinco províncias e o Fundo Global, centros de hemoterapia das restantes 13 províncias do país.

### Perspectivas/Desafios e acções chaves:

- Aumentar o número de doadores voluntários, atingindo a meta de 100% do biénio anterior.
- Promover que as colheitas de sangue possam ser da responsabilidade dos centros provinciais que igualmente chamarão a si todo o processo do sangue, distribuindo o mesmo as unidades de hemoterapia hospitalar que por sua vez apenas se encarregarão de dar resposta as solicitações transfusionais: Testes pré-transfusionais, transfusão e seu seguimento,

- Garantir a testagem de 100% do sangue doado e transfundir apenas sangue triado e negativo para doenças transmissíveis por transfusão,
- Garantir a disponibilidade de sangue seguro em todas as unidades hospitalares
- Apostar na formação de médicos especialistas de modo a ter pelo menos 1 médico em cada hospital provincial,
- Implementar o sistema de qualidade nos serviços de hemoterapia
- Aprovação urgente da legislação do CNS pela Assembléia Nacional de Angola,

### **3.2.2. ACONSELHAMENTO E TESTAGEM**

Como contribuição ao esforço para alcançar o Acesso Universal para a prevenção, tratamento, atenção e apoio as pessoas infectadas o Escritório Regional da OMS para a África tem estabelecido as normas e guias operacionais para expandir o acesso ao Aconselhamento e Testagem (AT), tal como ficou assegurado na Declaração de Compromisso sobre o VIH e SIDA.

Com o objectivo de dinamizar os serviços prestados e melhorar o prognóstico, a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo VIH e o estilo de vida das populações, o Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA (INLS), tem expandido o Programa de Aconselhamento e Testagem (AT) em todo o país, incluindo as comunas (Tabela 8).

A partir de 2004, com a criação do Hospital Esperança em Luanda e do seu CAT, passou-se a atender as questões psico-sociais da epidemia do VIH e SIDA pela primeira vez e para dirimir as dúvidas das pessoas necessitadas de conhecer sua situação serologica respeito ao VIH.

Em 2006, é criado o Manual das Sessões de Aconselhamento e Testagem Voluntária, convindo o aprimoramento técnico e científico dos técnicos dos CATs, motivando cada vez mais o INLS em parceria com delegações de Saúde Pública e parceiros a preocuparem-se com o aprimoramento dos profissionais locais envolvidos directamente no seu trabalho.

Em 2007, o INLS incrementou a sua atenção na garantia de qualidade das intervenções através do programa de VIH e Sida, visitas de supervisão pelo pessoal do INLS, do Departamento de Saúde Reprodutiva da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e das Direcções Provinciais de Saúde (DPS) (em todas as áreas do programa, incluindo medicamentos) para todas as províncias são realizadas, em conjunto com o coordenador provincial para a SIDA e parceiros de execução. Estas visitas focam-se em: manutenção de registos, o nível de integração com outros serviços, acompanhamento clínico, incluindo acompanhamento de aderência, a perda de seguimento, entre outros.

Hoje, os Serviços de Aconselhamento e Testagem (AT) em Angola constituem uma experiência singular integrada na implantação das acções de prevenção entre a população geral e segmentos populacionais específicos, como PTV, adultos, pediatria e mais recente clinicas moveis, pois para além do diagnóstico serologico da infecção

do VIH, oferecem à população, acções de comprovada eficácia no que diz respeito ao enfrentamento da epidemia, por meio do aconselhamento e das actividades de sensibilização.

Existe uma Legislação, a lei nº 8/04 de 1 de Novembro para proteger a confidencialidade das PPVVIH, atribuindo direitos e deveres não só as pessoas com o VIH, mas também, aos profissionais de Saúde, a população em geral e a todos os actores envolvidos no processo da resposta positiva e eficaz ao VIH e SIDA.

Os serviços de AT começaram em Angola com oito sítios em 2003, a partir deste ano começou uma expansão destes serviços nas 18 províncias do país o que permitiu incrementar em cada ano o número de pessoas atendidas. A tabela 8, descreve o número de serviços de AT criados a partir de 2003 e seu impacto na acessibilidade aos serviços o que se reflete no crescimento dos utentes por ano. Os serviços que oferecem AT atendem adultos, crianças e mulheres grávidas. De 2007 e 2008, o número de pessoas atendidas nos sítios aumentou um 96% e o número de sítios de AT aumentou 65%.

**Tabela 8: Número de serviços e pessoas atendidas através dos serviços de AT por ano de 2003-2009.**

<b>Ano de implantação</b>	<b>No. de serviços de AT</b>	<b>No. de pessoas atendidas/testadas</b>
<b>2003-2007</b>	176	161.349
<b>2008</b>	86	277.377
<b>2009</b>	234	373580
<b>Total</b>	496	812306

Fonte: Relatórios INLS

Nota: De salientar que existem mais 16 serviços de AT de outros sectores públicos criados em 2009, mas não se dispõem no momento de números de pessoas atendidas e testadas nestes serviços.

Para medir o número de pessoas que fizeram o teste de VIH e conhecem seus resultados se utilizou resultados dum inquerito representativo a nível nacional.

#### **Indicador 7: Percentagem de mulheres e homens de 15 a 49 anos de idade que se submeteu ao teste do VIH nos últimos 12 meses e conhece os resultados**

O objectivo deste indicador é avaliar os progressos realizados na implementação dos serviços de Aconselhamento e Testagem para o VIH.

A metodologia para medir este indicador foi através do Inquérito do Bem Estar Social da População (IBEP, 2009) ao nível da população geral entre mulheres e homens de 15 aos 49 anos de idade. A amostra total foi de 23,651 pessoas. Durante as entrevistas, foram feitas duas perguntas para determinar se a pessoa fez o teste de VIH nos últimos 12 meses e se recebeu seu resultado. As duas perguntas foram:

1. "Não quero saber seu resultado, mas fizeste o teste de VIH nos últimos 12 meses?"
2. "Se a resposta for afirmativa: Não quero saber seu resultado, mas conhece os resultados do teste?"

**Tabela 9: Indicador 7: População com 15-49 anos de idade que fez o teste do VIH e SIDA nos últimos 12 meses e recebeu o resultado**

Método de Medição	Homens					Mulheres			
	Total	Total	15-19	20-24	25-49	Total	15-19	20-24	25-49
<b>Numerador:</b> Número de inquiridos de 15 aos 49 anos de idade que se submeteu ao teste do VIH durante os últimos 12 meses e conhece os resultados.	2.213	713	49	98	566	1.500	205	371	924
<b>Denominador:</b> Número de todos os inquiridos de 15 aos 49 anos de idade.	23.651	11.031	2.896	2.180	5.955	12.620	3.108	2.457	7.055
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>9,4</b>	<b>6,5</b>	<b>1,7</b>	<b>4,5</b>	<b>9,5</b>	<b>11,9</b>	<b>6,6</b>	<b>15,1</b>	<b>13,1</b>

Fonte: IBEP, 2009 (Estudo MICS)

### Interpretação

O número de pessoas que responderam haver feito o teste de VIH nos últimos 12 meses e receberam seus resultados foi de 9,4% que representa uma maior percentagem de respostas positivas em relação à 2007 (5,4%). A percentagem de mulheres que responderam positivamente foi de 11,9% sendo maior que a dos homens. As respostas positivas entre os homens foi maior na faixa etária 25-49 enquanto que, para as mulheres, foi na faixa etária 20-24. Observa-se maior percentagem de respostas positivas em mulheres do que em homens. O resultado indica que as mulheres acedem com mais frequência aos serviços e têm maior informação sobre seu estado serológico.

**Tabela 10: População de 15-49 anos de idade que conhece o lugar para fazer o teste do VIH, fez o teste nos últimos 12 meses e recebeu o resultado por área de residência, sexo e faixa etária.**

		Conhece um lugar para fazer o teste	Fez o teste nos últimos 12 meses	Fez o teste nos últimos 12 meses e recebeu o resultado	Número de pessoas com 15-49 anos
Área de residência	Urbano	76,6	14,5	13,8	13.745
	Rural	24,0	3,5	3,1	9.906
Sexo	Homens	57,5	6,8	6,4	11.031
	Mulheres	52,0	12,6	11,9	12.620
Idade	15-19 anos	44,5	4,6	4,2	6.004
	20-24 anos	62,8	11,0	10,2	4.636
	25-49 anos	56,3	12,0	11,5	13.010
<b>Valor do Indicador</b>		<b>54,6</b>	<b>9,9</b>	<b>9,4</b>	<b>23.651</b>

Fonte: IBEP, 2009

A tabela 10 mostra a diferença entre as pessoas que conhecem um lugar para fazer o teste de VIH, 54,6% e que fizeram o teste nos últimos 12 meses, 9,9%, tanto nas áreas

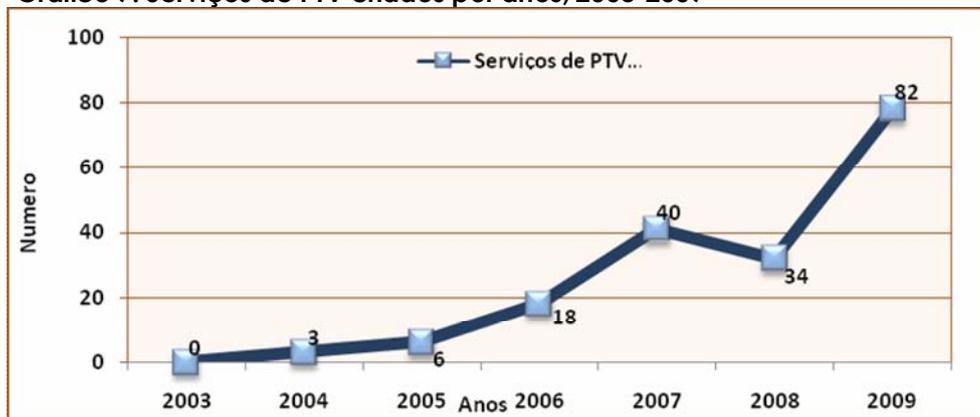
urbanas e tanto nas áreas rurais como entre homens e mulheres. Estes resultados mostram a necessidade de mais informação sobre as razões pelas quais a população não acede aos serviços para fazer o teste de VIH.

### 3.2.3. PREVENÇÃO MATERNO-INFANTIL

A prevenção da transmissão vertical converteu-se num dos componentes essenciais para o combate da infecção no mundo em geral e em particular em Angola. Neste sentido, o Governo da República de Angola apostou, desde cedo, neste programa para o combate ao VIH e SIDA, além de outras estratégias de combate a epidemia. Actualmente esta estratégia constitui umas das grandes prioridades do país visando a redução da mortalidade materno-infantil e contribuindo para o alcance dos Objectivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Em 2004 os primeiros serviços de PTV foram implantados em três unidades de saúde como projecto piloto na capital da país. Posteriormente no ano 2005-2006 iniciou-se a extensão às 18 capitais provinciais. A partir de 2007, com o propósito de expandir estes serviços em unidades com consultas pré-natais, adoptou-se a estratégia de integrar o programa de PTV nos programas de Saúde Reprodutiva permitindo maior acesso das grávidas ao diagnóstico e tratamento. Neste momento, dos 164 Municípios existentes, foram implantados em 111 Municípios (77,7%).

**Gráfico 7: Serviços de PTV criados por anos, 2003-2009**

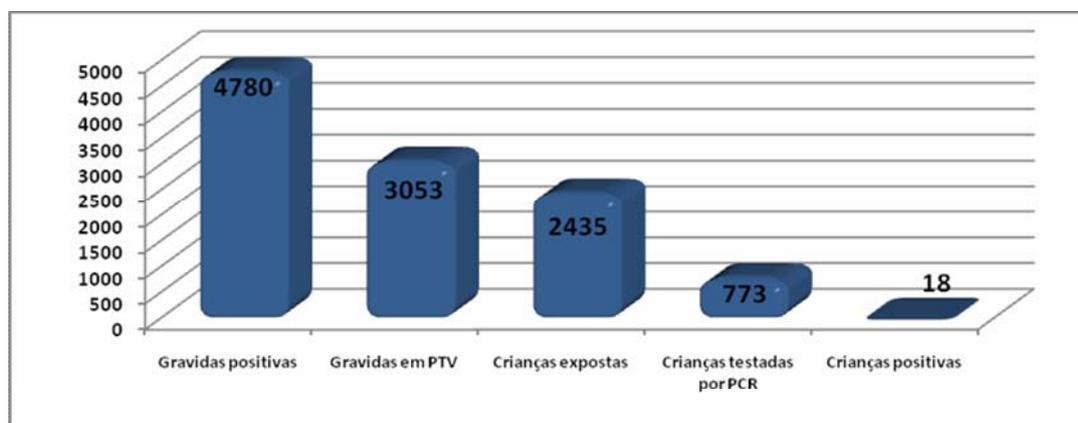


Fonte: INLS, Estatísticas do Programa

De 2004 à 2009 foram testadas um total de 512.441 gestantes. Nos últimos três anos o número de mulheres grávidas testadas tem aumentado de 98.539 em 2007 para 203.463 em 2009, sendo um incremento de 51,6%, paralelo à extensão dos centros que oferecem aconselhamento e testagem a gestante em todo o país (Gráfico 7).

Em 2009 foram testadas 203.463 gestantes dos quais resultaram 4.780 positivas, onde 3.053 (64%) iniciaram profilaxia resultando em 2435 crianças expostas. Destas foram testadas por PCR 773, sendo 18 positivas (2,3%) (Gráfico 8).

**Gráfico 8: Distribuição de mulheres grávidas positivas, em PTV e crianças expostas, testadas e positivas, 2009**



Fonte: INLS, Estatísticas dos Serviços de PTV e Estudo de Diagnostico Precoce Infantil de VIH em Crianças expostas, Fase Piloto em Angola, 2009

**Indicador 5: Porcentagem de grávidas VIH positivas que receberam os medicamentos antiretrovÍricos para reduzir o risco de transmissão materno-infantil**

O objectivo é avaliar os progressos alcançados na prevenção da transmissão materno-infantil do VIH. A metodologia para medir este indicador utiliza os dados recolhidos dos registos de PTV do programa de vigilância do país compilados a nível nacional para determinar o numerador. Para o denominador, utilizam-se os dados do Estudo de seroprevalência em mulheres grávidas de 2009 introduzidos no programa Spectrum para determinar o número estimado de grávidas infectadas pelo VIH em 2008 e 2009 e validados com os dados do Programa de Saude Reproductiva do MINSA.

**Tabela 11: Indicador 5: Percentagem de grávidas VIH positiva que recebeu fármacos antiretrovÍricos para reduzir o risco de transmissão materno infantil.**

Método de Medição	Anos	
	2008	2009
<b>Numerador:</b> Número de grávidas infectadas pelo VIH que receberam medicamentos antiretrovÍricos durante os últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão materno-infantil	2.562	3.053
<b>Denominador:</b> Número estimado de grávidas infectadas pelo VIH em os últimos 12 meses	15.612	16.909
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>16,4</b>	<b>18,1</b>

Fonte: INLS, Estatísticas dos Serviços de PTV

Se compararmos os dados reportados em 2007 (ver tabela de resumo dos indicadores) e 2008 e 2009 sobre PTV verificamos que houve um incremento de cobertura na assistência de mulheres grávidas de 7,34% em 2007, 16,4% em 2008 e 18,1% em 2009.

## Impacto do PTV em Recém Nascidos

A estratégia de prevenção da transmissão vertical do VIH permite reduzir a transmissão da infecção em crianças expostas para menos de 5%. Na ausência desta intervenção a progressão da doença é rápida, levando a uma mortalidade de 50% antes dos dois anos.

No país o diagnóstico em crianças expostas iniciou-se em 2006 com a aplicação de testes serológicos rápidos a partir de 18 meses de idade. A partir de 2009, implementou-se a técnica de PCR do DNA permitindo um diagnóstico precoce em crianças nascidas de mães seropositivas a partir de seis semanas de idade<sup>6</sup>.

Segundo os dados do INLS, das 773 crianças nascidas de mães seropositivas submetidas o teste de biologia molecular (PCR), 18 resultaram positivas com uma prevalência de 2,3%. Estes resultados permitem aferir que a mulher grávida que faz a profilaxia com três ARVs e segue outras recomendações no parto e pós-parto (aleitamento) o risco de transmissão vertical reduz em 97,7%.

### **Indicador 25: Para medir o impacto dos serviços de PTV em Angola, analisam-se os recém nascidos expostos ao VIH.**

O objectivo é o de avaliar os progressos realizados na eliminação da transmissão materno-infantil do VIH.

A metodologia deste indicador calcula-se tomando a média ponderada das probabilidades de transmissão materno-infantil nas grávidas que receberam e não receberam profilaxia para o VIH; o factor que se pondera é a proporção de mulheres que receberam e não receberam diversos tratamentos profiláticos.

A meta estabelecida pelo programa de VIH em Angola para UNGASS foi: Até 2010, reduzir em 50% a transmissão vertical do VIH e SIDA.

**Tabela 12: Indicador 25: Percentagem de lactentes infectados pelo VIH que nasceram de mães infectadas.**

Método de Medição	Ano
	2009
<b>Numerador:</b> Numero estimado de lactentes infectados pelo VIH nascidos de mães positivas.	5275
<b>Denominador:</b> Média ponderada das probabilidades de transmissão materno infantil nas grávidas que receberam e não receberam profilaxia para o VIH.	192.303
<b>Valor de Indicador (%)</b>	<b>2,7</b>

Fonte: Estimativas do Spectrum, 2009

<sup>6</sup> Estudo de Diagnostico Precoce Infantil de VIH em Crianças expostas, Fase Piloto em Angola, 2009

### **Interpretação**

Em 2009, observa-se uma redução na percentagem de crianças infectadas nascidas de mães positivas (1,66%) em comparação com 2004 (3,3%) e com 2007 (3,3%). Estes dados demonstram o grande impacto da intervenção do PTV em mulheres grávidas positivas.

### **3.2.4. TRATAMENTO DO VIH: TERAPIA ANTIRETROVIRAL EM ADULTOS E CRIANÇAS**

A necessidade de acções de prevenção e tratamento como forma de potenciar o controle da epidemia é uma realidade e está bem evidente não somente em Angola como em todo o mundo. Até 2002 o sector da saúde em Angola atingia menos de duzentas pessoas em cuidados de tratamento do VIH e SIDA, sendo na maioria em clínicas privadas. Em 2004, o Ministério da Saúde de Angola (MINSa), desenvolveu uma estratégia para o acompanhamento e tratamento de PVVIH e SIDA através de um processo de consultas com os seus parceiros nacionais e internacionais, conforme o legislado no artigo 27º da lei Nº 8/04 de 1 de Novembro de 2004.

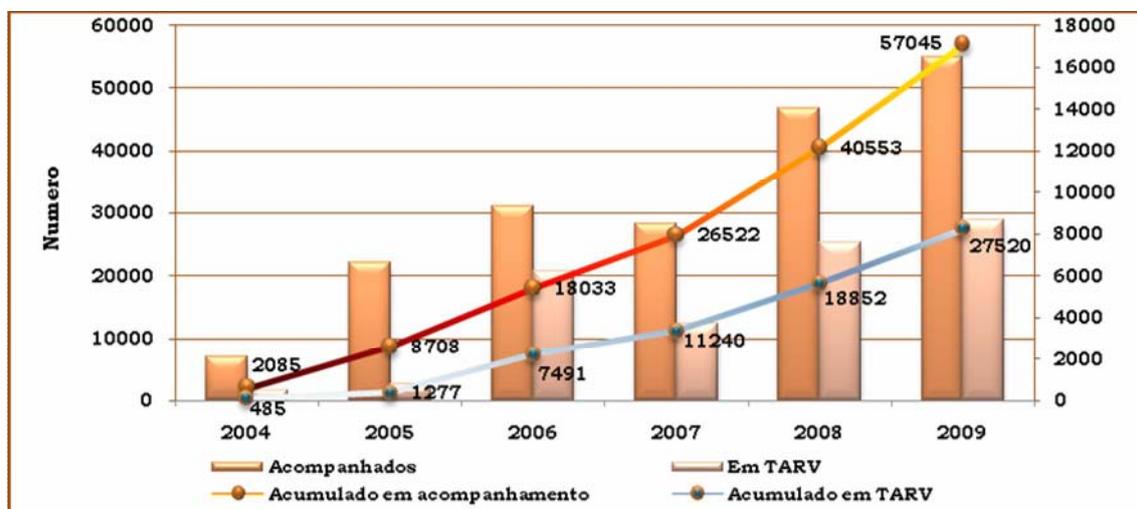
Para cumprimento dos compromissos assumidos com vista ao acesso universal, prevenção, tratamento, cuidados e apoio às pessoas vivendo com VIH e SIDA, tornou-se necessário dotar o país de uma rede de assistência de natureza preventiva/curativa, organizada e hierarquizada de modo a implementar-se gradualmente a prática de utilização de ARVs, utilizando os fármacos disponíveis no mercado mundial, seguindo sempre as recomendações da OMS existentes para TARV. Em 2004 foi criado o primeiro protocolo/normas sobre Tratamento Antiretroviral tendo sido revisto em 2006 e 2008 adaptando as novas recomendações da OMS como é com CD4  $\leq$ 350 retirada paulatina de Estavudina na primeira linha, início precoce de terapia combinada com AZT no PTV, utilização de 2ITRN + 1 ITRNN como tratamento da primeira linha, profilaxia das IOs com cotrimoxazole.

Desde a implementação desta estratégia, o número de pessoas vivendo com VIH (PVVIH) em acompanhamento, tem vindo a aumentar fruto da expansão de unidades sanitárias que oferecem estes serviços e conseqüentemente do aumento do acesso aos mesmos.

O número de sítios que oferecem tratamento antiretroviral aumentou de quatro em 2004 para 494 em 2009, distribuídos por 251 unidades de saúde fixas (do sistema nacional de saúde), e 77 móveis em 111 municípios (67,7%) dos 164 municípios do país, estimando-se uma cobertura populacional de aproximadamente 80%.

Desde 2004 até Dezembro de 2009, registaram-se um total de 57.045 (52.053 adultos, 4992 crianças) PVVIH e SIDA em acompanhamento dos quais 27.520 (adulto 25.456, crianças 2.064) iniciaram TARV através das unidades de saúde que oferecem TARV.

**Gráfico 9: Número e acumulado de adultos e crianças em TARV e acompanhamento por ano**



Fonte: INLS, Estatísticas dos Serviços de PTV

As metas para 2010 em relação ao acesso ao tratamento antiretroviral são de garantir que pelo menos 50 % das PVVIH e com indicação para o início de TARV tenham acesso a ela.

Nos últimos anos o número de pessoas em TARV e acompanhamento tem aumentado consideravelmente demonstrando os esforços do programa em assegurar o tratamento à pessoas que o precisam.

**Indicador 4: Percentagem de adultos e crianças com infecção por VIH avançada que recebem TARV.**

O indicador 4 serve para avaliar o progresso na oferta de TARV a todas as pessoas com uma infecção avançada. A metodologia utilizada foi a análise das estatísticas de TARV do programa para o numerador e a estimativa de pessoas que precisam de TARV para calcular o denominador.

**Tabela 13: INDICADOR 4: Percentagem de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada que receberam terapia antiretroviral em 2008 e 2009.**

Método de Medição	Anos	
	2008	2009
<b>Numerador:</b> Número de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada que actualmente recebem terapia antiretroviral de combinação.	14.139	20.640
<b>Denominador:</b> Número estimado de adultos e crianças com infecção pelo VIH avançada.	75.861	84.250
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>18,6</b>	<b>24,5</b>

Fonte: Estatísticas de TARV do Programa Nacional.

À medida que a pandemia do VIH progride, um número crescente de pessoas atinge estágios avançados de infecção. A terapia antiretroviral tem demonstrado a sua capacidade para reduzir a mortalidade entre os infectados, e grandes esforços estão a ser realizados no sentido de que seja acessível para 100% da população que os necessite.

Neste sentido, podemos dizer que o número estimado em 2009, pelo sistema Spectrum, para Angola, de adultos e crianças com infecção avançada pelo VIH é de 84.250, dos quais 28.059 são do sexo masculino e 40.345 do sexo feminino. A estimativa por grupos etários é de 15.846 para menores de 15 anos e 68.404 para maiores de 15 anos. O número de pessoas que actualmente estão a receber tratamento antiretroviral é de 20.640 (este dado representa uma sobrevivência de 86% dum número de acumulado pessoas registradas em TARV), pelo que a percentagem de adultos e crianças com infecção avançada pelo VIH que recebem actualmente terapia antiretroviral é de 22%.

Em 2008 este indicador foi de 18,6%. Em 2009, houve um incremento em relação à 2008 de 6.501 (32%) pessoas a receber tratamento com ARV.

Vemos que apesar de um aumento considerável do número de serviços, o número de pessoas que aderem ao acompanhamento e ao tratamento antiretroviral ao longo dos anos, ainda não são atingidas a maioria das pessoas necessitadas. As causas deste comportamento são, ente outras, a adesão da população aos serviços de diagnóstico e tratamento disponíveis, bem como o número insuficiente de recursos humanos capacitados.

### **Sobrevivência em TARV**

Um dos objectivos de qualquer programa de tratamento antiretroviral é aumentar a sobrevivência de indivíduos infectados. Como a provisão de terapia antiretroviral está se expandindo à todos os países do mundo, é também importante saber quantas pessoas deixam os programas de tratamento e entender as causas. Estes dados podem ajudar a demonstrar qual a eficácia de tais programas e quais são os obstáculos à sua expansão e melhoria.

O objectivo deste indicador é avaliar o progresso do aumento da sobrevivência com tratamento antiretroviral entre adultos e crianças infectados.

Afim de obter os dados necessários para construir este indicador realizou-se um estudo transversal utilizando um estudo Coorte em pacientes com VIH que foram atendidos entre 2008 e 2009. O universo incluiu as principais unidades de atendimento à pessoas vivendo com VIH em Luanda e outras capitais provinciais representando 82,5% das pessoas que iniciaram TARV neste período como se pode observar na tabela 16 na secção de TB-VIH. Para o levantamento dos dados utilizou-se uma matriz baseada nas variáveis contidas nos registos das unidades de saúde referidas. A fonte de informação foi os processos dos pacientes neste período.

**Tabela 14: Indicador 24: Sobrevivência depois de 12 meses do início terapia antiretroviral.**

Método de Medição	Anos	Sexo		Idade	
	2009	Homens	Mulheres	<15	>15
<b>Numerador:</b> Número de adultos e crianças que continuam vivos e em terapia antiretroviral após 12 meses do início do tratamento.	2.753	843	1910	129	2.624
<b>Denominador:</b> Total de adultos e crianças que iniciaram terapia antiretroviral em algum momento nos 12 meses anteriores ao início do período de informação.	4.491	1428	3063	176	4.314
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>61,1</b>	<b>59,0</b>	<b>62,4</b>	<b>73,3</b>	<b>60,8</b>

Fonte: Estudo Coorte, INLS 2008-2009

### Interpretação:

Na tabela 14 descrevemos a percentagem de pacientes que continuam em TARV após 12 meses, sendo maior a sobrevivência entre as mulheres estudadas e na faixa etária de menores de 15 anos. O total obtido nesta Coorte estudada foi de 61,1% de sobrevivência mas depois duma validação ficou em 75% (ajustado). Com a expansão de serviços de TARV nos últimos anos e a mudança dos critérios de CD4 em 2008, já mencionados anteriormente, pode observar-se um impacto na sobrevivência dos pacientes. Não obstante e por ser a primeira vez que o país informa sobre este indicador, não será possível, neste relatório, fazermos comparações.

### 3.2.5. CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE E VIH

A Tuberculose é um dos grandes problemas de saúde pública em muitos países do mundo, apesar dos avanços significativos relativos ao conhecimento sobre a doença e a tecnologia disponível para o seu combate. O aumento do número de casos de Tuberculose como consequência do crescimento epidémico da infecção por VIH e do aparecimento de cepas de bacilos resistentes aos medicamentos usuais, devido ao tratamento inadequado ou incompleto, constitui uma grande preocupação sanitária.

Em 2007, havia em Angola 42.000 casos de TB reportados (taxa de incidência de 226 por 100.000 habitantes). Durante os últimos 5 anos houve um aumento fixo no número anual de casos de TB informados, provavelmente resultante da melhoria do fluxo de informação.

Em 2004, no nosso país foi adoptada as estratégias de rastreio da tuberculose em indivíduos portadoras de VIH e a sua profilaxia com Isoniazida após o despiste de TB. A partir de 2007 foi implementado serviços de AT em todas as unidades que atendem pacientes com TB. O protocolo de tratamento com antiretroviral contempla as recomendações sobre a co-infecção de TB que é revisto dois em dois anos. Existe uma integração entre os programas de VIH e TB ao nível central e em curso a criação do mecanismo de coordenação de VIH e TB.

Baseando-se em dados limitados, a prevalência de co-infecção por VIH em casos de TB em Angola é relativamente baixa se comparada com a de outros países da região

Sub-Sahariana, reflectindo uma menor prevalência da infecção por VIH na população geral: 30% dos doentes hospitalizados por TB (doentes graves) e 15% de doentes em regime ambulatorial. Para efeito de comparação, com outros países da África Sub-Sahariana, estas taxas podem ser de 50%-70%.

O INLS realizou uma coleta de dados para a co-infecção em 5 províncias do país e em 5 unidades de Luanda no período de Janeiro de 2008 à Dezembro de 2009, registando 784 co-infectados. Destes, 334 com tratamento tuberculostático e TARV, dos quais 35 menores de 15 anos e 299 maiores de 15 anos.

**Indicador 6: Percentagem dos casos estimados de VIH positivos e casos incidentes de TB que receberam tratamento de TB e VIH.**

**Metodologia**

Afim de obter os dados necessários para construir este indicador realizou-se um estudo transversal utilizando o estudo Coorte aos pacientes com VIH que foram atendidos entre 2008 e 2009. O universo incluiu as principais unidades de atendimento à pessoas vivendo com VIH em Luanda e outras capitais provinciais representando 82,5% das pessoas que iniciaram TARV neste período como se pode observar na tabela 16. Para o levantamento dos dados, utilizou-se uma matriz baseada nas variáveis contidas nos registos das unidades de saúde referidas. A fonte de informação foi os processos dos pacientes neste período. Assim, para construir este indicador avaliaram-se os processos dos pacientes com VIH e em TARV que no ano de 2009 foram diagnosticados com TB.

**Tabela 15: Número de pessoas que iniciaram TARV por província.**

Províncias	2008 Início de TARV				
	Crianças	Adultos	Total	%	% acumulada
Luanda	535	3,631	4,166	54,7	54,7
Cunene	58	904	962	12,6	67,4
Benguela	49	399	448	5,9	73,3
Cabinda	34	386	420	5,5	78,8
Huíla	4	281	285	3,7	82,5
Lunda Norte	26	256	282	3,7	86,2
Moxico	2	200	202	2,7	88,9
Namibe	1	194	195	2,6	91,4
Huambo	9	116	125	1,6	93,1
Kuando Kubango	1	88	89	1,2	94,2
Bengo	7	74	81	1,1	95,3
Bié	9	70	79	1,0	96,3
Malange	7	68	75	1,0	97,3
Uíge	2	62	64	0,8	98,2
Kwanza Sul	3	47	50	0,7	98,8
Lunda Sul	2	38	40	0,5	99,4
Zaire	2	29	31	0,4	99,8
Kwanza Norte	2	16	18	0,2	100,0
<b>Total</b>	<b>753</b>	<b>6,859</b>	<b>7,612</b>	<b>100,0</b>	

Para determinar o denominador utilizou-se o número estimado nacional de pacientes com TB (45,923) e a prevalência de co-infecção TB/VIH (4.554) equivalente a 9%, segundo o último relatório da OMS (2009) cujos dados referem à 2008. Para determinar a estimativa da co-infecção (1.762) para 2009, fez-se a extrapolação da prevalência de co-infecção TB/VIH (3.146) e aplicou-se uma proporção para às cinco províncias seleccionadas que representam 56% da população do país.

**Tabela 16: Indicador 6: Casos de VIH e TB em tratamento para VIH e TB em 2009**

Método de Medição	Ano
	2009
<b>Numerador:</b> Número de adultos e crianças infectados que recebem TARV e fazem tratamento de tuberculose	359
<b>Denominador:</b> Número estimados de pessoas com tuberculose que tem VIH.	1.762
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>20,4</b>

Fonte: INLS, Estudo Coorte sobre TARV e TB em 5 províncias

### Interpretação

O estudo realizado permitiu identificar 359 pacientes co-infectados que durante o ano seleccionado estavam a fazer tratamento para ambas doenças o que representa 20,4% do total de casos com co-infecção. Destacamos que, não foram inclusos no numerador os pacientes que começaram a fazer primeiro o tratamento de TB com CD4 acima de 350 e ainda não precisavam de TARV. É igualmente a primeira vez que o país informa sobre este indicador, não sendo possível neste relatório apresentar comparações.

### 3.2.6. ÓRFÃOS E CRIANÇAS VULNERÁVEIS

Como resposta aos compromissos assumidos pelos países através da Declaração de Compromisso sobre VIH e SIDA, que resultou no UNGASS 2001 e das oito metas do Milênio, a maioria dos países de África Austral duramente atingidos pelo VIH e SIDA, levaram a cabo o Processo de Análise da Situação do Impacto do VIH e SIDA nas Crianças e nas Famílias (RAAAP), apoiados conjuntamente pela ONUSIDA, UNICEF, USAID, e PAM.

*“Acelerar a implementação do Plano Nacional de Prevenção e Redução do impacto do VIH e SIDA nas Famílias e nas Crianças de forma a: Promover políticas para a protecção da criança infectada e afectada pelo VIH e SIDA, defendendo seus direitos, apoiando as suas famílias, garantindo acesso aos serviços de cuidados básicos e criando um ambiente de não discriminação das mesmas.” – Ministério da Assistência e Reinserção Social (MINARS)*

Assim, neste sentido Angola faz parte de um conjunto de países que incorporaram este exercício numa segunda fase, por serem países de seroprevalencia relativamente baixa ou em situação de conflito ou pós-conflito. O processo de análise da Situação

do Impacto do VIH e SIDA nas Crianças e nas Famílias (RAAAP) é concebido como um processo de sistematização da informação existente, de levantamento de informações novas, de avaliação rápida das respostas existentes e de elaboração de um plano de acção para os órfãos e crianças vulneráveis.

No contexto de Angola, o processo ficou a cargo do Centro de Estudos e Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (CEIC-UCAN) privilegiando-se assim o envolvimento de uma instituição académica nacional para assegurar a sua realização. Neste sentido, foi assinado um termo de compromisso entre o MINARS, UNICEF e CEIC-UCAN e criado um Comité Orientador, composto por técnicos do Ministério da Assistência e Reinserção Social, do Instituto Nacional de Luta Contra o SIDA (INLS), do UNICEF e da ONUSIDA com a função de delinear e adaptar o processo ao país.

A fim de obter resultados positivos, a implementação de políticas e acções destinadas às crianças tornadas órfãos e vulneráveis devido ao VIH e SIDA, foi atribuído ao MINARS com objectivo de:

a) Implementar políticas e acções destinadas a redução do impacto do VIH e SIDA nas famílias e crianças, através de respostas sociais básicas, urgentes, destinadas às famílias e às crianças.

b) Acelerar a implementação do Plano Nacional de Acção e sua componente de monitoria e avaliação para Prevenção e Redução do Impacto de VIH e SIDA nas Famílias e nas Crianças.

**Indicador 10: Percentagem de órfãos e crianças vulneráveis de 0 aos 17 anos que receberam apoio externo básico gratuito para a atenção infantil.**

O indicador Nº 10 foi medido através do inquérito de IBEP que resultou em 16.8% das crianças vulneráveis e órfãos que recebem pelo menos um tipo de apoio externo além de familiar em 2009.

**Tabela 17: Indicador 10: Percentagem de órfãos e crianças vulneráveis que receberam apoio externo.**

Método de Medição	Ano
	2009
<b>Numerador:</b> Número de órfãos e crianças vulneráveis que vivem em lugares que recebem pelo menos um dos quatro apoios para cada uma das crianças	<b>473</b>
<b>Denominador:</b> Total de órfãos e crianças vulneráveis de 0 aos 17 anos	<b>2.814</b>
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>16,8</b>

Fonte: Estudo IBEP, 2009

**Interpretação**

Este indicador não é relevante para o país porque Angola tem uma prevalência de 1,98%, de acordo com o alinhamento de UNGASS que define não ser necessário

informar quando a prevalência é menor que 5%. Não obstante, a recolha desta informação demonstra a vontade do governo de Angola de assegurar apoio às crianças mais vulneráveis. O resultado mostra que 16,8% das crianças vulneráveis recebem apoio externo o que poderá ser comparado nos próximos estudos.

## IV. CONHECIMENTO E COMPORTAMENTO SEXUAL

### 4.1. EDUCAÇÃO DOS ÓRFÃOS E NÃO ÓRFÃOS DE 10 AOS 14 ANOS DE IDADE

De acordo com o Ministério da Educação (MINED), o tema VIH e SIDA está a ser integrado em várias disciplinas do novo currículo e nos livros escolares. A resposta ao VIH e SIDA em termos do sector educativo data de 1991, com o estabelecimento do programa para a promoção da saúde sexual e reprodutiva nas escolas, apoiado pelo UNFPA.

Em 2001 foi lançada iniciativa com objectivo de reforçar o sistema de educação para o Combate ao VIH e SIDA. Os principais enfoques deste programa foram:

- a) assegurar que o VIH e SIDA fosse parte integral da reforma do sistema de ensino;
- b) reforçar as instituições nacionais;
- c) desenvolver metodologias específicas para a prevenção do VIH nas escolas;
- d) reforçar os laços com as redes comunitárias incluindo as ONG's;
- e) levar a cabo estudos para uma tomada de decisão mais informada.

Da formação saíram pelo menos 50 formadores especializados em VIH e SIDA em cada província. O programa também apoiou o estabelecimento de núcleos provinciais para o VIH e SIDA, foram realizados alguns estudos chaves, assim como foi dado apoio financeiro às ONG's para prestarem serviços de cuidados e apoio aos afectados pela doença.

A ONG Dinamarquesa, Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo (ADPP), tem actualmente sete centros de formação de professores em Angola (Huambo, Benguela, Bengo, Bié, Cabinda, Luanda e Zaire).

O UNICEF está a apoiar a resposta do sector da educação à epidemia VIH e SIDA desde 2005. As actividades têm como principal enfoque o reforço do conhecimento dos professores e alunos em relação às ISTs e SIDA.

A Estratégia do Ministério da Educação para o VIH e SIDA está em consonância com a Política Nacional sobre VIH e SIDA e é sustentada por três objectivos principais:

- Promover práticas, atitudes de prevenção de risco em relação às ISTs em geral e ao VIH e SIDA em particular entre os profissionais de educação e educadores.
- Assegurar o acesso ao apoio psicológico, médico e medicamentoso aos utentes do sector de educação infectados ou afectados pelo VIH e SIDA.
- Contribuir para uma maior aceitação, assim como uma maior interacção social e protecção dos direitos dos utentes (alunos) e funcionários infectados pelo VIH e SIDA (Ministério da Educação, 2007).

#### **Desafios Identificados**

Apesar dos avanços positivos verificados na resposta nacional a epidemia do VIH e SIDA, há uma série de áreas críticas, lacunas que deverão ser consideradas no futuro, nomeadamente:

- A Estratégia do sector educativo para o combate ao VIH e SIDA é pouco conhecida pelos principais parceiros.
- O enfoque da formação dos professores no activo situa-se predominantemente na transmissão dos conhecimentos e habilitações aos alunos e pouca atenção se tem colocado aos próprios professores. As estimativas indicam que menos de 5% da totalidade de professores tiveram formação sobre o VIH e SIDA em relação ao currículo de habilidades para a vida.
- A integração do tema do VIH e SIDA nas instituições governamentais de formação é insuficiente tanto para professores, directores de escolas, gestores.
- O ensino superior está muito pouco presente nos esforços de prevenção do VIH.

**Indicador 12: Taxa de frequência escolar entre órfãos e não órfãos de 10 aos 14 anos de idade.**

O objectivo foi avaliar o progresso na prevenção de não atendimento escolar entre órfãos e não órfãos.

Para medir este indicador, utilizou-se os dados do Estudo de IBEP mencionado anteriormente. Durante as entrevistas do estudo, perguntou-se sobre as crianças em cada domicílio seleccionado e foram feitas três perguntas:

- A mãe natural desta criança ainda está com vida? Se responde sim, mora neste domicílio?
- O pai natural desta criança ainda está com vida? Se responde sim, mora neste domicílio?
- Esta criança esteve na escola em algum momento durante o ano escolar?

**Tabela 18: Indicador 12: Taxa de frequência escolar entre crianças vulneráveis de 10 aos 14 de idade por sexo, 2009.**

<b>Parte A</b>	<b>Todos</b>	<b>Meninos</b>	<b>Meninas</b>
<b>Numerador:</b> Número de crianças que perdeu ambos Pais e continua na escola.	76	42	37
<b>Denominador:</b> Número de crianças que perdeu ambos Pais.	101	49	56
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>75,2</b>	<b>85,7</b>	<b>66,1</b>
<b>Parte B</b>			
<b>Numerador:</b> Número de crianças com ambos Pais vivos e morando com eles e que continuam na escola.	4567	2307	2262
<b>Denominador:</b> Número de crianças com ambos Pais vivos que moram com um deles.	5274	2598	2680
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>86,6</b>	<b>88,8</b>	<b>84,4</b>

Fonte: Estudo IBEP, 2009

**Interpretação**

Na tabela 18 podemos apreciar que a percentagem de crianças que continuam na escola com ambos Pais vivos é maior (86,6%) que os que perderam ambos Pais (75,2%). A diferença observada identifica o efeito negativo resultante da orfandade. Os

esforços do governo para apoiar as crianças vulneráveis são notáveis no número aceitável de crianças que estão nas escolas. A diferença de gênero observa-se na maior participação na escola de meninos nas duas condições em comparação com as meninas.

## **4.2. CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO EM JOVENS**

A prevenção da infecção pelo VIH deve constituir a ser o esteio da resposta nacional. Para sustentabilidade e exequibilidade dos esforços de prevenção do VIH são necessárias políticas que abordem os comportamentos e situações que aumentam o risco de contrair o VIH, a vulnerabilidade das pessoas, assim como fatores estruturais que favorecem esta vulnerabilidade. Em Angola os esforços na prevenção são maioritariamente focados nas actividades de AT, PTV e informação, educação e comunicação nos serviços de saúde e ao nível comunitário referenciados na Estratégia Nacional de Comunicação para VIH. As mensagens sobre a prevenção que incluem as formas principais da prevenção da transmissão do VIH é a mesma para a população em geral sem diferença para grupos alvos (jovens, mulheres trabalhadores do sexo e as mulheres em geral). Não obstante, as formas para alcançar os grupos alvos são diferentes para ter maior cobertura destas populações.

Para as actividades de formação do pessoal de saúde e activistas, utiliza-se o Manual do AT, PTV e Activistas (criado em 2006) paralelamente com a distribuição dos preservativos para assegurar a padronização das mensagens.

Neste âmbito, de Janeiro a Dezembro de 2009, as seguintes actividades foram desenvolvidas como parte das actividades planificadas para prevenção em consonância com o PEN actual:

- Educação sobre a prevenção do VIH através dos Grupos CAJ (Centro de Atenção aos Jovens) em colaboração com o Programa de Saúde Reprodutiva;
- Distribuição de 30.141.600 preservativos masculinos pelo INLS e parceiros das ONGs;
- Distribuição de 72.000 preservativos femininos através do apoio de UNFPA;
- Criação e lançamento de várias mensagens pela televisão, rádio e ONGs comunitárias;
- Participação nas actividades preparatórias para o CAN 2010 que incluíram distribuição de preservativos e educação sobre a prevenção nas comunidades e durante as partidas de futebol nas quatro cidades.

### **Indicador 13: Percentagem de mulheres e homens jovens de 15 aos 24 anos de idade que identifica correctamente as formas de prevenir a transmissão sexual do VIH e recusa as principais ideias erradas da transmissão do vírus.**

O objectivo deste indicador é avaliar o progresso do conhecimento universal dos factos essenciais sobre a transmissão do VIH. **Meta do País:** Até 2005, 90% e até 2010, 95% da população entre 15-24 anos ter conhecimento suficiente sobre o VIH.

Os dados para determinar este indicador foram do Estudo de IBEP mencionado anteriormente.

**Tabela 19: Indicador 13: Percentagem de jovens 15-24 anos de idade que conhece os cinco modos de prevenção por sexo e faixa etária.**

Método de Medição	Todos	Homens			Mulheres		
		Todos	15-19	20-24	Todas	15-19	20-24
<b>Numerador:</b> Número de inquiridos de 15-24 que responderam correctamente as 5 perguntas sobre prevenção.	3.022	1.619	761	850	1.408	743	653
<b>Denominador:</b> Número de todos os inquiridos de 15-24 anos.	10.641	5.075	2.896	2.180	5.565	3.108	2.457
<b>Valor do Indicador</b>	<b>28,4%</b>	<b>31,9%</b>	<b>26,3%</b>	<b>39,0%</b>	<b>25,3%</b>	<b>23,9%</b>	<b>26,6%</b>

Fonte: Estudo IBEP, 2009

### Interpretação

No ano 2006, 23% dos inquiridos responderam correctamente. Em 2009, observa-se um incremento no número de pessoas que conheciam as 5 formas de prevenir a transmissão do VIH, com 28,4% de respostas positivas, sendo 31,9% homens e 25,3% mulheres. Comparando entre faixas etárias, houve uma maior percentagem dos 20-24 anos de idade que respondeu positivamente. Os resultados indicam que o conhecimento das cinco formas de prevenção ainda está baixo entre a população alvo e que o programa terá que avaliar as razões e tomar medidas para melhorar os mecanismos de transmitir a informação.

### Indicador 15: Percentagem de mulheres e homens jovens de 15 aos 24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos.

Este indicador tem como objectivo, avaliar as estratégias realizadas para retardar o início da primeira relação sexual nas mulheres e homens jovens de 15 aos 24 anos de idade. Os dados utilizados para este indicador foram compilados pelo estudo CAP, HAMSET 2009. A metodologia utilizada para a recolha da informação foi através do inquérito específico aplicado à esta população alvo com uma amostra de tamanho 1.544 nas províncias de Benguela, Cabinda, Cunene, Luanda, Kuando Kubango e Lunda Sul.

**Tabela 20. Indicador 15: Percentagem de jovens 15-24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos.**

Método de Medição	Todos	Homens			Mulheres		
		Todos	15-19	20-24	Todas	15-19	20-24
<b>Numerador:</b> Número de inquiridos de 15-24 que tiveram sexo antes dos 15 anos de idade	500	280	164	116	220	144	76
<b>Denominador:</b> Número de todos os inquiridos de 15-24	1.544	769	360	409	775	443	332
<b>Valor do Indicador</b>	<b>29,9%</b>	<b>36,5%</b>	<b>47,3%</b>	<b>28,0%</b>	<b>23,3%</b>	<b>24,2%</b>	<b>22,2%</b>

Fonte: Estudo HAMSET 2009

## Interpretação:

Em 2007, em média 36,2 % dos jovens do sexo masculino com idade entre 15 aos 24 anos e 28,5% do sexo feminino tiveram a primeira relação sexual antes de completarem 15 anos de idade. Em 2009 em média 36,6 % dos jovens do sexo masculino com idade entre 15 aos 24 anos e 23,3% do sexo feminino tiveram a primeira relação sexual antes de completarem 15 anos de idade.

Entre 2007 e 2009 a tendência dos jovens de ambos sexos com idade entre 15 aos 24 anos de iniciarem a sua vida sexual cada vez mais cedo permanece, porém nota-se em 2009 uma diferença entre os géneros relativamente ao início precoce da relação sexual.

### 4.3. CONHECIMENTO SOBRE A PREVENÇÃO EM GRUPOS DE ALTO RISCO

Existem alguns estudos CAP realizados em população de alto risco (trabalhadoras de sexo e camionistas). Nos estudos em trabalhadoras de sexo houve uma melhoria no que concerne ao tamanho da amostra de 2006 para 2009 passando de duas (Cabinda e Luanda) para seis províncias (Cabinda, Luanda, Cunene, Huambo, Huila e Kuando Kubango). Está em curso a implementação de estudos para outros grupos de alto risco, nomeadamente, homens que fazem sexo com homens e sexo transacional em população móvel nas áreas fronteiriças da província do Cunene (incluindo a componente serológica).

**Indicador 8: Percentagem de populações mais expostas (mulheres trabalhadoras de sexo) que se submeteram a um teste para o VIH durante os últimos 12 meses e conhecem o resultado.**

O objectivo deste indicador é avaliar as estratégias realizadas na implementação do aconselhamento e testagem do VIH nas populações mais expostas. A informação foi obtida através do estudo de comportamento tipo CAP, realizado nesta população em 2008.

**Tabela 21: Indicador 8: Percentagem de populações mais expostas (mulheres trabalhadoras de sexo) que se submeteram a um teste para o VIH durante os últimos 12 meses e conhecem o resultado.**

Método de Medição	2008 Todos	Idade	
		<25	25+
<b>Numerador:</b> Número de inquiridos pertencentes a populações mais vulneráveis que se submeteu o teste do VIH durante os últimos 12 meses e conhece seu resultado.	651	411	240
<b>Denominador:</b> Número de pessoas mais vulneráveis incluídas na amostra.	1.848	1263	584
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>35,2</b>	<b>44.6%</b>	<b>42.2%</b>

Fonte: Estudo PSI VIH/SIDA, 2008 em 6 províncias

### Interpretação

Em 2006, INLS realizou estudo comportamental com mulheres trabalhadoras do sexo nas províncias de Luanda e Cabinda que demonstrou o conhecimento dos modos de prevenção do VIH em 42,6%. Porém para poder comparar os resultados do estudo de seguimento do INLS, se comparou os resultados de 2006 (INLS) com os resultados do estudo realizado por PSI em 2008 em 6 províncias mas com apenas Luanda e Cabinda que resultou em 43,5%. Isto demonstra pouca mudança no número de trabalhadoras do sexo que fazem o teste de VIH como demonstrado na tabela 21.

### Indicador 9: Percentagem de populações mais vulneráveis (mulheres trabalhadoras do sexo) que chegam aos programas de prevenção do VIH

O objectivo foi avaliar as estratégias na implementação dos componentes básicos do programa de prevenção nestes grupos.

**Tabela 22: Indicador 9: Percentagem de populações mais vulneráveis (mulheres trabalhadoras do sexo) que chegam aos programas de prevenção do VIH**

Método de Medição	Total	Idade	
	2009	<25	25+
<b>Numerador:</b> Número de entrevistados da população mais vulnerável (mulheres trabalhadoras do sexo) que responderam "sim" a pelo menos duas perguntas sobre a prevenção do VIH	430	440	248
<b>Denominador:</b> Número total de entrevistados	1.848	1264	584
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>23,3</b>	<b>20,4</b>	<b>31,2</b>

Fonte: Estudo PSI VIH/SIDA, 2008 em 6 províncias

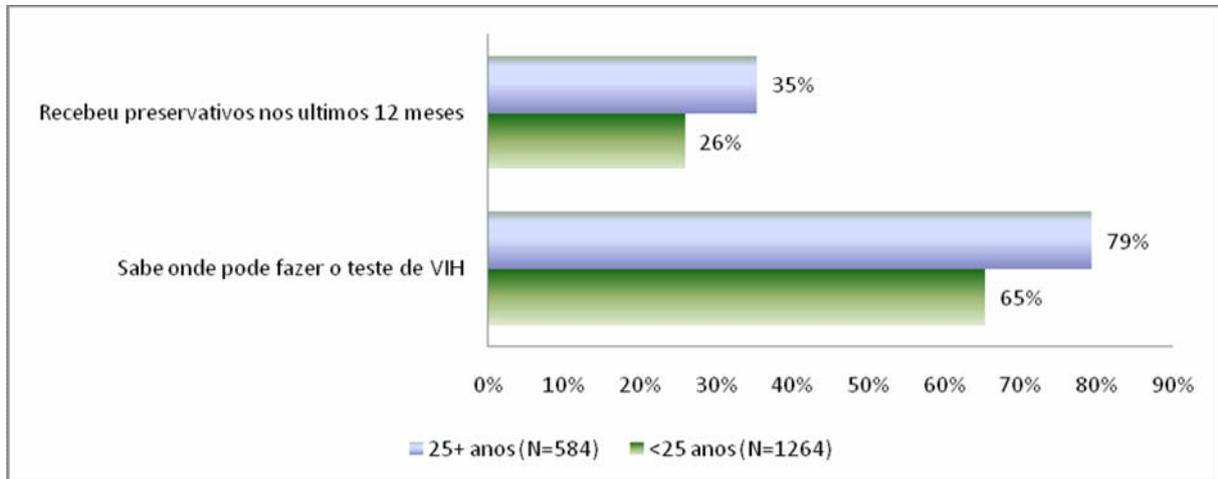
### Interpretação

No estudo realizado pelo PSI em seis províncias em 2008 encontrou-se um total de 23% das mulheres trabalhadoras do sexo que entrevistadas que conheciam as formas de prevenir o VIH. No entanto, para poder analisar e comparar os dados de 2006 e 2008, utilizou-se apenas duas províncias comuns (Luanda e Cabinda), obtendo assim uma percentagem de 33,5%. Os resultados demonstram um aumento no número de trabalhadoras de sexo que conhecem as formas de prevenir a infecção por VIH.

### Indicador 18: Percentagem da população mais vulnerável (trabalhadoras de sexo) que usou preservativo com o último cliente.

O objectivo foi avaliar estratégias aplicadas para a prevenção do VIH (vias de transmissão e formas de prevenção). Utilizou-se a mesma metodologia dos indicadores 8 e 9.

**Gráfico 10: Indicador 18: Percentagem da população mais vulnerável (trabalhadoras de sexo) que usou preservativo com o último cliente.**



Fonte: Estudo PSI VIH/SIDA, 2008 em 6 províncias

### Interpretação

Os resultados demonstram que a maioria das trabalhadoras do sexo sabe onde fazer o teste do VIH, mas cerca da metade, responderam não terem recebido preservativos nos últimos 12 meses. As mulheres de 25 ou mais anos conhecem onde fazer o teste em comparação as mulheres mais jovens. Este resultado indica a necessidade de investigar as razões pelas quais não recebem preservativo.

### 4.4. USO DE DROGAS

A informação sobre uso de drogas é muito limitada. A ficha de notificação dos casos novos de VIH em sítios sentinela contém a informação de uso de drogas. As notificações estão em todas as províncias mas apenas em sítios sentinelas sendo 18 nas Divisões Provinciais de Saúde (DPS) das províncias e em Luanda, acrescidos de 12 serviços sentinela. O país utiliza instrumentos padronizados para a recolha de dados onde está incluída a variável sobre uso de drogas. No entanto, esta variável na maior parte das vezes é ignorada no momento de preencher a ficha. De realçar que a via de transmissão do VIH mais comum é a heterossexual. Não é muito relevante para o país no momento a via de transmissão através de drogas injectáveis.

## V. BOAS PRÁTICAS

- A liderança política a nível nacional no combate ao VIH em Angola é ao mais alto nível, demonstrando o claro engajamento do governo e está reflectido nas prioridades da agenda da política nacional.
- O Chefe de Governo e outros Membros Executivos, em especial o Vice-Presidente, em várias ocasiões exaltaram publicamente a importância do combate ao VIH integrado na estratégia de redução da pobreza e na melhoria da qualidade e perspectiva da vida das pessoas vivendo com VIH/SIDA.
- A grande maioria das ONG's nacionais encontra-se organizada em redes, nomeadamente: a Rede Angolana de Organizações de Serviços de SIDA (ANASO), e a Rede de Pessoas Vivendo com VIH e SIDA, cujas intervenções são de advocacia, prevenção primária, ajuda/apoio as PVVIH, adesão ao tratamento e a defesa dos direitos humanos dos afectados e infectados. O trabalho é coordenado pelo INLS.
- Existe um comité empresarial que envolve empresas nacionais e internacionais e que contam com programas direccionados às acções de prevenção primária, tratamento e apoio as PVVIH.
- Existe um grupo técnico nacional que envolve autoridades, técnicos do INLS, o Programa Nacional do Controlo da TB e a OMS, para monitorizar e avaliar a co-infecção VIH/TB em Angola.
- A lei de emprego, que aborda as questões relacionadas com VIH/SIDA, protege o trabalhador e proíbe expressamente a despistagem do VIH no quadro geral do emprego.
- A questão dos direitos humanos relacionados com o VIH/SIDA é debatida e existe um mecanismo apropriado para sua defesa, Existem ONG's direccionadas para esta temática seguindo a abordagem recomendada pela ONUSIDA para questões relacionadas com direitos humanos, Por outro lado existem pontos focais no Ministério da Saúde e MAPESS para atender as infracções relacionadas com VIH.
- Os Ministérios de Educação, MINARS, MAPESS, MININT, MINJUD, MINFAMU, MINSA, MINDEF E O ministério da Comunicação Social contam na actualidade com programas de luta contra a SIDA para os seus trabalhadores.
- As agências das Nações Unidas contam com um grupo temático de VIH, para coordenar a sinergia e harmonização das suas actividades e apoiar na implementação de políticas sobre VIH/SIDA e mobilização de recursos.
- No âmbito do FG foi criado um Mecanismo de Coordenação Nacional (MCN) que se reúne periodicamente para debater o desenvolvimento das acções de combate a SIDA/Malária e TB. Este órgão integra membros do governo, das

ONG's nacionais e internacionais, representantes de pessoas vivendo com VIH, sector empresarial público e privado e das Nações Unidas.

## VI. GRANDES DESAFIOS

Em 2007, foram discutidos os desafios mais importantes para o Programa Nacional de Luta Contra o VIH e SIDA. A tabela apresenta a avaliação destes desafios e os de 2008-2009.

Desafios 2007	2008-2009
<b>Coordenação Multissectorial</b>	
Organizar e coordenar com os diferentes sectores (públicos, privados e da sociedade civil) o compromisso do Governo, alcançando o consenso, harmonia e sinergia nas políticas e estratégias a seguir no país para a Luta Contra a SIDA.	Foram elaborados planos sectoriais para responder aos desafios de 2007, mas por falta de recursos financeiros muitas actividades não foram implementadas.
Monitorar a elaboração e disposição de Planos de Acção multissectorial que incluíam estratégias de financiamento, em sinergia e harmonizados com o PEN com objecto de reduzir a duplicidade de intervenções e perda de recursos, tomando em conta o reconhecimento dos diferentes mandatos, competências e responsabilidades da organização ou do sector implicado na Luta Contra a SIDA.	Foram elaborados planos sectoriais para responder ao desafio de 2007, mas por falta de recursos financeiros muitas actividades não foram implementadas.
Reforçar as parcerias com a sociedade civil.	Nos últimos anos o INLS financiou 13 ONGs para implementação de projectos na comunidade. Ainda continua a ser um desafio a capacidade das ONGs na gestão, monitoria e avaliação de projectos.
<b>Recursos Humanos e Capacidade</b>	
Potenciar as capacidades dos órgãos provinciais da resposta nacional para o âmbito municipal, mantendo o princípio dos "Três Ums"	A nível municipal os recursos humanos continuam sendo insuficientes e pouco habilitados para gestão programática, monitoria e avaliação de actividades em áreas clínicas.
Intercâmbio de informação entre todos os parceiros, contribuindo no reforço das capacidades do colectivo para a implementação das estratégias de luta contra a SIDA.	Ainda é notável a falta de intercâmbio de informação entre os sectores públicos e privados e outros parceiros.
<b>Recursos Financeiros</b>	
Contribuir na descentralização, estabelecimento de alianças e alocação de recursos que permitam facilitar, avaliar ou modificar a execução de actividades nos diferentes níveis: regiões, municípios e comunas.	Obviamente Angola também ressentiu dos efeitos negativos da crise económica mundial nos últimos dois anos, afectando assim a implementação dos programas. Porém de forma tímida algumas áreas foram beneficiadas quer através de parceiros internacionais quer pelo Orçamento Geral do Estado (OGE).

<b>Infraestrutura e Expansão dos Serviços</b>	
Expandir o acesso a serviços de aconselhamento e testagem voluntária a todo o país, incluindo acções que fortaleçam a resposta nacional.	A expansão dos serviços de AT foi o mais implementado e planos para continuar a expansão estão em curso.
Expandir os programas de corte da transmissão vertical e a política de sangue seguro a todo o território nacional.	Houve uma grande expansão do programa de PTV e continua a sua expansão e está em desenvolvimento os instrumentos para começar a avaliar o sangue com controlo de qualidade em todo o país à iniciar este ano.
<b>Apoio Comunitário</b>	
Expandir o acesso ao apoio integral para pessoas vivendo com VIH e SIDA, incluindo o acesso a terapia ARV e apoio psico-social.	Acesso a terapia e apoio as pessoas continua a crescer e planos para continuar com a expansão do programa de tratamento estão em curso.
<b>Monitoria e Avaliação</b>	
Reforçar a vigilância epidemiológica sentinela e expandir o sistema de monitorização e avaliação nacional que permita dispor de informação atempada sobre o andamento da epidemia e sobre o impacto das acções implementadas para facilitar os processos de planificação e tomada de decisões.	As actividades de vigilância epidemiológica e sentinela receberam apoio nos últimos anos mas ainda falta reforçar o sistema através de formação dos recursos humanos, estabelecer sistema para gestão de dados ao nível central e provincial e expandir os novos registos nas províncias.

## VII. ÂMBITO DE MONITORIA E AVALIAÇÃO

Para poder monitorar a Resposta Nacional do VIH e SIDA, o país reconheceu a importância de criar um sistema de monitoria e avaliação. Seguindo as orientações da ONUSIDA na criação deste sistema (os 12 componentes dum sistema) e como primeiro passo, criou-se um Grupo Técnico Nacional de Monitoria e Avaliação (GTNM&A) em Abril de 2005 com apoio da ONUSIDA. O objectivo do GTNM&A é de apoiar a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLSGE) e o INLS, no estabelecimento e gestão de um sistema nacional de M&A, como parte da estratégia dos "Três Ums". Os membros do GTNM&A incluem representantes dos diferentes ministérios, das Forças Armadas, do Grupo Conjunto de VIH e SIDA das Nações Unidas, doadores bi e multilaterais chave, ONGs nacionais e internacionais, o Instituto Nacional de Estatística, a Universidade e a representação de pessoas que vivem com VIH e SIDA. A seguir se descreve os avanços e desafios no desenvolvimento desta componente.

### **Os Indicadores**

Durante o desenvolvimento do sistema de vigilância do programa do VIH, o GTN M&A adoptou a implementação dum lista integrada de indicadores que inclui todos os indicadores para fazer parte dos diversos relatórios sobre a execução de actividades de monitoria da Resposta Nacional do VIH (UNGASS, Acesso Universal, OMS, HAMSET, Banco Mundial, PEPFAR e PEN) como um primeiro passo na criação dum sistema de informação integrado da saúde. A lista integrada dos indicadores será incorporada no sistema de informação nacional de saúde (MINSa), mas como o processo ainda está no início, INLS iniciará com a integração dos seus indicadores, para posteriormente, serem integrados no Sistema de informação de Saúde do MINSa. Toda a discussão a respeito da informação dos indicadores para estes relatórios, revisões de protocolos de investigação, validação dos resultados dos estudos e ferramentas para informação deveriam ser discutidos e revistos pelo GTN M&A como uma estratégia, para evitar a duplicação de informação e relatórios. Até agora, só relatórios ao nível nacional como os mencionados acima são discutidos através do GTN M&A, falta incluir todos os estudos consistentemente.

### **Sistema de Informação para VIH e SIDA**

Devido ao desenvolvimento limitado dos sistemas administrativos integrados na rede da saúde, o sistema de informação da saúde a nível central é baseado em um fluxo de baixo para cima (local - central) da informação estatística (em papel) consolidada, processada manualmente e centrada na maior parte sobre a vigilância epidemiológica. Nos últimos dois anos, um sistema informatizado ao nível de INLS foi introduzido progressivamente. Algumas bases de dados foram desenvolvidas no nível nacional (como CRIS), mas as ferramentas principais da informação são ainda em papel ao nível das unidades que são inseridas nas tabelas de Excel consolidadas ao nível provincial e logo ao nível nacional. Os principais gestores da saúde estão já

conscientes sobre a necessidade de desenvolver um sistema de vigilância que facilitará a construção dum sistema de informação da saúde através do MINSA. Este processo já começou com uma pesquisa entre os programas do MINSA, mas temos consciência que leva tempo. Entretanto, o Programa Nacional de VIH e SIDA iniciará com o melhoramento do seu sistema de informação, com um sistema de gestão de dados ao nível de INLS e com novos registos (LIVROS) ao nível das unidades. Estes LIVROS consistem em quatro registos (casos de VIH, TARV, PTV e TB) para melhorar a informação sobre os indicadores que incluirá desagregação por sexo, idade, sobrevivência em TARV, tipos de tratamento, etc.

### **Recursos Humanos e Capacidade**

Em relação aos recursos humanos necessários, a quantidade de pessoas recrutadas pela unidade de M&A do INLS aumentou nos últimos dois anos, mas as capacidades entre o pessoal nacional são ainda limitadas em habilidades de estatística, análise complexa e elaboração de relatórios globais. As capitais provinciais contam com alguma capacidade (direcções provinciais) com a tarefa de informar dados de vigilância e programáticos mensalmente ao INLS.

Em 2006, as direcções provinciais (ponto focal do INLS e técnico de vigilância) foram treinados e nos últimos dois anos já demonstraram uma melhoria significativa da operacionalização do sistema. Estas delegações jogam um papel fundamental no processo de M&A, sendo responsáveis pela utilização e actualização da base de dados ao nível das províncias. Eles colectam os dados compilados da província em papel para ser inseridos numa base e ser enviados ao INLS por e-mail, CD ou em papel se não houver computador. Os maiores desafios para o sistema de M&A foi o aumento rápido de serviços (quase 200) de ATV, PTV e TARV nos últimos dois anos. O resultado foi uma demora no envio dos dados mensais por província e informação errado e incompleta das unidades.

### **Recursos Financeiros**

Os recursos financeiros para a M&A não aumentaram, mas a falta de informação para entender melhor a epidemia de VIH tornou-se mais evidente nos últimos dois anos. Agora, o GTN M&A é responsável sobre a gestão dos programas de VIH reconhecem a necessidade de se aumentar apoios nesta área. Em 2009 com Apoio de ONUSIDA, o INLS conseguiu financiamento do sector privado (Chevron) para a construção dum sistema de gestão de dados e o equipamento necessário.

Os seguintes pontos resumem o grau de desenvolvimento do sistema nacional de M&A para VIH e SIDA:

- O sistema de monitoria e avaliação (M&A) está ainda na fase inicial de desenvolvimento o que impede que se tenha dados mais consistentes sobre a epidemia e a qualidade da resposta.
- O levantamento de dados, o armazenamento, e a análise são insuficientes para gerir os sistemas actuais.
- Fraca capacidade técnica dos recursos humanos treinados, principalmente no nível da província para poder assegurar um sistema funcional de M&A.

- Há uma insuficiente distribuição da informação e dos dados para ter um melhor conhecimento sobre o progresso da resposta.

### **Problemas identificados na aplicação do sistema integrado de vigilância e avaliação**

- Falta de estimativas confiáveis sobre a população total do país e de sua composição por grupos de idade, por áreas administrativas e por populações de risco (que afecta a capacidade para a avaliação, da morbilidade, mortalidade, cobertura dos serviços e o impacto das intervenções na população).
- Baixa consciência de algum pessoal responsáveis do programa em relação aos resultados a serem alcançados para redefinir a programação. Este inclui a falta de conhecimento de gestão baseado no desempenho para relatar os resultados alcançados com a finalidade de informar aos financiadores e melhorar o programa.
- Insuficiente execução das bases de dados e desenvolvimento de sistemas de informação informatizado através do país. Os sistemas provinciais e locais ainda confiam principalmente no trabalho manual dos dados. Isto afeta a capacidade e qualidade do sistema de vigilância em controlar as informações detalhadas.
- Fraco desenvolvimento dos sistemas de vigilância em outros programas do MINSA e a integração dos dados da Sociedade Civil é limitado.
- Atrasos no desenvolvimento e na execução dos sistemas de M&A do Programa de VIH e SIDA devido às fraquezas das capacidades do resto do pessoal do sistema de saúde.

### **Medidas correctoras realizadas para superar os problemas**

- Desenvolvimento progressivo de um sistema de informação com suporte na internet integrado da saúde. - O departamento do Ministério de Saúde de estudos, planeamento e estatística está construindo actualmente o sistema de informação nacional da saúde que integra todas as ferramentas de informação dos programas de saúde, indicadores nacionais chaves, e as necessidades principais de gerentes de programas. O sistema não é ainda eficiente, mas a primeira aplicação estará disponível nos próximos dois anos.
- Implementação das bases de dados nos sítios sentinela - INLS desenvolveu bases de dados relacionadas e integradas para a informação dos casos VIH em 36 sítios sentinela de vigilância. Mais tarde, criou-se uma base de dados para a monitoria dos pacientes em TARV e o seguimento das pessoas vivendo com VIH será integrado neste sistema a fim de fornecer dados de confiança sobre sobrevivência e morbilidade.
- Actualmente, um grupo de profissionais de diferentes países, está integrado na equipa de M&A do INLS e apoia a equipa nacional, prevalecendo ainda a necessidade de assistência técnica.
- É necessário melhorar a gestão organizativa da área de M&A do INLS.

## VIII. APOIO DOS DIFERENTES PARCEIROS

A criação da área de Parcerias do INLS deveu-se fundamentalmente no estabelecimento e fortalecimento de melhores relações de trabalho entre o INLS e os diferentes parceiros, quer nacionais como internacionais envolvidos na luta contra a epidemia do VIH e SIDA em Angola, no âmbito das tarefas inseridas no Plano Estratégico Nacional (PEN). Realizou-se em 2006 e 2007, o 1º e 2º encontro de coordenação entre o INLS e os diferentes parceiros, com a participação de 114 individualidades, entre as quais as Agências das Nações Unidas, 12 Organizações Não Governamentais (ONG's) nacionais e internacionais, Igrejas, Forças Armadas, Sector Público e Privado.

A limitação de recursos financeiros disponíveis condicionou a realização de outros encontros com envolvimento dos vários parceiros como vinha sendo prática.

Desde 2005 o INLS, através da área de Parcerias, tem vindo a imprimir uma nova dinâmica no relacionamento com os parceiros, incrementando um diálogo aberto e franco, permitindo parcerias mais sólidas.

## IX. ANEXOS

### BIBLIOGRAFIA

- o Plano Estratégico Nacional para o Controlo das Infecções e de Transmissão Sexual, VIH e SIDA 2007 à 2010
- o Relatório de UNGASS 2006
- o Lei n.º 8/04 de 1 de Novembro (Lei sobre o VIH e SIDA)
- o Decreto n.º 7/05 de 9 de Março (criação do Instituto Nacional de Luta contra a SIDA)
- o Decreto n.º 1/03 de 10 de Janeiro (Criação da Comissão Nacional de Luta contra o VIH/SIDA e Grandes Endemias)
- o Decreto n.º 43/03 de 4 de Julho, D.R. n.º 52, 1.ª Série (Regulamento sobre o VIH/SIDA, Emprego e Formação Profissional)
- o Carta Angolana sobre VIH/SIDA e os Direitos Humanos (AJPD, 2005)
- o *Com Prevenção e Solidariedade Lutemos Contra o HIV/ SIDA no Local de Trabalho* (MAPESS, 2003)
- o Programa Geral do Governo 2005-2006
- o MICS – Inquérito de Indicadores Múltiplos, 2003
- o Estratégia de Combate à Pobreza
- o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2006-2008
- o Quadro de Assistência das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (2005-2008)
- o Relatório Anual do Sistema de Monitoria e Avaliação do Plano Nacional de ITS, VIH e SIDA (Relatório N.º 1 – Ano 2009, Versão Preliminar)
- o UN Joint Programme of Support to the national Strategic Plan in the decentralization process of HIV/AIDS programmes (Luanda, November, 2006)