



## **AUTORIDADES**

**Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem**  
**Ministro da Saúde**

**Dra. Evelize Fresta**  
**Vice-Ministra da Saúde**

**Dr. Carlos Alberto Maseca**  
**Vice-Ministro da Saúde**

**Dra. Ducelina Serrano**  
**Directora Geral do INLS**

**Dra. Maria Lúcia Furtado**  
**Directora Geral Adjunta do INLS**

## AGRADECIMENTO

O Relatório sobre o Progresso do País nas Metas e Compromissos UNGASS-SIDA, foi elaborado pela equipa técnica do Instituto Nacional de Luta contra SIDA (INLS-MINSA), com apoio de consultores de ONUSIDA, OMS, UNICEF, CONSAÚDE e a importante colaboração de sectores do Governo, Forças Armadas Angolanas, Organizações não Governamentais, Organizações Religiosas, Pessoas vivendo com VIH, líderes sociais, organizações comunitárias, demais parceiros envolvidos na resposta nacional de Luta contra a SIDA e aos Consultores Dra. Maria Luisa Melgar e Dra. Paula Figueiredo que apoiaram na sistematização deste importante documento.

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.

## INDICE

<b>Capítulo I: Introdução .....</b>	<b>9</b>
Processo de elaboração do Relatório UNGASS 2010-2011 .....	9
Resumo dos Indicadores UNGASS .....	11
Contexto Geral do País.....	15
<b>Capítulo II: Panorama da Epidemia da SIDA .....</b>	<b>22</b>
Situação do VIH/SIDA no mundo .....	22
Tendência e estimativas da epidemia em Angola .....	23
<b>Capítulo III: Resposta nacional a epidemia e análise dos indicadores.....</b>	<b>28</b>
Prevenção .....	28
Indicadores relacionados com a prevenção da transmissão sexual .....	29
Indicador 1.1 Conhecimento em homens e mulheres .....	30
Indicador 1.2 Início precoce da relação sexual .....	32
Indicador 1.3 Relação sexual com múltiplos parceiros .....	33
Indicador 1.4 Uso do preservativo .....	35
Aconselhamento e testagem .....	36
Indicador 1.5 Mulheres e homens testados .....	38
Indicador 1.6 Mulheres infectadas pelo VIH .....	39
População mais exposta .....	40
Mulheres trabalhadoras de sexo (MTS).....	40
Indicador 1.7 Conhecimentos MTS .....	41
Indicador 1.8 Uso de preservativo MTS .....	42
Indicador 1.9 MTS testadas .....	42
Indicador 1.10 MTS com VIH .....	43
Homens que tem sexo com Homens (HsH).....	43
Indicador 1.11 Conhecimentos HsH .....	44
Indicador 1.12 Uso de preservativo HsH .....	45
Indicador 1.13 HsH testados .....	46
Indicador 1.14 HsH com VIH .....	46
Transmissão do VIH entre usuários de drogas intravenosas .....	47
Prevenção da Transmissão Vertical .....	47
Indicadores relacionados com transmissão vertical .....	49
Indicador 3.1 Grávidas em profilaxia .....	50
Indicador 3.2 Testagem em crianças expostas .....	51
Indicador 3.3 Crianças seropositivas de mães com VIH .....	52

Terapia antirretroviral .....	53
Indicadores relacionados com qualidade e esperança de vida .....	53
Indicador 4.1 Adultos e crianças seropositivas em TARV .....	54
Indicador 4.2 Adultos e crianças sobreviventes pós TARV .....	55
Sangue seguro .....	55
Co-infecção SIDA/Tuberculose .....	57
Indicador 5.1 Casos de SIDA/TB em tratamentos ARV/TB .....	58
<b>Capítulo IV: Gastos Nacionais e internacionais.....</b>	<b>60</b>
Indicador 6.1 Despesas Nacionais e internacionais relativas ao SIDA .....	73
<b>Capítulo V: Sinergias na resposta nacional .....</b>	<b>73</b>
Indicador 7.1 Índice composta da Política Nacional.....	79
Indicador 7.2 Violência de género .....	80
Indicador 7.3 Crianças órfãs por VIH escolarizadas .....	81
Indicador 7.4 Famílias pobres com cuidado e apoio .....	82
<b>Capítulo VI: Constrangimentos lições aprendidas e desafios .....</b>	<b>82</b>
Constrangimentos .....	83
Lições aprendidas .....	83
Desafios .....	84
<b>Anexos : Tabela de dados por províncias; Lista de tabelas e gráficos .....</b>	<b>85</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>94</b>

## ACRÓNIMOS

ANASO	Rede Angolana de ONGs da SIDA	ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
ARV	anti-retrovirais	ONG	Organização Não-Governamental
ATV /AT	Aconselhamento, Testagem voluntária	OGE	Orçamento geral do Estado
CAP	Conhecimento, Atitudes e Práticas	OMS	Organização Mundial da saúde
CMC	Comunicação para Mudança de Comportamento	ONUSIDA	Programa conjunto das Nações Unidas sobre VIH&SIDA
CNLSGE	Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e Grandes Endemias	PNLCS	Programa Nacional de Luta contra a SIDA
CNS	Centro Nacional de Sangue	PNCTB	Programa Nacional de controlo da TB
CPN	Centros de pré natal	PCR	Técnica de reacção em cadeia da polimerasa
CPLSGE	Comissão Provincial de LCS e Grandes Endemias	PEN	Plano Estratégico Nacional
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública	PERP	Plano estratégico de redução da Pobreza
DPS	Direcção Provincial de Saúde	PTV	Programa de Transmissão Vertical
FAA	Forças Armadas Angolanas	PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para População	PSI	Population Services International
GTN M&A	Grupo Técnico Nacional de M&A	PVVIH	Pessoas Vivendo com o VIH
GAM	Grupo de Ajuda Mutua	SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HsH	Homens que fazem sexo com Homens	TARV	Tratamento anti-retrovirais
HAMSET	Projecto de Intensificação da Malária, TB e VIH/SIDA, Banco Mundial/MINSA	TB	Tuberculose
IBEP	Inquérito integrado sobre Bem-estar da população	UNGASS	Sessão extraordinária das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
ICPN	Índice Composto da Política Nacional	UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Criança
INE	Instituto Nacional de estatística	UNFPA	Fundo das nações Unidas para a População
IEC	Informação, Educação e Comunicação	VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA		
INSP	Instituto Nacional de saúde Pública		
IPC	Índice de Preços do Consumidor		
ITS	Infecção de Transmissão Sexual		
IO	Infecções Oportunistas		
INCAPSIDA	Inquérito CAP sobre SIDA		
M&A	Monitoria e Avaliação		
MINARS	Min. Assistência e Reinserção Social		
MINDEF	Ministério de Defesa		
MINED	Ministério da educação		
MINFAMU	Min. da família e Promoção da Mulher		
MINJUD	Ministério da Juventude e do Desporto		
MINSA	Ministério da Saúde		
MTS/TS	Mulheres trabalhadoras de sexo		
MEGAS	Gastos Macro económicos		

## PREFÁCIO

O presente relatório contém a resposta do Governo de Angola aos acordos estabelecidos na Declaração de Compromisso sobre VIH e SIDA, celebrada em Junho de 2001 e adoptada na Sessão extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre VIH e SIDA (UNGASS), onde, Estados Membros de 189 países adoptaram a Declaração, comprometendo-se a informar regularmente sobre o progresso no combate ao SIDA nos países. Este relatório, também contribui na actualização de informação para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, nomeadamente: Objectivo 6 (Combater o VIH, Malária e outras doenças) e Meta 7 (Deter e reduzir a propagação do VIH&SIDA até 2015)<sup>1</sup>

Com o propósito de monitorizar as Metas e compromissos estabelecidos pelos Países membros, a Secretaria da ONUSIDA em colaboração com os Governos, patrocinadores e associados, desenvolveram uma série de “indicadores básicos” para o seguimento do progresso da Declaração de UNGASS, os quais são revistos e actualizados a cada dois anos.

Este relatório, mostra o progresso do País nos compromissos UNGASS 2010-2011, foi elaborado com base nas orientações da ONUSIDA<sup>2</sup>, sendo uma continuidade dos anteriores relatórios UNGASS apresentados pelo país. O relatório representa o esforço do Governo e é produto da sistematização do trabalho coordenado entre diversos parceiros:... sectores públicos, privados, instituições religiosas, das FF.AA, organizações não Governamentais, líderes da comunidade e em particular organizações de pessoas vivendo com VIH...

As acções de combate ao SIDA estão lideradas pelo MINSA através do INLS, órgão normativo e técnico que ao longo do tempo, viu-se fortalecido com uma liderança política de combate ao SIDA, no mais alto nível com o envolvimento do Chefe do Executivo Angolano; sua Excelência Eng. José Eduardo dos Santos, Membros do Executivo, Governos Provinciais e Municipais, Ministérios, Forças Armadas Angolanas, atribuindo ao VIH/SIDA um carácter de urgência e de prioridade, cujas linhas estratégicas estão implícitas nas políticas e planos estratégicos promovendo uma resposta multisectorial ao combate do VIH/SIDA.

As Estratégias Nacionais implícitas nos diferentes Planos Estratégicos Nacionais de luta contra a SIDA<sup>3</sup> (PEN I, II, III e IV), representam uma mais-valia pelas acções criativas e integrais implementadas a nível provincial com envolvimento multisectorial e multidisciplinar incluindo instituições religiosas, a sociedade civil e redes de PVVS, com vista à expansão de intervenções orientadas à prevenção das novas infecções do VIH e mitigação do impacto mediante a: expansão dos serviços de aconselhamento e testagem (AT), o programa de prevenção da transmissão vertical (PTV); o programa de Tratamento antirretrovirais (TARV) para adultos e crianças, o reforço nos cuidados e apoio às PVVS, o reforço da vigilância da seroprevalência e comportamental, como também a M&A das actividades nacionais dos programas e parceiros envolvidos.

Os dados apresentados neste informe, permitiram realizar uma análise e reflectir sobre a situação da epidemia em Angola durante o biênio 2010 -2011, estes dados derivam na sua maioria do sistema de informação da vigilância epidemiológica nacional, de inquéritos e/ou estudos epidemiológicos ou comportamentais realizados no País, de entrevistas com actores chave, de revisão de relatórios anuais institucionais e de parceiros.

<sup>1</sup> Objectivos e Metas de desenvolvimento do Milénio, relatório do País 2010

<sup>2</sup> Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2010 reporting”, disponível [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

<sup>3</sup> Plano Estratégico Nacional de Resposta às ITS/VIH/SIDA, Angola, 2011 – 2014 (PEN IV).

A análise contida no relatório, mostra que Angola alcançou progressos relevantes nas metas e objectivos de UNGASS, identificando-se experiências bem sucedidas, lições aprendidas, oportunidades de acção, reflexões sobre desafios e projecção de perspectivas futuras para a melhoria nos diferentes programas com vista ao acesso universal, a equidade e qualidade dos serviços de prevenção, tratamento e cuidados com ênfase em grupos de população mais vulneráveis como adolescentes, mulheres, crianças, PVVS e grupos mais exposto ao risco como MTS/HsH (mulheres trabalhadoras do sexo e homens que realizam sexo com homens).

Para todos os nossos parceiros que durante anos participam no combate ao SIDA, um reconhecimento especial, pela forma incansável de trabalhar e percorrer distâncias, vencendo grandes dificuldades, barreiras culturais e linguísticas, tanto nas grandes cidades como nas comunas mais distantes, com vista ao alcance do acesso universal, a prevenção, tratamento, cuidados e apoio às populações necessitadas. Agradecemos também, aqueles que se juntaram a nós, na elaboração deste relatório, para que os resultados apresentados possam reflectir o consenso sobre o empenho e compromisso do país no combate ao VIH/SIDA.

Dra. Ducelina Serrano  
Directora Geral do INLS-Angola

## Capítulo I

## INTRODUÇÃO

### 1.1 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO UNGASS (Período 2010-2011)

O relatório UNGASS 2012, expressa a firme vontade do Governo de mobilizar uma consciência de responsabilidade partilhada pelos múltiplos actores em pró de uma sociedade solidária e com amplo conhecimento para alcançar uma saúde sustentável e livre do flagelo da SIDA. O relatório contém informação do período 2010 – 2011, foi elaborado através dum processo participativo e de diálogo permanente entre os diferentes actores envolvidos no combate ao SIDA em Angola.

A coordenação na elaboração do relatório esteve a cargo da Directora Geral, da Directora Adjunta do INLS, do Chefe do Departamento VE e do Chefe de Administração e Finanças.

A equipa de trabalho foi constituída pelos profissionais e técnicos dos Departamentos assim mencionados, de representantes provinciais dos programas de LCS, representantes da Direcção Nacional de Saúde Pública (programas de SSR e de Tuberculose), Centro Nacional de Sangue, Instituto Nacional de Saúde Pública, Oficiais das organizações e instituições envolvidas, nomeadamente: ONUSIDA, OMS, UNICEF, UNFPA, PNUD, CDC; Assessores da cooperação Cubana e Brasileira que de forma organizada apoiaram no levantamento das informações necessárias para a preparação do relatório descritivo, construção dos indicadores e análise de gastos (MEGAS).

Os dados relevantes foram relativos ao biénio 2010 – 2011, com análise comparativa do progresso da evolução da epidemia de relatórios de anos anteriores.

*O instrumento básico para a elaboração do relatório UNGASS 2012, foi as directrizes para elaboração dos Indicadores básicos UNGASS do período 2010 - 2011<sup>1</sup>, que explica (i) o propósito, aplicabilidade e frequência com que devem recolher-se os dados, (ii) o método de medição recomendada, a interpretação sumária e análise dos indicadores.*

O relatório conta com a descrição de **30 indicadores básicos** (segundo as directrizes de UNGASS 2010-2011) distribuídos nos diferentes componentes do programa; os mesmos que são analisados com o objectivo de ter uma visão sobre a diversidade do contexto da resposta da epidemia em Angola. Em algumas áreas, a informação solicitada no indicador foi ampliada com vista a complementar e mostrar a dinâmica da resposta nacional de combate ao VIH/SIDA.

Para preparar o relatório de UNGASS 2012, foi elaborado um cronograma de trabalho de Outubro de 2011 a 15 de Março de 2012.

**A primeira etapa** de trabalho (Outubro 2011 a 31 de Janeiro de 2012), consistiu em encontros com profissionais envolvidos para informar do processo na elaboração do relatório, identificação de fontes de informação e responsáveis para recolha de informação chave de programas e parcerias. Desenharam-se guias e formulários para este fim, foram elaboradas cartas para os intervenientes solicitando entrevistas a informantes chave, recolha de cópias de relatórios anuais que mostram com detalhe os resultados na resposta no combate ao SIDA entre outros.

As equipas técnicas mobilizadas, realizaram busca activa de documentos e relatórios de pesquisas institucionais. A maior parte dos dados foram fornecidos principalmente pelo INLS através do sistema de informação da vigilância epidemiológica, estudos de seroprevalência /sítios sentinela, estudos comportamentais, documentos e relatórios anuais dos Programas Provinciais de VIH/SIDA.

**A segunda etapa** decorreu de 1º de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2012 e consistiu na revisão, processamento e análise da informação, com participação de epidemiologistas e técnicos em informática e estatística do INLS, em estreita colaboração com Consultores de ONUSIDA, OMS, UNICEF, Cooperação Brasileira e Cubana. As equipas de trabalho, reuniram-se semanalmente, para rever o processo na elaboração do relatório, com envolvimento de autoridades do INLS e parceiros, na busca de consenso, ajuste de indicadores e clarificação na resposta multisectorial no combate ao VIH/SIDA em Angola.

**A terceira etapa** teve lugar no período de 1º a 10 de Março, com encontro alargado de parceiros, representantes e/ou pontos focais provinciais, das instituições e organizações envolvidas no combate ao SIDA, para revisão do documento e dos indicadores UNGASS. O documento final foi revisto e consensuado nesta reunião, havendo-se cumprido com o cronograma estabelecido para envio do relatório UNGASS até 15 de Março de 2012.

Na estrutura e construção dos indicadores, se tomaram em conta as seguintes directrizes: (i) número e nome do indicador; (ii) resultado do indicador; (iii) objectivo do indicador; (iv) metodologia de cálculo utilizada; (v) frequência na recolha dos dados no país; (vi) instrumento de medição; (vii) fonte do indicador; (viii) interpretação dos dados<sup>4</sup>.

A estrutura do relatório, consta de seis capítulos:

**Primeiro capítulo: Introdução**, situa ao leitor no processo de elaboração do relatório, resume os indicadores; descreve sucintamente a situação demográfica, linguística e socio-económica de Angola.

**Segundo capítulo: Panorama da situação da epidemia em Angola**, informa sobre o estado do VIH/SIDA no País, através de (i) análise da tendência da epidemia e diversos aspectos que definam a particularidade da epidemia em Angola; (ii) análise da prevalência baseada nos dados de estudos de sítio sentinela em mulheres grávidas em CPN; (iii) análise das estimativas e tendências da epidemia realizadas com aplicação do programa EPP/SPECTRUM<sup>5</sup>; (iv) análise de estudos de Seroprevalência e/ou comportamentais realizados em grupos de população geral e específica.

**Terceiro capítulo: Resposta Nacional à epidemia da SIDA**, analisa a detalhe de 25 indicadores básicos de UNGASS.

**Quarto capítulo: Análise dos gastos nacionais e internacionais**, mostra os investimentos nacionais e das parcerias relevantes no combate ao SIDA em Angola .

**Quinto capítulo: O país e as sinergias das parcerias**; mostra: (i) Análise do Índice Composto da Política Nacional; (ii) análise de indicadores de género, crianças órfãs e famílias pobres; (iii) Compromissos no combate ao SIDA em Angola.

**Sexto capítulo, Lições apreendidas e desafios** contem: (i) análise dos problemas, (ii) lições apreendidas e (iii) desafios.

**Anexos** que incluem tabelas e Bibliografia.

<sup>4</sup> Directrizes UNGASS, já referidas

<sup>5</sup> EEP/Spectrum, programa estatístico, que os países utilizam para realizar estimativas e projecções da evolução da epidemia do VIH/SIDA (incidência e prevalências) na população utilizando dados de vigilância epidemiológica, de sítios sentinelas, de inquéritos populacionais etc. através deste pacote se pode calcular no tempo indicadores como: novos casos de VIH, defunções, necessidades de tratamento, número de órfãos, prevalência em grávidas, em MTS/HsH e outros grupos de população etc.

**1.2 RESUMO DOS INDICADORES, UNGASS (período 2010-2011)**

**METAS E INDICADORES UNGASS 2010 – 2011**

INDICADOR	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>META 1: REDUZIR A TRANSMISSÃO SEXUAL DO VIH EM 50% ATE 2015</b>						
<b>INDICADORES SOBRE A POPULAÇÃO GERAL RELACIONADOS COM PREVENÇÃO SEXUAL DA TRANSMISSÃO DO VIH</b>						
<p>1.1 Percentagem de jovens, mulheres e homens de 15 a 24 anos que identificam correctamente as formas de transmissão e prevenção sexual do VIH e rejeitam as ideias erradas sobre a transmissão do vírus</p> <p><b>Númerador:</b> Nº de jovens de 15 a 24 anos entrevistados que responderam correctamente a cinco perguntas sobre transmissão e prevenção do VIH</p> <p><b>Denominador:</b> Nº total de Jovens de 15 a 24 anos entrevistados no inquérito de indicadores múltiplos, INCAPSIDA 2010</p>	22,7%	*	*	<b>Total: 28,4%</b> M: 32%; F: 25% (IBEP-2009)	<b>Total: 44,6%</b> M: 41,9% H: 48,2% INCAPSID A 2010	**
<p>1.2 Percentagem de jovens, mulheres e homens de 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais antes dos 15 anos.</p> <p><b>Númerador:</b> Nº de jovens de 15 a 24 anos entrevistados que declaram ter tido a sua primeira relação sexual antes dos 15 anos</p> <p><b>Denominador:</b> Nº total de Jovens de 15 a 24 anos entrevistados no inquérito de indicadores múltiplos, INCAPSIDA 2010</p>	32,3%	*	*	<b>Total: 29,9%</b> M: 36,5%; F: 23,3% (HAMSET)	<b>Total: 19,5%</b> M: 21,2% H: 17,2% INCAPSID A 2010	**
<p>1.3 Percentagem de mulheres e homens de 15 a 49 anos que declaram ter tido relações sexuais com mais do que um parceiro sexual nos últimos 12 meses</p> <p><b>Númerador:</b> Nº de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados que declaram ter tido mais do que um parceiro sexual nos últimos 12 meses</p> <p><b>Denominador:</b> Nº total de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados no inquérito de indicadores múltiplos, INCAPSIDA 2010</p>	38,1	*	*	<b>Total: 14%</b> M: 25,4%; F: 3,2% (IBEP-2009)	<b>Total: 6,9%</b> M: 0,3% H: 15,8% INCAPSID A 2010	**
<p>1.4 Percentagem de mulheres e homens de 15 a 49 anos que declaram ter mais dum parceiro sexual e ter usado preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses</p> <p><b>Númerador:</b> Nº de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados que declaram ter tido mais do que um parceiro sexual e ter usado preservativo durante a última relação sexual nos últimos 12 meses. <b>Denominador:</b> Nº total de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados no inquérito de indicadores múltiplos, INCAPSIDA 2010</p>	31,9%	*	*	<b>Total: 42,6%</b> M: 42,2%; F: 45,3% (IBEP-2009)	<b>Total: 29,8%</b> M: 19,8% H: 43,2% INCAPSID A 2010	**
<p>1.5 Percentagem de mulheres e homens de 15 a 49 anos que foram testados nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado</p> <p><b>Númerador:</b> Nº de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados que declaram ter realizado o teste do VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado.</p> <p><b>Denominador:</b> Nº total de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados no inquérito de indicadores múltiplos, INCAPSIDA 2010</p>	5,4%	*	*	<b>9,4%</b> (IBEP-2009)	<b>Total: 14,9%</b> M: 15,4% H: 14,2% INCAPSID A 2010	**
<p>1.6 Percentagem de jovens de sexo feminino de 15 a 24 anos infectadas pelo VIH.</p> <p><b>Númerador:</b> Nº de mulheres de 15 a 24 anos que acodem aos serviços de CPN e cujo resultado do teste do VIH é (+) (dados da rotina). <b>Denominador:</b> População de mulheres grávidas de 15 a 24 anos dos sítios sentinelas que acodem ao CPN</p>	<b>2,6%</b> (1,5-3,3)	**	**	<b>1,7%</b> (INLS - Seroprevalência - Grávidas)	**	<b>1,7%</b> (1,0 – 2,4%) INLS

INDICADORES SOBRE TRABALHADORES (AS) DE SEXO RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VIH						
1.7 Percentagem de trabalhadores de sexo homens e mulheres alcançadas pelos programas de prevenção. <b>Númerador:</b> Nº de mulheres TS de 15 a 24 anos que realizam sexo transsaccional entrevistadas e que responderam afirmativamente as perguntas <b>Denominador:</b> Nº total de jovens mulheres que realizam sexo transsaccional entrevistadas no inquérito*	16,6%	*	33,5% (PSI - comparável)† 23,3% (PSI - total)	Fill	*	74,3% (CAP Fio cruz, CDC/INLS Cunene 2011)
1.8 Percentagem de trabalhadores de sexo homens e mulheres (M) que declaram o uso de preservativo com o ultimo cliente. <b>Númerador:</b> Nº de jovens mulheres que realizam sexo transsaccional* entrevistadas que referem ter usado preservativo com o último cliente <b>Denominador:</b> Nº total de jovens mulheres que realizam sexo transsaccional entrevistadas no inquérito comportamental* que declaram ter mantido relações sexuais transsaccional nos últimos 12 meses	77,9%	*	Total: 94,7% (PSI/ KAP - MTS Comparável) Total: 81% (PSI com amostra total)† (2008)	Fill	*	74,0% (CAP Fio cruz, CDC/INLS Cunene 2011)
1.9 Percentagem de trabalhadores de sexo homens e mulheres que nos últimos 12 meses fizeram o teste de VIH e receberam o resultado do teste. <b>Númerador:</b> Nº de mulheres que realizam sexo transsaccional entrevistadas no inquérito comportamental* que foram submetidas ao teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem o resultado <b>Denominador:</b> Nº total de jovens mulheres que realizam sexo transsaccional* submetidas ao estudo no inquérito comportamental	42,6%	*	43,5% (PSI - comparável) 35,2% (PSI - total)	Fill	*	35,0% (CAP Fio cruz, CDC/INLS Cunene 2011)
1.10 Percentagem de mulheres que realizam sexo transsaccional infectadas pelo VIH. <b>Númerador:</b> Nº de mulheres TS que realizam sexo transsaccional* entrevistadas de 15 a 24 anos que foram submetidas ao teste de VIH e o resultado foi positivo <b>Denominador:</b> Nº total de mulheres que realizam sexo transsaccional de 15 a 24 anos submetidas ao estudo comportamental* e que foram submetidas ao teste de VIH	23,1% Luanda 17% em Cabinda	*	*	*	*	7,2% (CAP Fio cruz, CDC/INLS Cunene 2011)
INDICADORES SOBRE HOMENS QUE TEM SEXO COM HOMENS RELACIONADOS COM A TRANSMISSÃO DO VIH						
1.11 Percentagem de homens que tem sexo com homens alcançados pelos programa de prevenção. <b>Númerador:</b> Nº de HsH entrevistados e que responderam afirmativa as perguntas realizadas no inquérito comportamental de 2011 <b>Denominador:</b> Nº total de HsH entrevistados no inquérito comportamental*	Não é relevante e para o país	Não é relevante e para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	*	77,2% (RDS-HsH, CDC,GAP, INLS, Luanda 2011)
1.12 Percentagem de homens que tem sexo com homens que declaram o uso de preservativo na última relação anal com um parceiro homem. <b>Númerador:</b> Nº de HsH entrevistados que declaram ter relações sexuais com homens e o uso de preservativo na última relação sexual anal nos últimos 6 meses <b>Denominador:</b> Nº total de HsH entrevistados no inquérito comportamental* que declaram ter mantido relação sexual anal nos últimos 6 meses	Não é relevante e para o país	Não é relevante e para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	*	25,4% (RDS-HsH, CDC,GAP, INLS, Luanda 2011)
1.13 Percentagem de homens que tem sexo com homens que nos últimos 12 meses fizeram o teste de VIH e receberam o resultado do teste. <b>Númerador:</b> Nº de HsH que nos últimos 12 meses foram submetidas ao teste de VIH e que conhecem o resultado <b>Denominador:</b> Nº total de HsH submetidas ao estudo no inquérito comportamental*	Não é relevante e para o país	Não é relevante e para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	*	29,6% (RDS-HsH, CDC,GAP, INLS, Luanda 2011)

1.14 Percentagem de homens que tem sexo com homens infectados pelo VIH. <b>Númerador:</b> N° de HsH entrevistadas que foram sometidas ao teste de VIH e o resultado foi positivo <b>Denominador:</b> N° total de HsH sometidas ao estudo comportamental* e que fizeram a testagem do VIH	Não é relevant e para o país	Não é relevant e para o país	Não é relevante para o país	Não é relevante para o país	*	<b>8,2%</b> (RDS-HsH, CDC,GAP, INLS, Luanda 2011)
<b>META 2: REDUZIR A TRANSMISSÃO DO VIH ENTRE AS PESSOAS QUE INJECTAM DROGAS EM 50% ATE 2015</b>						
<b>- INDICADORES RELACIONADOS COM A TRANSMISSÃO SANGÍNEA DO VIH (NÃO APLICÁVEL PARA O PAÍS)</b>						
<b>META 3: ELIMINAR A TRANSMISSÃO DE MÃE PARA FILHO DO VIH ENTRE ATE 2015 E SUBSTANCIALMENTE REDUZIR MORTES MATERNAS RELACIONADAS COM A SIDA</b>						
<b>-INDICADORES RELACIONADOS COM A TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH</b>						
3.1 Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que receberam profilaxia completa de ARV's para reduzir o risco da transmissão de mãe para filho do VIH <b>Númerador:</b> N° de grávidas infectadas que recebem ARV durante os últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão vertical <b>Denominador:</b> N° estimado de mulheres grávidas infectadas nos últimos 12 meses (estimativas EPP/Spectrum 69% das grávidas seropositivas com acesso ao CPN)	<b>10,6%</b>	<b>7,3%</b>	<b>13,9%</b> (INLS e Estimativas do Spectrum)	<b>16,3%</b> (INLS e Estimativas do Spectrum)	<b>31,0%</b> (PTV/INLS Estimativa Spectrum)	<b>23,5%</b> (PTV/INLS Estimativa Spectrum)
3.2 Percentagem de crianças nascidas de mães seropositivas a receber testes serológicos para VIH num prazo de 2 meses após o nascimento <b>Númerador:</b> N° de lactantes de mães seropositivas que foram testados para o VIH nos primeiros 2 meses após o nascimento <b>Denominador:</b> N° estimado de mulheres grávidas que tiveram o parto nos últimos 12 meses (estimativas EPP/Spectrum, 69% das grávidas seropositivas com acesso ao CPN)					<b>7,4%</b> (INLS Estimativa Spectrum)	<b>7,6%</b> (INLS Estimativa Spectrum)
3.3 Percentagem de crianças infectadas nascidas nos últimos 12 meses de mães seropositivas <b>Númerador:</b> N° de lactantes infectados pelo VIH nascidos de mães seropositivas nos últimos 12 meses <b>Denominador:</b> Media ponderada das probabilidades de transmissão materno-infantil nas grávidas com VIH que receberam e não receberam profilaxia para o VIH				<b>2,7%</b> (INLS)		<b>2,7%</b> Dados UNGASS 2009)
<b>META 4: TER 15 MILHÕES DE PESSOAS VIVENDO COM VIH SOB TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL ATE 2015</b>						
<b>INDICADORES RELACIONADOS COM MELHORIA DA QUALIDADE E ESPERANÇA DE VIDA</b>						
4.1 Percentagem de adultos e crianças com infecção do VIH avançada que recebem terapia anti-retrovirais <b>Númerador:</b> N° de adultos e crianças com VIH e critérios elegíveis e que recebem TARV combinada <b>Denominador:</b> N° estimado de adultos e crianças com VIH elegíveis para TARV (estimativas EPP/Spectrum)	<b>15,4%</b>	<b>8,2%</b>	<b>18,6%</b>	<b>24,5%</b>	<b>32,0%</b> (INLS)	<b>36,0%</b> (INLS)
4.2 Percentagem de adultos e crianças VIH+ que sobrevivem após 12 meses de tratamento ARV combinado <b>Númerador:</b> N° de adultos e crianças com VIH que iniciaram terapia ARV e que sobrevivem apos 12 meses de tratamento ARV*** <b>Denominador:</b> N° total de adultos e crianças com VIH que iniciaram TARV nos ultimos 12 meses*** (incluem todos os registados ao TARV: falecidos, vivos, abandonos, transferidos)				Total: <b>61,3%</b> M: 59% F: 62,4% (INLS – Estudo Corte)	Total: <b>69,0%</b> <b>M: 79,0%;</b> <b>F:63,9%</b> (INLS-Hosp Esp, Corte)	

META 5: REDUZIR O NUMERO DE MORTES POR TUBERCULOSE ENTRE PESSOAS VIVENDO COM O VIH EM 50% ATÉ 2015.						
5.1 Percentagem de casos estimados de TB/VIH que receberam tratamento combinado de TB/VIH nos últimos 12 meses <b>Númerador:</b> Nº de adultos infectados com VIH que recebem TARV e fazem tratamento de TB nos últimos 12 meses (relatório PNCTB) <b>Denominador:</b> Nº estimado de casos de TB que vivem com VIH (estimativas WHO 2010)					20,4% (5 províncias PNCTB)	13,6% (PNCTB18 província)
						14,6% (PNCTB, dados ajustados para as 18 províncias)
META 6: Atingir o nível significativo de despesas anuais globais (USD 22-24 biliões) em países de baixa e meia renda						
INDICADORES RELACIONADOS COM O INVESTIMENTO OU DESPESAS RELACIONADAS COM A SIDA						
6.1 Total de despesas nacionais e internacionais desembolsados para a LCS cada ano (USD) <b>Ferramenta:</b> MEGAS (Medição do Gasto Nacional em SIDA) baseados no análise utilizando as ferramentas de financiamento nacional.					34.699.647 USD	24.732.901 USD
						33.893.239 USD
META 7: CAPACITADORES FUNDAMENTAIS E SINERGIA COM OS SECTORES DE DESENVOLVIMENTO						
INDICADORES RELACIONADOS COM A SINERGIA MULTISSECTORIAIS						
7.1 Índice composto da política nacional sobre VIH/SIDA (ICPN) (prevenção, tratamento, cuidado e apoio, direitos humanos, envolvimento da sociedade civil, género, programas no local de trabalho, estigma e discriminação e monitoria e avaliação) <b>Ferramenta:</b> Revisão documentação das parcerias e consolidação da informação no ICPN (Índice composto nacional das parcerias)						Resultados descritos no Capítulo V
7.2 Proporção de mulheres casadas ou com parceiros com idade compreendida entre os 15 a 49 anos que foram vítimas de violência física ou sexual de um parceiro masculino íntimo nos últimos 12 meses <b>Númerador:</b> Nº de mulheres de 15 a 24 anos que realizam sexo transaccional e que tiveram parceiro íntimo e declaram ter tido violência física ou sexual nos últimos 12 meses <b>Denominador:</b> Nº de mulheres de 15 a 49 anos que foram inquiridas no estudo de mulheres jovens que declaram ter tido violência física ou sexual pelo o seu parceiro íntimo nos últimos 12 meses (INCAPSIDA)						29,0% (INCAPSIDA)
7.3 Taxa da frequência escolar actual entre crianças órfãs e não órfãs entre os 10 a 14 anos <b>Númerador:</b> Nº de crianças de 10 a 14 anos órfãs que assistem a escola. Nº de crianças de 10 a 14 anos não órfãs que frequentam a escola (dados de inquérito de indicadores múltiplos) <b>Denominador:</b> Nº total de crianças de 10 a 14 anos que perderam os pais e Nº Total de crianças de 10 a 14 anos com ambos pais vivos (do inquérito de indicadores múltiplos INCAPSIDA)	O: 67,3% N.O: 78,8%				O: 75,2% N.O: 86,6% IBEP	O: 70,6% N.O: 89,7% INCAPSIDA
7.4 Taxa de famílias muito pobres que receberam cuidados e apoio externo básico para cuidá-las <b>Númerador:</b> Nº de lares pobres que recebem qualquer tipo de ajuda nos últimos 3 meses <b>Denominador:</b> Nº total de lares pobres do inquérito de indicadores múltiplos INCAPSIDA					16,8% (IBEP-2009)	14,0% INCAPSIDA

\* Estudos comportamentais realizados a cada 2 anos, ambos estudos de TS e HsH não são representativos (realizados em uma província de Angola).

\*\* Estudos de Seroprevalência realizados em grávidas do CPN a cada 2 anos. O estudo de 2011 ainda em processo o análise.

\*\*\* Não representativo, os dados são de uma província e do Hospital de referência nacional.

## 1.3 CONTEXTO GERAL DO PAÍS

### 1.3.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO E LINGUÍSTICO EM ANGOLA

A República de Angola é um dos países mais extensos do continente Africano, tem uma extensão geográfica de 1.240.700 Km<sup>2</sup>. A sua fronteira terrestre é de 4.837 km e o comprimento da linha marítima com o Atlântico é de cerca de 1.236 km<sup>6</sup>.

Está situada na costa ocidental de África, banhada pelo Oceano Atlântico e faz parte da Sub-região da África Austral (bloco SADC), faz fronteira com países de maior seroprevalência do VIH, a Norte com a República Democrática do Congo e República do Congo; a Este com a República da Zâmbia; a Sul com a Namíbia e a Oeste com o Oceano Atlântico.

Angola, a semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, regista em termos económicos e sociais, consideráveis perdas devidas ao elevado fardo das doenças transmissíveis, de mortes prematuras e evitáveis, sobretudo em mulheres e crianças, agravada pela desestruturação de que foi vítima ao longo do conflito armado<sup>7</sup>.

O clima de Angola é tropical ao norte, subtropical ao sul e temperado nas zonas do planalto. Destacam-se duas estações; uma onde se observam os maiores índices fluviométricos e outra fria e seca denominada cacimbo<sup>8</sup>.

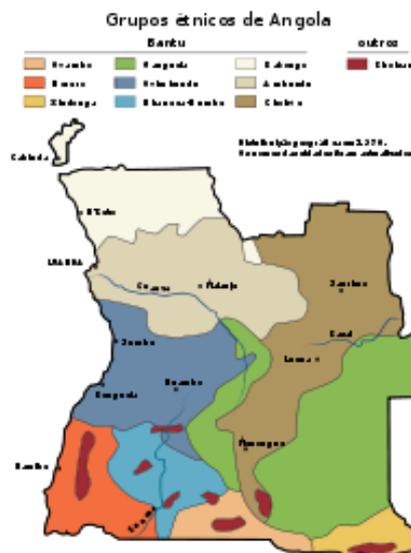
Angola é multicultural e multilinguística a maior parte da população conserva a sua herança cultural, os grupos étnicos principais são: *Bantu*, *Ovimbundo*, *Umbundu*, *Bakongo*, *Lunda-Chokwe*, *Nyaneka-Nkhumbi*, *Ovambo*, *Kwayama*, *Kwamatu*, *Kafima*, *Evale*, *Ndombondola*, *Vakuval*, *Himba*, *Dimba* e *Khoisan*<sup>9</sup>

O português é a língua oficial de Angola, as línguas nacionais mais faladas são *Umbundu* com 26% e *Kimbundo* com 20%<sup>10</sup> Esta diversidade cultural e linguística da população exige uma abordagem multilingue e multicultural na expansão de intervenções educacionais e na geração da consciência para a mudança de comportamentos

Mapa Nº 1



Mapa Nº 2



<sup>6</sup> Situação geo-demográfica, Política Nacional de Saúde – Angola 2010

<sup>7</sup> Política Nacional de Saúde – Angola 2010

<sup>8</sup> Situação geo-demográfica, Política Nacional de Saúde 2010

<sup>9</sup> *Constituição da República de Angola*. Assembleia Constituinte, acessível em Wikipedia. Outra referência: FERNANDES, João, e NTONDO, Zavoni (2002). *Angola: Povos e Línguas*, Luanda, Editorial Nzila.

<sup>10</sup> Id. a 9

### 1.3.2 DIVISÃO POLITICA ADMINISTRATIVA

A República de Angola é independente desde 11 de Novembro de 1975, promove e defende os direitos e liberdades fundamentais do Homem, quer como individuo quer como membro de grupos sociais organizados, assegura o respeito e a garantia da sua efectivação pelos poderes legislativo, executivo e judicial, seus órgãos e instituições bem como por todas as pessoas singulares e colectivas<sup>11</sup>.

Mapa Nº 3

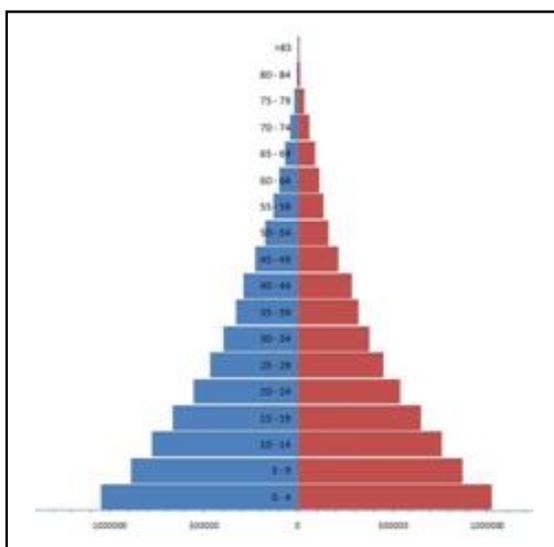


Administrativamente Angola esta dividida em 18 províncias, 164 municípios e 563<sup>12</sup> comunas. A população estimada para 2010 foi de 19.9 milhões de habitantes<sup>13</sup>, com uma taxa de crescimento anual da população de 2,7 %. A densidade populacional é de 4.6 habitantes por Km<sup>2</sup>. A distribuição da população é maioritariamente feminina, 55% da população são mulheres e 45% homens (as mulheres em idade fértil estimam-se em 21% da população, ou seja 3.8 milhões). Este desequilíbrio na distribuição do género (mulheres/homens) traduz-se num índice geral de masculinidade de 0,93 – ou

seja, 93 homens para 100 mulheres<sup>14</sup>.

Cerca de 54,8% da população vive em áreas urbanas o restante 45,2% da população encontra-se nas áreas rurais<sup>15</sup> muitas delas dispersas e com pouco ou sem acesso às redes de saúde/educação. A concentração das pessoas nas cidades resulta, em parte, da migração em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas e tem impacto sobre alguns factores de identidade cultural, como por exemplo a língua, o 28,7% da população angolana encontra-se assentada em Luanda capital do País (INE 2010)

Gráfico Nº 1



A população é maioritariamente jovem (gráfico Nº 1), cerca de 50% tem menos de 15 anos, 48% está na faixa dos 15-64 anos e 2% acima de 65 anos<sup>16</sup>; o que a caracteriza como população jovem. A pirâmide etária predominantemente jovem é característica das populações com uma taxa de fecundidade elevada, estima-se actualmente uma fecundidade no país de 7.2 filhos por mulher<sup>17</sup>.

Devido a que o último censo nacional de população foi realizado há mais de 30 anos o MINSA/INLS utiliza projecções populacionais do INE, os mesmos que foram reajustadas em Dezembro de 2011. Na Tabela Nº 1, observamos as estimativas nacionais de população para o período 2011-2015.

<sup>11</sup> Ponto 2 do artigo 2º da Constituição da República de Angola, referida na Política Nacional de Saúde, Luanda 2010

<sup>12</sup> INE 2010

<sup>13</sup> INE população estimada em 2011

<sup>14</sup> Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População Angolana | IBEP, 2008 - 2009

<sup>15</sup> Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População Angolana | IBEP, 2008 - 2009

<sup>16</sup> Inquérito IBEP, já descrito

<sup>17</sup> Dados do MICS III em 2008, tendo-se situado as estimativas dos níveis de fecundidade no MICS I de 1996 em 6.9 e no MICS II de 2001 em 7.0 nascimentos por mulher. Em 2011 ainda não foi realizado o MICS, só existem projecções da população para 2011-2015.

**Tabela Nº 1: Projecção da população total por ano e grupo de idade. Angola, 2011-2015**

Grupo de idade	2011	2012	2013	2014	2015
População Total	19.980.854	20.609.294	21.267.300	21.955.773	22.675.168
Menores de 10 anos	6.866.563	7.055.623	7.259.725	7.479.798	7.716.960
De 10 a 14 anos	2.629.970	2.706.912	2.786.448	2.868.417	2.951.926
De 15 a 49 anos	8.597.100	9.006.800	9.330.590	9.665.175	10.008.288
Maiores de 50 anos	1.887.221	1.839.959	1.890.537	1.942.383	1.997.994

Fonte: Projecção da População 2011-2015 – INE Angola Dez 2011

### 1.3.3 SITUAÇÃO ECONÓMICO - SOCIAL

Apesar dos importantes progressos alcançados no campo económico nos últimos anos, Angola ainda encontra-se entre os países em vias de desenvolvimento de África. De acordo com o Índice do Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>18</sup> o País situa-se no 146º lugar num ranking de 169 países. Segundo o relatório ODM<sup>19</sup>, mais de 36.6% da população vive abaixo da linha de pobreza, sendo a proporção de pobres na área urbana aproximadamente de 18,7%, e na área rural 58,3%. Estes dados revelam a concentração desproporcional da pobreza nas áreas rurais<sup>20</sup>. O nível de pobreza da população é reflectido pelo limitado acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia eléctrica e outros serviços sociais.

Os indicadores macroeconómicos (tabela Nº2), revelam que ainda persistem elevados níveis de pobreza e de desigualdade na distribuição da riqueza.

**Tabela Nº 2 Angola: Evolução de Indicadores Macroeconómicos. 2008-2010**

Indicadores	2008	2009	2010	2011
Crescimento do PIB (%)	13.2	-0.6	7.4	7.9
CPI inflação	13.2	14.0	15.0	9.9
Balanço orçamental % PIB	8.8	-7.7	-3.9	-1.7
Contas actuais % PIB	7.5	-3.8	2.6	3.0

Fonte: African Economic Outlook. 2011

Neste último quinquénio, o Governo está a dar uma alta prioridade a reconstrução e desenvolvimento de infra-estruturas de comunicação, de saúde, desportiva, habitacional e de educação, que estão a decorrer a um ritmo acelerado em algumas províncias e municípios, observando-se uma melhoria no acesso geográfico e vinculação da população aos serviços sociais. Não entanto, os serviços de saúde e educação ainda são limitados e não satisfazem a demanda da população principalmente nas áreas rurais e periferia das áreas urbanas populosas.

<sup>18</sup> Relatório do Desenvolvimento Humano 2010

<sup>19</sup> Relatório ODM 2008/2009 – dados do Inquérito IBEP, Angola 2009

<sup>20</sup> Estratégia de combate a pobreza, reinserção social, reabilitação, reconstrução e estabilização económica, Angola 2003

### 1.3.4 INDICADORES DE SAÚDE

O Governo de Angola, tem vindo a realizar esforços para melhorar os indicadores económicos e sociais do país, particularmente a partir do ano de 2002, altura em que alcançou a paz, traduzidos na criação de condições favoráveis para a implementação de um ambicioso programa de reconstrução nacional, no qual o sector da saúde aparece como uma das pedras angulares<sup>21</sup>.

O Governo identifica a saúde como um requisito para o bem-estar humano, desenvolvimento, crescimento económico, sustentável e harmonioso do país. Nas políticas públicas, a Saúde é considerada um direito humano, nesta vertente, o Governo nas suas políticas públicas garante que todos os cidadãos tenham direito à assistência médica e sanitária, cuidados na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho<sup>22</sup>. O estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um elevado fardo de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas e degenerativas bem como de mortalidade prematura.

Os indicadores de Saúde em Angola nos últimos anos melhoraram, mas ainda estão entre os mais baixos da África Subsaariana. A esperança de vida ao nascer é estimada numa média de 48 anos<sup>23</sup>, sendo 47 para o sexo masculino e 49 para o feminino, devido principalmente a deficientes condições de vida, elevada mortalidade infanto-juvenil e elevada mortalidade por causas evitáveis na idade adulta. As taxas de mortalidade infantil e materna estão entre as mais altas do mundo. Estima-se a taxa de mortalidade materna de 610 óbitos por 100.000 nascidos vivos, com uma taxa de fecundidade de 7,2 filhos por mulher<sup>24</sup> (tabela Nº 3 Fonte: instituto Nacional de Estatísticas. Inquérito Nacional as Famílias. 2009-2010).

A taxa de mortalidade infantil estima-se em 116 x 1.000 n.v, com 93 por mil nados vivos nas áreas urbanas e 141 nas áreas rurais<sup>25</sup>. Em 2010 a taxa de mortalidade infanto-juvenil (menores de 5 anos) reduziu para 250 mortes por mil nados vivos<sup>26</sup> em 2008; para 195 mortes por mil nascidos vivos em 2010, sendo de 150 nas áreas urbanas e de 238 nas áreas rurais. As principais causas directas de mortalidade em menores de 5 anos são as doenças transmissíveis associadas a malnutrição. A malária, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas, o sarampo, o tétano, e as afecções perinatais constituem mais de dois terços das mortes das crianças em Angola<sup>27</sup>.

**Tabela Nº 3 Angola: Indicadores Demográficos e de Saúde. 2010**

Indicador	Nível
Taxa de crescimento anual da população	2,7 %
Taxa bruta de natalidade	43% x 1.000
Taxa bruta de mortalidade geral	17% x 1.000
Taxa global de fecundidade	5,4 Filhos por mulher
Taxa de mortalidade Infantil	116 x 1.000
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos	194 x 1.000
Taxa de malnutrição crónica (moderada e severa)	16 %
Taxa de malnutrição aguda (moderada e severa)	8 %
Taxa de Mortalidade Materna	610 x 100.000
Expectativa de vida a nascença	48 anos

<sup>21</sup> Política Nacional de Saúde – Angola 2010

<sup>22</sup> Artigo 77º da Constituição da República de Angola, Luanda, Fevereiro 2010.

<sup>23</sup> Ministério do Planeamento: Estratégia de Combate a Pobreza (Edição revista 2005)

<sup>24</sup> Indicadores, Política Nacional de saúde 2010

<sup>25</sup> INE/Ministério do Planeamento: Resultados Preliminares do Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008 – 09. Luanda, Dezembro 2009

<sup>26</sup> Inquérito IBEP.INE 2009-2010

<sup>27</sup> Direcção Nacional de Saúde Pública/UNICEF: Pacote essencial de saúde materno-infantil: Bases normativas para a sua operacionalização, Luanda, 2007

A cobertura institucional de parto é limitada por razões de acessibilidade geográfica, económica e cultural, em 2009 os dados de IBEP reportaram em 45% os partos realizados nas unidades de saúde. As causas principais de mortalidade obstétrica directa são devido a hemorragias (33%), abortos inseguros (24%), septicemias (17%), toxemias (14%), roturas uterinas (9%). Esta situação de mortalidade materna e infantil pode-se agravar pela crescente prevalência do VIH/SIDA em Angola de 2.8%<sup>28</sup> nas mulheres grávidas de 15 a 49 anos<sup>29</sup>.

A malária representa cerca de 35% da procura de cuidados de saúde, 20% dos internamentos hospitalares, 40% de mortes perinatais e 25% de mortalidade materna<sup>30</sup>. Verifica-se aumento de doenças não transmissíveis, crónicas e degenerativas, perturbações mentais e traumatismos resultantes de acidentes e de violência que têm contribuído no aumento de doenças e incapacidades. Estilos de vida pouco saudáveis, associados ao hábito de fumar e consumo excessivo de bebidas alcoólicas estão na base da causa de distúrbios sociais, levando à crescente violência física e psicológica, acidentes de viação, delinquência juvenil e violência doméstica.

### 1.3.5 O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O Sistema Nacional de Saúde, está constituído por quatro níveis: (i) Central, de carácter normativo, técnico e de âmbito nacional. Neste nível encontra-se inserido o INLS com carácter normativo, de apoio técnico e de M&A na área de VIH&SIDA; (ii) Provincial, com dependência normativa e técnica do nível central e administrativa do Governo Provincial, (iii) Municipal, com dependência técnica e operacional do nível provincial e Administrativa Municipal; (iv) Local constituído pelas Unidades Sanitárias (US).

A rede pública de Serviços de atenção é ainda pequena, distribuída de forma desigual, com limitações na sua estrutura e na qualidade do atendimento. Estima-se que 50-60% da população têm acesso aos serviços básicos de saúde, esta percentagem é muito mais reduzido nas áreas rurais. A rede sanitária das FAA que é mais acessíveis no que se refere às áreas rurais do país.

Outras redes de ONGs e Igrejas não tem uma cobertura relevante, também conformam a rede de saúde entidades privadas lucrativas que estão geralmente concentradas nas principais cidades urbanas.

A rede de prestação de cuidados de saúde está constituída actualmente por 2.376 unidades sanitárias das quais 20 hospitais centrais, 45 hospitais gerais, 165 hospitais municipais e 374 centros de saúde e 1772 postos de saúde<sup>31</sup> (onde estão inserido dados da rede privada, de Igrejas e ONGs).

Na tabela Nº 4, pode-se observar o crescimento anual da rede de serviços funcional no país, as mudanças na classificação dos serviços e unidades sanitárias não funcionais destruídas pela guerra explicam ao longo do tempo aparente inconsistência na informação.

<sup>28</sup> Resultado encontrado em base a estudo nacional de prevalência do VIH em mulheres grávidas de 15 a 49 anos da consulta pré natal de 25 postos sentinelas do País (PNLS-INLS/CDC-OMS 2009)

<sup>29</sup> Indicadores de saúde, Política nacional de Saúde, pag 8, Angola 2010

<sup>30</sup> Política Nacional de Saúde, pag 9, Angola 2010 e na Estratégia de Desenvolvimento a longo prazo para Angola 2025 – Cap. VIII: Política de Bem-estar social, Angola 2010

<sup>31</sup>- Dados oficiais do Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. MINSa Jan. 2012.

Tabela Nº4 Angola: Evolução da Rede de serviços do Sistema Nacional de Saúde. 2006- 2011

Serviços de Saúde	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hospitais Centrais	7	11	11	11	11	20
Hospitais Gerais	41	37	45	42	42	45
Hospitais Municipais	147	135	146	165	146	165
Centros de Saúde	292	324	359	365	364	374
Postos de Saúde*	1441	1786	1841	1791	1774	1772
<b>Total</b>	<b>1937</b>	<b>2297</b>	<b>2402</b>	<b>2369</b>	<b>2337</b>	<b>2376</b>

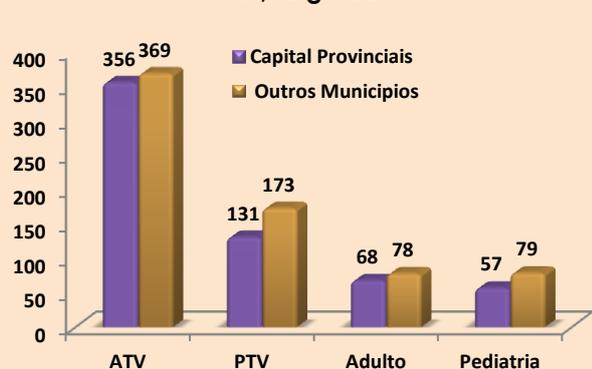
Fonte: - Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. Janeiro de 2012. \*inclue a rede de serviços (clínicas ou centros de saúde privados, ONGs, Igrejas ou petrolíferas).

O crescimento da rede de serviços de saúde, está a contribuir para a expansão da rede de prestação e acesso a oferta de serviços de VIH/SIDA. Em cada Direcção Provincial de Saúde existe um ponto focal para o VIH/SIDA que coordena as actividades com os parceiros envolvidos na luta contra a SIDA.

Ao longo do tempo, a rede de serviços de VIH aumentou a nível nacional, melhorando o acesso a nível urbano e rural. Em Angola existe actualmente uma rede de 1.313 serviços de VIH/SIDA fixos e 86 em unidades moveis. No gráfico Nº 2, observamos a localização geográfica dos serviços de saúde a nível das provinciais e municípios segundo o tipo de prestação. A rede de AT é a maior, actualmente conta com 725 unidades fixas que prestam atendimento a adultos e grávidas, além de 86 AT em unidades móveis. O PTV com 304 serviços e o TARV para adultos com 146 serviços e para crianças com 136 serviços. Os serviços de PTV/TARV estão maioritariamente localizados nas áreas urbanas (Hospitais e Centros de Saúde).

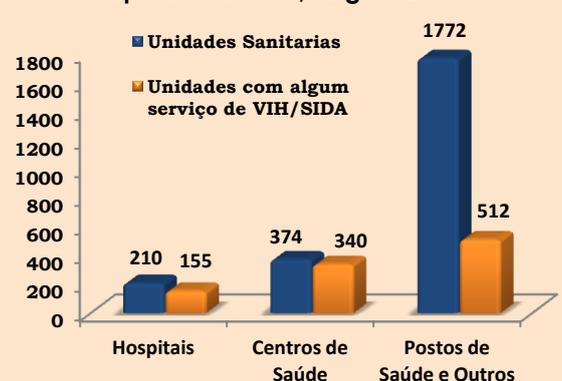
No gráfico Nº 3, observamos a distribuição dos serviços de VIH (AT, PTV e TARV de adultos e crianças) por tipo de Unidade de Saúde (US). Algumas US como os Hospitais, Maternidades e Centros de Saúde contam com todos os programas (AT/PTV/TARV), outras como os postos de saúde somente contam com serviços de AT.

Gráfico No 2: Localização geográfica dos serviços de VIH, Angola 2011.



Fonte: INLS/GEPE 2011

Gráfico Nº3: Cobertura dos serviços de VIH por tipo de Unidade, Angola 2011



Fonte: INLS/GEPE 2011

Os recursos humanos qualificados em saúde são insuficientes em número, existe um total de 2.950 médicos (1 médico para 60.200 habitantes), existindo 1 enfermeira por cada 30.000 habitantes, dos quais pouco mais de ¼ são de nível médio e metade básicos (dados Mapa Sanitário 2007).

Em relação a situação dos medicamentos o Estado continua a ser o maior importador de medicamentos para o sector público, o fornecimento de medicamentos essenciais para a rede de cuidados primário de saúde e programas é parcialmente centralizado, a aquisição dos kits é feita por órgãos centrais do Ministério da Saúde, através de concursos públicos nacionais. As U.S que gozam de autonomia financeira e as privadas adquirem parte dos medicamentos junto dos importadores locais.<sup>32</sup>.

A distribuição de medicamentos e reagentes pelo INLS, tem grandes dificuldades principalmente nas áreas rurais e U.S periféricas, devido as condições das vias de comunicação na maioria das províncias ou pela falta de armazéns provinciais e municipais que reúnam as condições de preservação, já que existem poucas infra-estruturas com requerimento das normas do programa. A distribuição de medicamentos e reagentes nas províncias é realizada através de pedidos trimestrais que realizam as provinciais ou parceiros ao INLS, que através de serviço terciarizado, se realiza o envio directamente ao local que solicitou.

No quadro 5, observa-se a distribuição de reagentes e medicamentos realizados durante o biénio. Os pacientes que em 2010 foram fornecidos de tratamento (principais esquemas) são 21.762 pacientes e em 2011 foram fornecidos de tratamento (principais esquemas) 31.373 pacientes.

**Tabela Nº5 Angola: Distribuição de reagentes e medicamentos ARV  
INLS-Angola 2010- 2011**

Ano	REAGENTES (Kits)		ARV dispensados (principais esquemas - frascos)								
	Deter Mine (100)	Uni-gold (20)	Efavirens	Lamivudina + Stavudina	Lamivudina	Lopinavir + Ritonavir	Nevirapina	Tenofovir + lamivudina	Tenofovir	AZT + Nevirapina + Zidovudina	AZT + lamivudina
2010	4.996	3.363	21.939	28.962	10.469	7.448	29.903	---	7.020	141.444	41.794
2011	9.756	4.701	38.753	13.346	6.911	15.373	46.235	26.261	7.699	228.809	49.625
<b>Total</b>	<b>14.752</b>	<b>8.064</b>	<b>60.692</b>	<b>42.308</b>	<b>17.380</b>	<b>22.821</b>	<b>76.138</b>	<b>26.261</b>	<b>14.719</b>	<b>370.253</b>	<b>91.419</b>

Fonte: Logística do INLS 2010-2011

No biénio, foram distribuídos a nível nacional um total de 53.701.800 preservativos masculinos e 50.000 preservativos<sup>33</sup> feminino, comparativamente ao UNGASS 2009 que foram distribuídos 30.141.600 preservativos, existe aumento em 44% dos preservativos distribuídos, porem ainda a quantidade é insuficiente para a população sexualmente activa.

*A cobertura dos serviços de VIH é de 74% na rede Hospitalar, 91% na rede de Centros de Saúde e 29% nos Postos Sanitários.  
Um desafio do INLS é expandir o maior número de serviços de VIH a nível dos Postos Sanitários.*

<sup>32</sup> Do relatório da Política Nacional de saúde – 2010, recursos Físicos de saúde – Infra-estruturas

<sup>33</sup> Relatório 2010 e 2011, INLS Dez 2011

## Capítulo II. PANORAMA DA SITUAÇÃO DA EPIDEMIA DA SIDA

Neste capítulo, analisaremos de forma geral: (i) situação actual do VIH&SIDA No mundo; (ii) situação da epidemia em Angola, (ii) estudos de sítios sentinelas e análise da tendência da epidemia; estimativas através do pacote estatístico EPP/Spectrum e Sítios Sentinelas. descrevendo os resultados alcançados nos diferentes componentes do programa: AT, PTV, TARV, prevenção/distribuição preservativos e outros dados relevantes que mostrem os avanços no combate ao VIH/SIDA.

Os indicadores foram calculados seguindo os critérios indicados nas directrizes de UNGASS, para a sua elaboração se utilizaram dados existentes de estudos de seroprevalência, comportamentais e outros, realizando uma comparação aos anos precedentes e descrevendo alguns obstáculos e desafios.

### 2.1 SITUAÇÃO DO VIH/SIDA NO MUNDO

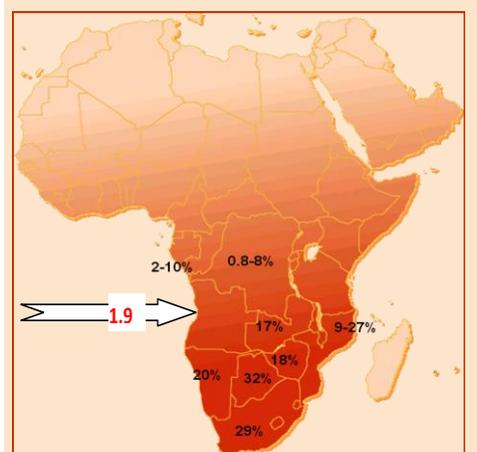
Estimativas da ONUSIDA em 2011, informam<sup>34</sup> que 34 milhões de pessoas (31,6 milhões –35,2 milhões)vivem no mundo com VIH, quer dizer 17% mais que em 2010, reflectindo o continuo aumento nas novas infecções. África Subsahariana continua a ser a região mais afectada com o VIH representando 70% das novas infecções ocorridas no mundo e 67% do número total de infectados vivem nesta região. Na África Subsahariana estima-se que até 2011, existiam 22,9 milhões de pessoas vivendo com VIH, das quais 1,9 milhões foram novas infecções. Até ao momento cerca 11,6 milhões de pessoas desta região já morreram devido ao SIDA, e estima-se que 90% das crianças infectadas com o VIH vivem neste continente.

### 2.2 TENDÊNCIA E ESTIMATIVAS DA EPIDEMIA EM ANGOLA

Angola encontra-se numa posição peculiar por ter uma prevalência de VIH relativamente mais baixa na região austral de África comparativamente aos vizinhos da região (Mapa Nº 4 - Fonte ONUSIDA, 2011).

Esta situação epidemiológica pode ser resultante da prolongada guerra civil (1975 a 2002), período durante o qual as fronteiras permaneceram fechadas e os movimentos da população estavam restritos limitando a propagação do VIH pelo país. No mapa a seguir observa-se a prevalência estimada nos diferentes países de África Austral no ano 2011.

Mapa Nº 4: Prevalência de VIH nos Países de África Austral



<sup>34</sup> ONUSIDA, relatório 2011 para o Dia Mundial de LCS, Dez 2011

Para fazer a análise da prevalência do VIH/SIDA ao longo do tempo em Angola, tem sido necessário analisar os dados existentes da vigilância epidemiológica reportados pelas diferentes regiões do país, como também analisar os estudos epidemiológicos transversais que retratam a situação no momento. Com toda esta informação foi possível comparar a dinâmica da evolução da epidemia no actual biénio de 2010 – 2011.

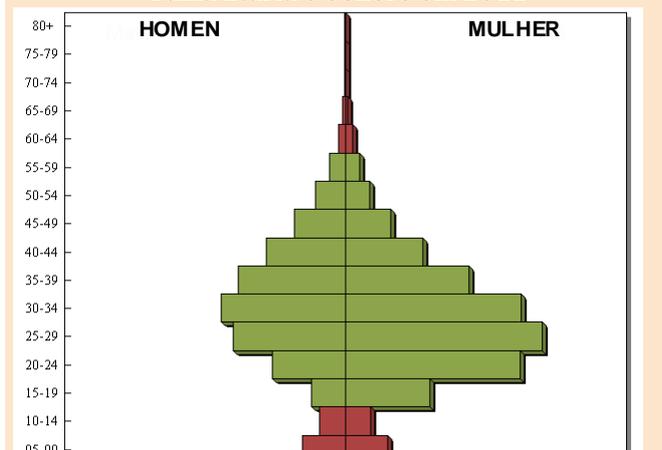
O primeiro caso de VIH/SIDA em Angola foi detectado em 1985, registando-se até a data uma tendência de aumento progressivo dos casos. Dados registados na VE de rotina, mostram a existência de 143.110 seropositivos notificados desde 1985 a 2011, dos quais, 39% correspondem ao sexo masculino e 61% ao feminino.

No biénio 2010-2011, os dados de VE de rotina mostram maior registo nas idades de 20 a 39, com maior notificação no sexo feminino (63% dos notificados) em relação a 37% de registo de sexo masculino.

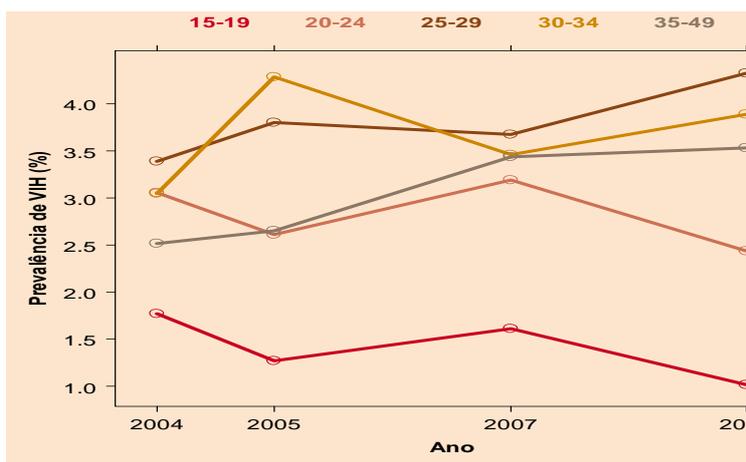
Em Angola, a transmissão heterossexual continua a ser o modo principal de transmissão do VIH com 79,2% do total dos Casos notificados. A transmissão vertical é responsável por cerca de 6% e a sanguínea (por transfusão e uso de objectos contaminados) em 0,5%.

Nesta pirâmide podemos observar que o maior número de casos incide ao longo dos anos no sexo feminino no grupo etário entre 15 a 39 anos (com predominio na faixa etária dos 25 a 34 anos) (Gráfico N°4). Para o sexo masculino a maior notificação de casos recai para a faixa etária dos 30 a 34 anos, seguindo-se o grupo dos 25 aos 29) (dados de VE de rotina do INLS 1985 a 2011).

**Gráfico No4. Pirâmide de casos reportados de VIH por Faixa Etária e Género em 2011**



**Gráfico nº5 - Prevalência do VIH por faixa etária, 2004-2009**



Fonte: WHO/ONUSIDA

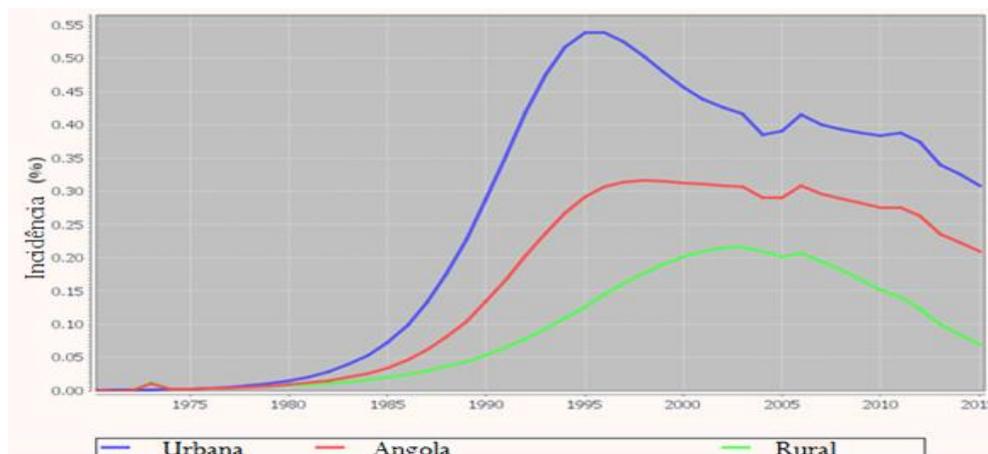
No gráfico N° 5, pode-se observar a distribuição da prevalência do VIH nas mulheres segundo faixas etárias. A prevalência mais baixa encontra-se entre a faixa etária de 15-19 anos (menos de 2%). Ao longo do tempo a prevalência nesta faixa etária é significativamente mais baixa ( $p < 0,01$ ) em comparação aos outros grupos etários e tem uma tendência decrescente ( $p < 0,06$ ).

Enquanto a prevalência nas mulheres de maior de idade (de 25-29, 30-34, e 35-49 anos) tende a crescer significativamente ao longo

do tempo ( $p < 0,01$ ). A prevalência nas mulheres entre 20-24 mantém-se estável ao longo do tempo.

Com base nos inquéritos serológicos realizados, as prevalências mais altas encontram-se nos grupos etários 25-29 anos (com 3,84%) e 30-34 anos (com 3,69%) em 2009.

**Gráfico nº6 - Estimativa de Incidência do VIH em adultos (15 a 49 anos), com base em inquéritos serológicos em Angola**



Fonte: INLS/EPP/Spectrum 2011

0,15%.

Com objectivo de conhecer a dinâmica da evolução da epidemia no País e fazer um planeamento das acções preventivas e de controlo da epidemia, o INLS realizou em parceria com o OMS/CDC uma análise pormenorizada dos dados utilizando a informação existente do estudo de seroprevalência realizado em 2009 em grávidas do grupo etário de 15 a 49 anos, utilizando o programa EPP/SPECTRUM que nos dá a projecção e estimativa da epidemia para o biénio 2010 - 2011 (Tabela N.º6)

**Tabela N.º6 - Estimativa da epidemia de VIH, 2010-2011**

Indicador	Estimativas 2010	Estimativas 2011
Prevalência em adultos	1,98	1,97
Pessoas 15 anos e mais vivendo com VIH	172.881	212.558
Crianças (0-14) anos	23.008	37.280
Mulheres	104.194	145.320
Grávidas Seropositivas	19.412	20.428
Mortes (adultos e crianças)	10.402	13.728
Órfãos de SIDA (0-17)	16.724	15.913
Mulheres grávidas	2,8	2,8
Mulheres grávidas (15-24)	1,7	1,7
Número de pessoas que precisam TARV	87.108	93.257

*A epidemia do VIH em Angola é classificada como “generalizada” pela prevalência do VIH maior a 1% (classificação OMS), também pela sua expansão na população geral, onde se destacam as relações sexuais desprotegidas como a principal via de transmissão do VIH que está afectando sobre tudo ao sexo feminino*

Existem factores que podem ser determinante para a expansão da epidemia em Angola (tabela Nº7) e alguns constrangimentos que podem dificultar a implementação ou expansão dos programas.

**Tabela Nº 7 Análise de Factores determinantes e constrangimentos**

FACTORES DETERMINANTES	CONSTRANGIMENTOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analfabetismo elevado</li> <li>- Elevada migração e novos assentamentos populacionais</li> <li>- Pobreza</li> <li>- Pirâmide da população jovem, com início precoce das relações sexuais,</li> <li>- Relações sexuais transaccionais e Inter-geracionais que incidem no aumento das taxas de doenças de transmissão sexual,</li> <li>- Subvalorização e preconceitos sobre o risco das ITS/VIH/SIDA</li> <li>- Práticas de sexo sem protecção e rejeição no uso de preservativos.</li> <li>- Aceitação social da poligamia.</li> <li>- Barreiras culturais e religiosas para o uso de meios de prevenção,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- População multilingue e multicultural que dificulta o conhecimento e a percepção das intervenções educativas.</li> <li>- Estruturas locais e logística deficiente para o atendimento das PVVS.</li> <li>- Dificuldades na comunicação e atraso no envio de informação.</li> <li>- Recursos humanos insuficientes, pouco capacitados e com limitado comprometimento para a implementação dos programas.</li> <li>- A nível das parcerias limitado recurso financeiro e dependência para execução dos projectos de combate ao SIDA</li> </ul>

### 2.2.1 ESTUDO SENTINELA

A VE em Angola, utiliza as unidades de saúde que oferecem atendimento as grávidas, seleccionadas em cada provincia como sitio sentinela, para fornecer informação sobre a magnitude e tendência da infecção do VIH e monitorar a seroprevalência do VIH na população. O Departamento de Vigilância Epidemiológica do INLS (DVEI) é responsável da monitorização destes estudos, assim como também dos dados de estudos de seroprevalência ou comportamentais realizados no País pelos diferentes parceiros.

Para conhecer e monitorar a dinâmica da epidemia, a DVEI em Angola, se utiliza a metodologia de "sítios sentinela" localizados nas Unidades de Saúde que oferecem atendimentos às grávidas, por ser um grupo prático, de fácil acesso, sexualmente activas, vulneráveis a infecção, acessíveis e por encontrarem a receber cuidados rotineiros de saúde que precisam da extracção de sangue para o teste da sífilis.

*Os sítios sentinelas estão localizados em todas as províncias, contam com pessoal capacitado e infra-estruturas adequadas para realizar estudos de seroprevalência. Já foram cinco estudos nacionais.*

Informação sobre os estudos de seroprevalência nos sitio sentinela, referem que os dois primeiros estudos foram realizados em 2004 e 2005 em 25 sítios sentinelas de 18 províncias do país no grupo de mulheres grávidas em consulta pré-natal de 15 a 49 anos de idade. Um terceiro estudo realizado em 2007, para além dos mesmos 25 sítios sentinelas, foram adicionados 10 novos sitios sentinelas (nove em áreas rurais e um urbano), com objectivo de ter maior representatividade dos estratos urbano-rural.

Um quarto estudo realizado em 2009 com a inclusão de 36 sítios sentinelas, cuja informação contribuiu para conhecer e caracterizar o curso da epidemia, definir prioridades e tomada de decisões na planificação de acções de prevenção e controlo, assim como melhorar e garantir atendimento e apoio aos afectados.

O quinto estudo, com mesma metodologia foi realizado em 2011, nos 36 sítios sentinelas, cujos resultados estão em processo de análise<sup>35</sup>. Na tabela abaixo, mostra o tamanho das amostras recolhidas por ano e o número de sítios sentinelas.

**Tabela Nº8 . Tamanho da Amostra e números de sítios sentinelas do Estudo de Seroprevalência Angola 2004 - 2011**

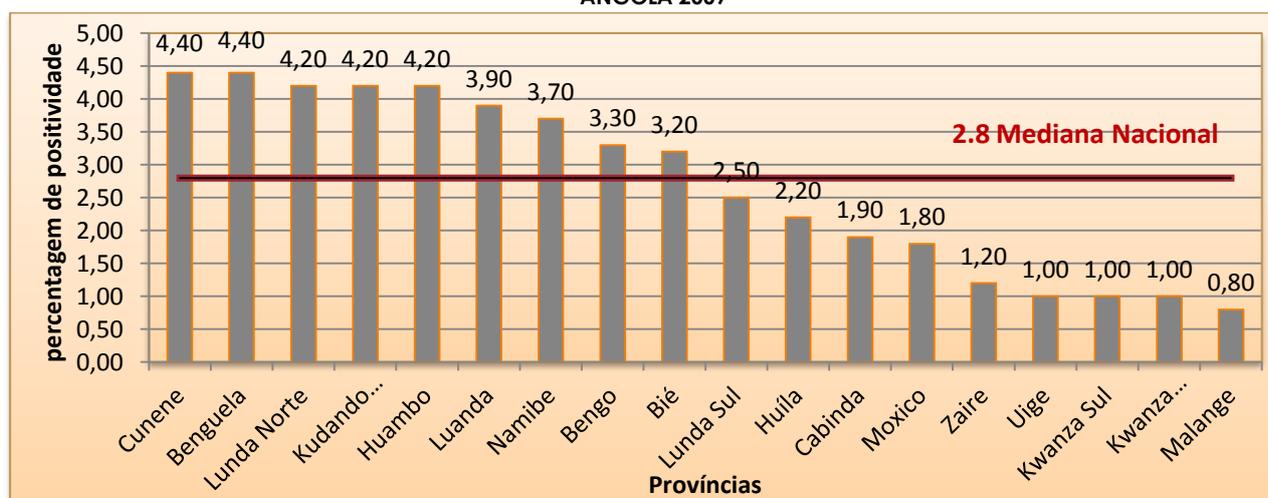
Anos	2004	2005	2007	2009	2011
Tamanho da Amostra	12.286	12.468	16.917	17.451	18.000
Nº de Sítios Sentinelas	25	25	35	36	36*

Fonte DVE-INLS 2012 \* em processo de análise em CDC

Análise dos resultados dos estudos ao longo do tempo tem contribuído para classificar a epidemia de VIH/SIDA em Angola como “generalizada” por demonstrar a prevalência superior a 1% ao longo do tempo em mulheres grávidas.

Estes resultados de estudos de sítios sentinelas, estão a contribuir para analisar a dinâmica e caracterizar a infecção do VIH em cada uma das províncias. No gráfico Nº 7, observamos a mediana nacional do estudo de seroprevalência realizado em 2009 em grávidas de 15 a 49 anos, cuja seroprevalência foi de 2,8 % (intervalo de confiança de 1,4%-3,5%), com uma notável diferença entre a prevalência mediana da região urbana (3,0%) e região rural (1,6%). A distribuição da epidemia no país é diferente de província para província, variando de 0,8% na província de Malanje e 4,4% na província de Cunene. Esta variação é ainda mais significativa quando analisamos município por município dentro da mesma província. Em 9 das 18 províncias de Angola, a prevalência está acima da mediana nacional (2,8%).

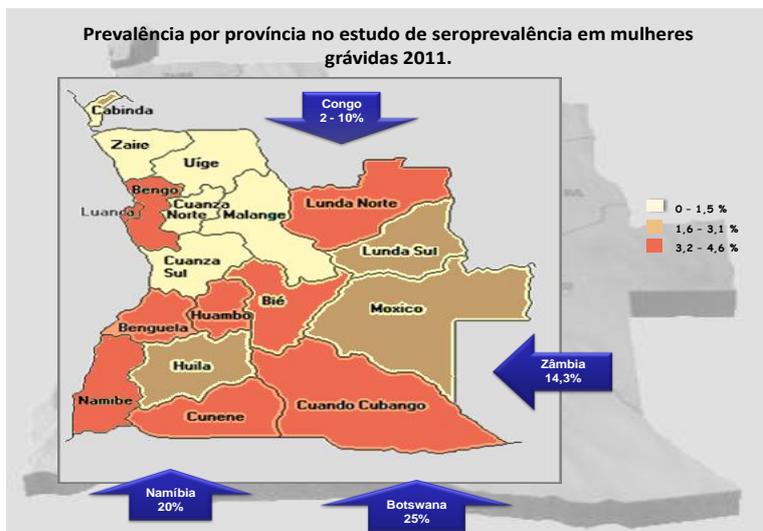
**Gráfico Nº 7 PREVALÊNCIA POR PROVÍNCIAS E ÁREAS URBANAS RURAIS ANGOLA 2009**



Fonte: Estudo de Seroprevalência em grávidas, 2009

<sup>35</sup> Relatório INLS 2010 e 2011

Para melhor apreciação da distribuição da seroprevalência por província apresentamos o mapa a seguir, que nos permite visualizar as províncias com maiores taxas de Seroprevalência (a vermelho)<sup>36</sup>. Das quais, quatro províncias fazem fronteira com países vizinhos com alta prevalência.

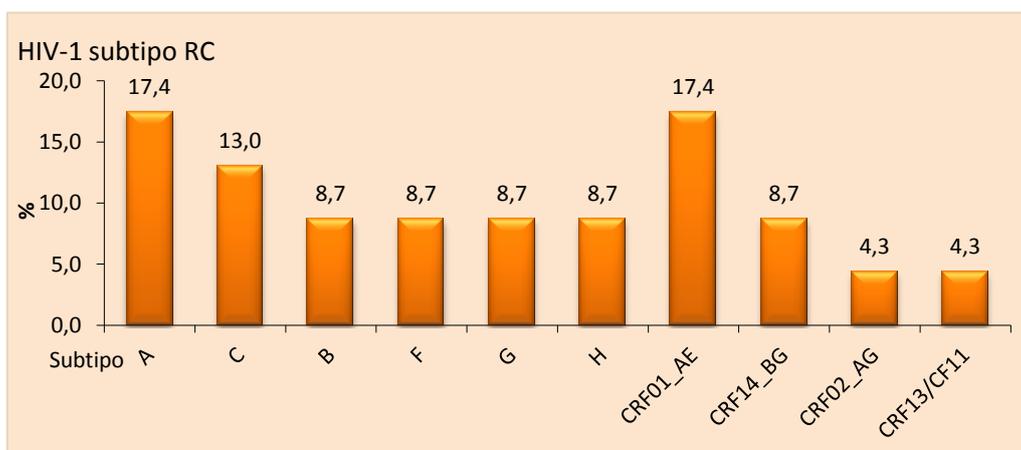


Fonte: INLS 2011

Em 2010 foi realizado um estudo sobre a variabilidade de subtipos virais existentes em Angola. No gráfico N°8, observa-se a grande variabilidade genética do VIH1 circulante no país, com 6 diferentes subtipos virais e um número considerável de subtipos recombinantes.

A existência de múltiplas variedades de subtipos de VIH1 no país, pode ao longo do tempo acarretar problemas na expansão da infecção de subtipos que podem ter implicações na utilização de uma vacina preventiva no âmbito das pesquisas que estão a realizar-se internacionalmente.

**Gráfico N° 8 Variabilidade de subtipos virais em Angola**



Fonte: INLS/relatório da investigação 2010

<sup>36</sup> Relatório INLS 2010 - 2011

## Capítulo III. RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA EM ANGOLA E ANÁLISE DOS INDICADORES

De acordo com o PEN III e IV (que envolve os períodos de 2010 – 2011), o INLS através dos Programas provinciais de LCS e parceiros desenvolveram uma intensa agenda de trabalho que priorizou a optimização do programa de prevenção, AT/PTV/TARV, apoio psicossocial/cuidados domiciliários das PVVS, o reforço à resposta do Sangue Seguro, da Co-infecção SIDA/Tuberculose e as intervenções educativas a grupos especiais como órfãos/ crianças vulneráveis, MTS e HSH.

*Um dos objectivos importantes do INLS é reduzir o número de novas infecções em grupos de população jovem. O desafio para o país, é promover maior envolvimento das instituições e organizações sociais e comunitárias que trabalham com grupos juvenis para unir esforços na expansão de acções em favor destes grupos vulneráveis de população.*

O INLS, propiciou o desenvolvimento de estudos comportamentais que contribuíram para dar resposta aos Indicadores de UNGASS, nomeadamente: Estudo CAP e de seroprevalência nacional na população geral o INCAPSIDA; o estudo BSS (Comportamentais e serológicos) em populações de maior vulnerabilidade ao VIH: Mulheres jovens de 15 a 24 anos envolvidas em sexo transaccional na fronteira entre Angola-Namíbia; o estudo em Homens que fazem sexo com Homens (HSH) realizado em Luanda; e os estudos de "Seroprevalência de VIH e Sífilis em mulheres grávidas em Consulta Pré-natal (CPN). Todos estes estudos serviram para responder os Indicadores de UNGASS.

Na resposta nacional, será feita a análise dos resultados alcançados nos diferentes componentes, áreas e parcerias, como também a análise dos indicadores de UNGASS para o biênio 2010 – 2011.

### 3.1 PREVENÇÃO

A prevenção constitui para o INLS uma das áreas mais importantes pela sua abrangência a nível nacional e o envolvimento activo das parcerias do sector público, privado, não governamental, Igrejas, FAA e comunidade. As principais intervenções de prevenção têm sido realizadas através de campanhas televisivas, radiofónicas, eventos de capacitação de educadores de pares e grupos seleccionados através de palestras, workshops, fóruns, debates, distribuição de preservativos, de material de IEC, comunicação interpessoal com diversos actores, com vista a promoção de comportamentos seguros, conhecimento das formas de transmissão e prevenção do VIH, conhecimento do estado de saúde, adesão ao AT/PTV/TARV.

*Angola possui um Programa Multisectorial para a prevenção e combate ao VIH e SIDA que envolve todos os sectores da sociedade Angolana, no cumprimento dos objectivos do Plano Estratégico Nacional*

Os jovens são o grupo de população vulnerável ao VIH, devido ao seu comportamento, o seja, início precoce das relações sexuais, troca frequente de parceiras (os), pouca aceitação do risco que se reflecte na pouca demanda aos serviços de diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio. Em Angola os esforços na prevenção são maioritariamente focados na informação, educação e comunicação nos serviços de saúde, ao nível comunitário e através dos mass media e nas actividades AT/PTV/TARV.

A prevenção da infecção pelo VIH nestes grupos de população jovem, constitui uma prioridade na resposta nacional, com vista a assegurar a sustentabilidade das intervenções, incluindo envolvimento de parcerias multissetoriais que abordem comportamentos e situações que atinjam à múltipla causalidade de factores estruturais, culturais, educativos e sociais que favorecem a vulnerabilidade para a transmissão do VIH.

Os indicadores de UNGASS, na vertente de conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos nos jovens (Indicadores 1,1 a 1,14) foram elaborados com base no inquérito INCAPSIDA<sup>37</sup>, este tipo de inquérito, além da sua complexidade é de alto custo, mas pela necessidade de se obter dados para responder aos compromissos do país, o INLS, envidará esforços para que sejam realizados com uma periodicidade mínima de 2 a 3 anos.

Para os Indicadores de grupos mais exposto ao risco: MTS (indicadores 1,7 a 1,10) o estudo de referência foi o relatório preliminar realizado em Mulheres jovens que realizam sexo transaccional<sup>38</sup> na provincia de Cunene (não extrapolavel a nivel nacional), o INLS procurará junto dos parceiros promover a necessidade de realizar este tipo de inquéritos em populações vulneráveis ao risco com uma periodicidade de 2 anos, em outras áreas geográficas do país para que seus resultados possam ser extrapolados ao país.

Para responder os indicadores de HSH (indicadores 1,11 a 1,14) a documento de referência foi o relatório preliminar<sup>39</sup> realizado em HSH na provincia de Luanda. Para este tipo de estudos o INLS, também procurará junto aos parceiros a necessidade de realizar o estudo com periodicidade de 2 anos e em outras áreas geográficas.

---

<sup>37</sup> Inquérito INCAPSIDA, realizado em Angola/2010 pelo INLS através da empresa de Consultoria COSEP, é um estudo representativo de indicadores múltiplos para colher dados sobre CAP e comportamentos, seroprevalência do VIH e outras ITS na população geral de Angola, realizada em 3 etapas, com uma amostra de 240 conglomerados repartidos em 160 municípios urbano-rurais das 18 províncias do país. Tendo inquirido um total de 9.435 agregados familiar com uma amostragem total de 26.296 mulheres e homens de 15 a 54 anos de idade elegíveis para as entrevistas e recolha de informação. O questionário padrão do inquérito de indicadores (AIDS INDICATOR SURVEY-AIS desenvolvido por MEASURE-DHS), dados sobre características sócio-demográfico, SSR, casamentos/actividade sexual, conhecimentos e percepção do VIH/SIDA, ATV, testes de VIH realizados (utilizando papel filtro *Seco/dried blood spot-DBS*), ITS, Violência doméstica, mortalidade de adultos, consumo de álcool ou substâncias psicopáticas. Para o processamento dos dados, foram digitalizados no programa informático desenvolvido para inquéritos complexos pelo CPro - Census Bureau/EUA/MACRO. As amostras de sangue para o estudo da seroprevalência foi realizado com consentimento informado, garantindo a confidencialidade dos dados, a colheita foi realizada através de lancetas estéril e descartável, cuja gota recolhida em papel filtro com código de barras.

<sup>38</sup> Inquérito de Vigilância Comportamental e Serológica para VIH e sífilis em Mulheres Jovens de 15 a 24 anos envolvidas no Sexo Transaccional na Fronteira entre Angola-Namíbia, nomeadamente a provincia de Cunene, foi realizado pelo INLS/CDC em 2010 com uma amostra para o estudo de 489 mulheres que realizam sexo transaccional. Este estudo não é representativo para todas as mulheres TS ou que realizam sexo transaccional porque só foi realizado em uma área fronteriza de uma provincias. Os dados levantados neste inquérito serão utilizados para responder os indicadores direccionados as TS.

<sup>39</sup> Inquérito de Vigilância Comportamental e Sorológica para VIH e Sífilis para HSH de Luanda-Angola, realizado em 2011 por INLS/CDC/GAP, com a participação das Universidades de California-EUA; Univ. de Tulane-EUA; Univ. Federal do Ceara-Brasil; FioCruz-Brasil e Secretaria Municipal de Fortaleza-Brasil. Estudo transversal não representativo para todo o país por ser realizado em uma provincias, com objectivo de ter uma linha base sobre as características socio-demográficas; factores relacionados ao comportamento e practicas de risco; estimar o tamanho da população de HsH utilizando o método multiplicador; conhecer a epidemia da sífilis e VIH na população de HSH. Com uma amostra de 351 HsH de Luanda entre 18 a 24 anos, recrutados através do metodo RDS

## INDICADORES RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO SEXUAL DO VIH (1)

### INDICADOR 1.1

**PERCENTAGEM DE HOMENS E MULHERES DE 15 a 24 ANOS QUE IDENTIFICAM CORRECTAMENTE AS FORMAS DE TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO SEXUAL DO VIH, E REJEITAM AS IDEIAS ERRADAS SOBRE A TRANSMISSÃO DO VÍRUS.**

O resultado do indicador 1.1 (tabela Nº 9), é medir o conhecimento relacionado com o VIH/SIDA. O objectivo deste indicador é avaliar o progresso dos conhecimentos dos factores essenciais sobre a transmissão do VIH.

O conhecimento sobre a transmissão do VIH/SIDA é indispensável, mas não suficiente para a adopção de comportamentos que reduzam o risco de transmissão na população jovem. Para ter resultados desejados neste indicador é necessário uma abordagem mais ampla, quer dizer trabalhar no acesso a educação e o emprego, no reforço da auto-estima, na preservação da identidade, na promoção de estilos de vida saudável, na protecção da saúde sexual, reprodutiva e a prevenção dos riscos que estão presente nos jovens.

A fonte para obter este indicador foi baseada nos resultados do inquérito INCAPSIDA, realizado em 2010 em 160 municípios<sup>40</sup> com objectivo de medir o grau sobre conhecimentos e comportamentos de risco para o VIH/SIDA em Angola.

O indicador foi calculado usando como numerador o número de jovens de 15 a 24 anos entrevistados no INCAPSIDA e que responderam correctamente a cinco perguntas sobre o modo de transmissão e prevenção do VIH. As perguntas utilizadas foram: (i) *Pode reduzir-se o risco da transmissão sexual com um único (a) parceiro não infectado e que não tem outro parceiro(a)?*; (ii) *Uma pessoa aparentemente saudável pode ser portadora do VIH?*; (iii) *O VIH pode-se transmitir pela picada do mosquito?*; (iv) *É possível contrair o VIH partilhando alimentos com uma pessoa infectada?*; (v) *O VIH pode-se transmitir por meios sobrenaturais?*

Como denominador foi utilizado o número total de jovens de 15 a 24 anos entrevistados no inquérito INCAPSIDA. Os dados da análise estão distribuídos por grupos de idade (15 a 19 anos; 20 a 24 anos) e sexo (masculino e feminino). A periodicidade deste tipo de inquérito já foi referida anteriormente.

**TABELA Nº9. INDICADOR 1.1**

Método de Medição: Indicador 1.1	Todos	Homens			Mulheres		
		Todos	15-19	20-24	Todas	15-19	20-24
<b>Numerador:</b> Numero de jovens de 15-24 entrevistados que responderam correctamente às perguntas sobre transmissão e prevenção do VIH	1.720	801	472	329	919	424	495
<b>Denominador:</b> Número total dos entrevistados de 15-24 no estudo INCAPSIDA	3.849	1.659	1.110	549	2.190	1.119	1.071
<b>Valor do Indicador</b>	<b>44,6%</b>	<b>48,2%</b>	<b>42,5%</b>	<b>59,9%</b>	<b>41,9%</b>	<b>37,9%</b>	<b>46,2%</b>

Fonte: Estudo INCAPSIDA 2010, INLS/COSAP Angola

<sup>40</sup> Inquérito INCAPSIDA, já referido.

## INTERPRETAÇÃO DO INDICADOR 1.1

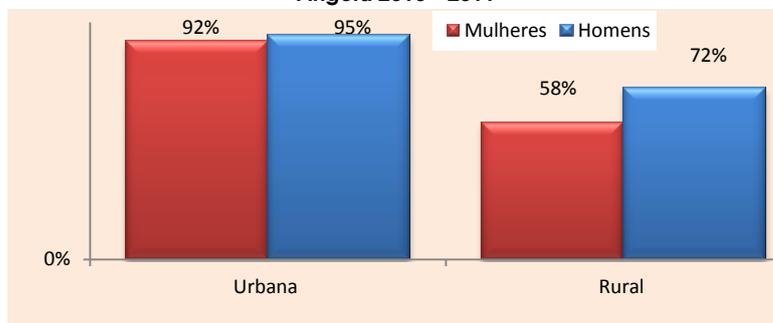
Os dados do inquérito, mostram que aproximadamente 37,9% das raparigas de 15 a 19 anos e 42,5% dos homens da mesma idade conhecem e identificam 5 formas de prevenção, este resultado mostra que os rapazes estão melhor informados que as mininas da mesma idade.

Entre os grupos de idade de 20 a 24 anos, observa-se que aproximadamente 59,9% dos homens apresentam melhor conhecimento sobre o VIH em comparação com 46,2% das mulheres da mesma idade. Em termos gerais, os homens estão mais informados sobre o VIH que as mulheres (48,2% dos homens em comparação de 41,9% das mulheres).

Para este mesmo indicador, reportado no UNGASS 2009 (com dados do inquérito IBEP)<sup>41</sup> foi de 28,4%, e em 2010 com dados de INCAPSIDA foi de 44,6% o que mostra uma melhoria no conhecimento e o resultado das diversas intervenções educativas que o país realiza ao longo do tempo.

Para complementar a informação deste biénio, e ter maior informação sobre os dados encontrados no inquérito INCAPSIDA, vemos no gráfico N° 9 resultados sobre conhecimento segundo área de residência, onde 92% das mulheres das áreas urbanas referem ter ouvido falar sobre formas de prevenção da SIDA em comparação com 58% das mulheres da área rural. Por outro lado os homens das áreas rurais referem ter maior acesso a informação (72% vs 58%) que as mulheres.

**Gráfico N°9. Conhecimento sobre SIDA: População de 15 a 49 anos que ouviram falar segundo área de residência  
Angola 2010 - 2011**



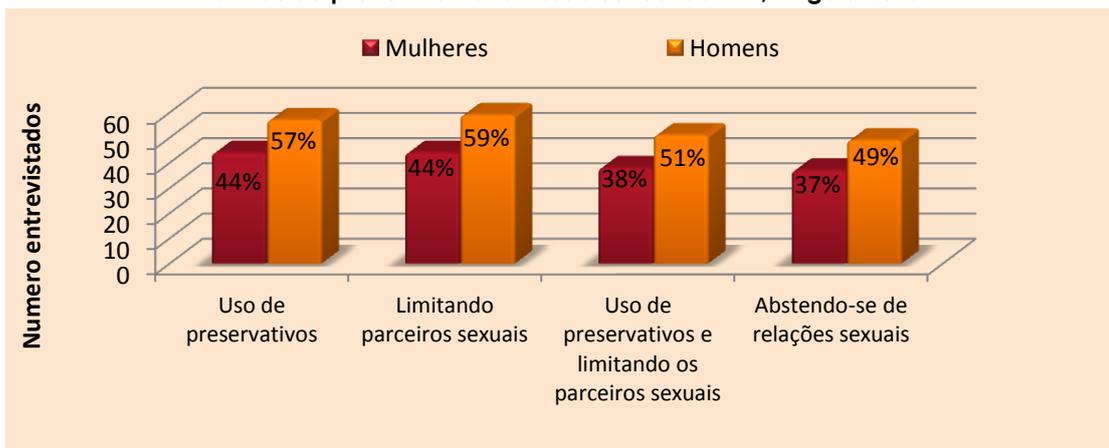
Fonte: INLS/INCAPSIDA 2010

Entre os homens que ouviram falar do VIH, observa-se maior percentagem de conhecimento nas áreas urbanas (95%) em comparação com as áreas rurais (72%). Isto mostra-nos que em ambos sexos existe um maior acesso a informação nas áreas urbanas em comparação com as áreas rurais.

Uma outra informação de INCAPSIDA complementar sobre conhecimentos das formas de prevenção da transmissão do VIH (uso de preservativo, abstinência sexual, limitação de parceiro sexual) observamos no gráfico N° 10, onde 49 a 59% dos homens inquiridos dizem conhecer as formas básicas de prevenção da transmissão sexual do VIH em comparação com 37 a 44% das mulheres. O uso de preservativo é referido apenas por 57% dos homens e 44% das mulheres.

<sup>41</sup> Inquérito integrado sobre Bem-estar da população, realizado em 2009 pelo INE, com vista a actualizar o IPC (índice de preços do consumidor), calcular o consumo das famílias nas Contas Nacionais, elaborar o perfil da pobreza e outros indicadores sócio demográficos e económicos do país.

**Gráfico N°10. População de 15 a 49 anos que conhecem as principais formas de prevenir a transmissão sexual do VIH, Angola 2010**



Fonte: Relatórios INCAPSIDA- 2010/ INLS

Outra informação complementar deste mesmo estudo INCAPSIDA está relacionado às variações de conhecimento segundo sexo e de acordo ao nível educacional. Nas mulheres sem instrução os níveis de conhecimento chegam a 19% entre as inquiridas em comparação com aquelas com níveis alto de instrução cujo conhecimento supera 83%. O mesmo acontece com o sexo masculino, cujo resultado é muito similar aos resultados encontrados nas mulheres.

#### **INDICADOR 1.2**

#### **PERCENTAGEM DE JOVENS, MULHERES E HOMENS DE 15 a 24 ANOS QUE TIVERAM RELAÇÕES SEXUAIS ANTES DOS 15 ANOS.**

O resultado deste indicador 1.2 (tabela N°10), é medir os progressos realizados no grupo de jovens de 15 a 24 anos (homens e mulheres), para retardar o início da relação sexual.

O objectivo principal deste indicador 1.2 é que as populações mais vulneráveis de 15 a 24 anos iniciem tardiamente a sua actividade sexual, porque desta forma o jovem está a reduzir as possibilidades de exposição ao VIH, além de que retardar o início da actividade sexual também protege o jovem da gravidez não desejada e de ter uma infecção sexual precoce que possa ser causadora de infertilidade ou de complicações futuras.

O método utilizado para obter este indicador foi baseado nos resultados do inquérito INCAPSIDA, sobre conhecimentos de VIH/SIDA em Angola. O numerador foi criado com o número de jovens de 15 a 24 anos entrevistados, que declaram ter tido a sua primeira relação antes dos 15 anos. O denominador é o total de jovens de 15 a 24 anos entrevistados no INCAPSIDA.

As perguntas que foram realizadas neste inquérito foram (i) Teve alguma vez relações sexuais antes dos 15 anos; (ii) Se a resposta foi afirmativa, perguntou-se: ¿A que idade teve a sua primeira relação sexual? Os dados da tabela, foram distribuídos segundo sexo (masculino e feminino), por grupo de idades (15 a 19 anos; 20 a 24 anos). A frequência deste estudo foi referida anteriormente.

TABELA Nº10. INDICADOR 1.2

Método de Medição: Indicador 1.2	Todos	Homens			Mulheres		
		Todos	15-19	20-24	Todas	15-19	20-24
<b>Numerador:</b> Numero de jovens mulheres e homens de 15-24 que tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos (desagregado por idades)	750	286	161	125	464	202	262
<b>Denominador:</b> Número total de jovens de 15 a 24 anos entrevistados no INCAPSIDA	3.840	1.659	1.110	549	2.190	1.119	1.071
<b>Valor do Indicador</b>	<b>19,5%</b>	<b>17,2%</b>	<b>14,5%</b>	<b>22,8%</b>	<b>21,2%</b>	<b>18,0%</b>	<b>24,4%</b>

Fonte: Estudo CAP – Seroprevalência VIH/SIDA – Angola, INCAPSIDA 2010

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.2

Indicador importante pela transcendência de expor um grupo de população altamente vulnerável ao VIH. Angola é um país maioritariamente jovem, onde 37% da população nacional esta na faixa etária entre os 15 a 24 anos, que devido a trocas psicossomáticas e processos de maturação sexual apresentam desequilíbrios em seu comportamento, emoções e na sua actividade sexual a qual é activa, onde a curiosidade de descobrir a vida e a pouca consciência do risco aumentam a sua vulnerabilidade.

O resultado do indicador mostra que 19,5% do total dos inquiridos dos 15 a 24 anos (homens e mulheres de todas as idades) relatam ter tido relações sexuais antes dos 15 anos. Analisando segundo sexo e idades, vemos que 21,2% das mulheres inquiridas relatam iniciar antes dos 15 anos em comparação a 17,2% de todos os homens, o que nos permite observar, que o inicio da vida sexual é precoce, ocorrendo com maior frequência no sexo feminino em relação ao sexo masculino.

Comparando o resultado de UNGASS 2009 (baseado no IBEP, cujo resultado foi 29%) e o reportado em 2010 (INCAPSIDA com resultado de 19,5%) nos mostra que a população possivelmente esta a adiar o inicio da suas relações sexuais.

O resultado deste indicador, nos mostra que a mulher independente da sua idade, inicia mais cedo a sua actividade sexual em comparação com o homem, situação que aumenta o risco e a vulnerabilidade da mulher de ficar mais exposta ao VIH.

### INDICADOR 1.3

#### PERCENTAGEM DE MULHERES E HOMENS DE 15 a 49 ANOS QUE DECLARAM TER TIDO RELAÇÕES SEXUAIS COM MAIS DO QUE UM PARCEIRO SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

O resultado deste indicador 1.3 (tabela Nº 11), é medir o progresso na redução da percentagem de homens e mulheres entre 15 a 49 anos de idade que declaram ter mais que um parceiro sexual nos últimos 12 meses. O objectivo deste indicador é contribuir para o conhecimento do risco da transmissão sexual do VIH em população com múltiplos parceiros (as).

O método utilizado foi baseado nos resultados do inquérito INCAPSIDA, sobre conhecimentos de VIH/SIDA em Angola. Como numerador, o número de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados que declaram ter tido relações sexuais com mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses. O denominador o total de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados no inquérito INCAPSIDA. As perguntas realizadas relacionadas com o indicador fora: (i) Com quantas pessoas diferentes teve relação sexual nos últimos 12 meses? (ii) No total com quantas pessoas diferentes teve relações sexuais? Pode dizer porque usaram preservativo na última relação sexual? (iii) Pode

dizer porque não usaram preservativo na última relação sexual? Na tabela 11, os dados estão distribuídos segundo sexo e idade (15 a 19 anos; 20 a 24 anos; 25 a 49 anos).

TABELA Nº 11. INDICADOR 1.3

Método de medição Indicador 1.3	Todos	Homens				Mulheres			
		Todos	15-19	20-24	25-49	Todos	15-19	20-24	25-49
<b>Numerador:</b> Nº de homens e mulheres de 15-49 anos que declarou ter tido relações sexuais com mais de um parceiro (a) nos últimos 12 meses	652	637	28	47	562	15	3	2	10
<b>Denominador:</b> Número total de jovens entrevistados das idades de 15-49 anos	9.435	4.039	1.110	549	2.380	5.396	1.119	1.071	3.206
<b>Valor do Indicador</b>	<b>6,9%</b>	<b>15,8%</b>	<b>2,5%</b>	<b>8,6%</b>	<b>23,7%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,3%</b>

Fonte: Estudo CAP – Seroprevalência VIH/SIDA – Angola, INCAPSIDA 2010

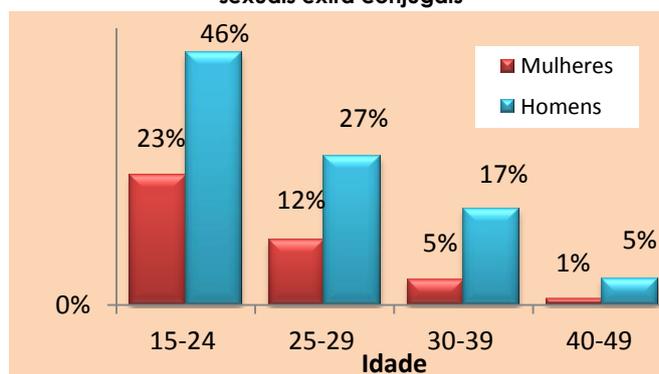
### INTERPRETAÇÃO INDICADOR 1.3

Estes dados, mostram que os homens em todas as idades inquiridas tendem a reportar maior número de parceiras sexuais. Observa-se que entre os jovens de 15 a 19 anos, só 2,5% relatam ter mais de um parceiro sexual em comparação com os maiores de 24 anos com 23,7%, quer dizer, que em homem de idades maiores, a troca de parceiras é muito mais frequente. No sexo feminino em todas as idades, mostra-se uma baixa troca de parceiros sexuais.

Para ampliar a informação do indicador 1,3, dados no mesmo inquérito, demonstram que as mulheres de áreas urbanas em comparação com as de áreas rurais, referem maior troca de parceiros. Um outro dado, deste mesmo inquérito, é que os homens casados são os que com maior frequência trocam de parceiras sexuais em comparação com os homens solteiros.

Um outro dado do mesmo inquérito, observa-se no gráfico Nº 11, a percentagem de homens e mulheres casados ou com parceiro (a) fixo que nos últimos 12 meses tiveram relações extraconjugais. Os resultados mostram que entre as mulheres casadas ou com parceiro fixo de 15 a 24 anos de idade, 23% referem ter relações sexuais extraconjugais em comparação com 46% dos homens casados ou com parceira fixa da mesma idade.

Gráfico Nº11 Percentagem de homens e mulheres de 15 a 49 anos de idade que nos últimos 12 meses tiveram relações sexuais extra conjugais



Fonte: Estudo CAP – Seroprevalência VIH/SIDA – Angola, INCAPSIDA 2010

#### INDICADOR 1.4

### PERCENTAGEM DE MULHERES E HOMENS DE 15 a 49 ANOS, QUE DECLARAM TER MAIS DE UM PARCEIRO SEXUAL E TER USADO PRESERVATIVO DURANTE A ÚLTIMA RELAÇÃO SEXUAL NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

O resultado do indicador 1.4 mede os progressos realizados no uso de preservativo na última relação sexual com parceiro ocasional nos últimos 12 meses. (tabela Nº 12)

O objectivo deste indicador é contribuir para conhecer o grau de uso de preservativo na população vulnerável ao risco devido a actividades sexuais com parceiras (os) ocasionais, além disto mede a tendência do uso sistemático de preservativo durante o acto sexual e o grau de respostas da população aos programas de prevenção.

O método utilizado para obter este indicador foi baseado nos resultados do inquérito INCAPSIDA sobre conhecimentos de VIH/SIDA em Angola. Como numerador foi utilizado o número de entrevistados de 15 a 49 anos que declarou ter mais do que um parceiro sexual e ter usado preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses. O denominador é o total dos entrevistados de 15 a 49 anos de idade do inquérito INCAPSIDA. Os dados estão distribuídos segundo sexo e agrupados por idades (15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 a 49 anos). As perguntas que foram realizadas neste inquérito têm relação com o indicador: (i) *utilizou preservativo na última relação sexual?* (ii) *conhece a marca do preservativo utilizado a última vez?*

A metodologia utilizada é a medição através da utilização dos dados do estudo INCAPSIDA. A frequência deste estudo já foi referida anteriormente.

TABELA Nº 12. INDICADOR 1.4

Método de medição Indicador 1.4	Todos	Homens			Mulheres				
		Todos	15-19	20-24	25-49	Todos	15-19	20-24	25-49
<b>Numerador:</b> Nº de mulheres e homens de 15-49 anos que declaram mais de um parceiro sexual e ter usado preservativo na última relação sexual nos últimos 12 meses	2.815	1.746	1.012	325	512	1.069	229	183	657
<b>Denominador:</b> Número total de jovens de 15-49 inquiridos do inquérito INCAPSIDA	9.435	4.039	1.110	549	2.380	5.396	1.119	1.071	3.206
<b>Valor do Indicador</b>	<b>29,8%</b>	<b>43,2%</b>	<b>91%</b>	<b>59,2%</b>	<b>21,5%</b>	<b>19,8%</b>	<b>20,4%</b>	<b>17,1%</b>	<b>20,4%</b>

Fonte: Estudo CAP – Seroprevalência VIH/SIDA – Angola, INCAPSIDA 2010

#### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.4

Os resultados deste indicador 1.4 mostram que do total das mulheres, 19,8% referem o uso de preservativo na última relação sexual em comparação com 43,2% dos homens. Nas idades de 15 a 19 anos, os rapazes referem o uso de preservativo em 91% da última relação sexual em relação com 20,4% das raparigas. Só nas mulheres entre 25 a 49 anos encontra-se maior percentagem de uso de preservativo na última relação sexual de 20,4% em comparação com 21,5% dos homens da mesma idade.

Em geral, estes dados, estão a mostrar que a mulher independente da sua idade existe baixa aderência ao uso de preservativo, isto devido à limitada negociação com o parceiro e a fraca decisão da mulher para usar o preservativo com o seu parceiro.

Comparando o resultado do IBEP utilizado no UNGASS 2009 mostra que 42,6% dos inquiridos referem ter usado preservativo na última relação sexual. No inquérito INCAPSIDA encontrou-se que 29,8% de todos os inquiridos referem ter usado preservativo na última relação sexual.

### 3.2 ACONSELHAMENTO E TESTAGEM (AT)

Os serviços de AT, encontram-se apoiados pela Lei 8/04 que protege a confidencialidade dos utentes, atribuindo direitos e deveres às PVVS e aos profissionais da saúde, actores envolvidos e população geral. Actualmente estes serviços de AT, constituem uma rede integrada com os serviços fixos de PTV e de TARV para adultos/crianças e as clínicas móveis.

Os serviços de AT registaram um rápido aumento. Até finais de 2009, o país tinha 508 serviços de AT, durante o biénio foram criados **303 novos serviços, totalizando 811** serviços de AT. No gráfico N° 12, podemos observar a expansão dos serviços de AT ao longo dos anos

Gráfico nº12 Número acumulado de serviços de AT por ano, 2003-2011.

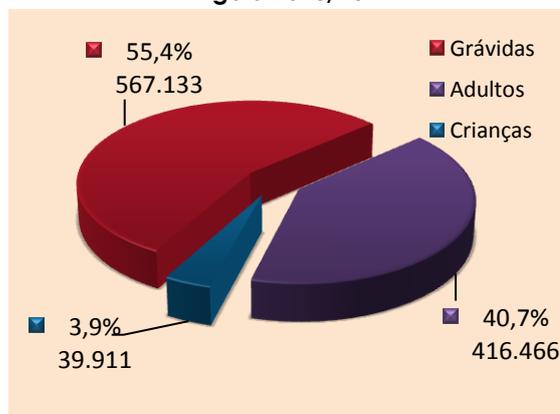


Fonte: INLS/DNVE 2010-2011

Em 2011, foi o ano de fortalecimento dos serviços, com base na sua melhoria e optimização com vista a garantir a qualidade no atendimento.

No gráfico N° 13, observamos a distribuição das pessoas aconselhadas, distribuídas segundo categoria, 55% em grávidas, 40% em adultos e 4% em crianças.

Gráfico nº 13 Distribuição de pessoas aconselhadas segundo categoria- Angola 2010/2011



Fonte: INLS/DVE

**Gráfico Nº 14**  
**Testes realizados e positivos em gestantes, crianças e adultos, 2010-2011**



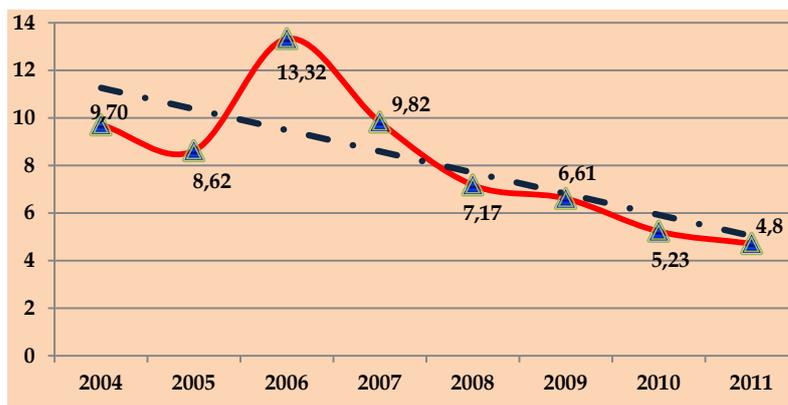
Fonte VE rotina/INLS 2010-2011

Do total de testes realizados no biénio (968.198 entre adultos, grávidas e crianças) 5% foram positivos.

No gráfico Nº 14, observamos o número de testes realizados e distribuídos por ano. Comparando os dois anos, nota-se um aumento de número de testes realizados, porém com um decréscimo dos testes positivos, em 2010 de 5,2% para 4,8% em 2011.

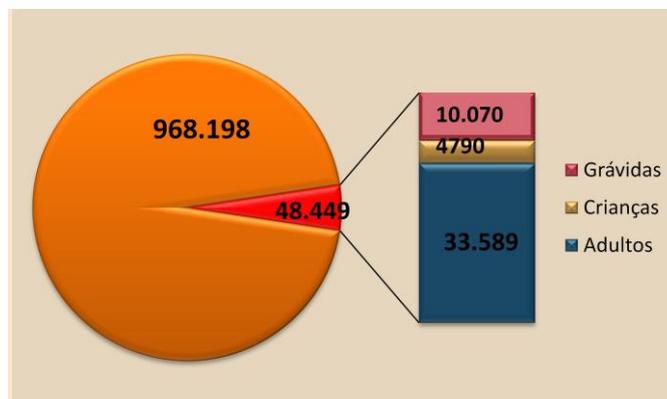
**Gráfico 1** Percentagem de testes positivos em gestantes, crianças e adultos, Angola 2004 - 2011

No gráfico Nº 15, observa-se a evolução da percentagem de testes positivos realizados de 2004 a 2011 em gestantes, crianças e adultos. Nota-se que, a positividade tende a diminuir nos últimos anos, tendo passado de 6,6% em 2009 a 4,8% em 2011.



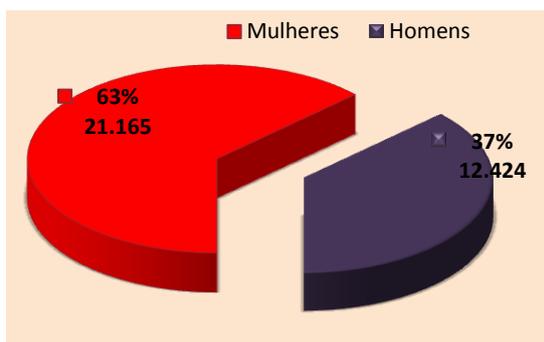
**Gráfico nº16, Proporção de testes positivos em gestantes, crianças e adultos - Angola 2010-2011.**

No gráfico Nº 16, observa-se a proporção de testes positivos detectados em grávidas, adultos e crianças durante o biénio. Dos 968.198 testes realizados, 5% foram positivos (48.449 testes) destes a maior positividade foi nos adultos (69,3%); seguida das grávidas (20,7%) e crianças (9,8%).



Fonte: INLS/DVE

**Gráfico Nº 17 Percentagem de positividade em adultos \* por sexo, Angola 2010/2011**



Na análise da distribuição por sexo dos testes positivos em adultos, 63% pertencem ao sexo feminino (21.165 positivos) e 37% ao sexo masculino (12.424 positivos), sendo a relação de H/M 1:1,6.

No biénio, foram realizado um total de 38.152 testes em crianças e 0 a 14 anos, destes 4.790 foram positivos (12,5% de positividade), (gráfico nº 18) . Comparando os dois anos, nota-se em 2011, diminuição do número de testes realizados e de positivos, com um decréscimo de 1%.

**Gráfico nº18: Percentagem de testes positivos em crianças Angola 2010 - 2011.**



Fonte: INLS/DNVE

Desagregando esta informação por províncias, verifica-se que as províncias de Lunda Norte (23%); Kuando Kubango (22,6%); Bengo (17,8%); Luanda (16,2%); Kuanza Sul (15,7%) apresentam maiores percentagem de testes positivos entre crianças (dados em quadros em anexo).

### **INDICADOR 1.5**

#### **PERCENTAGEM DE MULHERES E HOMENS DE 15 a 49 ANOS QUE FORAM TESTADOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES PARA O VIH E QUE CONHECEM O RESULTADO.**

O resultado do indicador 1.5 (tabela Nº 13), mede o progresso do programa de AT, avaliando o resultado das sessões de aconselhamento e a pertinência na testagem. O objectivo deste indicador é contribuir para parar a cadeia de transmissão através do aconselhamento pré e pós teste com a informação atempada do resultado, criando consciência para a tomada de decisão de se proteger a si próprio e aos outros, como também para encaminhar aos serviços de tratamento, cuidados e apoio.

Para estruturar o indicador, foi utilizado como numerador o número de homens e mulheres de 15 a 49 anos que declaram ter realizado o teste de VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado. Como denominador o número total de homens e mulheres de 15 a 49 anos entrevistados no inquérito INCAPSIDA. A frequência deste estudo, já foi referida anteriormente.

O indicador, foi calculado usando dados reportados no inquérito INCAPSIDA na população de homens e mulheres de 15 a 49 anos. As perguntas direccionadas ao indicador, foram: (i) Não quero saber o seu resultado, mas fizeste o teste de VIH nos últimos 12 meses? (ii) Se a resposta for afirmativa: Não quero saber seu resultado, mas conhece os resultados do teste?

TABELA Nº 13 INDICADOR 1.5

Método de Medição: Indicador 1.5	Homens					Mulheres			
	Total	Total	15-19	20-24	25-49	Total	15-19	20-24	25-49
<b>Numerador:</b> Número de homens e mulheres de 15 a 49 anos de idade que declaram ter realizado o teste de VIH durante os últimos 12 meses e conhecem o resultado	1.409	575	19	45	511	834	87	119	628
<b>Denominador:</b> Número total de entrevistados de 15 a 49 anos do INCAPSIDA	9.435	4.039	1.110	549	2.380	5.396	1.119	1.071	3.206
Valor do Indicador (%)	<b>14,9%</b>	<b>14,2%</b>	<b>1,7%</b>	<b>8,2%</b>	<b>21,4%</b>	<b>15,4%</b>	<b>7,8%</b>	<b>11,1%</b>	<b>19,5%</b>

Fonte: INLS/INCAPSIDA 2010

#### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.5

Análise dos dados do indicador 1.5, mostra que 14,2% dos homens e 15,4% das mulheres responderam ter feito o teste de VIH nos últimos 12 meses e ter conhecido o resultado. Além desta informação, observa-se que nas idades de 15 a 19 anos, 1,7% dos jovens de sexo masculino e 7,8% das raparigas já tinham feito o teste e conheciam o seu resultado.

Comparativamente ao resultado reportado no UNGASS 2010, onde 9,4% dos entrevistados, tinham sido testados e conheciam o seu resultado; neste período houve um aumento para 14,9% de pessoas investigadas e que referem ter sido testados e conhecer o resultado.

#### INDICADOR 1.6

##### PERCENTAGEM DE JOVENS DE SEXO FEMININO DOS 15-24 ANOS INFECTADOS PELO VIH

O objectivo do indicador 1,6 é medir o progresso alcançado na redução da infecção pelo VIH nas jovens dos 15 a 24 anos e conhecer a ocorrência de novas infecções e sua propagação na população heterossexual.

O numerador do indicador foi estruturado com o número de mulheres grávidas de 15 a 24 anos de idade que acorreram as unidades de CPN e que tenham teste positivo para o VIH. O denominador é a população de mulheres grávidas de 15 a 24 anos de idade que acorreram as unidades de CPN e que realizaram a testagem do VIH para conhecer o seu estado serológico.

A pesar de ter sido realizado em 2011 o estudo de seroprevalência nas grávidas a nível nacional, para se conhecer este indicador não foi possível obter seu resultado por estar em processo de análise no CDC. Por este motivo os dados usados para este indicador são os dados referente ao estudo de seroprevalência realizado em 2009 nas mulheres grávidas.

TABELA Nº 14 INDICADOR 1.6

Método de Medição: Indicador 1.6	15-19	20-24	Total 15-24
<b>Numerador:</b> Número de mulheres grávidas de 15 a 24 anos que acorreram às unidades de CPN, com resultado dos testes de VIH+	45	131	<b>176</b>
<b>Denominador:</b> Número de grávidas de 15 a 24 anos que acorreram às unidades de CPN e realizaram a tstageagem do VIH para conhecer o seu estado serológico	4417	5370	<b>9787</b>
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>1,02</b>	<b>2,44</b>	<b>1,79</b>

Fonte: Estudo Nacional de seroprevalência em grávidas 2009

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.6

O estudo realizado em 2009 em 36 sítios sentinela seleccionados para medir a seroprevalência do VIH em grávidas de CPN de áreas urbanas e rurais, permitiu construir o presente indicador, cujos dados são representativos para toda a população do país. Os resultados da tabela mostram a prevalência de VIH entre as grávidas de 15 a 19 anos é de 1,02% e nas grávidas de 20 a 24 anos de 2,4%. A prevalência observada nas idades de 15 a 24 anos foi de 1,79%. A prevalência encontrada para as mulheres de 15 a 49 anos foi de 2,8%.

### 3.3 POPULAÇÃO MAIS EXPOSTA: (i) MULHERES E HOMENS TRABALHADORES DE SEXO, (ii) HOMENS QUE TÊM SEXO COM HOMENS

#### INDICADORES SOBRE TRABALHADORES (AS) DE SEXO (MTS) RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO DO VIH

Para elaborar os indicadores, foram utilizados os dados do inquérito CAP e comportamental, realizado em mulheres jovens de 15 a 24 anos que fazem sexo transaccional<sup>42</sup> na província de Cunene, que embora não seja representativo para MTS, os dados obtidos respondem ao indicador. Entende-se por sexo transaccional as relações extraconjugais com múltiplos parceiros com troca de presentes ou dinheiro pelas relações sexuais.

O INLS e os programas provinciais têm como estratégia a promoção de programas liderados por parceiros que trabalham com estes grupos expostos ao risco. O aconselhamento, a testagem periódica, o reforço de capacidade e habilidade para a negociação do preservativo, a promoção dos locais de AT são acções permanentes com este grupo e principalmente nas áreas fronteiriças onde o sexo transaccional é mais frequente.

#### INDICADOR 1.7

#### PERCENTAGEM DE TRABALHADORAS DE SEXO ALCANÇADOS PELOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DO VIH

O resultado do indicador 1.7 (tabela Nº 15), indica a percentagem das profissionais de sexo que acedem aos programas de educação. O objectivo do indicador 1,7 é ter informação sobre o progresso na implementação de programas preventivos, de diagnóstico, tratamento, cuidados e apoio para este tipo de população exposta ao risco.

<sup>42</sup> Estudo transversal serológico e comportamental em Mulheres jovens que realizam sexo transaccional de 15 a 24 anos da província de Cunene; realizado em 2011 por INLS através de CDC/Fio Cruz-Brasil. Não é um estudo representativo para a MTS, mais os dados estão a ajudar a responder os indicadores. Cunene é uma província de ampla zona fronteiriça, demarcadas por regiões mais urbanizadas e com ampla população móvel. O tamanho da amostra 489 MTS. O estudo foi realizado em 2011 por INLS através de Fio Cruz/CDC

O método de medição utilizado foi o inquérito<sup>43</sup> realizado em área fronteiriça de Angola em mulheres que realizam sexo transaccional. Os indicadores estão divididos em duas colunas: uma referida à primeira pergunta (i) *Você soube onde ir se deseja realizar o teste do VIH? Uma segunda coluna que responde a pergunta (ii) recebeu preservativos nos últimos 12 meses?*

Na elaboração do numerador foi utilizado o número de mulheres jovens de 15 a 24 anos que realizam sexo transaccional entrevistadas e que responderam afirmativamente as duas perguntas. O denominador foi criado com o total de mulheres jovens de 15 a 24 anos que realizam sexo transaccional entrevistadas no inquérito comportamental.

TABELA Nº 15 INDICADOR 1.7

Método de Medição: INDICADOR 1.7	1º Pergunta	2º Pergunta
	15 a 24 anos	15 a 24 anos
<b>Numerador:</b> Número de mulheres que realizam sexo transaccional de 15 a 24 anos e que responderam "sim" a pelo menos duas perguntas sobre a prevenção do VIH	412	364
<b>Denominador:</b> Número total de mulheres jovens de 15 a 24 anos que realizam sexo transaccional e que foram entrevistadas no estudo comportamental	489	489
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>84,3%</b>	<b>74,4%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em mulheres que fazem sexo transaccional Fiocruz/CDC/Aliança Jovem/INLS 2011

#### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.7

Analisando os resultados do indicador 1.7, observa-se que 84,3% das TS inquiridas responderam conhecer os locais onde se realiza o teste e 74,4% responderam ter acesso aos preservativos.

Ampliando este indicador com cinco perguntas para aprofundar os conhecimentos observou-se que mais de 78% das jovens tinham conhecimento adequado acerca das formas de transmissão do VIH; e ao analisar as principais formas de prevenção, a proporção de conhecimentos chegou a 73%.

Complementando o indicador, sobre a percepção de risco, viu-se que 38% das jovens casadas tinham menor percepção de risco que as jovens solteiras (45% de risco).

#### INDICADOR 1.8

#### PERCENTAGEM DE TRABALHADORES DE SEXO QUE DECLARAM O USO DE PRESERVATIVO COM O ÚLTIMO CLIENTE

O resultado do indicador 1.8 (Tabela Nº 16), é saber a percentagem dos profissionais de sexo que declaram ter usado preservativo com o último cliente. O objectivo do indicador 1.8 é ter informação sobre os progressos na implementação de programas preventivos com estes grupos.

O método utilizado foi o inquérito comportamental realizado em mulheres envolvidas em sexo transaccional na área fronteiriça de Angola<sup>44</sup>. A pergunta realizada responde ao indicador (i) *"Usou preservativo com o cliente mais recente?"*.

Na criação do numerador foi utilizado o número de mulheres que realizam sexo transaccional de 15 a 24 anos entrevistadas que declaram ter usado preservativo com o último cliente. O denominador,

<sup>43</sup> Estudo CAP e comportamental de Mulheres que fazem sexo transaccional de área fronteiriça de Cunene, realizado em 2011 por Fio Cruz, CDC/INLS. Já referido

<sup>44</sup> Estudo CAP realizado em 2011, já referido

o total de mulheres de 15 a 24 anos entrevistadas no inquérito que declara ter mantido relações sexuais transaccional nos últimos 12 meses.

Este indicador é importante porque nos ajuda validar o uso de preservativos neste grupo de população exposta a risco, já que o uso de preservativo é a principal forma de prevenção do VIH e têm eficácia máxima quando são utilizados sistematicamente.

TABELA Nº 16 INDICADOR 1.8

Método de Medição: INDICADOR 1.8	15-24 anos Sexo feminino
<b>Numerador:</b> Número de mulheres que realizam sexo transaccional de 15 a 24 anos e que declaram haver utilizado preservativo com o último cliente	362
<b>Denominador:</b> Total de mulheres entrevistadas de 15 a 24 anos e que declara ter mantido relações sexuais transaccional nos últimos 12 meses (estudo comportamental de Cunene)	489
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>74,0%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em mulheres que fazem sexo transaccional – Fio Cruz/CDC/Aliança Jovem/INLS 2011

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.8

O resultado do análise do indicador 1.8 mostra que 74% das inquiridas relatam ter usado preservativo com o último cliente. Outro dado complementar ao indicador, é que apenas 12,7% das jovens relataram uso consistente de preservativo em todas as ocasiões com os namorados ou amigos.

O resultado deste indicador pode ter viés, pois com frequência as trabalhadoras de sexo usam o preservativo com o cliente e não com o namorado (parceiro fixo que têm) ou com o marido, geralmente usam ao princípio do namoro e durante as primeiras relações sexuais exigem ao namorado o uso de preservativo, mas com o tempo, esquecem e deixam de usa-lo.

### INDICADOR 1.9

#### PERCENTAGEM DE TRABALHADORES DE SEXO QUE REALIZAM TESTES DE VIH NOS ÚLTIMOS 12 MESES E QUE CONHECEM O RESULTADO

O indicador 1.9 (tabela Nº 17), mede o progresso do aconselhamento pré e pós testagem, o grau de eficiência do serviço de AT no contacto com as MTS é a importância de que a TS conheça o seu estado serológico para se proteger a si e aos outros, contribuindo para cortar a cadeia de transmissão.

O método de medição utilizado foi o inquérito comportamental realizado em mulheres envolvidas em sexo transaccional na área fronteiriça de Angola<sup>45</sup>, o numerador foi criado utilizando o número de mulheres que realizam sexo transaccional de 15 a 24 anos entrevistadas e que se submeteram ao teste de VIH e conhecem o resultado nos últimos 12 meses. O denominador o total de Mulheres que realizam sexo transaccional de 15 a 24 anos que se submeteram ao estudo.

<sup>45</sup> Estudo CAP realizado em 2011 de zonas fronteiriças de Cunene, já referido

TABELA Nº 17 INDICADOR 1.9

Método de Medição: INDICADOR 1.9	15 a 24 anos de sexo feminino
<b>Numerador:</b> Número de mulheres que realizam sexo transaccional que se submeteram ao teste de VIH nos últimos 12 meses e conhecem o resultado	171
<b>Denominador:</b> Total de Mulheres jovens que realizam sexo transaccional incluídos no inquérito comportamental de Cunene	489
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>35,0%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em mulheres que fazem sexo transaccional – Fiocruz/CDC/Aliança Jovem/INLS 2011

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.9

O resultado do indicador 1.9, mostra que nas inquiridas, 35% relatam ter realizado o teste de VIH, 12 meses antes ao inquérito e que conhecem o resultado.

### INDICADOR 1.10

#### PERCENTAGEM DE TRABALHADORES DE SEXO QUE VIVEM COM O VIH

O resultado do indicador 1.10 (tabela Nº 18), permite conhecer a percentagem das mulheres jovens que realizam sexo transaccional e que vivem com o VIH. O objectivo é ter informação sobre os progressos realizados na vigilância e controlo deste grupo de população exposto ao risco.

Em Angola, a epidemia é considerada "generalizada" (maior 1%), porém subepidemia em grupos exposto ao risco podem estar a alimentar a epidemia no país.

A fonte utilizada, foram os dados obtidos do inquérito comportamental realizado em mulheres envolvidas em sexo transaccional na área fronteiriça entre Cunene<sup>46</sup> e Namíbia. O numerador foi estruturado com o número de Mulheres de 15 a 24 anos que realizam sexo transaccional entrevistadas no estudo e que se submeteram ao teste de VIH com resultado positivo. O denominador o total de Mulheres de 15 a 24 anos que realizam sexo transaccional que foram testadas para o VIH.

TABELA Nº 18 INDICADOR 1.10

Método de Medição: INDICADOR 1.10	15 a 24 anos
<b>Numerador:</b> Número de Mulheres que realizam sexo transaccional sometidas a testagem durante o inquérito e com resultado positivo para o VIH	35
<b>Denominador:</b> Total de Mulheres que realizam sexo transaccional que se submeteram ao estudo de seroprevalência durante o Inquérito comportamental	489
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>7,2%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental entre mulheres que fazem sexo transaccional – Fiocruz/CDC/Aliança Jovem/INLS 2011

<sup>46</sup> Inquérito CAP e comportamental de mulheres que fazem sexo transaccionam, já referidos

## INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.10

O resultado do indicador 1.10, mostra que 7,2% das inquiridas tiveram resultado positivo.

Comparando estes resultados com os dados de INCAPSIDA nas mulheres do mesmo grupo etário, observou-se uma prevalência de 1,8% em comparação com 7,2% encontrado nas mulheres que realizam sexo transaccional, o que reforça a possibilidade da existência de sub-eidemias no país .

## INDICADORES SOBRE HOMENS QUE TÊM SEXO COM HOMENS (HSH) RELACIONADOS COM A PREVENÇÃO (3)

O INLS realizou um inquérito específico<sup>47</sup> em Luanda, para esta população (HSH). O relatório preliminar deste estudo foi utilizado para dar resposta aos indicadores UNGASS de HSH.

A população elegível para este estudo, foram HSH de 18 a 24 anos. Destes 61% se identificaram bissexuais; 24% como homossexuais e 15% como gay.

### INDICADOR 1.11

## PERCENTAGEM DE HOMENS QUE TEM SEXO COM HOMENS ALCANÇADOS PELOS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO

O indicador 1.11 (tabela Nº 19), mede a percentagem dos HSH de 18 a 24 anos abrangidos pelos programas de prevenção do VIH. O objectivo deste indicador é conhecer os progressos dos programas de prevenção e a sua abrangência com o grupo de HSH.

Para o numerador utilizou-se o número de HSH elegíveis do inquérito e que responderam “sim” as perguntas seguintes: (i) *Você sabe onde realizar o teste?* (ii) *Recebeu preservativo nos últimos 12 meses?* O denominador, o total da população do inquérito de HSH.

TABELA Nº 19 INDICADOR 1.11

Método de Medição: INDICADOR 1.11	1º Pergunta	2ª pergunta
	18-24 anos HsH	18-24 anos HsH
<b>Numerador:</b> Número de HSH que responderam afirmativamente as perguntas realizadas no inquérito comportamental	273	269
<b>Denominador:</b> Total de HSH inserido no estudo comportamental	351	351
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>77,8%</b>	<b>76,6%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em HsH de Luanda, CDC/GAP/INLS 2011

<sup>47</sup> Inquérito de Vigilância comportamental para VIH/Sífilis em HsH, realizado em Fevereiro de 2011 por CDC/GAP(INLS, nos nove municípios da cidade de Luanda, foi conduzido no Hospital Américo Boavida, ligado a Universidade Agostinho Neto. Estudo de corte transversal, com uma amostra de 351 HSH entre 18 a 24 anos incluindo população transgénero que preencheram critérios de inclusão: utilizado o RDS adoptado ao contexto (protocolo aprovado pelo CDC e Comité Nacional de Ética do MINSA-Angola e Comité de ética da Universidade de Tulane). O regulamento de armazenamento de dados, prevê que todos os formulários serão mantidos por um período de três anos após conclusão do estudo, depois serão destruídos.

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.11

O resultado deste indicador nos mostra que 77,8% dos inquiridos relatam conhecer onde realizar o teste de VIH e 76,6% ter recebido preservativos nos últimos 12 meses. A percentagem de conhecimento dos programas de prevenção considera-se mais alto entre os HSH que nas MTS, já que 99% dos HSA conheciam as formas corretas de transmissão do VIH e medidas de prevenção. Mais de 85% dos HSH referiu ter recebido preservativos gratuitamente nos últimos 12 meses.

### INDICADOR 1.12

#### PERCENTAGEM DE HsH QUE DECLARAM O USO DE PRESERVATIVO DURANTE A ÚLTIMA RELAÇÃO ANAL COM UM PARCEIRO HOMEM NOS ÚLTIMOS 6 MESES

O indicador 1.12 (tabela Nº 20), mede a percentagem dos HSH de 18 a 24 anos que declararam ter sexo com outros homens. O objectivo deste indicador é conhecer os progressos dos programas de prevenção e a sua abrangência na distribuição e uso de preservativos como uma medida importante na prevenção da transmissão do VIH.

Como numerador utilizou-se o número de HSH elegíveis do inquérito que declara ter tido relações sexuais com outros homens e usaram o preservativo durante o último coito anal. Para o denominador, utilizou-se o número de HSH que declararam ter coito anal com outros homens nos últimos 6 meses.

TABELA Nº 20 INDICADOR 1.12

Método de Medição: INDICADOR 1.12	18-24 anos
<b>Numerador:</b> Número de HSH que responderam ter relações sexuais com homens e que declaram uso de preservativo na ultima relação sexual anal nos últimos 6 meses	89
<b>Denominador:</b> Total de HSH que declararam ter tido coito anal com outro homem nos últimos 6 meses	351
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>25,4%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em HSH de Luanda, CDC/GAP/INLS 2011

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.12

O resultado deste indicador mostra que apenas 25,4% dos entrevistados declaram ter tido coito anal com outros homens, utilizando preservativo nos últimos seis meses.

O uso persistente de preservativo no acto sexual anal é baixo, não existem estudos anteriores que possam servir para comparar este indicador. Informação complementar para este indicador, mostra que 53% referiram que a primeira relação sexual foi com um homem e todos referiram que não utilizaram o preservativo na primeira relação sexual. 37% dos inquiridos referiu sexo comercial (pagando e/ou recebendo pagamento) e 45% utilizou preservativo durante o sexo comercial.

### INDICADOR 1.13

#### PERCENTAGEM DE HOMENS QUE TEM SEXO COM HOMENS QUE NOS ÚLTIMOS 12 MESES FIZERAM O TESTE DO VIH E CONHECEM O RESULTADO DO TESTE

O indicador 1.13 (tabela Nº 21), mede a percentagem dos HSH de 18 a 24 anos que declaram que se submeteram ao teste do VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado. O objectivo deste indicador é conhecer os progressos dos programas de prevenção para HSH e a sua abrangência na testagem do VIH e no conhecimento do resultado.

A fonte para obter este indicador foi baseado nos resultados do inquérito realizado em Luanda em HSH. O numerador foi o número de HSH que realizaram o teste e receberam o resultado nos últimos 12 meses. O denominador foi o número de HSH incluídos no estudo.

As perguntas realizadas foram: (i) *Realizou teste do VIH nos últimos 12 meses?* (ii) *Conhece o resultado do teste do VIH?*

TABELA Nº 21 INDICADOR 1.13

Método de Medição: INDICADOR 1.13	18-24 anos
<b>Numerador:</b> Número de HSH que fizeram o teste de VIH nos últimos 12 meses e que receberam o resultado.	104
<b>Denominador:</b> Total de HSH incluídos na amostra do inquérito	351
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>29,6%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em HSH de Luanda, CDC/GAP/INLS 2011

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.13

O resultado da análise deste indicador, mostra que apenas 29,6% dos entrevistados relatam ter feito nos últimos 12 meses o teste e conhecido o seu resultado. A testagem do VIH, foi um dos principais motivos para que 61% dos HSH participarem no estudo.

### INDICADOR 1.14

#### PERCENTAGEM DE HSH INFECTADOS COM O VIH

O indicador 1.14 (tabela Nº 22), mede a percentagem dos HSH de 18 a 24 anos que tem relações sexuais com outros homens que vivem com VIH. O objectivo deste indicador é conhecer os progressos dos programas de prevenção para HSH e a sua abrangência na testagem, tratamento, cuidados e apoio que possam beneficiar este grupo de população.

Os dados para este indicador foram os resultados do inquérito realizado em Luanda com HSH já referido. O numerador foi o número de HSH<sup>48</sup> que durante o estudo foram testados e têm um resultado positivo para o VIH. Para o denominador utilizou-se o número de HSH envolvidos no estudo e que fizeram o teste para VIH.

<sup>48</sup> Inquérito de Vigilância comportamental com HsH , realizado por CDC/GAP/INLS em Fevereiro de 2011, utilizando a técnica RDS, estudo transversal com uma amostra elegível de HsH residentes em Luanda, já referido.

TABELA Nº 22 INDICADOR 1.14

Método de Medição: INDICADOR 1.14	18-24 anos
<b>Numerador:</b> Número de HSH submetidos a testagem durante o estudo e que tiveram o resultado positivo ao teste do VIH	27
<b>Denominador:</b> Numero de HSH envolvidos no estudo e que fizeram a testagem para o VIH	328
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>8,2%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental em HSH de Luanda, CDC/GAP/INLS 2011

#### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 1.14

O indicador mostra que 8,2% dos HSH testados foram positivos. Comparando estes resultados com os dados de INCAPSIDA nos homens testados e positivos, onde foi observada uma prevalência de 1,4% em comparação com 8,2% encontrado nos HSH neste estudo, o resultado reforça a possibilidade da existência de sub-epidemias no país .

### 3.4 TRANSMISSÃO DO VIH ENTRE USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS (UDI)

Os indicadores de UNGASS, relacionados com a transmissão do VIH entre usuários de drogas intravenosas, são no total cinco indicadores (2,1; 2,2; 2,3; 2,4 e 2,5). Angola não está a responder estes indicadores porque não são relevantes para o país e ainda não existem estudos oficiais realizados nesta área.

### 3.5 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH (PTV)

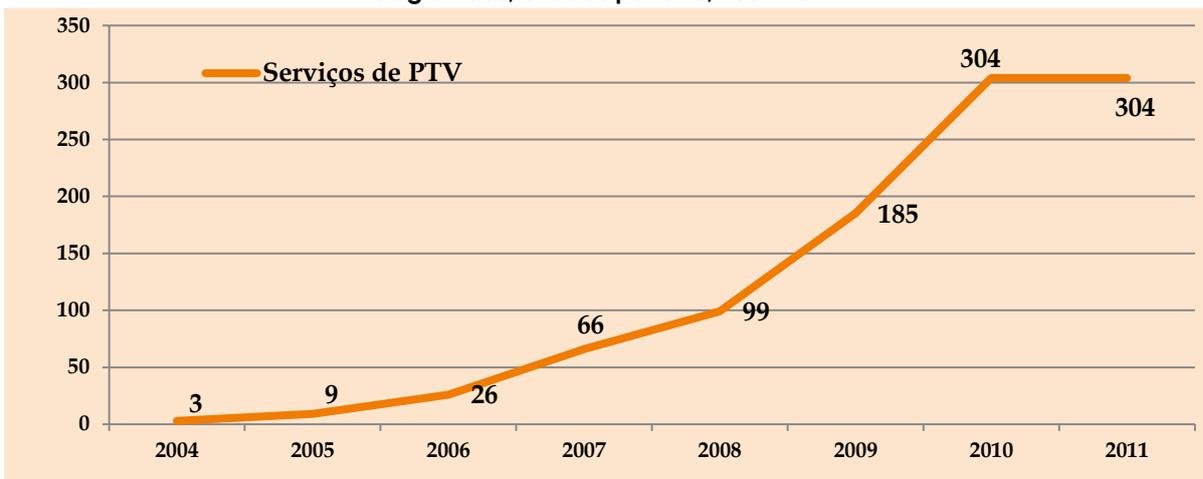
O programa de prevenção da transmissão vertical (PTV) é prioritário para o Governo de Angola E constitui um pilar no combate ao SIDA. Teve inicio em 2004, com a implementação de três unidades na capital do país e em 2005, expandiu-se às 18 capitais provinciais. Desde 2007, o programa esta integrado nos serviços de saúde reprodutiva, o que permite maior acesso das grávidas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

Actualmente, dos 164 Municípios urbano-rurais o PTV esta implementado em 111 municípios (67,8% de cobertura municipal) e com um total de 304 unidades de saúde (grafico Nº 19) que contam com serviços de PTV e diagnóstico na criança exposta<sup>49</sup>com a aplicação de testes serológicos rápidos a partir dos 18 meses de idade.

Na capital do país existem quatro unidades piloto, que realizam a técnica de PCR do DNA, permitindo o diagnóstico precoce nas crianças nascidas de mães seropositivas a partir da oitava semanas de idade (2 meses).

<sup>49</sup> Criança nascida de mães seropositivas ao VIH e em seguimento durante 18 meses.

Gráfico nº 19: Número acumulado de serviços de PTV para às grávidas, criados por ano, 2004-2011.

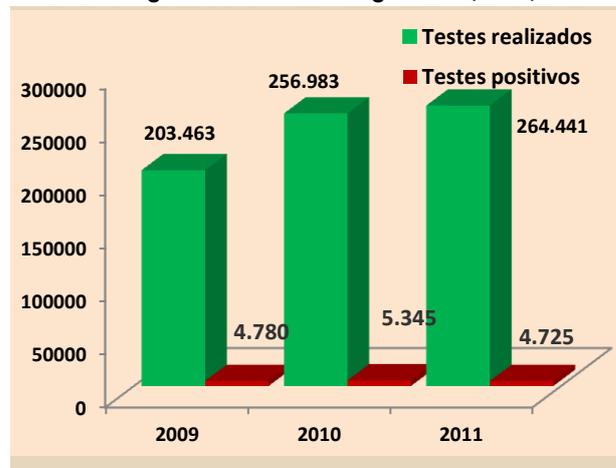


Fonte INLS/DNVE 2011

Durante o biénio foram realizados 521.424 testes em mulheres grávidas, destes 10.070 foram positivos (1,9% positividade) (gráfico N° 20).

Comparando a testagem das grávidas realizadas em 2009 vê-se um aumento de 26% nos testes realizados com 3% de aumento de testes positivos.

Gráfico N°20 Testes realizados e positivos para VIH em mulheres grávidas de CPN - Angola 2009/2010/2011

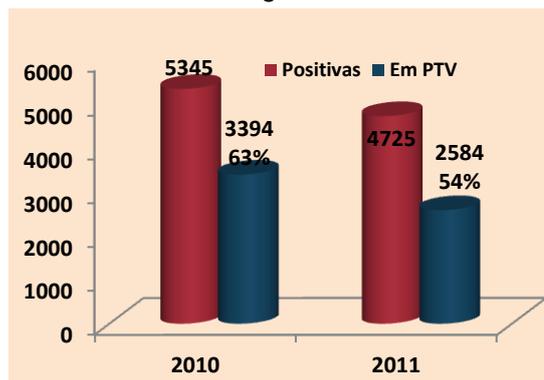


Fonte: INLA/DNVE

Das 10070 grávidas positivas diagnosticadas no biénio, apenas 5978 grávidas VIH+ (59%) foram incluídas no Programa de PTV (grafico Nº 21).

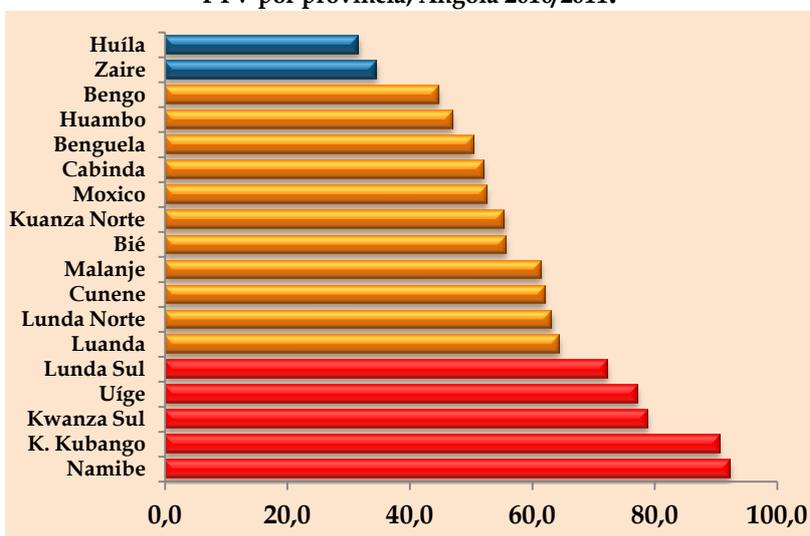
Segundo dados de relatórios provinciais, 8,5% das grávidas incluídas no PTV tiveram os partos em unidades de saúde sem programa de PTV, as restantes tiveram os partos assistidos com pessoal especializado dos PTV (91,%) e em 81% nas crianças recém-nascidos se aplicou o protocolo completo de AZT.

Gráfico Nº 21 Número de grávidas positivas incluídas no PTV – Angola 2010-2011



Fonte: INLS/PTV

Gráfico Nº 22 Proporção de grávidas positivas que recebem profilaxia no PTV por província, Angola 2010/2011.



No gráfico Nº 22, observamos a proporção de grávidas VIH+ nas províncias que recebem profilaxia no PTV. O grau de aderência das grávidas à profilaxia varia entre 55% a 65% na maioria das províncias. Existe uma aderência superior a 76% nas províncias de Lunda Sul, Uíge e Kuanza Sul. As províncias de Kuando Kubango e Luanda tem mais de 90% de aderência das grávidas a profilaxia no PTV.

## INDICADORES RELACIONADOS COM A TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH

### INDICADOR 3.1

#### PERCENTAGEM DE MULHERES GRÁVIDAS VIH + QUE RECEBEM PROFILAXIA ARV PARA REDUZIR O RISCO DE TRANSMISSÃO DA MÃE PARA O FILHO

O indicador 3.1 (tabela Nº 23), mede a cobertura no tratamento das grávidas VIH+ e a prevenção da transmissão vertical. O objectivo do indicador é analisar a cobertura do PTV e avaliar o acesso das grávidas aos ARV.

Para determinar o numerador foi utilizado o número de grávidas VIH+ que receberam ARV durante os últimos 12 meses dos dados da rotina do programa de PTV. O denominador foi criado com o número estimado de grávidas VIH+ dos últimos 12 meses através do EPP/SPECTRUM, deste total de

estimadas, foi subtraído 69% que corresponde às grávidas estimadas com VIH que teve pelo menos uma consulta de CPN durante a gravidez.

TABELA Nº 23 INDICADOR 3.1

Método de Medição: INDICADOR 3.1	Anos	
	2010	2011
<b>Numerador:</b> Número de grávidas infectadas pelo VIH que recebe medicamentos anti-retrovirais durante os últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão materno-infantil	3.394	2.584
<b>Denominador:</b> Número estimado de grávidas infectadas pelo VIH nos últimos 12 meses estimadas por Spectrum (69% que tempo menos uma consulta de CPN durante a gravidez)	10.923	10.989
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>31,0%</b>	<b>23,5%</b>

Fonte: INLS, Estatísticas dos Serviços de PTV/estimativas EPP/Spectrum (69% do total das estimadas)

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 3.1

O indicador 3,1 mostra as estimativas de grávidas seropositivas que receberam tratamento ARV no último biénio através do PTV . Em 2010 foi de 31,0% e em 2011 foi de 23,5%. Comparativamente aos dados reportado no UNGASS 2009 de 16,4%, nota-se em ambos periodos uma melhoria na cobertura no acesso ao TARV entre as grávidas.

### INDICADOR 3.2

#### PERCENTAGEM DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES SEROPOSITIVAS A RECEBER TESTES PARA O VIH NUM PRAZO DE DOIS MESES APÓS O NASCIMENTO

O indicador 3.2 (tabela Nº 24), mede a percentagem das crianças que nascem de mães infectadas e que são testados durante os primeiros meses de vida. Este indicador mede o progresso realizado na detecção precoce da transmissão vertical e à eficácia dos testes que detectam o VIH durante os dois primeiros meses de vida.

O numerador os dados de lactantes de mães seropositivas que foram testados com PCR (no laboratório central do INSP) durante os dois primeiros meses de vida. O denominador foi criado com o número estimado de grávidas VIH+ dos últimos 12 meses através do EPP/SPECTRUM, deste total de estimadas, foi subtraído 69% que corresponde às grávidas estimadas com VIH que teve pelo menos uma consulta de CPN durante a gravidez.

Os dados compilados para o numerador pertencem a crianças nascidas de mães VIH+ da província de Luanda. Para a selecção da amostra utilizou-se os seguintes critérios: data da colheita, idade da criança em meses, tipo de análise realizado e o resultado.

TABELA Nº 24 INDICADOR 3.2

Método de Medição: INDICADOR 3.2	Anos	
	2010	2011
<b>Numerador:</b> Número de lactantes de mães seropositivas que foram testados com PCR nos 2 primeiros meses de vida	814	837
<b>Denominador:</b> Número estimado de grávidas infectadas pelo VIH que tiveram o parto nos últimos 12 meses (estimativas Spectrum, 69% que tempo menos uma consulta de CPN durante a gravidez)	10.923	10.989
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,6%</b>

Fonte: Spectrum para o denominador (69% das grávidas estimadas), e o numerador as Estatísticas do Instituto Nacional de saúde Pública (PCR realizado no laboratório de referência nacional localizado em Luanda)

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 3.2

O resultado deste indicador mostra que em 2010 foram testados antes de 2 meses com PCR 7,4% dos recém-nascidos de mães seropositivas de Luanda, dos quais 2,9% foram positivos (24 crianças RN positivas). Em 2011, foram testados com PCR antes dos 2 meses 7,6% dos recém-nascidos de mães seropositivas de Luanda; dos quais 1,9% foram positivos com PCR (16 crianças).

Comparativamente com os dados reportados no relatório UNGASS 2009 de 5,1%, observa-se um aumento de 2% no acesso a PCR das crianças nascidas de mães seropositivas.

### INDICADOR 3.3:

#### PERCENTAGEM ESTIMADO DE CRIANÇAS INFECTADAS COM O VIH NASCIDAS DE MÃES SEROPOSITIVAS NOS 12 ÚLTIMOS MESES

O indicador 3.3 (tabela Nº 25), mede a percentagem estimada de crianças nascidas infectadas no parto de mães seropositivas. Este indicador tem por objectivo avaliar os progressos na eliminação da transmissão vertical de mãe para filho.

Devido a que o país não conta com esta informação, este indicador se mantém com os dados reportados no UNGASS 2009; cujo numerador, foi construído com o número estimado de lactantes infectados com o VIH nascidos de mães seropositivas. O denominador a média ponderada das probabilidades de transmissão materno-infantil nas grávidas que receberam e não receberam profilaxia para o VIH.

TABELA Nº 25 INDICADOR 3.3

Método de Medição: INDICADOR 3.3	Ano 2011
<b>Numerador:</b> Numero estimado de lactantes infectados pelo VIH nascidos das mães positivas nos últimos 12 meses	5.275*
<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 Spectrum 2009 (\*dados de UNGASS 2009)

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 3.3

O resultado de 2009, foi mantido para 2011 (2,7% as estimativas de crianças infectadas com o VIH nascidas de mães seropositivas), já que estima-se para Angola uma tendência estável da prevalência que fora encontrada nas estimativas Spectrum até 2015.

### 3.6 TERAPIA ANTI-RETROVIRAL (TARV)

Em 2004 foi elaborado o primeiro protocolo de normas de TARV, revisado e actualizado em 2006 e em 2008, com adaptações as novas recomendações da OMS. O número de serviços de TARV e PTV aumentaram e como resultado também aumentou a quantidade de seropositivos em acompanhamento.

No biénio foram criado 45 novos serviços de acompanhamento TARV (23 para crianças e 22 de adulto) localizados em 39 unidades de saúde fixas e 5 móveis. Actualmente o país conta com um total de 146 serviços TARV para adulto e 136 para acompanhamento e tratamento das crianças.

No gráfico N° 23, observa-se o número acumulado de serviços de acompanhamento TARV para adultos e crianças.

**Gráfico nº 23 Número acumulado de serviços de tratamento (TARV), criados por ano, 2004-2011.**

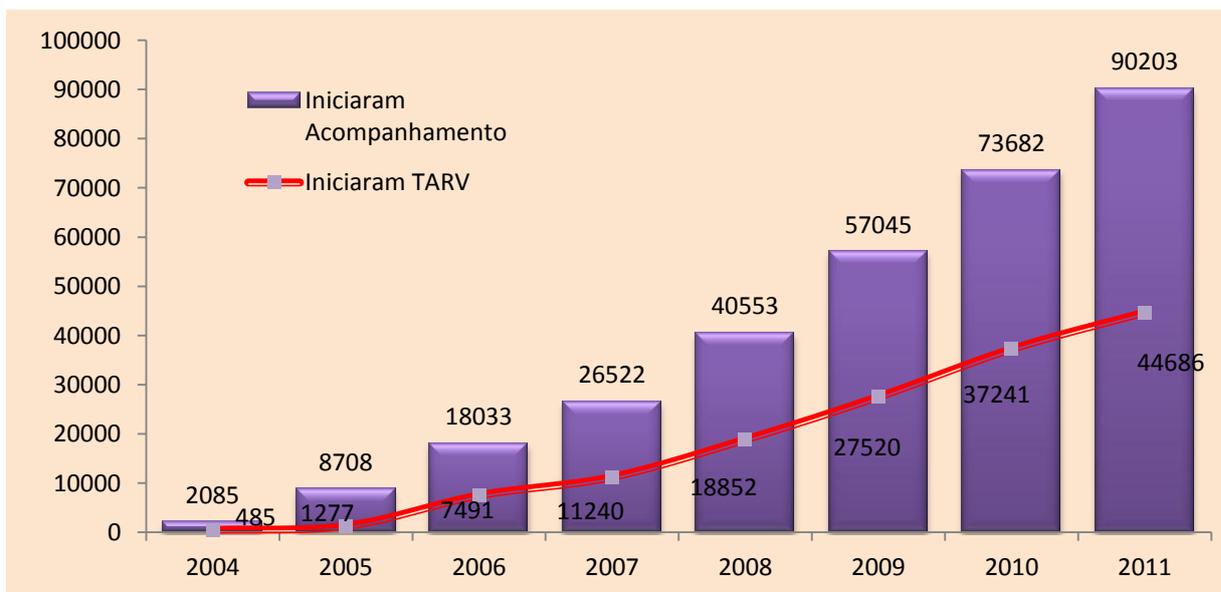


Fonte: INLS 2011

De 2004 á 2011 registaram-se um total cumulativo de 90.203 PVVIH e SIDA em acompanhamento dos quais 82.326 são adultos (91,3%) e 7.877 crianças (8,7%)(gráfico N° 24).

Do total acumulativo de PVVIH em acompanhamento, apenas 49,5% foram elegíveis para iniciar TARV (44.686 PVVIH que iniciaram TARV).

**Gráfico N° 24, Numero acumulado de adultos e crianças em acompanhamento de terapia ARV Angola 2004 - 2011**



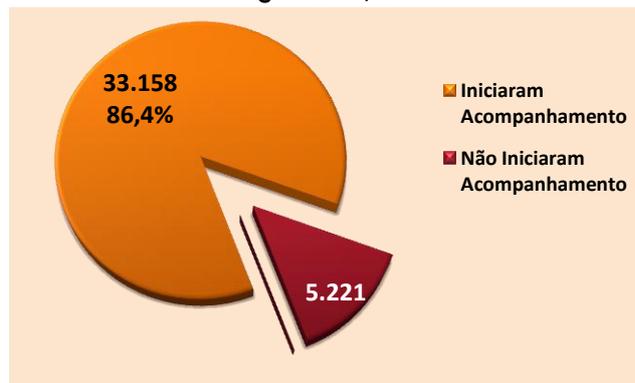
Fonte: VE/INLS 2011

No biénio, foram detectados em total 38.379 VIH+ adultos e crianças dos quais 86,4% (33.158 casos) foram inscritos em acompanhamento (gráfico Nº 25).

Em 2010, registados 18.865 novos casos positivos entre adultos e crianças, dos quais foram inscritos em acompanhamento 16.637 (sendo 15.012 adultos e 1.625 crianças), destes foram elegíveis para TARV 58,4% (9.721 casos, dos quais 9.231 adultos e 490 crianças em TARV).

Em 2011, detectados 19.514 novos casos positivos entre adultos e crianças, dos quais inscritos em acompanhamento 16.521 (sendo 15.261 adultos e 1.260 crianças), destes foram elegíveis para TARV 45,1% (7.445 casos, dos quais 6.914 adultos e 531 crianças em TARV). A tendência acumulada dos casos com TARV e em acompanhamento no biénio em comparação com 2009 aumentou em 36,8%.

Gráfico nº 25 : Percentagem de adultos e crianças positivas, inscritos em acompanhamento Angola 2010/2011



Fonte: INLS/DNVE

## INDICADORES RELACIONADOS COM A MELHORIA DA QUALIDADE E ESPERANÇA DE VIDA (1)

### INDICADOR 4.1

#### PERCENTAGEM DE ADULTOS E CRIANÇAS COM INFECÇÃO DE VIH ELEGÍVEIS E QUE RECEBEM TERAPIA ARV

O indicador 4.1 (tabela Nº 26), mede a terapia antiretroviral combinada nas pessoas com VIH que reúnem os critérios para o tratamento. O objectivo deste indicador é avaliar o progresso na oferta de TARV combinado, pois está demonstrada que o TARV reduz a mortalidade e melhora a qualidade de vida das pessoas com VIH.

Como numerador foi usado o número de adultos e crianças elegíveis que recebem actualmente TARV combinada (de acordo aos critérios da OMS/ONUSIDA). Como denominador, o numero estimado de adultos e crianças elegíveis para TARV identificados através do programa EPP/Spectrum.

Tabela nº 26 INDICADOR 4.1

	2010		Total	2011		Total
	< 15 anos	>15 anos		< 15 anos	>15 anos	
<b>Numerador:</b> Número de adultos e crianças com infecção pelo VIH com critérios elegíveis e que actualmente recebem terapia anti-retrovirais combinada (< 15 anos e > 15 anos)	1.916	26.015	<b>27.931</b>	2.314	31.201	<b>33.515</b>
<b>Denominador:</b> Número estimado de adultos e crianças com infecção do VIH elegíveis para o TARV através de Spectrum	19.795	67.313	<b>87.108</b>	19.877	73.680	<b>93.257</b>
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>9,8%</b>	<b>38,6%</b>	<b>32,0%</b>	<b>12,0%</b>	<b>43,0%</b>	<b>36,0%</b>

Fonte: Estatísticas de TARV do Programa Nacional/EPP Spectrum 2011

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 4.1

O resultado do indicador mostra que em 2010, os adultos e crianças com critérios elegíveis de TARV alcançou a 32,0% do total de casos estimados pelo programa EPP/Spectrum, destes corresponde 9,8% para as crianças e 38,6% nos adultos com criterios elegiveis para TARV.

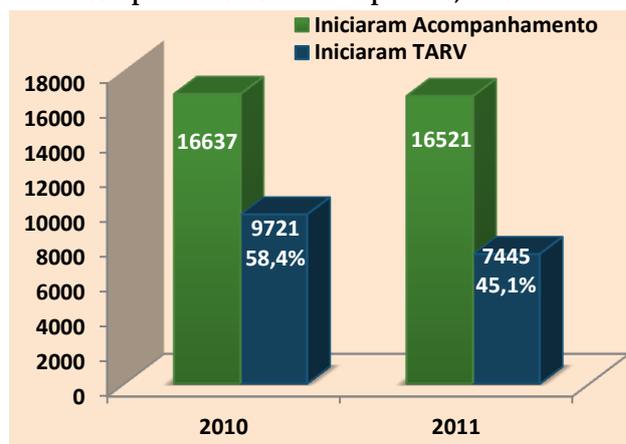
Os resultados para 2011, mostra a percentagem total de 36,0% dos adultos e crianças elegiveis de TARV; dos quais 12,0% corresponde as crianças e 43,0% aos adultos elegiveis para TARV.

No relatório UNGASS 2009, foi reportado 24,5% a percentagem de adultos e crianças em TARV, em comparação com 2011 que reporta 36,0%, indica aumento de 12% na oferta de TARV para adultos e crianças VIH+ no país.

Informação complementar ao indicador retirados de dados de rotina (gráfico N° 26), mostra a distribuição das pessoas que iniciaram acompanhamento e TARV durante o biénio.

Em 2010 registaram-se 16.637 adultos e crianças em acompanhamento, dos quais iniciaram TARV 9.721 (58,4%). Em 2011, registaram-se 16.521 casos em acompanhamento, dos quais 7.445 (45,1%) iniciaram TARV nas U.S.

Gráfico n° 26 . Distribuição de pessoas que iniciaram acompanhamento e TARV por ano, 2010-2011



Fonte: INLS/DNVE

### INDICADOR 4.2

#### PERCENTAGEM DE ADULTOS E CRIANÇAS COM INFECÇÃO DE VIH QUE SOBREVIVEM APÓS 12 MESES DE TARAPIA ARV

O indicador 4.2 (tabela N° 27), mede a percentagem dos adultos e crianças com VIH que tem sobrevivência após 12 meses de TARV. O objectivo é aumentar a sobrevivência dos indivíduos infectados melhorando a qualidade de vida através da terapia anti-retrovirais, os cuidados, acompanhamento e apoio.

Para obter estes dados, foi realizado um estudo de coorte no Hospital Esperança de Luanda, Centro de referência nacional de VIH/SIDA, de recordar que este Hospital realiza atendimento de 40% das PVVVIH/SIDA do país.

O numerador, o número de adultos (maiores de 15 anos), que iniciaram tratamento ARV em 2010 e sobrevivem após 12 meses de TARV, (o Hospital esperança que foi seleccionado não realiza atendimento de menores de 15 anos).

Como denominador o número total de adultos maiores de 15 anos, que iniciaram o TARV incluindo os falecidos, os que abandonaram, suspenderam por qualquer motivo, transferidos ou registados como perdidos. Para obter os dados de sobrevivência na terapia ARV, foi necessários construir este indicador, para o qual foi levantada uma corte no Hospital Esperança de Luanda (Centro de referência nacional para atendimento dos casos e formação de pessoal). O universo incluiu os

processos clínicos existentes de 2010, que foram atendidos no Hospital Esperança e que iniciaram tratamento ARV em 2010 e permaneceram vivos após 12 meses de tratamento.

TABELA Nº 27 INDICADOR 4.2

Método de Medição: INDICADOR 4.2	Anos	Sexo		Idade
	2010	Homens	Mulheres	>15
<b>Numerador:</b> Número de adultos e crianças que recebem TARV e seguem com vida após 12 meses de iniciado o tratamento	405	160	245	405
<b>Denominador:</b> Total de adultos e crianças que iniciaram terapia anti-retrovirais	587	202	385	587
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>69,0%</b>	<b>79,2%</b>	<b>63,6%</b>	<b>69,0%</b>

Fonte: Estudo de Corte, INLS/Hospital esperança em 2010-2011

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 4.2

Este indicador 4.2 é importante pelo impacto na sua intervenção. Estudos internacionais determinaram que a sobrevivência sem tratamento nas pessoas adulta reduz em 70% a qualidade e tempo de vida; isto nas grávidas ainda tem maior impacto, já que uma grávida sem tratamento aumenta em 30% a probabilidade de passar a infecção ao filho. Uma criança infectada nascida de mãe seropositiva e sem tratamento aumenta em 70% a sua possibilidade de morrer antes de cumprir os 2 anos de vida e em 80% antes dos 5 anos de idade. Perante disto, os programas de TARV e de PTV em Angola, são pilares fundamentais para reduzir a mortalidade materna e infantil, como também a mortalidade geral na população.

O resultado do indicador 4.2, mostra que a percentagem de pacientes adultos que iniciaram TARV em 2010 e permanecem vivos após 12 meses de TARV é de 69%, sendo que a sobre vida é maior entre os homens (79,2%) em relação com 63,6% nas mulheres da mesma faixa etária de maiores de 15 anos (69,0%). Este resultado por ser dum só hospital, não pode ser representativo para o país, mas ajuda a mostrar o impacto na sobrevivência dos pacientes em tratamento no Centro de referência nacional.

### 3.7 SANGUE SEGURO

A Política Nacional de Saúde prevê o acesso ao sangue seguro para toda a população, norma liderada pelo Centro Nacional de Sangue, que em forma permanente promove o recrutamento de doadores voluntários não remunerados de entre as populações de baixo risco, assegurando em 100% das unidades de sangue doadas a testagem das doenças transmitidas pelo sangue e promovendo o uso racional de sangue e dos seus componentes.

As acções normativas, de coordenação, organização e controlo de qualidade da rede de Centros de sangue e serviços de transfusão, estão sobre liderança do Centro Nacional de Sangue (CNS) que é uma instituição do Ministério da Saúde que funciona em todo o país coordenando as acções de doação, testagem e qualidade do sangue. A doação de sangue em Angola é feita maioritariamente por doadores. Em Luanda os doadores familiares constituem 75% e 25% os doadores voluntários. No resto do país, o número de doadores voluntários varia de 5 à 10%, sendo maioritariamente a doação familiar.

Segundo normas internacionais, Angola precisa de 20 doações por 1.000 habitantes por ano. Isto significa que o país requer cerca de 280.000 unidades do sangue por ano, para satisfazer as suas necessidades. Segundo relatório do Centro Nacional de Sangue o país tem capacidade de suportar somente 24% da demanda de sangue. Actualmente conta-se com 83 centros de sangue,

que durante 2010 colectaram 80.152 unidades de sangue<sup>50</sup>, cumprindo com 28% do standard internacional, havendo encontrado 1,9% de positividade. Para 2011 (dados primeiro semestre) a nível nacional tinham reportado 140.000 unidades de sangue (33% da recomendação internacional) com 2,1% de positividade. Na tabela Nº 28, observa-se o número de centros de sangue, a quantidade de unidades de sangue testadas e a positividade encontrada durante o biénio.

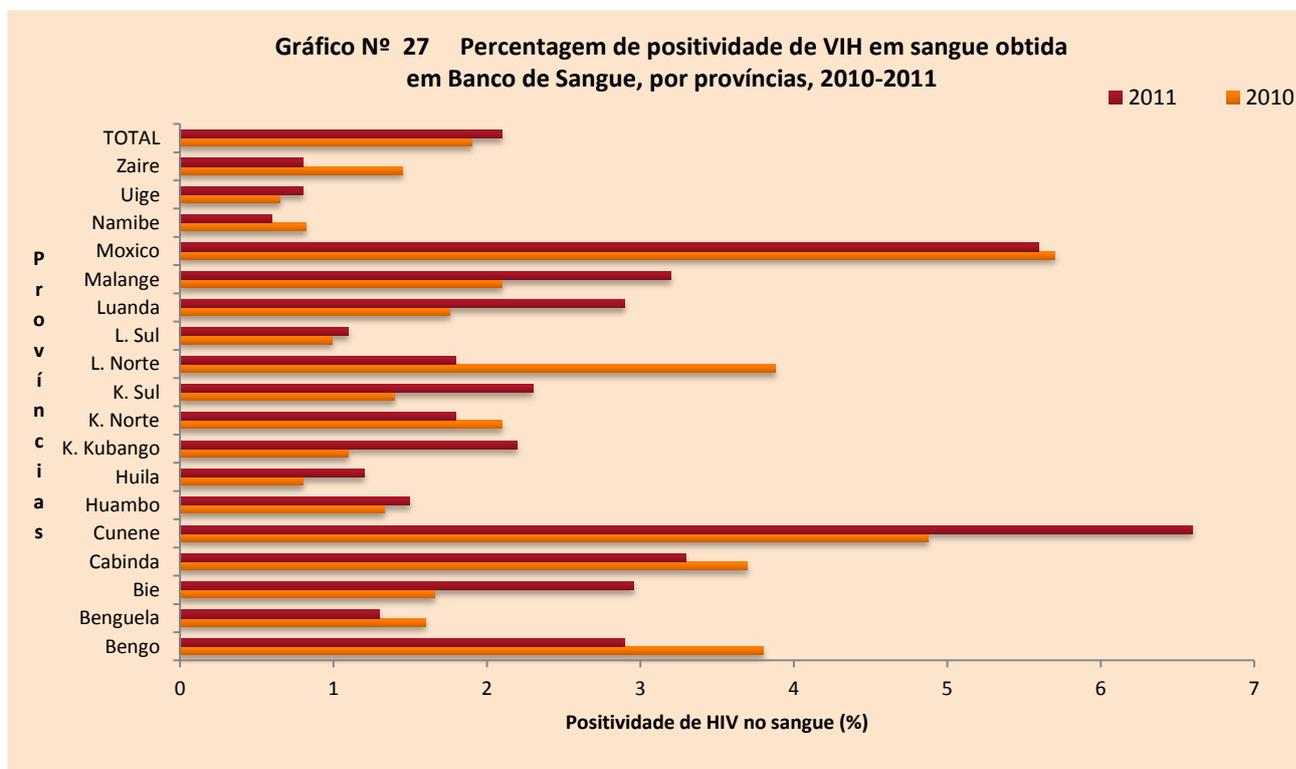
**Tabela Nº 28 Situação da sangue para transfusão e provinciais com maior percentagem de positividade para o VIH. Angola 2010-2011**

ANO	Nº Bancos Sangue	Unidade Sangue testada e positiva				Provincias com maior percentagem de testes (VIH+)
		Nº Unidade Sangue	Nº Teste realizad	Nº Testes VIH+	% (+)	
2010	83	80.152	80.152	1.518	1,9	Moxico (5,7%); Cunene (4,8%); Lunda Norte (3,9%); Bengo (3,8%); Cabinda (3,7%); K.Norte e Malange (2,1%); as demais em baixo 1,6%
2011	83	46.152	46.152	986	2,1	Cunene (6,6%); Moxico (5,6%); Cabinda (3,3%); Malange (3,2%); Bie (3%); Bengo e Luanda (2,9%) as demais em baixo de 2%

Fonte: Dados CNS 2010/2011

As pessoas que acorrem ao Bancos de Sangue são pessoas saudáveis pelo que é preocupante a alta percentagem de positividade encontrada. No gráfico Nº 27 (fonte CNS 2010-2011), visualiza-se as provincias de Angola segundo percentagem de positividade para o VIH.

O maior percentagem de positividade foi encontrado nas provincias fronteiriças (Cunene, Moxico, Lunda Norte, Cabinda e K-Kubango) e cidades populosas como Luanda, Bengo e Malanje. Analisando o resultado da positividade nacional de 2,4% é casi igual as estimatimas da prevalência em mulheres grávidas de 2,8% (EPP/Spectrum para 2010 e 2011).



<sup>50</sup> Dados oficiais do CNS, registos de nível nacional, relatórios 2010/2011

### 3.7 CO-INFEÇÃO SIDA/TUBERCULOSE

Apesar dos avanços significativos no Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCTB) referidos à expansão da rede de serviços de diagnóstico e tratamento (DOTs), a Tuberculose em Angola ainda continua a ser um dos grandes problemas de saúde pública, com uma taxa de prevalência, estimada para 2011 de 256/100.000. Os casos de tuberculose têm vindo a aumentar devido a factores como a pobreza, associação do VIH e SIDA, a limitada acessibilidade aos cuidados de saúde.

O PNCTB continua a expandir a estratégia DOTS recomendada pela OMS para assegurar o tratamento supervisionado da tuberculose e que esta a beneficiar ao controlo da co-infecção SIDA/Tuberculose, contando actualmente com um total de 195 centros DOTs que também realizam o apoio para o controlo da co-infecção SIDA/TB; o PNCTB tem previsto para 2012 a expansão de 15 novos DOTs que reforçarão à resposta na co-infecção SIDA/TB.

Em 2010 foram registados um total de 46.166 casos de TB dos quais 46% foram casos novos de TB e, destes, 22% foram elegíveis para realizar a testagem do VIH. Nesse ano realizaram um total de 2.228 testes de VIH, havendo identificados como positivos 945 doentes (42,4% de positividade), destes foram inscritos para TARV 700 doentes (74,0%) (tabela Nº 30). Em 2011, o PNCT contou com a informação de os três primeiro trimestre, havendo registado um total de 39.356 casos, dos quais 45% foram casos novos de TB, destes, 23% casos elegíveis para realizar a testagem do VIH. Foram testados em 2011 para o VIH um total de 5.107 doentes, sendo positivos 987 casos (19,3% positividade) havendo recebido TARV 592 doentes (59,9%).

**Tabela Nº29 Número de Casos Novos de TB, casos Testados e em TARV  
Angola 2010 - 2011**

Anos	Total Casos TB	Nº Casos Novos TB	Casos elegíveis para testagem	Nº testes VIH realizados	Teste VIH (+)	% positividade	Nº de Casos em TARV/TB	% de TARV
2010	46.166	21.145	9.932	2.228	945	42,4%	700	74,0%
2011*	39.356	17.741	8.737	5.107	987	19,3%	592*	59,9%
<b>Biénio</b>	<b>85.522</b>	<b>38.886</b>	<b>18.569</b>	<b>7.335</b>	<b>1.932</b>	<b>26,3%</b>	<b>1.292</b>	<b>66,8%</b>

Fonte: PNCTB (\* faltam dados do ultimo trimestre 2011)

Desde 2004 foi adoptada a estratégia de rastreio de TB em indivíduos portadores de VIH e a sua profilaxia com Isoniazida após o despiste de TB. Destacamos que existe uma coordenação estreita a nível central entre o PNCTB e o INLS, a mesma coordenação se observa a nível provincial, municipal e local. Desde 2007 o INLS implementou os serviços de AT em todas as unidades que atendem pacientes com TB. O protocolo de tratamento com ARV contempla as recomendações sobre a co-infecção de TB o mesmo que é revisto de dois em dois anos.

## INDICADORES RELACIONADOS COM A MELHORIA DA QUALIDADE E ESPERANÇA DE VIDA (2)

### INDICADOR 5.1

#### PERCENTAGEM DOS CASOS ESTIMADOS DE PESSOAS SEROPOSITIVAS E COM TB, QUE RECEBEM TRATAMENTO PARA TB e ARV PARA O VIH NOS ÚLTIMOS 12 MESES

Uma das metas UNGASS é reduzir em 50% o número de mortes devido a TB entre as PVVIH até 2015. O indicador 5.1 mede o progresso na detecção precoce e tratamento da TB nas PVVIH (tabela N° 31). A TB é uma das principais doenças oportunistas que afectam as PVVIH, incluindo aquelas que estão em TARV. A TB reduz a sua qualidade e expectativa de vida, portanto, uma detecção precoce e tratamento adequado prolongará a vida das PVVIH e reduzirá a carga da doença na comunidade.

Para a criação do indicador 5.1, foi utilizado como numerador o número de adultos infectados com VIH que recebem ARV e que também recebem medicamentos para a TB nos últimos 12 meses (segundo os critérios da OMS/ONUSIDA). Estes dados foram reportados do PNCTB (para 2010 reporte anual de 18 províncias).

O denominador é número de casos de TB em pessoas que vivem com o VIH, (estimativa realizada pela OMS para 2010 ([www.who.int/tb/data](http://www.who.int/tb/data))). A OMS estimou para 2010 a incidência de casos TB/VIH+ em 27casos/100.000 habitantes o seja 5.130 casos para uma população total de 19 milhões de habitantes.

Para 2011, a OMS ainda não publicou a estimativa de incidência de casos de TB/VIH+, e os dados de casos TB/VIH reportados pelo PNCTB estão disponíveis somente para o período de 9 meses (Janeiro a Setembro de 2011) consistente em 592 casos TB/VIH+.

Dadas estas limitações o cálculo do Indicador 5,1 para 2011, foi feita projecção do número de casos de TB/VIH para 12 meses com base nos dados disponíveis de 9 meses, obtendo-se uma estimativa de 789 casos de TB/VIH para 2011. Para o denominador, foi realizada a estimativa, considerou-se a mesma taxa de incidência de 27x 100.000 hab (estimada pela OMS para 2010) e a população estimada pelo INE-Angola para 2011 de 19.980.854 habitantes: Com estes dados, foi obtido o denominador para 2011, de 5.395 pessoas estimadas com coinfeccção VIH/TB.

A frequência destes dados é anual e a fonte é o PNCTB e do INLS para os casos de TB/VIH+ detectados e as estimativas do total de casos previstos TB/VIH+ são feitas pela OMS.

TABELA Nº 30 INDICADOR 5.1

Método de Medição: INDICADOR 5.1	Anos	
	2010	2011*
<b>Numerador:</b> Número de adultos infectados com VIH que recebem TARV e fazem tratamento de tuberculose nos últimos 12 meses	700	789*
<b>Denominador:</b> Número estimados de casos de TB em pessoas que vivem com VIH(estimativa 2010 WHO/int/tb/data)	5.130	5.395
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>13,6</b>	<b>14,6</b>

Fonte: PNVTB relatório nacional de 2010 e 2011 (\* Três primeiros trimestres) e denominador estimativas WHO 2010

**INTERPRETAÇÃO: INDICADORES 5.1**

A análise do indicador 5.1 permitiu identificar que em 2010 apenas 13,6% dos casos de co-infecção SIDA/TB receberam tratamento para ambas doenças. Para 2011, com os dados disponíveis, observa-se que 14,6% dos casos receberam tratamento para ambas doenças. Não é possível comparar as estimativas de 2009 de 20,4% realizadas com informação de 5 províncias; já que no biénio, estas estimativas foram realizadas com dados de 18 províncias; mas estes resultados mostram que ainda no país é baixo o controlo da coinfeção SIDA/TB.

**CAPITULO IV GASTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS  
NO COMBATE AO SIDA EM ANGOLA****INDICADORES RELACIONADOS COM O INVESTIMENTO A NIVEL NACIONAL****INDICADOR 6.1 : DESPESAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS RELATIVAS AO SIDA, POR  
CATEGORIA E FONTE DE FINANCIAMENTO (\$us)****Despesas nacionais e internacionais com o VIH / SIDA**

Para se realizar o rastreamento dos recursos aplicados na resposta nacional à epidemia do VIH no biénio de 2009 a 2011, Angola usou a metodologia MEGAS - Medição de Gastos em AIDS / SIDA, que é a fonte de dados ideal para informar este indicador e que permite rastrear não só as despesas financiadas por entidades nacionais como também as despesas financiadas por órgãos privados e internacionais. A ferramenta MEGAS também não se limita a rastrear os gastos com saúde, ela também faz o rastreamento de gastos relacionados com a mitigação social, educação, emprego, justiça e outros sectores ligados à resposta multisectorial ao VIH.

As informações aqui 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, a USAID e Agências do Sistema das Nações Unidas, apenas os recursos relativos á formação e supervisão são pontualmente entregues aos serviços do INLS.

As estimativas da MEGAS demonstram que as actividades desenvolvidas em Angola durante o período de 2009 a 2011 foram financiadas principalmente pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), 56,7%, PEPFAR 17,6%, o Fundo Global, 10,3%, e outros parceiros em pequena escala, 17,9%, nomeadamente, União Europeia, Agências das Nações Unidas e entidades do sector privado (tabela 31);

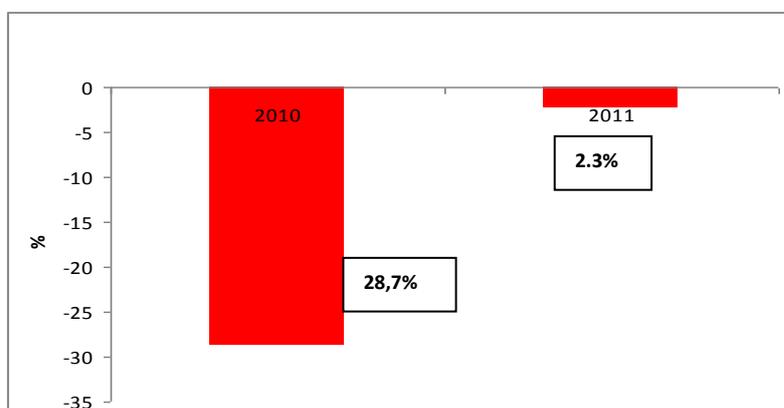
**Tabela 31 Gastos com o VIH por fonte de financiamento 2009-2011 (U.M.1000 USD)**

Fonte	2009	2010	2011	Total	Total %
OGE	16,044*	15,392	21,463	52,899	56.7
União Europeia	2,073	1,591	1,327	4,991	5.3
Nações Unidas	3,921	2,920	895	7,735	8.3
Fundo Global	8,285	1,094	263	9,643	10.3
Banco Mundial	-	24	127	151	0.2
PEPFAR	4,100	3,268	9,014	16,382	17.6
Privado	276	407	416	1,099	1.2
Outros	-	37	388	425	0.5
<b>Total (USD)</b>	<b>34,700</b>	<b>24,733</b>	<b>33,893</b>	<b>93,326</b>	<b>100%</b>

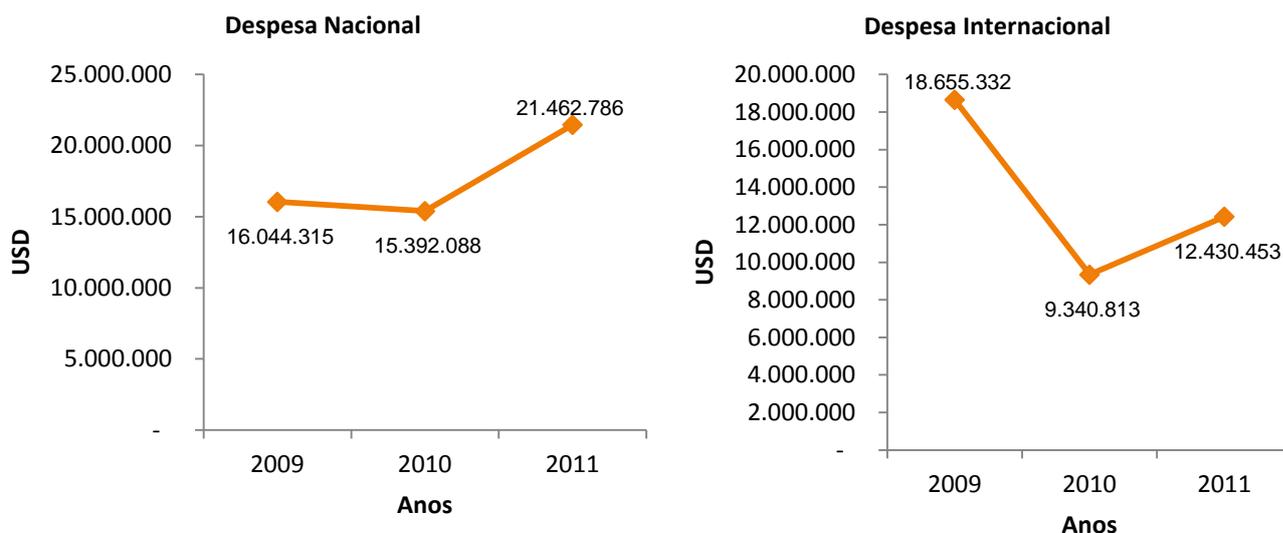
Fonte OGE: orçamento geral do estado; PEPFAR: U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief. \*Note que a despesa total proveniente do OGE reportado no relatório UNGASS 2010 foi de 33,714,000 USD. Se tomar este valor em consideração, a redução do investimento nos anos 2010 e 2011 será ainda maior, por exemplo, uma redução de 53,7% em 2010 face a 2009).

Tendo em conta o financiamento público, tal como o financiamento internacional e privado, estima-se que as despesas com actividades ligadas à resposta ao VIH em Angola totalizaram 34.7 milhões USD em 2009, e 24.7 milhões USD em 2010, representando uma queda no financiamento de até 28,7%. Em 2011 as despesas aumentaram 37,0% face a 2010, sendo então o aporte total de 33.9 milhões USD, menos 2,3% do que em 2009 (Tabela 31, gráfico 28). É de ressaltar que a redução cumulativa face a 2009 foi de 31,0%.

**Gráfico 28 Taxa de decrescimento anual face a 2009**



**Gráfico 29 : Despesa anual por origem com o VIH / SIDA, 2009-2011**



## FINANCIAMENTO NACIONAL

Em Angola o financiamento público na luta contra o VIH é assegurado apenas pelo OGE sendo o principal instrumento de disponibilização de recursos financeiros através de quotas mensais às instituições dele dependentes. Em 2009, nota-se que num total de 34.7 milhões USD gastos, a contribuição do Governo de Angola representou 46,2% (16.0 milhões USD) (gráfico 29).

A afectação de recursos concentrou-se nas seguintes áreas prioritárias de intervenção do Governo: Prevenção 32,4%, Assistência e Tratamento 29,8%, Administração e Gestão com 37,4% e Investigação 0,3%. A Tabela 32 demonstra as categorias financiadas pelo OGE durante o período de 2009 a 2011.

**Tabela 31 Despesas nacional por categoria (U.M 1000 USD)**

CATEGORIA	2009		2010		2011	
<b>1. Prevenção</b>	5,212	32.49	3,415	22.19	3,837	17.88
<b>2. Assistência e tratamento</b>	4,782	29.81	8,060	52.36	11,355	52.91
<b>3. Crianças Órfãos e Vulneráveis</b>	-	-	-	-	-	-
<b>4. Programa de Gestão e reforço de Administração</b>	6,006	37.43	2,320	15.07	4,171	19.43
<b>5. Recursos humanos</b>	-	-	1,597	10.38	1,773	8.26
<b>6. Serviços de Protecção Social Excluindo Crianças Orfãs e Vulneráveis</b>	-	-	-	-	-	-
<b>7. Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA</b>	-	-	-	-	-	-
<b>8. Investigação</b>	44	0.28	-	-	326	1.52
<b>Total (USD)</b>	<b>16,044</b>	<b>100</b>	<b>15,392</b>	<b>100</b>	<b>21,463</b>	<b>100</b>

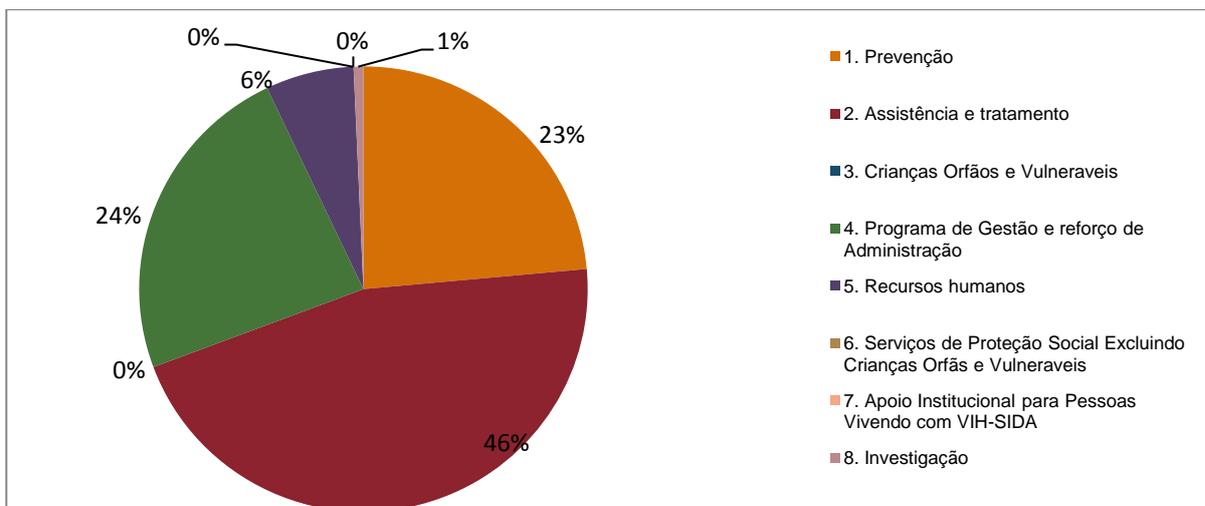
Em 2010, os gastos totais foram de 24.7 milhões USD, e o aporte do Governo representou 62,2% (15.4 milhões USD). As despesas concentraram-se nas seguintes áreas: Prevenção 22,2%, Assistência e Tratamento 52,4%, Administração e Gestão com 15,1% e Recursos Humanos 10,4% .

Durante o ano de 2011, os gastos totais para suportar a luta contra o VIH e SIDA foram de 33.9 milhões USD e 63,3% (21.5 milhões USD) das despesas foram provenientes do OGE. A execução dos recursos disponibilizados foram aplicados nas seguintes áreas: Prevenção 17,9%, Assistência e Tratamento: 52,9%, Programa de Gestão e Reforço de Administração: 19,4%, Recursos Humanos: 8,3%, Investigação: 1,5% .

Se compararmos os desembolsos do Governo entre 2009 e 2010, observa-se um decréscimo de cerca de 4,1%. Contudo, em 2011 verifica-se um crescimento de 39,4% dos recursos disponibilizados para suportar a resposta nacional.

Em suma, durante os últimos três anos o governo Angolano gastou 46% na área de Assistência e Tratamento, sendo esta categoria aquela que apresenta uma maior despesa ao longo dos anos. 30% das despesas concentraram-se em Programas de Gestão e Reforço da Administração, e Recursos Humanos, 23% do recursos financiaram actividades de Prevenção. Apesar deste reforço financeiro proveniente do OGE em 2011, ainda existem áreas em que o apoio do Governo é nulo, ou ainda se considera fraco, tais como Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA , o Serviços de Protecção Social Excluindo Crianças Órfãs e Vulneráveis e a investigação , como indica o gráfico 30.

**Gráfico 20 Categorias financiadas pelo OGE durante o período de 2009 a 2011**



## FINANCIAMENTO INTERNACIONAL

A contribuição financeira internacional na luta contra o VIH e SIDA em Angola foi proveniente das seguintes entidades: União Europeia, Fundo Global, as Agências das Nações Unidas, PEPFAR ( USAID e CDC), IOM e Privados.

Em 2009, o aporte total dos parceiros externos foi de 18.7 milhões USD. Os parceiros contribuíram da seguinte forma: Fundo Global 44,4%, Nações Unidas 21,0%, USAID 19,8%, União Europeia 11,1%, CDC 2,1%, entidades privadas 1,5%. As categorias de trabalhos financiados por entidades externas estão descritas na Tabela 33.

Em 2010, o gasto total dos parceiros externos foi de 9.3 milhões USD que representa 40,4% do total das despesas realizadas no mesmo ano. A contribuição das Nações Unidas (31,3%) e da USAID (33,9%) destacam-se dentro dos parceiros. Os recursos foram aplicados da seguinte forma: Prevenção 51,5%, Assistência e tratamento 1,4%, Crianças, Órfãos e Vulneráveis 9,2%, Administração e Gestão 12,6%, Recursos Humanos 11,9%, Serviços de Protecção Social Excluindo Crianças Órfãs e Vulneráveis 0,02%, Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA 4,3%, e Investigação 9,1% (Tabela 33).

Em 2011, as despesas dos parceiros totalizaram 12.4 milhões USD e as áreas de concentração de recursos continuaram a ser as mesmas registadas em 2010 embora com melhorias na categoria de Prevenção, e Apoio Institucional para pessoas vivendo com o VIH e SIDA (Tabela 3). Comparativamente ao ano de 2009, embora se tenha verificado uma queda de 33,4%, registou-se um crescimento de 33,1% quando comparado com as despesas de 2010, tal como demonstrado na Figura 3, contudo ainda não atingiu o valor reportado em 2009.

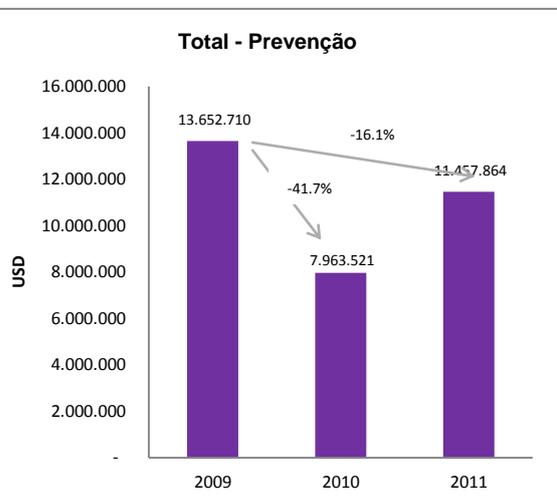
**Tabela 23 Despesas internacionais por categoria (U.M 1000 USD)**

CATEGORIA	2009		2010		2011	
		%		%		%
<b>1. Prevenção</b>	8,629	46.26	4,810	51.50	7,895	63.51
<b>2. Assistência e tratamento</b>	4,345	23.29	132	1.42	105	0.84
<b>3. Crianças Orfãos e Vulneráveis</b>	796	4.27	860	9.21	463	3.73
<b>4. Programa de Gestão e reforço de Administração</b>	1,658	8.89	1,176	12.59	1,482	11.92
<b>5. Recursos humanos</b>	1,918	10.28	1,111	11.89	1,151	9.26
<b>6. Serviços de Protecção Social Excluindo Crianças Orfãs e Vulneráveis</b>	-	0.00	1	0.02	114	0.92
<b>7. Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA</b>	751	4.03	404	4.32	618	4.97
<b>8. Investigação</b>	557	2.99	846	9.05	601	4.84
<b>Total (USD)</b>	<b>18,655</b>	<b>100.00</b>	<b>9,341</b>	<b>100.00</b>	<b>12,430</b>	<b>100.00</b>

## VARIAÇÕES DAS DESPESAS POR CATEGORIAS

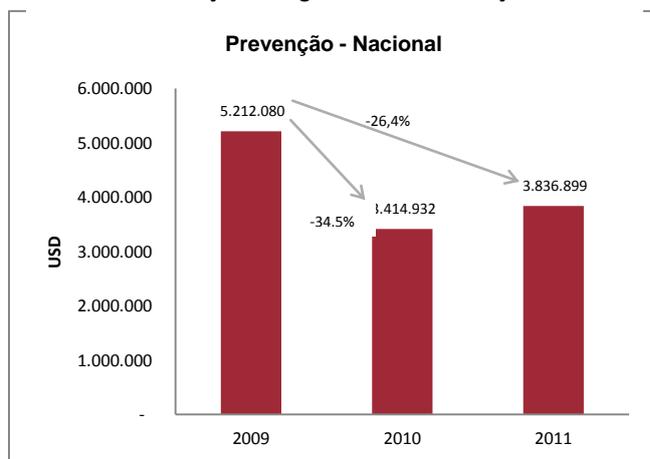
### Variação da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Prevenção

Gráfico 31 : Gastos totais na componente Prevenção em 2009, 2010 e 2011



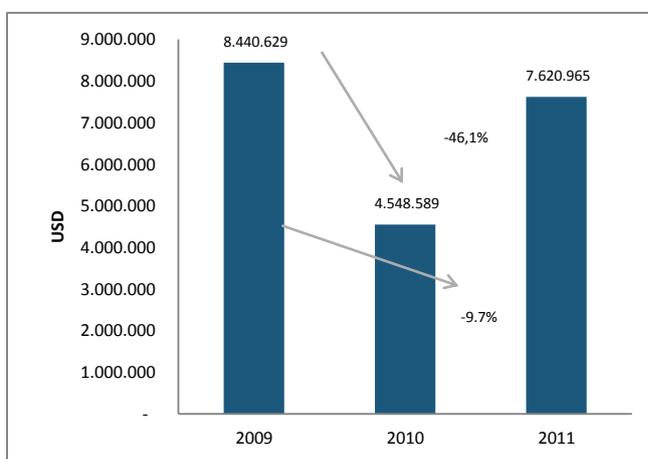
Ao nível das despesas nacionais e internacionais referentes à categoria Prevenção foi observada uma redução geral dos gastos em 2010 e 2011 face a 2009. É de ressaltar que, apesar de se observar este decréscimo, verificou-se uma subida em 2011, quer a nível nacional, quer internacional. Em geral, o gasto total na categoria Prevenção decresceu 41,7%, e 16,1% em 2010 e 2011, respectivamente, face a 2009, conforme observamos no gráfico 31.

Gráfico 32: Variação dos gastos com Prevenção Nacional



Em 2010, registou-se uma queda no apoio do governo angolano de até 34,5%. Já em 2011, o apoio proveniente do OGE subiu 12,4%.

Gráfico 33: Variação dos Gastos Internacionais com a Prevenção -



Relativamente ao aporte dos parceiros externos, este baixou 46,1% em 2010, mas em 2011 este subiu 67,5%.

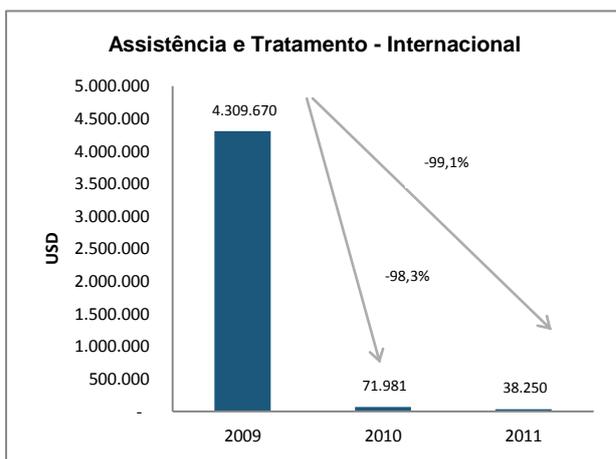
**Variação da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Assistência e Tratamento.**

**Gráfico 34** Variação dos Gastos Nacionais com a Assistência e Tratamento



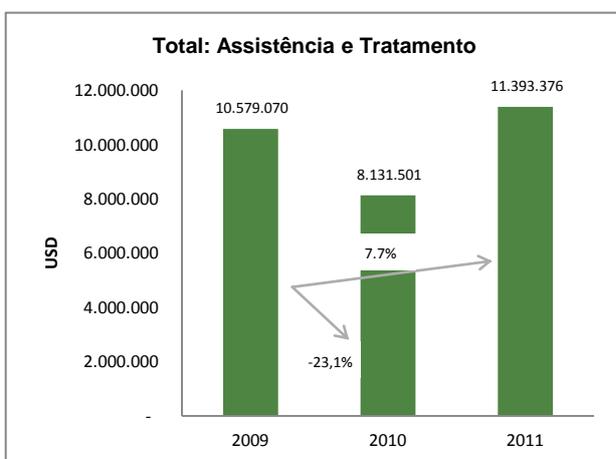
Ao que diz respeito a categoria Assistência e Tratamento, entre 2009 e 2011 registou-se um crescimento gradual relativamente ao financiamento público. A subida das despesas públicas em 2010 cresceram 28,6% face a 2009, e alcançaram aproximadamente os 41% em 2011 face a 2010.

**Gráfico 35** Variação dos Gastos Internacionais com a Assistência e Tratamento



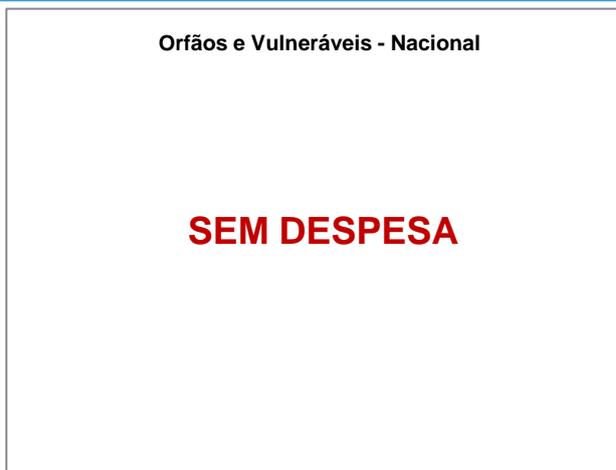
Contrariamente ao que se observou no financiamento público entre 2009 e 2011, o apoio dos parceiros externos foi reduzido dramaticamente de 4.3 milhões USD em 2009 a 38.2 mil USD em 2011, representando uma queda de 99,1%.

**Gráfico 36 : Variação dos Gastos Nacionais e Internacionais com a Assistência e Tratamento**



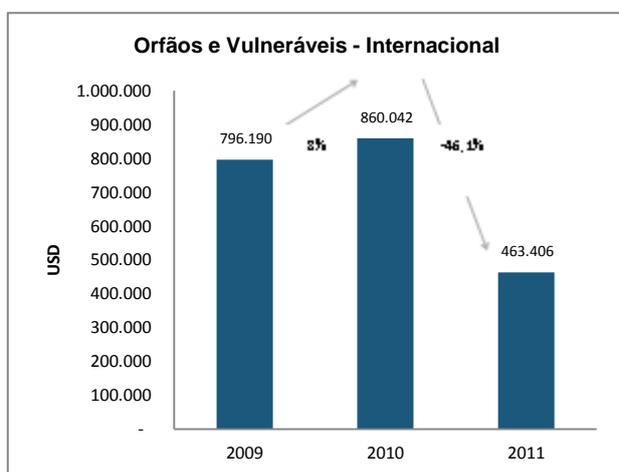
Em geral o gasto total gasto em Assistência e tratamento decresceu 23,1% em 2010. É de realçar que houve um crescimento de 7,7% em 2011 comparado com a despesa de 2009.

**Variação da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Órfãos e Vulneráveis.**



Entre 2009 e 2010 o aporte do governo de Angola foi nulo relativamente a actividades relacionadas com Órfãos e Vulneráveis.

**Gráfico37: Gráficos internacionais na categoria órfãos e vulneráveis**



Apesar do apoio das entidades internacionais à esta categoria ser mais visível, ainda apresenta estimativas consideravelmente fracas. Em 2010 houve uma ligeira subida de 8% face a 2009, mas em 2011 o suporte desceu 46,1%, sendo a despesa total apenas de 463 mil USD.

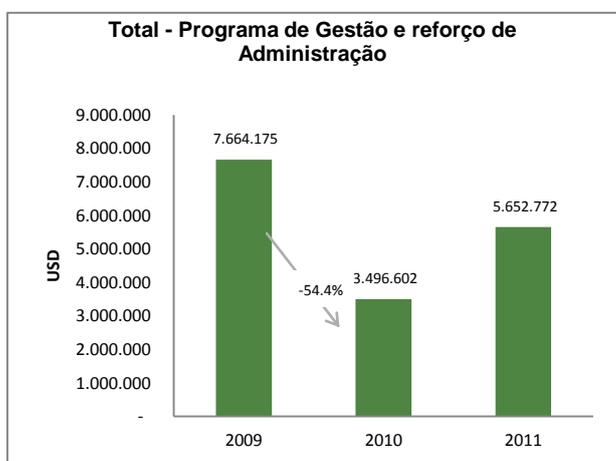
**Variação da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Programa de Gestão e reforço de Administração.**



O suporte proveniente do OGE para actividades dentro da categoria Programa de Gestão e reforço de Administração, baixou 61,4% em 2010. Em 2011 observou-se uma subida de 30,6% comparando com os fundos disponíveis em 2011.

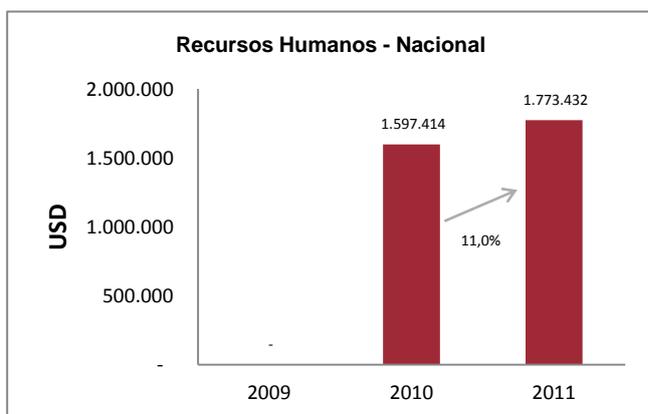


Relativamente ao apoio dos parceiros externos, este foi inferior as despesas nacionais alocadas para esta categoria. Mesmo assim houve uma redução nos gastos de 28,1% em 2010 face a 2009 e uma subida em 2011 de 26% face a 2010.

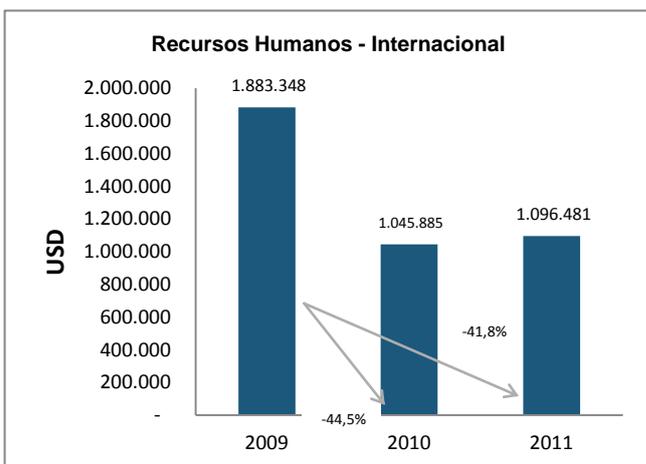


Verificou-se que houve uma redução de 54,4% das despesas em 2010, mas em 2011, o apoio a esta categoria cresceu até 61,7% face a 2010.

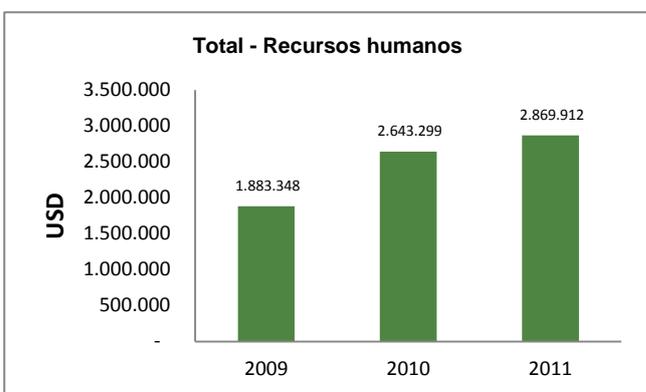
**Variação da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Recursos Humanos.**



Relativamente a categoria de Recursos Humanos, o aporte proveniente do OGE foi nulo em 2009, mas nos anos de 2010 e 2011 observou-se uma considerável melhoria. A despesa financiada pelo OGE em 2010 totalizou 1.6 milhões USD. Em 2011, este valor cresceu 11,0%.



Em contrapartida, o apoio suporte externo sofreu uma queda de 44,5% e 41,8% em 2010, e 2011, respectivamente, face a 2009. Durante os últimos três anos o gasto nesta categoria cresceu significativamente, quase atingindo o dobro daquele gasto em 2009. A maioria desta despesa concentrou-se em pagamentos de incentivos.



**Variação da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Serviços de Protecção Social.**



Entre 2009 e 2011, o governo Angolano **não financiou** actividades relacionadas com os Serviços de Protecção Social.

Em 2009 o apoio externo também foi nulo, mas tem apresentado um crescimento favorável em 2010 e 2011 onde se registou um financiamento de **114 mil USD**.

### Varição da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA

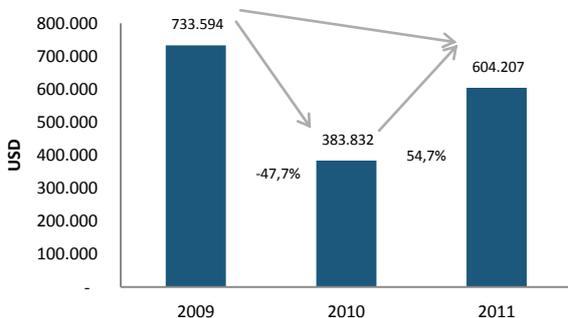
Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA - Nacional

**SEM DESPESA**

Entre 2009 a 2011, estima-se que **o apoio do governo de Angola foi nulo** relativamente a actividades relacionadas com o apoio social para pessoas vivendo com VIH e SIDA.

Já o apoio dos parceiros externos registou uma queda de 47,7% em 2010, mas em 2011 este apresentou um crescimento de 54,7%.

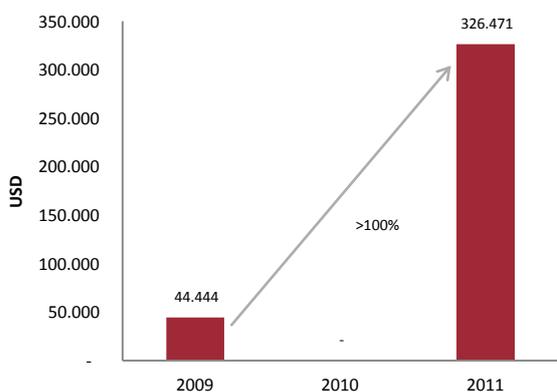
Apoio Institucional para Pessoas Vivendo com VIH-SIDA - Inter



Apesar desta subida observada entre 2010 e 2011, verificou-se uma queda nas despesas de 17,5% entre 2009 e 2011, que significa um fraco apoio institucional para as pessoas vivendo com VIH.

### Varição da despesa anual com o VIH e SIDA na categoria Investigação.

Investigação - Nacional



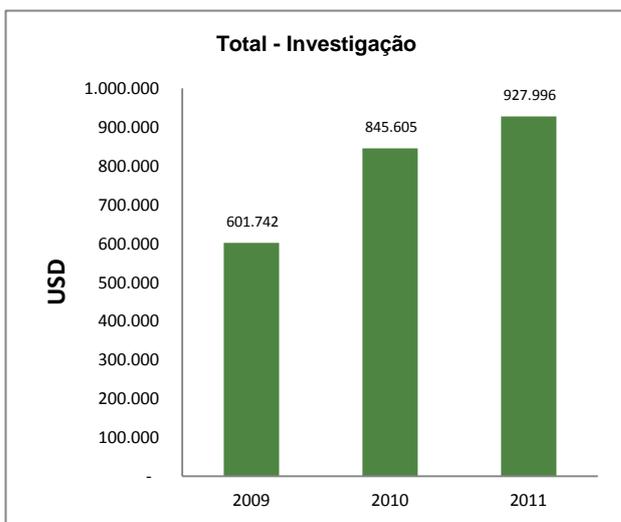
Ao que diz respeito a categoria de Investigação, verificou-se um crescimento notável em 2011 face a 2009 e 2010, onde se estima uma despesa nacional de **326 mil USD** no mesmo ano.

O apoio dos parceiros externos apresentou um crescimento em 2010 face a 2009 de 51,7%, mas em 2011 este voltou a decrescer ao nível idêntico de 2009.

Em  
de



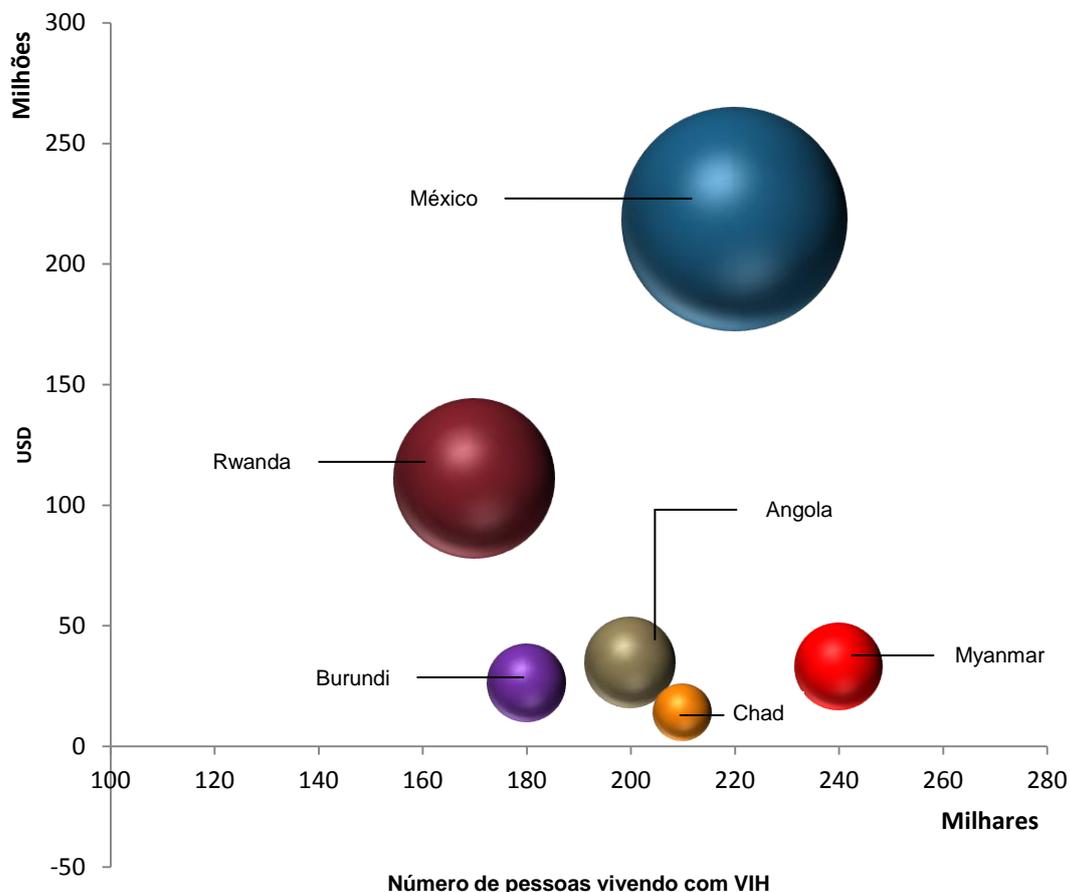
geral, estima-se que houve o crescimento até 54,2% na área de investigação entre 2009 e 2011, contudo, grande parte das despesas foram provenientes de parceiros externos.



### Comparação da despesa anual em Angola com outros países

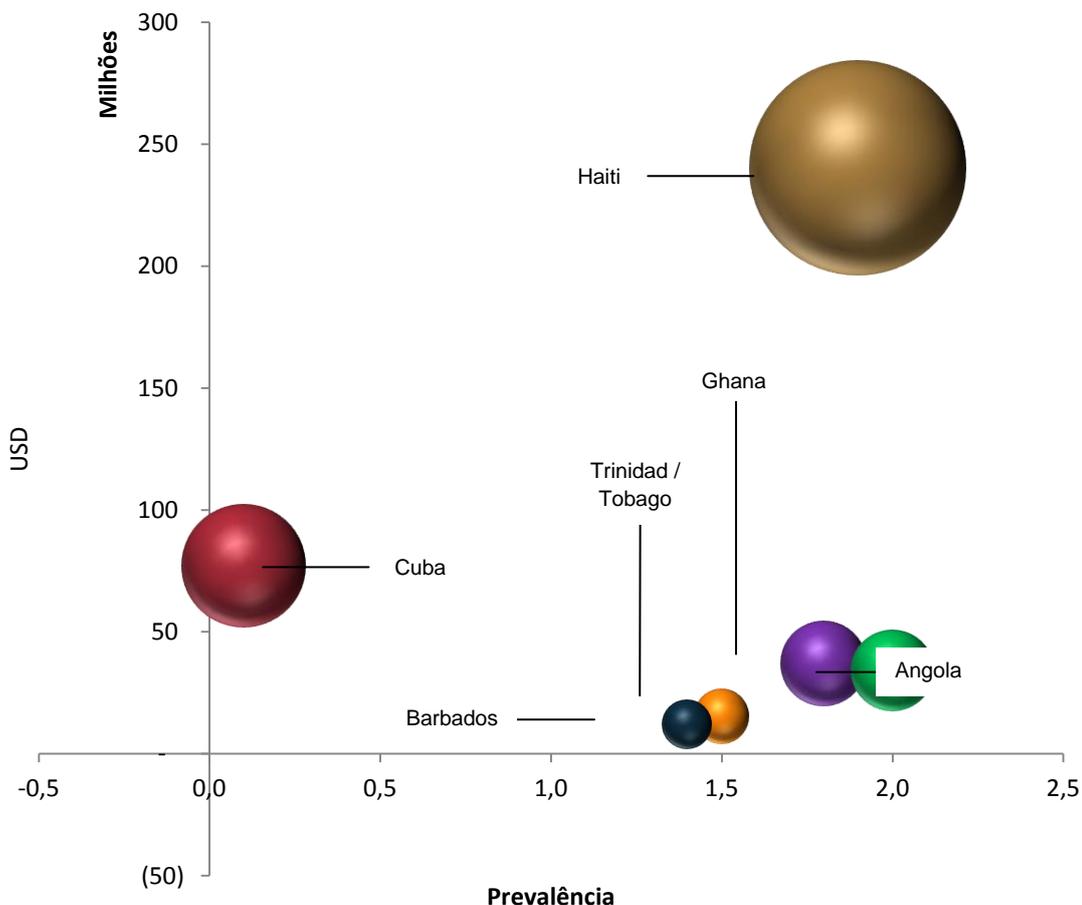
Uma ilustração da despesa Angolana em 2009 com a despesa executada em países que apresentam um perfil epidémico semelhante encontra-se nas Figuras 13 e 14. Tendo em conta o número de pessoas vivendo com o VIH (variação: 170 a 240 mil pessoas), em 2009 Angola apresentou um apoio consideravelmente inferior ao México e Rwanda mas exibiu um financiamento semelhante ao de Myanmar, Chad, e Burundi (gráfico 41).

**Gráfico 38 Despesa com o VIH / SIDA em cinco países com o número de pessoas vivendo com VIH similar a Angola, 2009 ou último ano com dados disponíveis**



Contudo, é de sublinhar que países que exibem uma prevalência consideravelmente inferior a registada em Angola, como são o caso de Cuba, (prevalência 0.1) (Figura 38), apresenta uma despesa superior na luta contra o VIH e SIDA (77 milhões USD), que se traduz em 6 USD per capita. Com este forte apoio, Cuba consegue manter uma prevalência baixa. Outro exemplo radical é o apoio de Haiti na resposta ao VIH. Como demonstra a Figura 16, Haiti apresenta uma prevalência similar a de Angola (prevalência 1.9) mas note que o financiamento de Haiti é sete vezes superior ao financiamento Angolano (240 milhões USD), representando 24 USD per capita. Trinidad & Tobago apresenta uma despesa na ordem dos 12 USD per capita, Ghana apresenta 1.5 USD per capita e Barbados atinge os 40 USD per capita. **É portanto de realçar que a despesa Angolana traduz-se em apenas 1.7 USD per capita.**

Gráfico 39 Despesa com o VIH / SIDA em cinco países com prevalência similar a Angola, 2009 ou último ano com dados disponíveis



## V. SINERGIAS NA RESPOSTA NACIONAL DE COMBATE AO VIH/SIDA

### INDICADORES RELACIONADOS COM A SINERGIA MULTISSECTORIAL

#### INDICADORES 7.1

#### INDICE COMPOSTO DA POLÍTICA NACIONAL DE VIH/SIDA (ICPN) E COMPROMISSOS

O indicador 7.1 se constrói a partir do ICPN (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. A metodologia compreendeu (i) revisões da bibliográfica, (ii) recolha e análise da informação, (iii) Workshop de consenso.

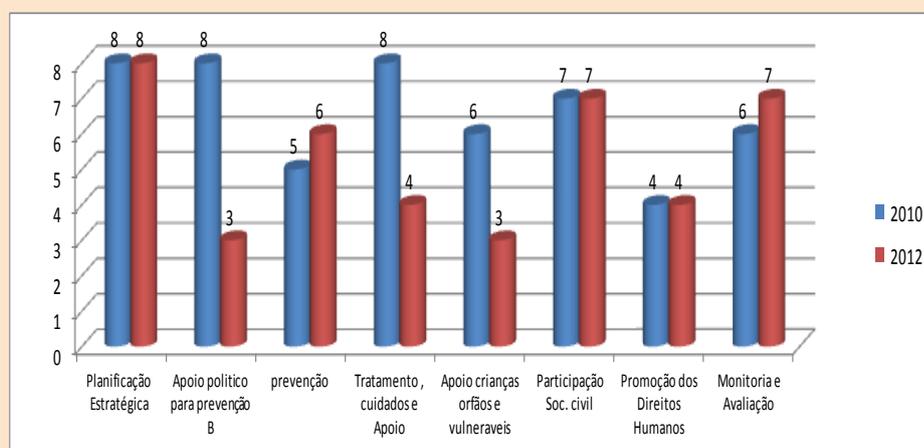
Cobriu cinco áreas, nomeadamente: (i) Plano Estratégico Nacional: Prevenção, Tratamento, Cuidados e Apoio; (ii) Prioridade Política; (iii) Envolvimento da Sociedade Civil, (iv) Direitos Humanos; (v) Monitoria e avaliação.

Nas entrevistas e workshop de consenso, foram envolvidos os seguintes parceiros: Forças Armadas Angolanas, cinco Ministérios, 9 ONGs, 18 programas provinciais, organismos bilaterais, Grupo Técnico das Nações Unidas, representantes de Igrejas e das organizações nacionais de PVSS. Os resultados alcançados podem ser observados na tabela a seguir:

**Tabela Nº 34 Resumo do ICPN, principais resultados  
Angola, 2010 – 201**

Área de Intervenção	2006	2008	2010		2012	
	A/B	A/B	A	B	A	B
Esforços de planificação estratégica do país em VIH e SIDA	5	7	8	8	8	8
Esforços políticos no suporte a programas de prevenção em VIH e SIDA	5	7	8	8	7	3
Esforços para a implementação de programas de prevenção em VIH e SIDA	6	8	8	5	6	6
Esforços dedicados a execução de programas de Tratamento, cuidados e apoio	4	7	8	7	4	4
Esforços para satisfazer as necessidades das crianças órfãs e outras vulneráveis	3	4	6	6	3	3
Esforços para aumentar a participação da sociedade civil	4	8	8	7	7	7
Política, leis e regulamentos em vigor que visam promover e proteger os direitos humanos no contexto do VIH e do SIDA	3	5	4	4	4	4
Esforço de implementação de políticas, leis e regulamentos que visam promover e proteger os direitos humanos no contexto do VIH e do SIDA	3	5	5	5	5	5
Esforços em Monitoria e Avaliação do Programa do VIH e SIDA	3	5	6	6	7	7

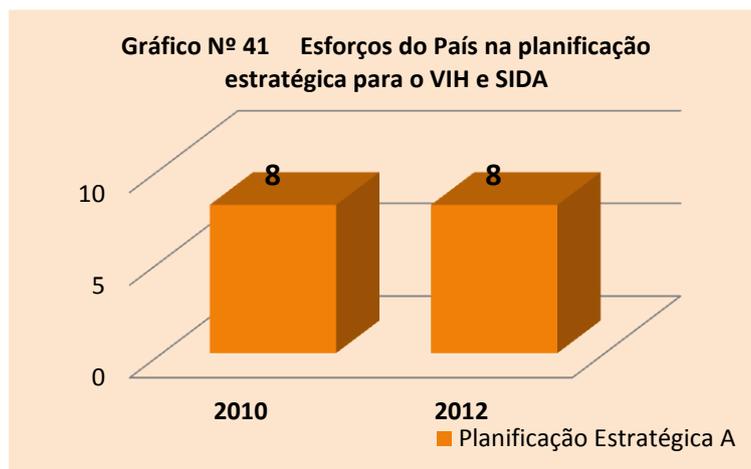
**Gráfico Nº 40 Valores obtidos no ICPN – Angola 2010 - 2011**



O gráfico Nº 40 nos mostra que em 2012, foram obtidos os valores máximo no referente a (i) planificação estratégica; (ii) apoio político, (iii) tratamento, cuidados e apoio; seguido por (iv) participação social; (v) apoio a crianças órfãs, (vi) M&A; (vii) prevenção.

## A) PLANO ESTRATÉGICO: Resultados alcançados no ICPN desde 2009

No gráfico N° 41, é consenso, que o Governo continua a dispendir um esforço considerável no processo de planificação estratégica, com vista a expansão das intervenções e a melhoria da qualidade destas a todos os níveis. O País conta com Plano Estratégico (PEN) que coordena a resposta nacional do VIH/SIDA, integra e se harmoniza com os planos sectoriais que abordam os temas de Saúde Sexual, Reprodutiva e Género, é elaborado sob coordenação do INLS e conta com uma ampla participação multisectorial.



Foi melhorada a coordenação e sinergia com os diferentes sectores público, privado, sociedade civil e doadores para a implementação de subprojectos, com base nas orientações estratégicas do PEN.

O diálogo entre Governo e parcerias foi reforçada, o INLS coordena acções com a CNLCSGE; o CEC, o Grupo Temático das Nações Unidas, o Fundo Global, CDC, Cooperação Brasileira e cooperação Cubana. Igualmente o INLS realiza coordenação intrasectorial com os programas nacionais de SSR, TB, Centro nacional de Sangue, INSP e Programas provinciais de LCS.

Oito Ministérios, 18 empresas públicas e privadas e as FAA têm planos orçamentado para actividades dentro do local de trabalho, junto dos seus trabalhadores e famílias, contribuindo na expansão das acções previstas no PEN

A melhoria da vigilância epidemiologica, permitiu reforçar a planificacao a nivel provincial, bem como assegurar a insercao da expansao das actividades no plano de desenvolvimento do Ministerio da Saúde, que inclui fortalecimento do sistema de saúde, recursos humanos, infra-estruturas e sistema logístico.

No gráfico N° 42, nota-se discrepância na percepção do envolvimento político entre o Governo (A) e os parceiros que incluem a sociedade civil (B) principalmente no ano 2012.

É consenso que durante o período em análise, houve um maior envolvimento e comprometimento político aos vários níveis de parceria (sociedade civil, 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 publico e privado.



A Municipalização que inclui a descentralização do orçamento com a expansão dos serviços relacionados com o VIH na rede sanitária dos municípios também é apontada como um resultado

importante, que espera-se, contribua para agilizar a expansão e manter em funcionamento os serviços de VIH com qualidade e equidade a nível dos municípios.

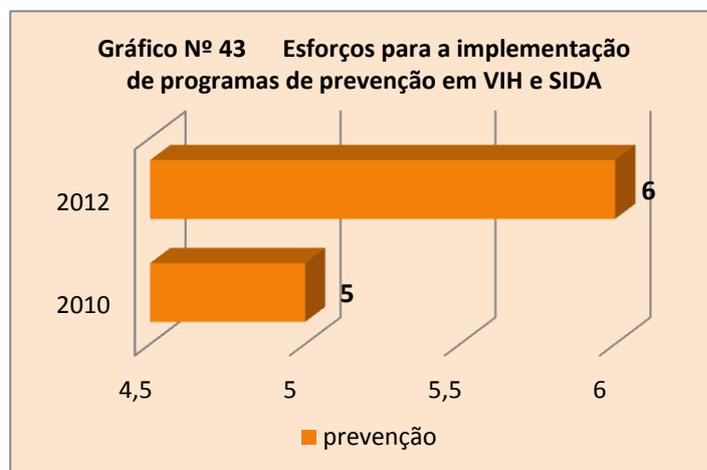
## B) Prevenção; Resultados alcançados no ICPN desde 2009

Aumentou significativamente no país o número de ONGs que participam na LCS e da qualidade das suas intervenções na comunidade e no local de trabalho em empresas públicas e privadas (número de ONGs com projectos elaborados e implementados) (gráfico Nº 43). De realçar o maior envolvimento de Pessoas vivendo com VIH nos programas de prevenção.

Houve intensificação das medidas para garantir o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio no país. Foi aprovada e em curso a implementação da estratégia de comunicação. Os serviços de AT foram expandidos para além das capitais provinciais de 154 em 2007, para 233 em 2009 em unidades fixas e móveis e para 2011 em 811 serviços AT.

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 174 em 2009 e para 304 em 2011, permitindo aumentar o número de gestantes testadas. Todos esses serviços encontram-se actualmente disponíveis nas 18 províncias do país.

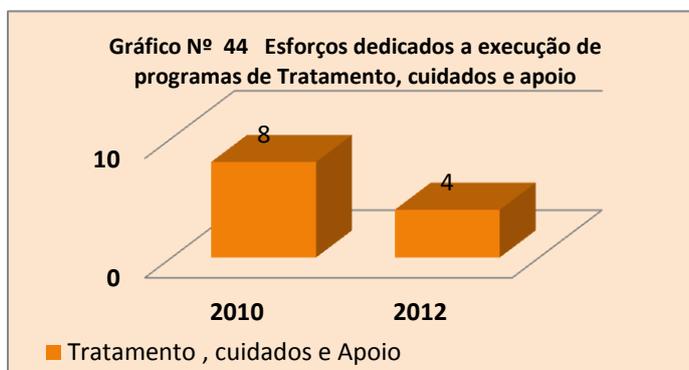
Mobilização das forças armadas angolanas na prevenção ao VIH, que envolve um conjunto de medidas que tornaram as FAA uma das únicas no mundo com um programa completo de prevenção estabelecido em todo o país.



## C) Tratamento, cuidados e Apoio, Resultados alcançados no ICPN desde 2009

No gráfico Nº 44, observa-se os esforços na execução dos programas, o número de 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. No biénio 2010-2011 foram criadas 45 serviços de acompanhamento TARV (23 para crianças e 22 de adulto) localizados em 39 unidades de saúde fixas e 5 móveis.

Actualmente o país conta com um total de 146 serviços TARV para adulto e 136 para acompanhamento e tratamento das crianças. A percentagem de adultos e crianças com



infecção do VIH avançada que recebem terapia anti-retrovirais é de 36 % em 2011 comparativamente a 24,5% em 2009.

A TARV na grávida passou de 6 % em 2007 para 12% em 2009 e para 54,7% em 2011, com sucesso na prevenção da transmissão vertical do VIH. Melhoria do apoio laboratorial : As provas de carga viral são feitas nas 18 províncias do País .

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

## D) Participação da sociedade civil: Resultados alcançados no ICPN desde 2009

Os intervenientes mantêm a pontuação de 7 nos dois anos (gráfico Nº 45). Aumentou significativamente o número de ONGs que participam sobretudo no envolvimento das PVVIH: na adesão nos serviços de AT/PTV/TARV e Vida Positiva , bem como no seguimento das Mulheres seropositivas e crianças expostas.

Houve uma maior descentralização da sociedade civil com a formação de várias organizações nas províncias e maior envolvimento de organizações baseadas na fé, permitindo maior participação das organizações da sociedade civil nos concursos para obtenção de fundos.

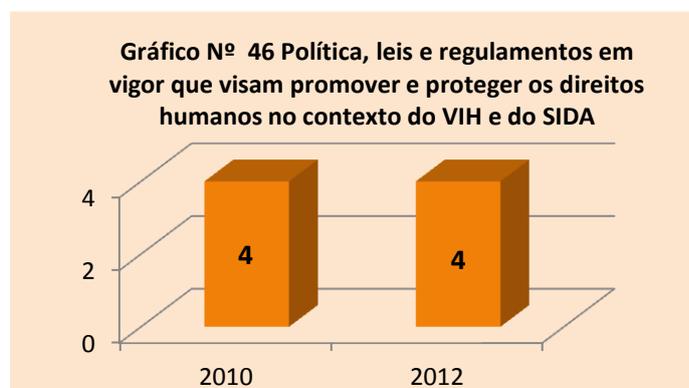
Foi realizado o mapeamento de 68 ONGs em 13 províncias pelo INLS e ANASO. A sociedade civil , incluindo PLWA tem um papel político bastante activo na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas, relacionadas com o VIH ( através do MCN do Fundo Global e grupos técnicos do INLS).



## E) Direitos humano: Resultados alcançados do ICPN desde 2009

A actuação do Governo melhorou principalmente com a expansão dos serviços de diagnóstico, tratamento cuidados e apoio com TARVs para as pessoas infectadas.

O aumento da participação da Sociedade Civil, incluindo PLWHA na elaboração de leis e regulamentos com uma maior divulgação da lei do VIH 8-04 , com vários esforços para a sua total regulamentação, disseminação e divulgação para posterior aplicação.



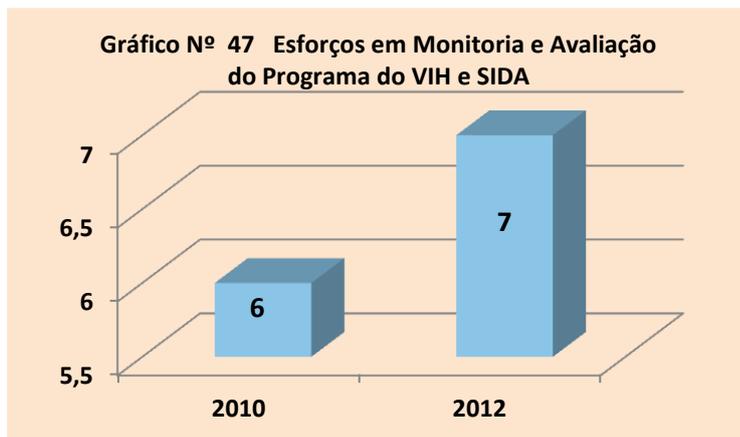
Os meios da comunicação social tem avançado na advocacia dos direitos e deveres do seropositivo; Registou-se a implementação crescente de programas de prevenção do VIH e

mitigação do estigma no local de trabalho nos Ministérios, Empresas públicas e privadas. Existem algumas instituições que funcionam para assegurar a implementação das leis, tais como a Rede Nacional de PVVIH, a MWENHO, AJPD, Associação Mãos Livres, ASPALSIDA na Huila, OTCHIMUNGA no Huambo e o próprio Ministério da Justiça, Porém, por desconhecimento e falta de divulgação que estes mecanismos existem, poucos os utilizam.

## F) Monitoria e Avaliação: Resultados alcançados no ICPN desde 2009

Desde 2009, a área de M&A apresenta melhorias consideráveis. Maior atenção para a componente, com vista a documentar os indicadores que permitem 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 5 indicadores de impacto, 14 de resultado e 20 de insumos cujo 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 e financeira é semestralmente publicada um boletim oficial ([www.sida.gov.go](http://www.sida.gov.go)) para divulgação dos dados junto dos parceiros.



Existência do Grupo técnico de M&A. Os membros do GTNM&A incluem representantes dos diferentes Ministérios, das Forças Armadas Angolanas, 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 Agostinho Neto e a representação das pessoas que vivem com VIH e SIDA.

Aumento dos recursos humanos na unidade de M&A com acções de capacitação, acompanhamento e supervisões integradas e formativa em serviço para garantir uma avaliação de resultados, permitindo a adopção de medidas correctivas apropriadas e oportunas.

Foram definidos os mecanismos de coordenação intersectorial dos actores para harmonizar os indicadores de processo das actividades como também os indicadores dentro dos estudos previstos nos outros sectores, partilhando informação programática e financeira da resposta nacional.

### 5.1 GÉNERO, CRIANÇAS ÓRFÃS E FAMILIAS POBRES

Apesar do esforço do Governo e a existência de políticas e programas que promovem a igualdade de género, o contexto social continua adverso à mulher, sobretudo pela dependência económica, subordinação cultural e social frente ao homem que se reflecte na impossibilidade de decidir sobre a sua saúde sexual e reprodutiva.

As actividades com mulheres adultas são maioritariamente desenvolvidas por organizações da sociedade civil e principalmente aquelas que trabalham em MINFAMU, OMA e outras organizações de mulheres. Estes grupos conseguem possuir uma expansão mais abrangente ao nível do país,

chegando a atingir um número elevado de mulheres, principalmente nas zonas rurais, mais ainda a sua capacidade de negociação no uso de preservativo com o parceiro sexual fixo é baixa.

### INDICADOR 7.2

#### PROPORÇÃO DE MULHERES CASADAS OU COM PARCEIROS COM IDADE ENTRE 15 A 49 ANOS, QUE FORAM VITIMAS DE VIOLÊNCIA FÍSICA OU SEXUAL DUM PARCEIRO ÍNTIMO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

O indicador 7.2 (tabela N° 34) mede a proporção das mulheres compreendidas entre 15 a 49 anos que estiveram casadas ou tiveram parceiros, e sofriram violência física ou sexual nos últimos meses. O objectivo do indicador 7.2 é conhecer o progresso na redução da violência contra a mulher por parte do parceiro íntimo.

A fonte dados utilizada foi inquérito<sup>51</sup>. O numerador, com o número de mulheres de 15 a 49 anos com parceiro íntimo e que declaram haver tido violência sexual nos últimos 12 meses. O denominador é o número total de mulheres de 15 a 49 anos inquiridas e que referem que tiveram parceiro íntimo.

TABELA N°34 INDICADOR 7.2

Método de Medição: INDICADOR 7.2	Grupos de idade			Total mulheres
	15-19 anos	20-24 anos	25 a 49	
<b>Numerador:</b> Número de mulheres de 15 a 49 anos que tem parceiro íntimo e declaram ter tido violência sexual por parte deles nos últimos 12 meses	219	326	1020	1565
<b>Denominador:</b> Total de mulheres de 15 a 49 anos inquiridas no estudo INCAPSIDA que relatam ter tido um parceiro íntimo	1119	1071	3206	5396
<b>Valor do Indicador (%)</b>	<b>19,5%</b>	<b>30,4%</b>	<b>31,8%</b>	<b>29,0%</b>

Fonte: Estudo CAP e comportamental INCAPSIDA/INLS 2010

### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 7.2

O resultado do indicador mostra que em 2010, 29,0% das mulheres de 15 a 49 anos sofreram violência sexual por parte do seu parceiro íntimo nos últimos 12 meses. A distribuição por idades mostra que as mulheres de 20 a 24 anos e as de 25 a 49 anos sofrem mais de violência em comparação às de 15 a 19 anos de idade.

Dados complementares do mesmo estudo, mostram as causas das agressões: 16% das mulheres entrevistadas foram agredidas por não “retribuição” esperada pelos parceiros pelo pagamento realizado ou por descobrirem outros pagamentos de outros parceiros sexuais. 32% das jovens relatam ter sido forçadas a ter sexo contra a sua vontade em algum momento de suas vidas e 35% foram forçadas a ter sexo pelo parceiro íntimo.

<sup>51</sup> Inquérito INCAPSIDA já referido

**INDICADORES RELACIONADOS A EDUCAÇÃO DOS ÓRFÃOS, CRIANÇAS VULNERÁVEIS E FAMILIAS POBRES**

No inquérito de família realizado pelo INE em 2009, mostrou que no meio rural o acesso a educação nas crianças órfãs é de 25.1%, enquanto no meio urbano é de 40%. A taxa neta de matrículas na escola primária<sup>52</sup> é de somente 58% em homens e 59% em mulheres. Para o nível secundário a taxa de matrículas é muito menor, 19% em homens e apenas 16% em mulheres. A taxa de reprovação escolar nos três primeiros níveis de ensino é de 30-35%, e a taxa de abandono escolar em média é acima de 30%<sup>53</sup>. Dados do recente inquérito nacional de famílias (2009) mostra que o nível de analfabetismo<sup>54</sup> estima-se em 16% nos homens e 37% nas mulheres de 15-24 anos de idade.

As acções destinadas das crianças vulneráveis devido ao VIH e SIDA, foi atribuído ao MINARS com objectivo de (i) *implementar políticas e acção destinadas a redução do impacto do VIH e SIDA nas famílias e crianças, através de respostas sócias básicas urgentes destinadas as famílias e nas crianças, (ii) acelerar a implementação do Plano Nacional de Acção e sua componente de monitoria e avaliada para Prevenção e Redução do Impacto de VIH e SIDA nas Famílias e nas Crianças.*

O MINARS, incluiu e no seu plano de acção o sub programa de apoio social as famílias com crianças afectadas e infectadas pelo VIH e SIDA . Cerca de 4,500 familias da Província do Cunene , correspondentes a 22.500 pessoas beneficiaram do apoio com cestas básicas . No sub programa de apoio social as famílias com crianças Vulneráveis foi realizado o mapeamento das famílias em 12 Provincias do País : Bengo , Benguela, Bié, Cuando Cubango , Cunene , Huambo, Huila, Luanda , Lunda Sul , Malange, Moxico e Uige. Foram também realizados três seminários de capacitação para os chefes de Infancia do nível provincial em monitoria e avaliação em 9 provincias do País.

**INDICADOR 7.3****TAXA DE FREQUÊNCIA ESCOLAR ACTUAL ENTRE CRIANÇAS ÓRFÃS E NÃO ÓRFÃS DE 10 A 14 ANOS DE IDADE**

O indicador 7.3 (tabela 35), mede a assistência escolar actual entre órfãos e não órfãos de 10 a 14 anos. O objectivo do indicador é conhecer as coberturas das crianças órfãs e não órfãs sobre a assistência escolar primária e secundária.

A fonte dos dados foi o inquérito INCAPSIDA realizado em tudo o país em 240 conglomerados seleccionados (80 das áreas urbanas e 160 nas rurais) com um total de 9.435 agregados familiares entrevistados.

O indicador está dividido em duas partes: uma referida aos órfãos e outra aos não órfãos. O numerador representa o número de crianças de 10 a 14 anos em idade escolar primária e secundaria que perderam os seus pais e que assistem a escola (coluna A). Na coluna B estão as crianças não órfãs que frequentam a escola e com ambos pais vivos.

O denominador, foi criada uma coluna "A" com o número total de crianças que perderam ambos pais, e a outra coluna "B" com as crianças que tem vivos ambos pais.

<sup>52</sup> Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional as famílias 2008-2009

<sup>53</sup> Ministério do Planeamento: Estratégia de Combate à Pobreza, Luanda 2003

<sup>54</sup> Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional as famílias 2008-2009

TABELA Nº 35 INDICADOR 7.3

Método de Medição: INDICADOR 7.3	A) Crianças órfãs de 10-14 anos	B) Crianças não órfãs De 10-14 anos
<b>Numerador:</b> A) Número de crianças órfãs de 10 a 14 de idade que perderam ambos pais e frequentam a escola. B) Número de crianças não órfãs de 10 a 14 anos que tem ambos pais vivos e frequentam a escola	1.327	2.729
<b>Denominador:</b> A) Total de crianças que perderam ambos pais e B) Total de crianças que têm os pais vivos	1.879	3.042
<b>Valor do Indicador (%)</b>	70,6%	89,7%

Fonte: INCAPSIDA 2010

#### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 7.3

O indicador mostra que 70,6% dos órfãos de ambos pais, têm acesso as escolas, comparativamente ao 89,7% das crianças que tem ambos pais vivos. Ou seja, que as crianças que tem pais têm maior acesso a educação (20% a mais) que as crianças que não tem pais vivos.

#### INDICADOR 7.4

#### TAXA DE FAMILIAS POBRES QUE RECEBERAM CUIDADOS E APOIO EXTERNO BÁSICO PARA CUIDÁ-LAS NOS ÚLTIMOS 3 MESES

O indicador 7.4 (tabela Nº 36), mede o progresso do país no apoio externo aos lares pobres e famílias afectadas pelo VIH/SIDA. O objectivo do indicador é seguir as coberturas dos lares pobres afectados pela SIDA e a situação dos órfãos pelo SIDA, realizando reflexão sobre o compromisso e resposta do país com a protecção integral e a prestação de serviços que reduzam o impacto da SIDA na comunidade.

A fonte foi o inquérito INCAPSIDA realizado no país. O numerador foi o número de lares pobres que receberam qualquer apoio económico nos últimos 3 meses. O denominador foi o número total de lares pobres que foram inquiridos no estudo INCAPSIDA.

TABELA Nº 36 INDICADOR 7.4

Método de Medição: INDICADOR 7.4	Ano 2010
<b>Numerador:</b> Número de lares mas pobres que tiveram qualquer tipo de apoio económico nos últimos 3 meses	900
<b>Denominador:</b> Total de lares mas pobres do estudo INCAPSIDA	6.432
<b>Valor do Indicador (%)</b>	14,0%

Fonte: Estudo CAP sobre seroprevalência do VIH em Angola-INCAPSIDA 2010

#### INTERPRETAÇÃO: INDICADOR 7.4

O indicador permitiu identificar que apenas 14% de todos os agregados familiares pobres inquiridos, tivera, apoio económico nos últimos 3 meses

Outro dado complementar sobre a condição de orfandade nas crianças menores de 18 anos. No inquérito INCAPSIDA identificou-se que 13% dos menores de 18 anos são órfãos de mãe, pai ou

ambos progenitores e a proporção de crianças órfãs com menos de 15 anos é 12%. Foi observado que existe maior frequência de orfanidade nas áreas rurais com 13% em comparação com 12% nas áreas urbanas.

## CAPÍTULO VI CONSTRANGIMENTOS, LIÇÕES APRENDIDAS E DESAFIOS

### 6.1 CONSTRANGIMENTOS

- Recursos humanos mal distribuídos com excessiva concentração nas áreas urbanas.
- Não atendimento oportuno das PVVS por alguns profissionais formados, devido a sobreposição de tarefas ou número insuficiente de profissionais nas U.S;
- A nível provincial, deficiente articulação dos diferentes níveis do sistema de saúde e de todos os actores locais no combate ao SIDA,
- Infra-estruturas inadequadas, sem água e energia eléctrica para o pleno funcionamento dos equipamentos de laboratório;
- Dificuldade na obtenção de dados dos programas de ATV/PTV/TARV e de PVVIH e SIDA em acompanhamento e tratamento nas clínicas privadas e parceiros o que dificulta a obtenção atempada da informação por parte das Unidades Notificadoras.
- Recursos financeiros insuficientes no INLS para dar resposta a epidemia a nível nacional: Redução do OGE e ausência de fundos externos e Fundo Global;
- Recursos financeiros insuficiente para apoiar as ONGs e sociedade civil.

### 6.2 LIÇÕES APREENDIDAS

- Liderança política no combate ao VIH ao mais alto nível, demonstrando claro engajamento do Governo nas políticas e estratégias do país que promovem o consenso e harmonia para o combate da SIDA através da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLSGE).
- Envolvimento activo do Chefe de Governo, Vice-presidente e Membros do Executivo que facilitam a integração das estratégias de combate a SIDA nos diferentes Planos Estratégicos, visando na melhoria de qualidade de vida das PVVS e a suas famílias.
- O INLS, órgão normativo e técnico demonstra ampla liderança, consenso nacional, harmonia e sinergia de trabalho nos diferentes níveis e sectores públicos, privados e da sociedade civil.
- Existência de um grupo técnico nacional para monitorizar e avaliar a co-infecção SIDA/TB, que envolve autoridades, técnicos do INLS, o Programa Nacional do Controlo da TB, FG, UNICEF, OMS e ONUSIDA,
- Existência da rede de ONGs, que trabalham estreitamente sob linhas estratégicas nacionais.
- Existência de um Comité empresarial que envolve empresas nacionais e internacionais, promovendo programas de SIDA dentro do local de trabalho com ênfase nas áreas de prevenção, tratamento, cuidados e apoio as PVVS.
- Envolvimento de MAPESS que aborda questões relacionadas com VIH/SIDA, protege o trabalhador e proíbe expressamente a despistagem do VIH no quadro geral do emprego (regulamento 43/03).
- Existência de pontos focais no Ministério da Saúde, MAPESS, Educação, MINARS, Interior, FF.AA, MINJUVE, MINFAMU, contam com programas de SIDA no local de trabalho.

- As Nações Unidas conta com um grupo temático de VIH, para coordenar a sinergias, harmonização das actividades e apoiar na implementação de políticas sobre VIH/SIDA e mobilização de recursos.
- Existência de mecanismo de Coordenação Nacional (MCN) no âmbito do FG que integra membros do governo, ONG's nacionais e internacionais, representantes de pessoas vivendo com VIH, sector empresarial publico e privado e das Nações Unidas, para monitorizar acções de combate a SIDA/Malária e TB.
- Existência de instrumento padronizados para a recolha de dados da M&A.

### 6.3 DESAFIOS FUTUROS

ÁREAS	DESAFIOS
<b>PLANO ESTRATÉGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade financeira e tecnica dos Governos Provinciais para operacionalização do PEN IV a nível das 18 províncias bem como a expansão dos serviços a todos os 164 municípios do País, incluindo a formação de recursos humanos e a monitoria e avaliação;</li> <li>• Melhoria do sistema de informação para a tomada de decisões oportunas e de qualidade em cada um dos níveis, principalmente no sector público, privado e sociedade civil.</li> </ul>
<b>CORDENAÇÃO INTERSECTORIAL MULTISSECTORIAL</b>	<p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a parceria multisectorial e da sociedade civil com ênfase no componente preventivo e nos cuidados domiciliar das PVVS;</li> <li>• Assegurar maior envolvimento e participação da sociedade civil incluindo PVIHSIDA e sector privado na CNLSGE.</li> <li>• Advocacia junto dos organismos internacionais para aumentar o apoio com recursos técnicos e financeiros no combate ao SIDA</li> <li>• Integrar os serviços de prevenção da transmissão vertical (PTV) em 80% dos serviços pré-natal;</li> <li>• Reforçar a coordenação com o PNCTB para expandir o programa de co-infecção SIDA/TB a nível municipal e local</li> </ul>
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a capacidade institucional e dos recursos humanos das parcerias através de encontros de formação e partilha de experiencias e lições aprendidas</li> <li>• Advocacia nas províncias para promover o reforço de técnicos e profissionais nos diferentes sectores</li> <li>• Formação integrada e em serviço com ênfase no pessoal da área de VE e estatísticos para melhorar a recolha, processamento e análise dos dados</li> <li>• Formação dos técnicos nacionais da área de VE para manuseamento da base de dados</li> </ul>
<b>RECURSOS FINANCEIROS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advocacia a nível provincial para a provisão de recursos próprios</li> <li>• Apoiar o reforço da descentralização municipal para os níveis municipais e locais para assegurar a sustentabilidade das actividades</li> </ul>
<b>PREVENÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a expansão dos programas de prevenção no local de trabalho, bem como a partilha de informação entre instituições públicas, e empresas privadas nacionais e internacionais.</li> <li>• Advocacia com MED para reforçar os programas de educação sobre VIH, SIDA e SSR em as escolas do País.</li> </ul>
<b>TRATAMENTO, CUIDADOS E APOIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar a expansão dos serviços de AT/PTV/TARV no âmbito da municipalização dos serviços de saúde;</li> <li>• Promover o aumento da adesão ao tratamento, sobretudo com maior envolvimento da família, sociedade civil, PVVIH, líderes tradicionais, religiosos e grupos de ajuda mútua,</li> <li>• Reforçar as ligações entre os diversos serviços do sistema nacional de saúde, tais como a melhoria dos protocolos de diagnóstico e sistemas de referência das co-infecção SIDA/TB e manuseamento das IO;</li> <li>• Aumentar o número de técnicos e profissionais formados em manuseamento clínico de PVVIH e SIDA, no âmbito do processo de descentralização e municipalização da saúde.</li> <li>• Formar técnicos na área de diagnóstico, análises clínico,</li> </ul>

	<p>electromedicina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Expandir o diagnóstico precoce infantil para 4 províncias</li> </ul>
<b>VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar o sistema de registo e melhorar a notificação em todas as unidades de saúde com serviços de VIH.</li> <li>Realizar Estudo BSS (Comportamento e Serológico) em Camionista, População Carcerária e população com TB;</li> <li>Criar um Banco de dados das investigações e estudos comportamentais ou sociais realizados no país;</li> <li>Realizar o sexto estudo de seroprevalência em grávidas de CPN.</li> </ul>
<b>PARCERIAS E REDES COMUNITÁRIAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advocacia com rede ANASO para o reforço das capacidades das ONGs e sociedade civil,</li> <li>Interligação dos serviços de ATV/PTV/TARV com as Redes de ONGs e de PVVS para melhorar os cuidados domiciliários das PVVVIH/SIDA;</li> <li>Reforçar a coordenação com a sociedade civil para garantir o cumprimento dos princípios de There one</li> </ul>
<b>DIREITOS HUMANOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reforçar a coordenação com instituições jurídicas na temática do VIH e género de modo a aumentar o número de instituições nacionais independentes, que promovam e protejam os direitos das PVVVIH/SIDA</li> </ul>
<b>MONITORIA E AVALIAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Harmonizar a padronização dos indicadores nacionais principalmente com a sociedade civil, sector privado, nações unidas e doadores.</li> <li>Reabilitar o grupo técnico nacional de M&amp;A</li> <li>Reforçar a interligação do sistema de Vigilância epidemiológica à rede de serviços e programas de VIH;</li> <li>Ter uma base de dados actualizada dos sítios sentinelas e programas que contenha dados requeridos para dar resposta a indicadores de país no combate ao VIH/SIDA/ITS</li> <li>Promover a criação de grupos provinciais de M&amp;A, enfatizando a necessidade de encontros integrados para a partilha da informação e tomada de decisões.</li> </ul>

## ANEXOS

### ANEXO Nº 1

Distribuição por sexo e província dos Testes realizados e positivos em adulto. Angola 2010 - 2011

Província	2010				2011				Total		
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Test	Posit	%
	Test	Posit	Test	Posit	Test	Posit	Test	Posit			
Bengo	2656	184	2295	129	4463	335	4039	219	13453	867	6,4
Benguela	4330	440	3581	205	12292	1072	15613	627	35816	2344	6,5
Bié	1609	68	1369	46	3622	114	4124	78	10724	306	2,9
Cabinda	10999	529	11636	384	16110	613	14639	595	53384	2121	4,0
Cunene	8527	811	4218	569	8389	915	4644	547	25778	2842	11,0
Huambo	7091	341	4605	251	12481	461	9277	319	33454	1372	4,1
Huíla	6753	601	6377	283	3585	391	4836	227	21551	1502	7,0
Kuando Kubango	1008	141	754	77	1205	189	943	72	3910	479	12,3
Kuanza Norte	2851	193	2888	107	3303	133	2865	71	11907	504	4,2
Kwanza Sul	3249	221	5342	106	3730	222	5192	105	17513	654	3,7
Luanda	23359	5324	14899	2602	20522	4390	16183	2520	74963	14836	19,8
Lunda Norte	4018	401	3438	172	2353	289	1823	172	11632	1034	8,9
Lunda Sul	1088	175	762	105	1329	223	1156	132	4335	635	14,6
Malanje	2601	224	4918	156	3187	222	5602	175	16308	777	4,8
Moxico	3333	233	2519	116	3699	424	3146	330	12697	1103	8,7
Namibe	2447	130	1714	83	3784	256	3006	151	10951	620	5,7
Uíge	15349	294	4902	259	4486	193	6065	147	30802	893	2,9
Zaire	3392	170	4340	98	5271	243	6441	189	19444	700	3,6
<b>Total</b>	<b>104660</b>	<b>10480</b>	<b>80557</b>	<b>5748</b>	<b>113811</b>	<b>10685</b>	<b>109594</b>	<b>6676</b>	<b>408622</b>	<b>33589</b>	<b>8,2</b>

### ANEXO Nº 2

Proporção de Testes realizados e positivos nos adultos, crianças por províncias. Angola 2010 - 2011

Província	2010			2011			Total		
	Test	Posit	%	Test	Posit	%	Test	Posit	%
Bengo	9724	419	4,3	12050	626	5,2	21774	1045	4,8
Benguela	24836	1017	4,1	63258	2309	3,7	88094	3326	3,8
Bié	10060	204	2,0	18689	360	1,9	28749	564	2,0
Cabinda	37262	1248	3,3	50792	1562	3,1	88054	2810	3,2
Cunene	24672	1995	8,1	24394	2051	8,4	49066	4046	8,2
Huambo	33917	984	2,9	51424	1093	2,1	85341	2077	2,4
Huíla	36007	1368	3,8	21102	854	4,0	57109	2222	3,9
Kuando Kubango	4258	309	7,3	5919	402	6,8	10177	711	7,0
Kuanza Norte	17322	518	3,0	13860	310	2,2	31182	828	2,7
Kwanza Sul	31080	584	1,9	31961	584	1,8	63041	1168	1,9
Luanda	98849	11652	11,8	81568	9645	11,8	180417	21297	11,8

Lunda Norte	18559	982	5,3	8569	685	8,0	27128	1667	6,1
Lunda Sul	3476	361	10,4	6009	473	7,9	9485	834	8,8
Malanje	21994	560	2,5	23227	563	2,4	45221	1123	2,5
Moxico	12718	451	3,5	14922	892	6,0	27640	1343	4,9
Namibe	9131	280	3,1	14131	568	4,0	23262	848	3,6
Uíge	48333	837	1,7	30978	533	1,7	79311	1370	1,7
Zaire	20482	441	2,2	32665	729	2,2	53147	1170	2,2
<b>Total</b>	<b>462680</b>	<b>24210</b>	<b>5,2</b>	<b>505518</b>	<b>24239</b>	<b>4,8</b>	<b>968198</b>	<b>48449</b>	<b>5,0</b>

### ANEXO Nº 3

Proporção de adultos seropositivos em acompanhamento e em Tratamento ARV por províncias.  
Angola 2010 - 2011

Província	2010			2011			Total		
	Acomp	TARV	%	Acomp	TARV	%	Acomp	TARV	%
Bengo	360	84	23,3	290	41	14,1	650	125	19,2
Benguela	839	658	78,4	1083	664	61,3	1922	1322	68,8
Bié	231	48	20,8	579	201	34,7	810	249	30,7
Cabinda	636	401	63,1	679	465	68,5	1315	866	65,9
Cunene	1346	768	57,1	1291	764	59,2	2637	1532	58,1
Huambo	408	236	57,8	665	437	65,7	1073	673	62,7
Huíla	748	637	85,2	748	291	38,9	1496	928	62,0
Kuando Kubango	268	93	34,7	394	87	22,1	662	180	27,2
Kuanza Norte	156	84	53,8	150	22	14,7	306	106	34,6
Kwanza Sul	369	160	43,4	324	142	43,8	693	302	43,6
Luanda	7292	4843	66,4	6274	2353	37,5	13566	7196	53,0
Lunda Norte	634	270	42,6	581	327	56,3	1215	597	49,1
Lunda Sul	186	139	74,7	169	83	49,1	355	222	62,5
Malanje	234	173	73,9	258	155	60,1	492	328	66,7
Moxico	424	239	56,4	789	404	51,2	1213	643	53,0
Namibe	220	113	51,4	346	230	66,5	566	343	60,6
Uíge	472	209	44,3	339	99	29,2	811	308	38,0
Zaire	189	76	40,2	302	149	49,3	491	225	45,8
<b>Total</b>	<b>15012</b>	<b>9231</b>	<b>61,5</b>	<b>15261</b>	<b>6914</b>	<b>45,3</b>	<b>30273</b>	<b>16145</b>	<b>53,3</b>

### ANEXO Nº 4

Proporção de crianças seropositivas em acompanhamento e Tratamento ARV por províncias.  
Angola 2010 - 2011

Província	2010			2011			Total		
	Acomp	TARV	%	Acomp	TARV	%	Acomp	TARV	%
Bengo	25	2	8,0	16	1	6,3	41	3	7,3
Benguela	56	22	39,3	113	44	38,9	169	66	39,1
Bié	125	15	12,0	105	93	88,6	230	108	47,0
Cabinda	34	22	64,7	12	8	66,7	46	30	65,2
Cunene	71	36	50,7	53	38	71,7	124	74	59,7

Huambo	137	22	16,1	66	8	12,1	203	30	14,8
Huíla	303	26	8,6	122	9	7,4	425	35	8,2
Kuando Kubango	6	1	16,7	18	9	50,0	24	10	41,7
Kuanza Norte	3	7	233,3	9	0	0,0	12	7	58,3
Kwanza Sul	26	16	61,5	26	6	23,1	52	22	42,3
Luanda	630	232	36,8	496	257	51,8	1126	489	43,4
Lunda Norte	60	37	61,7	30	16	53,3	90	53	58,9
Lunda Sul	11	7	63,6	14	9	64,3	25	16	64,0
Malanje	27	11	40,7	11	1	9,1	38	12	31,6
Moxico	14	10	71,4	32	7	21,9	46	17	37,0
Namibe	11	5	45,5	20	17	85,0	31	22	71,0
Uíge	53	9	17,0	29	3	10,3	82	12	14,6
Zaire	33	10	30,3	88	5	5,7	121	15	12,4
<b>Total</b>	<b>1625</b>	<b>490</b>	<b>30,2</b>	<b>1260</b>	<b>531</b>	<b>42,1</b>	<b>2885</b>	<b>1021</b>	<b>35,4</b>

#### ANEXO Nº 5

#### Proporção de Testes realizados e positivos nas grávidas por províncias. Angola 2010 - 2011

Província	2010			2011			Total		
	Test	Posit	%	Test	Posit	%	Test	Posit	%
<b>Bengo</b>	4551	79	1,7	3391	44	1,3	7942	123	1,5
<b>Benguela</b>	16047	263	1,6	33934	450	1,3	49981	713	1,4
<b>Bié</b>	7007	81	1,2	10788	156	1,4	17795	237	1,3
<b>Cabinda</b>	13789	296	2,1	18972	316	1,7	32761	612	1,9
<b>Cunene</b>	10735	488	4,5	10253	481	4,7	20988	969	4,6
<b>Huambo</b>	21659	344	1,6	28965	284	1,0	50624	628	1,2
<b>Huíla</b>	21126	432	2,0	12045	196	1,6	33171	628	1,9
<b>Kuando Kubango</b>	2461	83	3,4	3718	129	3,5	6179	212	3,4
<b>Kuanza Norte</b>	11331	204	1,8	7489	95	1,3	18820	299	1,6
<b>Kwanza Sul</b>	22260	220	1,0	22880	232	1,0	45140	452	1,0
<b>Luanda</b>	48596	1733	3,6	35597	1233	3,5	84193	2966	3,5
<b>Lunda Norte</b>	10731	381	3,6	4306	204	4,7	15037	585	3,9
<b>Lunda Sul</b>	1538	62	4,0	3322	97	2,9	4860	159	3,3
<b>Malanje</b>	14191	154	1,1	13994	142	1,0	28185	296	1,1
<b>Moxico</b>	6404	89	1,4	7773	105	1,4	14177	194	1,4
<b>Namibe</b>	4806	58	1,2	7098	136	1,9	11904	194	1,6
<b>Uíge</b>	27693	227	0,8	19911	171	0,9	47604	398	0,8
<b>Zaire</b>	12058	151	1,3	20005	254	1,3	32063	405	1,3
<b>Total</b>	<b>256983</b>	<b>5345</b>	<b>2,1</b>	<b>264441</b>	<b>4725</b>	<b>1,8</b>	<b>521424</b>	<b>10070</b>	<b>1,9</b>

**ANEXO Nº 6**  
**Proporção de grávidas positivas inseridas no PTV por províncias.**  
**Angola 2010 - 2011**

Província	2010			2011			Total		
	Posit	PTV	%	Posit	PTV	%	Posit	PTV	%
<b>Bengo</b>	79	46	58,2	44	9	20,5	<b>123</b>	<b>55</b>	<b>44,7</b>
<b>Benguela</b>	263	157	59,7	450	202	44,9	<b>713</b>	<b>359</b>	<b>50,4</b>
<b>Bié</b>	81	45	55,6	156	87	55,8	<b>237</b>	<b>132</b>	<b>55,7</b>
<b>Cabinda</b>	296	151	51,0	316	168	53,2	<b>612</b>	<b>319</b>	<b>52,1</b>
<b>Cunene</b>	488	286	58,6	481	315	65,5	<b>969</b>	<b>601</b>	<b>62,0</b>
<b>Huambo</b>	344	167	48,5	284	128	45,1	<b>628</b>	<b>295</b>	<b>47,0</b>
<b>Huíla</b>	432	141	32,6	196	58	29,6	<b>628</b>	<b>199</b>	<b>31,7</b>
<b>Kuando Kubango</b>	83	78	94,0	129	114	88,4	<b>212</b>	<b>192</b>	<b>90,6</b>
<b>Kuanza Norte</b>	204	100	49,0	95	66	69,5	<b>299</b>	<b>166</b>	<b>55,5</b>
<b>Kwanza Sul</b>	220	175	79,5	232	181	78,0	<b>452</b>	<b>356</b>	<b>78,8</b>
<b>Luanda</b>	1733	1395	80,5	1233	514	41,7	<b>2966</b>	<b>1909</b>	<b>64,4</b>
<b>Lunda Norte</b>	381	214	56,2	204	156	76,5	<b>585</b>	<b>370</b>	<b>63,2</b>
<b>Lunda Sul</b>	62	52	83,9	97	63	64,9	<b>159</b>	<b>115</b>	<b>72,3</b>
<b>Malanje</b>	154	93	60,4	142	89	62,7	<b>296</b>	<b>182</b>	<b>61,5</b>
<b>Moxico</b>	89	42	47,2	105	60	57,1	<b>194</b>	<b>102</b>	<b>52,6</b>
<b>Namibe</b>	58	45	77,6	136	134	98,5	<b>194</b>	<b>179</b>	<b>92,3</b>
<b>Uíge</b>	227	164	72,2	171	143	83,6	<b>398</b>	<b>307</b>	<b>77,1</b>
<b>Zaire</b>	151	43	28,5	254	97	38,2	<b>405</b>	<b>140</b>	<b>34,6</b>
<b>Total</b>	<b>5345</b>	<b>3394</b>	<b>63,5</b>	<b>4725</b>	<b>2584</b>	<b>54,7</b>	<b>10070</b>	<b>5978</b>	<b>59,4</b>

**ANEXO Nº 7**  
**ADULTOS VIH+ REAL E EM ACOMPANHAMENTO ACUMULADO**  
**E TARV POR PROVÍNCIAS, ANGOLA 2011**

Províncias	Adultos VIH+ real e estimados em acompanhamento 2007 - 2011			Adultos VIH + em TARV 2007 - 2011	Adultos VIH+ estimados e necessidades TARV até 2012 (50%)
	Em acompanhamento	% em acompanhamento	% estimados em acompanhamento		
<b>Bengo</b>	1115	85,2	19,7	279	986
<b>Benguela</b>	3255	103,4	7,0	2208	5806
<b>Bié</b>	1362	156,0	7,1	308	2267
<b>Cabinda</b>	2808	73,8	71,3	1610	1575
<b>Cunene</b>	6434	71,8	43,6	3734	3965
<b>Huambo</b>	1710	76,7	4,9	1073	4290
<b>Huíla</b>	3084	78,0	12,6	2078	3672
<b>Kuando Kubango</b>	899	125,9	10,6	349	1099
<b>Kuanza Norte</b>	469	64,1	24,3	204	401
<b>Kwanza Sul</b>	1178	101,0	17,2	467	1043
<b>Luanda</b>	29583	78,6	24,1	16487	23122

<b>Lunda Norte</b>	2368	101,3	14,1	1155	2419
<b>Lunda Sul</b>	706	73,5	14,2	406	787
<b>Malanje</b>	913	63,0	28,8	531	725
<b>Moxico</b>	1493	91,8	28,2	833	999
<b>Namibe</b>	1257	60,4	17,7	585	1311
<b>Uíge</b>	1466	98,5	24,8	593	1027
<b>Zaire</b>	754	50,9	31,0	264	654
<b>Total</b>	<b>60894</b>	<b>78,5</b>		<b>33164</b>	<b>51964</b>

ANEXO Nº 8

ADULTOS VIH+ REAL E ESTIMADO DE GRÁVIDAS VIH+ EM PTV  
POR PROVÍNCIAS, ANGOLA 2007 – 2011

Províncias	Grávidas em PTV 2011	%	Meta estimada de grávidas em PTV (80%)	Estimativa de crianças expostas ao VIH nascidas de mães em PTV (82,7% DNPS)	Estimativas de crianças VIH+ nascidas de mães em PTV (5%)	Estimativa de criança VIH+ nascidas de mães que não estão em PTV (35%)
<b>Bengo</b>	9	20,5	232	192	10	17
<b>Benguela</b>	202	44,9	3200	2646	132	232
<b>Bié</b>	87	55,8	1168	966	48	85
<b>Cabinda</b>	168	53,2	282	233	12	20
<b>Cunene</b>	315	65,5	1890	1563	78	137
<b>Huambo</b>	128	45,1	1089	901	45	79
<b>Huíla</b>	58	29,6	572	473	24	41
<b>Kuando Kubango</b>	114	88,4	597	494	25	43
<b>Kuanza Norte</b>	66	69,5	126	104	5	9
<b>Kwanza Sul</b>	181	78,0	465	384	19	34
<b>Luanda</b>	514	41,7	5433	4493	225	393
<b>Lunda Norte</b>	156	76,5	759	627	31	55
<b>Lunda Sul</b>	63	64,9	48	40	2	3
<b>Malanje</b>	89	62,7	121	100	5	9
<b>Moxico</b>	60	57,1	278	230	11	20
<b>Namibe</b>	134	98,5	230	190	10	17
<b>Uíge</b>	143	83,6	359	297	15	26
<b>Zaire</b>	97	38,2	93	77	4	7
<b>Total</b>	<b>2584</b>	<b>54,7</b>	<b>15445</b>	<b>12773</b>	<b>639</b>	<b>1118</b>

**ANEXO Nº 9**  
**NÚMERO ESTIMADO DE CRIANÇAS VIH+, EM ACOMPANHAMENTO E EM TARV**  
**POR PROVÍNCIAS, ANGOLA 2011**

Províncias	População menor de 15 anos	Estimativas de crianças VIH+	Meta estimada de crianças acompanhadas (40%)	Meta estimada de crianças que precisam de TARV (35%)
<b>Bengo</b>	115251	461	184	65
<b>Benguela</b>	1236126	4945	1978	692
<b>Bié</b>	597822	2391	957	335
<b>Cabinda</b>	243112	972	389	136
<b>Cunene</b>	736853	2947	1179	413
<b>Huambo</b>	810807	3243	1297	454
<b>Huíla</b>	222842	891	357	125
<b>Kuando Kubango</b>	222204	889	356	124
<b>Kuanza Norte</b>	206531	826	330	116
<b>Kwanza Sul</b>	761151	3045	1218	426
<b>Luanda</b>	2280885	9124	3649	1277
<b>Lunda Norte</b>	295767	1183	473	166
<b>Lunda Sul</b>	31504	126	50	18
<b>Malanje</b>	247083	988	395	138
<b>Moxico</b>	252579	1010	404	141
<b>Namibe</b>	101918	408	163	57
<b>Uíge</b>	588166	2353	941	329
<b>Zaire</b>	126432	506	202	71
<b>Total</b>	<b>9077033</b>	<b>36308</b>	<b>14523</b>	<b>5083</b>

**ANEXO Nº 9**  
**LISTAS DE TABELAS**

Tabela 1 : Projecção população total por ano e grupo de idade. Angola, 2011-2015 .....	16
Tabela 2 : Angola: Evolução de Indicadores Macroeconómicos. 2008-2010 .....	17
Tabela 3 Angola: Indicadores Demográficos e de Saúde. 2010.....	18
Tabela 4 Angola: Evolução Rede serviços do Sistema Nacional de Saúde. 2006- 2011 .....	20
Tabela 5 Angola: Distribuição reagentes e medicamentos ARV INLS-Angola 2010- 2011 .....	21
Tabela 6 Estimativa da epidemia de VIH, 2010-2011 .....	24
Tabela 7 Análise de Factores determinantes e constrangimentos .....	25
Tabela 8 Tamanho Amostra e números de sítios sentinela Estudo de Seroprevalência .....	26
Tabela 9. INDICADOR 1.1 .....	30
Tabela 10 INDICADOR 1.2 .....	32
Tabela 11 INDICADOR 1.3 .....	34
Tabela 12 INDICADOR 1.4 .....	35
Tabela 13 INDICADOR 1.5 .....	39
Tabela 14 INDICADOR 1.6 .....	40

Tabela 15 INDICADOR 1.7 .....	41
Tabela 16 INDICADOR 1.8 .....	42
Tabela 17 INDICADOR 1.9 .....	43
Tabela 18 INDICADOR 1.10 .....	43
Tabela 19 INDICADOR 1.11 .....	44
Tabela 20 INDICADOR 1.12 .....	45
Tabela 21 INDICADOR 1.13 .....	46
Tabela 22 INDICADOR 1.14 .....	47
Tabela 23 INDICADOR 3.1 .....	50
Tabela 24 INDICADOR 3.2 .....	50
Tabela 25 INDICADOR 3.3 .....	51
Tabela 26 INDICADOR 4.1 .....	54
Tabela 27 INDICADOR 4.2 .....	55
Tabela 28 Situação sangue para transfusão e provinciais com maior percentagem de positividade para o VIH. Angola 2010-2011 .....	56
Tabela 29 Número Casos Novos de TB, casos Testados e em TARV Angola 2010 - 2011 .....	58
Tabela 30 INDICADOR 5.1 .....	59
Tabela 31 Gastos com o VIH por fonte de financiamento 2009-2011 (U.M.1000 USD).....	60
Tabela 32 Despesas nacional por categoria (U.M 1000 USD) .....	62
Tabela 33 Despesas internacionais por categoria (U.M 1000 USD).....	64
Tabela 34 Resumo do ICPN, principais resultados Angola, 2010 - 2011 .....	74
Tabela 35 INDICADOR 7.2 .....	79
Tabela 36 INDICADOR 7.3 .....	81
Tabela 37 INDICADOR 7.4 .....	81

## ANEXO Nº 10 LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide etária , Angola 2011 .....	16
Gráfico 2 Localização geográfica dos serviços .....	20
Gráfico 3 Cobertura dos serviços de VIH por tipo de Unidade, Angola 2011 .....	20
Gráfico 4 Pirâmide de casos reportados de VIH por Faixa Etária e Género em 2011.....	23
Gráfico 5 Prevalência do VIH por faixa etária, 2004-2009 .....	23
Gráfico 6 Estimativa Incidência VIH em adultos (15 a 49 anos), em Angola .....	24
Gráfico 7 Prevalência por províncias e áreas urbanas e rurais .....	26
Gráfico 8 Variabilidade de subtipos virais em Angola .....	27
Gráfico 10 População de 15 a 49 anos que conhecem as principais .....	31
Gráfico 9 Conhecimento sobre SIDA: População 15 a 49 anos que ouviram falar segundo área de residência .....	32
Gráfico 11 Percentagem homens e mulheres de 15 a 49 anos que nos últimos 12 meses tiveram relações sexuais extra conjugais.....	34
Gráfico 12 Número acumulado de serviços de AT por ano, 2003-2011 .....	34
Gráfico 13 Distribuição de pessoas aconselhadas segundo categoria- .....	36
Gráfico 14 Total de testes realizados e positivos em gestantes, crianças e adultos, 2010-2011 ..	37
Gráfico 15 Proporção de testes positivos por província,.....	37
Gráfico 16 Proporção de testes positivos em gestantes, crianças e adultos - Angola 2010-2011.....	37

Gráfico 17 Percentagem de positividade em adultos * por sexo e província no biénio 2010/2011 .....	38
Gráfico 18 Percentagem testes positivos em gestantes, crianças e adultos .....	38
Gráfico 19 Número acumulado de serviços de PTV para .....	48
Gráfico 20 Testes realizados e positivos em mulheres grávidas de CPN .....	48
Gráfico 21 Número de grávidas positivas incluídas no PTV – Angola 2010-2011.....	48
Gráfico 22 Proporção grávidas positivas que recebem profilaxia no PTV por província .....	49
Gráfico 23 Número acumulado de serviços de tratamento (TARV), criados por ano,.....	52
Gráfico 24 Numero acumulado de adultos e crianças em acompanhamento de terapia ARV.....	52
Gráfico 25 Percentagem adultos e crianças positivas, inscritos em acompanhamento.....	52
Gráfico 26 Distribuição de pessoas que iniciaram acompanhamento e TARV por ano, 2010-2011 .....	54
Gráfico 27 Percentagem positividade de VIH em sangue nos Banco de Sangue, por províncias, .....	54
Gráfico 28 Taxa de decrescimento anual face a 2009.....	60
Gráfico 29 : Despesa anual por origem com o VIH / SIDA, 2009-2011.....	61
Gráfico 30 Categorias financiadas pelo OGE durante o período de 2009 a 2011 .....	62
Gráfico 31 : Gastos totais na componente Prevenção em 2009, 2010 e 2011 .....	65
Gráfico 32: Variação dos gastos com Prevenção Nacional .....	63
Gráfico 33: Variação dos Gastos Internacionais com a Prevenção - .....	65
Gráfico 34 Variação dos Gastos Nacionais com a Assistência e Tratamento.....	66
Gráfico 35 Variação dos Gastos Internacionais com a Assistência e Tratamento .....	66
Gráfico 36 : Variação dos Gastos Nacionais e Internacionais com a Assistência e Tratamento .....	67
Gráfico 37: Gráficos internacionais na categoria órfãos e vulneráveis.....	68
Gráfico 38 Despesa em cinco países com número de PVVIH similar a Angola,.....	71
Gráfico 39 Despesa com o VIH / SIDA em cinco países com prevalência similar a Angola .....	73
Gráfico 40 Valores obtidos no ICPN – Angola 2010 - 2011 .....	74
Gráfico 41 Esforços no processo de planificação estratégica .....	74
Gráfico 42 Esforços políticos no suporte a programas de prevenção em VIH e SIDA .....	75
Gráfico 43 : Esforços para a implementação de programas de prevenção em VIH e SIDA .....	76
Gráfico 44 Esforços dedicados a execução de programas de Tratamento, cuidados e apoio .....	76
Gráfico 45 Esforços para aumentar a participação da sociedade civil.....	77
Gráfico 46 Política, leis e regulamentos em vigor para proteger os direitos humanos .....	77
Gráfico 47 Esforços em Monitoria e Avaliação do Programa do VIH e SIDA .....	78

## BIBLIOGRAFIA

- Plano Estratégico Nacional para o Controlo das Infecções e de Transmissão Sexual, VIH e SIDA (PEN III - 2007 a 2010) e PEN IV 2011 - 2015
- Relatório de UNGASS 2009
- Lei n.º 8/04 de 1 de Novembro (Lei sobre o VIH e SIDA)
- Decreto n.º 7/05 de 9 de Março (criação do Instituto Nacional de Luta contra a SIDA)
- Decreto n.º 1/03 de 10 de Janeiro (Criação da Comissão Nacional de Luta contra o VIH/SIDA e Grandes Endemias)
- 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)
- Inquérito Integrado sobre Bem-Estar da População – IBEP – 2010
- MICS – Inquérito de Indicadores Múltiplos, 2006
- Estratégia de Combate à Pobreza
- Política Nacional de Saúde – Angola 2010
- Relatório Anual do Sistema de Monitoria e Avaliação do Plano Nacional de ITS, VIH e SIDA (Relatório N.º 1 – Ano 2009, Versão Preliminar)
- Política de Bem-estar Social 2025 – Angola 2010
- Relatório preliminar, Inquérito de Vigilância comportamental de mulheres e jovens envolvidos em sexo transaccional, Angola 2011
- Relatório INCAPSIDA 2011
- Informe ONUSIDA, Dia Mundial da SIDA 2011
- Relatório preliminar Inquérito de Vigilância comportamental para VIH e Sífilis para HsH, Luanda-Angola 2011
- Relatório Análise rápido do PTV a nível nacional, Angola Janeiro 2012