

VII Plano Estratégico Nacional

DA RESPOSTA AO VIH/SIDA, HEPATITES VIRAIS E OUTRAS INFECCÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL



Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e Grandes Endemias

2023
-2026



Tabela de conteúdo

01. INTRODUÇÃO	1
1.1. Histórico e Desenvolvimento	2
1.2. Contexto do país	3
02. ANÁLISE DA SITUAÇÃO	13
2.1. Epidemiologia do VIH em Angola	14
2.2. Epidemiologia das Hepatites Virais e outras ITS em Angola	17
2.3. Estudos em Populações Chave	18
2.4. TB/VIH	18
2.5. Avaliação Rápida dos Principais Indicadores Chave do VI PEN	19
03. ABORDAGEM ESTRATÉGICA DO VII PEN 2023-2026	24
3.1. Visão	25
3.2. Missão	25
3.3. Princípios Orientadores da Resposta	25
3.4. Objetivo Geral	26
3.5. Objetivos Estratégicos	26
3.6. Metas Estratégicas até 2026	26
04. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS	27
4.1. Eixos Estratégicos	28
4.2. Abordagem de Priorização	28
4.3. Priorização Geográfica	30
4.4. Grupos Prioritários para a Resposta Nacional do VIH em Angola	32
4.5. Pacotes de Serviços Essenciais	33
05. EIXOS ESTRATÉGICOS	35
5.1. Eixo Estratégico 1: Promoção da Saúde e Prevenção da Transmissão do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e coinfeção VIH/TB	36
5.2. Eixo Estratégico 2: Diagnóstico do VIH, das Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB	37
5.3. Eixo Estratégico 3: Cuidados e Tratamento das Pessoas que Vivem com VIH, outras ITS, Hepatites Virais e a coinfeção VIH/TB	38

5.4. Eixo Estratégico 4: Gestão e Fortalecimento das Áreas Transversais para a Resposta ao VIH/SIDA, das Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB.....	39
5.5. Eixo Estratégico 5: Garantia dos Direitos Humanos e Redução das Barreiras nos Serviços de VIH, das Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB	40
5.6. Eixo Estratégico 6: Fortalecimento da Resposta Comunitária ao VIH/SIDA, Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB.....	42
06. ESTRUTURA DE GOVERNAÇÃO	44
6.1. Organização da resposta ao VIH, Hepatites virais e outras ITS	45
07. MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS E CUSTOS	49
7.1. Situação e mobilização dos Recursos Financeiros da Resposta	50
7.2. Resumo das Estimativas do Custos do VII PEN	52
7.3. Resumo Orçamental da Implementação do VII PEN	53
7.4. Panorama de Investimento do VII PEN	55
7.5. Plano Operacional do VII PEN.....	56

Tabelas e Gráficos

Gráfico 1. Estrutura etária, Angola, 2015 e 2030.....	6	Tabela 6. Objectivos estratégicos.....	26
Tabela 1. Principais indicadores de Saúde materna e infantil	11	Tabela 7. Eixos Estratégicos.....	28
Gráfico 2. Prevalência do VIH por Província.....	14	Gráfico 6. Abordagem de Prevenção, Cuidados e Tratamento para Populações Prioritárias.....	29
Tabela 2. Principais Indicadores de VIH e SIDA, em Angola 2022	15	Tabela 8. Pontuação para classificação de Prioridades Geográfica.....	30
Gráfico 3. Incidência da infecção por VIH em Angola, por 1.000 hab, 2015 a 2022	16	Tabela 9. Atribuição da Classificação de Prioridade Provinciais.....	30
Gráfico 4. Taxa de mortalidade relacionada a SIDA, em Angola, por 100.000 hab, 2015 a 2022	16	Tabela 10. Atribuição de Prioridades Geográficas, 18 Províncias.....	31
Tabela 3. Prevalência de Infecções de Transmissão Sexual entre populações-chave, Angola, 2017	18	Tabela 11. Serviços Essências para Pessoas Vivendo com VIH (PVVIH)	34
Gráfico 5. Novas Infecções Entre 2010–2020 vs Metas Globais.....	20	Gráfico 7. Estrutura de Coordenação e Gestão.....	46
Tabela 4. Indicador de Diagnóstico com alcance e sucesso na resposta VI PEN	21	Gráfico 8. Níveis de Assistência	46
Tabela 5. Indicador de Cuidado e Tratamento com Alcance e Sucesso na Resposta VI PEN	21	Tabela 12. Custo Estimado do VII PEN por Eixo Estratégico.....	52
		Tabela 13. Previsão dos Recursos Financeiros para o Período do VII PEN	55

Siglas e Abreviaturas

ADECOS	Agentes do Desenvolvimento Comunitário e Sanitário
ARV	Antirretroviral
AT	Aconselhamento e Testagem
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor
BM	Banco Mundial
CD4	Cluster of Differentiation 4 (grupamento de diferenciação 4)
CECOMA	Central de Compras de Aproveitamento de Medicamentos e Meios Médicos
CEEAC	Comunidade Económica dos Estados da África Central
CGG	Comissão do Golfo da Guiné
CIRGL	Comissão Internacional da Região dos Grandes Lagos
CPN	Consulta Pré-Natal
CV	Carga Viral
DCTN	Doenças Crónicas não Transmissíveis
DHIS	Demographic Health Information System
DMS	Direcção Municipal de Saúde
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNRH	Direcção Nacional de Recursos Humanos
DNSP/SR	Direcção Nacional de Saúde Pública / Saúde Reprodutiva

DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EPP/ SPECTRUM	Estimation and Projection Package / SPECTRUM
FAA	Forças Armadas Angolanas
GEPE	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
GTIC	Gabinete das Tecnologias, Informação e Comunicação
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSB	Homens que fazem Sexo com Homens
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IIMS	Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INIS	Instituto Nacional de Investigação em Saúde
INLS	Instituto Nacional de Luta contra a SIDA
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
JIRO	Juventude Informada, Responsável e Organizada
LBM/INLS	Laboratório de Biologia Molecular do INLS
M&A	Monitoria e Avaliação
MAPTSS	Ministério da Administração Pública, Trabalho e Segurança Social
MASFAMU	Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher

MAT	Ministério da Administração do Território	PNS	Política Nacional de Saúde
MATRE	Ministério da Administração do Território e Reforma do Estado	PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
MED	Ministério da Educação	PTMF	Prevenção da Transmissão de Mãe para o Filho
MINADERP	Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas	PTV	Prevenção da Transmissão Vertical de VIH
MINCULT	Ministério da Cultura	PVVIH	Pessoas que vivem com o VIH
MINDEF	Ministério da Defesa	RH	Recursos Humanos
MINED	Ministério da Educação	RISDP	Plano Estratégico Indicativo de Desenvolvimento Regional
MINFIN	Ministério das Finanças	RMS	Repartição Municipal de Saúde
MININT	Ministério do Interior	SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
MINJUSDH	Ministério da Justiça e dos Direitos Humanos	SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
MINSA	Ministério da Saúde	SMNI	Saúde Materna e Neonatal Infantil
MINTRANS	Ministério dos Transportes	SNS	Serviço Nacional de Saúde
MTS	Mulheres Trabalhadoras de Sexo	SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio	TARV	Tratamento Antirretroviral
OMS	Organização Mundial de Saúde	TB-MDR	Tuberculose - Multidroga Resistente
ONG	Organizações não-Governamentais	TG	Pessoas Transgénero
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para a SIDA	TMF	Transmissão Mãe/Filho
OSC	Organizações da Sociedade Civil	TS	Trabalhadores do Sexo
PDN	Plano de Desenvolvimento Nacional	TV	Transmissão Vertical
PEN	Plano Estratégico Nacional	UA	União Africana
PC	Populações Chave	UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
PCV	Populações Chave e Vulneráveis	US	Unidades Sanitárias
VI PEN	VI Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH/Sida, Hepatites virais e outras Infecções de Transmissão Sexual	VHB	Vírus da Hepatite B
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief - EUA	VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
PNDS	Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário		

APRESENTAÇÃO

Na última década, Angola fez importantes progressos na resposta ao VIH/SIDA, evidenciados pela redução de novas infeções por VIH, de mortes relacionadas com a SIDA e da transmissão do VIH de mãe para o filho, contribuindo para o movimento global que visa acabar com a SIDA como um problema de saúde pública em 2030.

A nível nacional, o compromisso político, o empenho e determinação de técnicos e gestores e o aumento de recursos destinados à luta contra esta epidemia foram determinantes para sucessos programáticos como a expansão do diagnóstico do VIH, o aumento do acesso à terapia antirretroviral, a expansão da monitorização do tratamento de exames de carga viral e o aumento de mulheres grávidas que vivem com VIH em tratamento. São feitos dos quais todos nós podemos nos orgulhar embora ainda haja muito a fazer. O nosso objetivo é fazer mais e melhor.

Apesar de comemorarmos os sucessos alcançados, estamos cientes que os nossos esforços devem continuar a garantir que os angolanos, especialmente as populações que, por questões sociais e culturais são mais vulneráveis à infeção pelo VIH, como as mulheres adolescentes e jovens, as crianças expostas ou que vivem com VIH, e populações chave; sejam protegidos através de acções equitativas, inclusivas e não discriminatórias.

Devemos continuar a garantir o fortalecimento do nosso Sistema de Saúde e a melhoria constante da qualidade dos serviços de prevenção, testagem e cuidados e tratamento do VIH, Hepatites Virais e outras Infeções de Transmissão Sexual (ITS). A proteção dos direitos, liberdades, modos de viver e a luta diária contra o estigma e o preconceito associadas às doenças, especialmente ao VIH, são igualmente fundamentais para assegurar que desigualdades persistentes e a discriminação não coloquem a saúde e bem-estar das pessoas que vivem com VIH em risco. Para que os avanços aconteçam, precisamos de inovação e colmatar de forma especial a lacuna de intervenções comunitárias.

O VII Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH/SIDA, Hepatites Virais e outras ITS expressa o compromisso da República de Angola ao mais alto nível, para alcançar a meta de eliminar a epidemia de SIDA até 2030 em Angola, num grande pacto de solidariedade, de responsabilidade partilhada e de reforço das conquistas alcançadas até aqui.

Juntos somos mais fortes e vamos vencer!

Dra. Esperança Maria Eduardo Francisco da Costa

VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA DE ANGOLA,
COORDENADORA DA CNLS-GE

Devemos continuar a garantir o fortalecimento do nosso Sistema de Saúde e a melhoria constante da qualidade dos serviços de prevenção, testagem, cuidados e tratamento.

RESUMO EXECUTIVO

O VII Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH/SIDA, Hepatites Virais e outras ITS (VII PEN) em Angola está fundamentado em princípios de direitos humanos e equidade na saúde e propõe ser um plano de reforço dos últimos dois planos estratégicos. O presente PEN é centrado no utente e visa a eliminação de barreiras estruturais que impedem a redução da incidência do VIH em todas as populações, principalmente a população pediátrica, gestantes, populações vulneráveis e chave.

O VII PEN é fruto de uma reflexão nacional e colectiva sobre os principais ganhos alcançados, lacunas e desafios existentes e visão do que se pretende para o futuro. O VII PEN tem como visão o controlo do VIH/SIDA, Hepatites virais e outras infecções de transmissão sexual como problema de saúde pública e objectiva a redução de novas infeções pelo VIH, TB/VIH, ITS e hepatites virais assim como redução da mortalidade relacionada a SIDA.

O Plano contempla na sua estrutura a mitigação dos determinantes sociais que agravam a epidemia tais como o estigma e discriminação e a violência baseada no género e apela fortemente para a reativação da colaboração interministerial, estreitar sinergias entre os actores no sector privado e publico e maior engajamento com os parceiros multilaterais e bilaterais.

Participaram de sua elaboração representantes do governo, organizações não governamentais, sector privado, doadores, parceiros bilaterais, entidades do ensino, da saúde pública e a sociedade civil sob a coordenação do Instituto Nacional da Luta contra a SIDA (INLS), do Ministério da Saúde.

As principais metas estratégicas são:

- > Reduzir a incidência por VIH de 0.44% para 0.31% (50%) em todas idades.
- > Reduzir a taxa de transmissão mãe-filho de 15% em 2022 para 6% em 2026.

- > Identificar 75% das pessoas estimadas a viver com VIH.
- > Aumentar a cobertura em adultos de 46% em 2022 para 70%.
- > Aumentar a cobertura do TARV pediátrico (0-14 anos) de 22% em 2022 para 70% em 2026.
- > Aumentar a cobertura de TARV em Gestantes de 80% em 2022 para 95%.
- > Aumentar a cobertura de CV para 75% entre PVVIH em TARV e para 80% entre gestantes em TARV.
- > Aumentar a supressão viral de pessoas em tratamento para 90%.
- > Aumentar de 11 para 18 as políticas e práticas legislativas que melhorem o ambiente ético e jurídico.

Uma das principais limitações encontradas na elaboração do VII PEN foi o facto de não termos o Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS) actualizado em 2020 devido às restrições impostas pela pandemia da COVID-19, limitando a análise do plano anterior e a estimativa das metas futuras. Por este motivo, o PEN VII dá realce a optimização da gestão e entrega de serviços do programa. O VII PEN encoraja a todos, principalmente aos gestores, a adoptarem e replicarem, modelos de gestão e de serviços que tem vindo a evidenciar sucesso a nível nacional, e que contem validade técnica internacional.

De forma a melhor orientar as acções, foi feita uma priorização geográfica que categorizou o peso da doença por área geográfica de modo a informar o modelo de gestão do programa no nível central, provincial e municipal. Ainda, o VII PEN convoca cada província a apropriar-se de seu programa local de forma activa, identificando o seus grupos-alvo, localidades críticas e o tipo de modelo de serviço a ser adoptado por município e/ou distrito. Esta orientação deve ser reflectida no plano operacional provincial e o mesmo deve ser actualizado e

custeado anualmente. Os planos provinciais devem atender as necessidades epidemiológicas de cada província, provendo uma resposta centrada no utente, localmente apropriada, utilizando sempre que possíveis dados desagregados de rotina na orientação da resposta e tomada de decisão.

O VII PEN leva em consideração a experiência do COVID-19, que reforçou a necessidade de expandir o uso de modelos diferenciados de cuidados (MDC) para fortalecer o acesso aos serviços de VIH, de modo que possam fazer face a outras pandemias, estado de emergência ou paragens de serviço.

Relativamente as finanças, são necessários mais recursos para que a resposta a epidemia do VIH volte ao bom caminho para pôr fim à SIDA como ameaça de saúde pública até 2030. Para Angola, são necessários investimentos maioritariamente em três áreas: Prevenção primária do VIH, testagem e tratamento do VIH e, no fortalecimento das acções comunitárias. Angola tem feito grandes esforços para suprir as lacunas e necessidades relacionadas à resposta ao VIH/SIDA, com

os parceiros a financiarem cerca de 20% das necessidades e o financiamento doméstico tende a corresponder os outros 80%. O VII PEN está orçado em quatrocentos e oitenta e cinco bilhões, vinte e cinco milhões, quinhentos e cinquenta e cinco mil, trezentos e quarenta e cinco kwanzas, ou seja, 485.025.555.345 AOA, equivalente em quinhentos e oitenta e quatro milhões, trezentos e vinte mil, quatrocentos e noventa e um dólares, ou seja, 584,320,491 USD para o período 2023-2026.

O objetivo de pôr o fim à epidemia do VIH/SIDA exigirá uma rápida e focada aceleração da resposta, e um investimento assegurado e acções sustentadas até 2030 e mais além. Isto só pode ser alcançado através de compromisso político forte, recursos adicionais, inovações técnicas e programáticas.

De forma a fortalecer e colmatar a deficiência financeira do programa, o VII PEN encoraja a revitalização de antigas parcerias e a formação de novas parcerias entre organizações comunitárias que incluem redes de PVVIH, o sector privado, o governo local e as comunidades.



01. INTRODUÇÃO



1.1. Histórico e Desenvolvimento

Angola tem colocado a luta contra o VIH/SIDA na sua agenda política de alto nível, reconhecendo o VIH como uma questão prioritária de saúde pública, juntamente com outras doenças infecciosas, como as hepatites virais, a tuberculose e malária.

Nos últimos 35 anos, o governo de Angola, com o apoio dos parceiros bilaterais, utilizou orientações sobre o VIH/SIDA adoptadas internacionalmente para conceber e adaptar a sua estratégia local de VIH/SIDA. Ao longo do tempo, as intervenções melhoraram e consolidaram-se através da elaboração de Planos Estratégicos Nacionais (PEN), influenciados também pela melhor alocação de recursos por parte do Governo e pelo crescente envolvimento de parceiros nacionais e internacionais.

O VII PEN é um documento governamental que aborda políticas e estratégias de combate às doenças e define princípios, diretrizes e intervenções prioritárias fortalecidas para melhorar a resposta multissetorial local ao VIH, Hepatites Virais e outras ITS.

No final de 2022, pela sétima vez Angola iniciou a elaboração do seu Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH/SIDA, Hepatites Virais e outras ITS (VII PEN), para o período de 2023 a 2026. Como habitualmente, o processo foi inclusivo, consultivo e participativo à escala nacional. Foram realizadas avaliações qualitativas (de forma virtual) e quantitativas (através de instrumentos de monitoria e avaliação) a todos os actores envolvidos na resposta nacional.

Posteriormente, foi realizada uma oficina de Balanço do VI PEN (2 dias) e de elaboração do VII PEN (3 dias), para qual foram convidados todos os sectores da resposta nacional, como todos os Ministérios que são parte da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias, os diversos órgãos do MINSA, subsistemas de saúde como as Forças Armadas e sector privado, agên-

cias das Nações Unidas, doadores, parceiros, organizações das Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH), outras Organizações da Sociedade Civil, representantes das populações Chave, entre outros. Durante a oficina, utilizou-se metodologia de análise SWOT dos eixos estratégicos e exercícios de priorização. Realizou-se ainda uma intensa leitura de documentos pertinentes.

O novo PEN está alinhado com a Estratégia Global de SIDA 2021-2026, a Estratégia Global para o Sector de Saúde da OMS 2022-30 e com a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da SIDA de 2021, além das metas globais 95-95-95 e 10-10-10 da ONUSIDA¹. Além disso, foram tidos em conta a Aliança Global para Prevenção e a Aliança Global para Acabar com a SIDA em Crianças em 2030, às quais Angola aderiu. O referido documento será um pilar para expandir e fortalecer ações e intervenções que são um sucesso na resposta ao VIH em Angola e para fechar grandes lacunas de metas nacionais e globais não alcançadas.

O presente documento através do relatório “Balanço do VI Plano Estratégico Nacional da Resposta ao VIH/SIDA, Hepatites Virais e Outras ITS e Implicações Para o VII PEN” relatório revê os actuais desafios e conquistas do VIH/SIDA, hepatites virais e outras ITS até o momento, de modo a alinhar as estratégias e respostas propostas a fim de obter o maior impacto possível sobre a epidemia. Apresenta ainda um breve diagnóstico do financiamento da resposta ao VIH e incorporará ações estratégicas para fechar a lacuna de financiamento para colocar a resposta nacional no caminho da igualdade e financiamento sustentável.

¹ En peligro: Actualización mundial sobre el sida 2022 | ONUSIDA (unaids.org)

1.2. Contexto do país

1.2.1. Contexto Social

Diversos documentos publicados pelo Governo de Angola e parceiros evidenciam as desigualdades sociais, e no presente documento utilizamos informações do Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde 2016 (IIMS 2015-2016) e do CENSO 2014.

Nível de Escolaridade

Em Angola, as raparigas entram na escola com idade correta (55%) e em maior percentagem do que os rapazes (49%), o que contribui para uma incidência maior de escolaridade primária entre elas. 62% das meninas completam o ensino primário, comparativamente aos 50% aos rapazes. Esta tendência inverte-se a seguir com uma diferença de 7% a favor dos rapazes no 1º Ciclo. Os rapazes são mais propensos a frequentar o Ensino Secundário (43%) do que as meninas (37%). Para ambos os sexos, a frequência escolar no nível secundário é muito mais elevada nas áreas urbanas do que nas rurais.²

Saúde

Sete em cada dez mulheres em Angola reportaram pelo menos um problema no acesso aos cuidados de saúde. 63% tiveram dificuldades em obter dinheiro para o aconselhamento ou tratamento, e 52% tiveram problemas com a distância à Unidade Sanitária. Entre mulheres de 20 a 49 anos de idade, cerca de 29% disseram que precisam de autorização para ir e 30% disseram não querer ir sozinhas ao médico.

A prática da amamentação é comum em Angola, com uma taxa de 92% ao longo do período de crescimento dos filhos. O IIMS 2015-2016 mostrou que 8,2% das crianças menores de 5 anos sofria de malnutrição aguda e 29,2% estava numa situação de malnutrição crónica moderada.

Um terço (34%) das mulheres de 15-49 anos e casadas em algum momento sofreram violência conjugal, quer seja violência física ou sexual. Um quarto (26%) das mulheres alguma vez casadas sofreu violência conjugal nos 12 meses anteriores ao inquérito.

Cerca de um terço dos homens e mulheres de 15-49 anos demonstram atitudes discriminatórias perante pessoas que vivem com o VIH. O preconceito continua a gerar violência contra as pessoas que vivem com VIH, bem como contra as pessoas que pertencem às populações chave, tais como homens que fazem sexo com outros homens, trabalhadores de sexo e transexuais.

Normas Sócio-Culturais

A poligamia tem implicações na frequência da exposição a relações sexuais, bem como na fecundidade. No IIMS 2015-2016, mais de três quartos das mulheres casadas ou em união de facto (77%) declararam viver em união monogâmica e 22% em união poligâmica, enquanto 92% dos homens casados ou em união de facto declararam ter apenas uma esposa e 8% declararam ter duas esposas ou mais.

No entanto, os dados estatísticos, apesar de escassos, revelam-nos de forma clara que as múltiplas barreiras que continuam a perpetuar as desigualdades entre homens e mulheres, resultam das percepções e de normas sociais discriminatórias sobre as expectativas para os comportamentos femininos e masculinos considerados socialmente aceites, que influenciam as identidades individuais e determinam as relações de poder.

2 The journey towards comprehensive sexuality education (unfpa.org) p62.

Tecnologia de Informação: Comunicação e Internet

Merecem destaque alguns indicadores do mesmo IIMS 2015-2016 em relação a características da população que devem ser tidas em conta na priorização e planeamento das intervenções do VII PEN, como descritos a seguir.

O IIMS 2015-2016 recolheu dados sobre a posse de bens de utilidade doméstica. Segundo o referido inquérito, “seis em cada dez agregados familiares possuem um telemóvel e cerca de metade tem um rádio (51%) e uma televisão (51%)”. Por área de residência, nota-se que “a posse destes bens é maior nos agregados familiares residentes nas áreas urbanas do que nas áreas rurais. A posse de rádio é de 63% nas áreas urbanas contra 32% nas áreas rurais. A posse de televisão é de 75% nas áreas urbanas contra 14% nas áreas rurais. A posse de telemóvel é de 83% nas áreas urbanas e 31% nas áreas rurais.”

As mulheres estão menos expostas aos meios de comunicação do que os homens, quer seja através dos jornais (25% das mulheres e 53% dos homens), televisão (65% das mulheres e 76% dos homens) ou rádio (55% das mulheres e 76% dos

homens). Cerca da metade dos homens (48%) e 20% das mulheres têm acesso aos três meios de comunicação, pelo menos, uma vez por semana. O acesso aos três meios de comunicação é dez vezes maior nas áreas urbanas do que nas áreas rurais para as mulheres (28% e 2,8%, respectivamente) e cerca de quatro vezes entre os homens (60% e 16%, respectivamente). Há grande disparidade de acesso aos meios de comunicação entre as províncias.

Segundo o IIMS 2015-2016, em Angola, 40% dos homens e 20% das mulheres já usaram a Internet, pelo menos, uma vez. 37% dos homens e 18% das mulheres usaram a Internet nos últimos 12 meses. Entre os que utilizaram a Internet nos últimos 12 meses, o uso é maior nas áreas urbanas (49% para os homens e 25% para as mulheres) comparativamente a 7% dos homens e 1% das mulheres em áreas rurais, aumenta de acordo com o nível de escolaridade e diminui com o aumento da idade: nos homens, varia de 47% na faixa etária de 15-19 anos para 18% na de 45-49 anos; nas mulheres, varia de 28% na faixa etária de 15-19 anos para 4% na de 45-49 anos.

1.2.2. Contexto Económico

Índice de Desenvolvimento Humano

A pontuação de Angola no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2021/2022, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), caiu para 0,586 pontos, mas o país mantém o 148^o lugar entre 191 países avaliados, lugar alcançado em 2020. O país atingiu a maior pontuação entre 2018 e 2019, com 0,595 pontos. No último relatório, Angola mantém-se na categoria de “desenvolvimento médio”.

De acordo com o referido relatório, a esperança média de vida dos angolanos era de 62,4 anos em 2019, passou para 62,3 anos em 2020 e 61,6 anos em 2021/2022. Este indicador, que tinha sido dos grandes ganhos do país desde o final da guerra civil, está a ser influenciado pela crise económica e financeira que afectou o país nos últimos

anos, agravando a pobreza e as dificuldades das famílias. De acordo com o documento, as mulheres vivem mais em relação aos homens. De acordo com o documento, a esperança média de vida das mulheres angolanas é de 64,3 anos de idade enquanto os homens vivem em média 59 anos.

O rendimento per capita duplicou face ao final da guerra civil, em 2010 foi de 6.912 USD e chegou aos 7.653 USD em 2015. Porém, após a crise, o rendimento per capita tem vindo a cair, atingindo os 5.466 USD em 2021/2022, de acordo com o relatório. Entre as várias causas, há o facto de a população crescer a uma média de 3% ao ano, e a economia não ter tido crescimento compatível com o forte crescimento populacional.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento de Género, o valor do IDH feminino para Angola é

de 0,546, em contraste com 0,605 para os homens, evidência de que as mulheres, que são 51% da população, ainda estão numa situação mais vulnerável.

Condições de vida

No segundo trimestre de 2022, o Instituto Nacional de Estatística (INE) registou uma taxa de desemprego de 30,2%, sendo que entre os empregados, 79,3%, das pessoas empregadas encontra-se no emprego informal (70,4% entre homens e 88,0% entre mulheres). De referir que, as mulheres angolanas continuam a exercer trabalhos de baixa qualificação, auferem de menor remuneração e têm maior probabilidade de participar de trabalho não remunerado, remetendo-as para a informalidade.

Segundo o Relatório de Pobreza Multidimensional para Angola, elaborado e concluído em Dezembro de 2019 e publicado em 2020 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), Angola apresenta uma taxa de incidência da pobreza de 41%, ou seja, quatro em cada dez angolanos tem um nível de consumo abaixo da linha de pobreza (12.181 kwanzas/mês, equivalente a 18,7 euros da época da avaliação). O estudo sublinha que o índice de profundidade da pobreza no país é de 10%, o que representa o défice médio do consumo por pessoa abaixo da linha da pobreza. Sobre os índices de pobreza por área de residência, o estudo

observa que a pobreza é maior nas zonas rurais (57,2%), quase o dobro em relação às áreas urbanas (29,8%).

O mesmo relatório assinala também que a pobreza é maior nas províncias do Cuanza Sul, Lunda Sul, Huíla, Huambo, Uíge, Bié, Cunene e Moxico, onde mais de metade da população é pobre. Luanda apresenta o menor índice de incidência da pobreza com 20%. “O nível de escolaridade está claramente associado à situação de pobreza. Quanto mais elevado é o nível de escolaridade da população, mais baixo é o nível de pobreza. 57% da população que não possui nenhum nível de escolaridade e 55 % com o ensino primário é pobre”, lê-se no relatório.

Luanda é o centro económico, político e administrativo do país, o que atrai pessoas (especialmente jovens) de outras províncias a migrarem para Luanda, e assim a referida província cresce duas vezes mais do que o país, dificultando a organização social e a gestão da capital.

Angola vive desde finais de 2014 uma crise económica, financeira e cambial provocada pela queda do preço do petróleo no mercado internacional. Desde 2015 que a descida do preço do barril de crude tem representado um duro golpe para a atividade do país. Este setor representava quase um terço do PIB e perto de 95% das exportações.

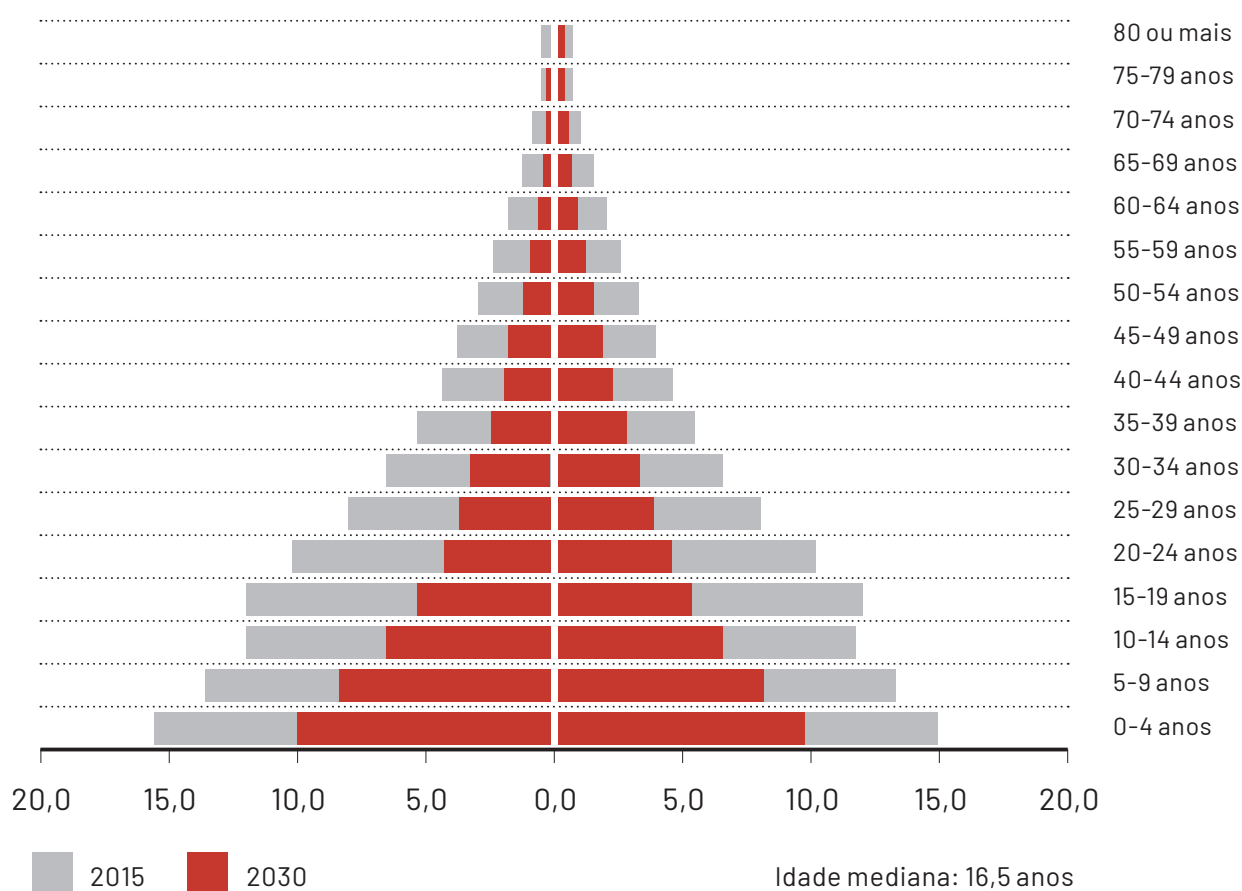
1.2.3. Contexto Geográfico e Demográfico

Angola situa-se na parte ocidental da África Austral e tem uma superfície de 1.246.700 Km², uma das maiores de África. Possui uma Costa Atlântica extensa, de 1.650 Km, e uma fronteira terrestre longa, de 4.837 Km.

Segundo as projeções do Censo de 2014/INE, o país conta com 34 094 077 habitantes em 2023, dos quais 51% são mulheres e 20% são adolescentes e jovens entre 15 - 24 anos. A capital Luanda, a menor das províncias com apenas 2.417Km², alberga quase 28% da população. No plano administrativo, actualmente o país conta com 18 províncias, 164 municípios e 557 comunas.

A distribuição da população, com cerca de 47% com menos de 15 anos e cerca de 20% da população total abaixo dos cinco anos de idade, gera desafios e implicações em termos da procura de serviços sociais, particularmente a saúde e a educação.

Gráfico 1. Estrutura etária, Angola, 2015 e 2030



As crianças com menos de um ano de idade (8%), estão distribuídas de igual forma entre as áreas rurais e urbanas. As mulheres em idade reprodutiva, compreendida entre 15 e 49 anos, constituem 44% do universo feminino e apresentam uma taxa de fecundidade elevada, estimada atualmente em 6,2 nascimentos por mulher (IIMS 2015-2016). O tamanho médio dos agregados familiares é de cinco pessoas.

No contexto do país, a língua e a religião merecem uma atenção particular como potenciais veículos na comunicação para a mudança de comportamentos em prol da promoção da saúde e do bem-estar em geral.

Apesar da língua portuguesa ser a língua oficial e ser falada por aproximadamente 83% da população angolana, nas áreas rurais e mais recônditas predominam as línguas nacionais, que devido a diversidade de origem dos povos que constituem o país, podem chegar a mais de 40, sendo 9 predominantes (Kikongo, Kimbundo, Tchokwe,

Umbundo, Mbunda, Kwanyama, Nhaneca, Fiote e Nganguela).

Cerca de 50% da população identifica-se como católica e 33% como protestante, não obstante parte da população seguir o animismo. Importante destacar que os dogmas e doutrinas religiosas exercem pressão especialmente sobre a adoção de discursos preventivos mais abrangentes e criam barreiras ao amplo e não discriminatório debate sobre sexualidade e outros temas sociais que impactam na resposta contra o VIH.

Quanto à alfabetização e educação, as estatísticas revelam que mais de 76% de famílias no meio urbano e 55% no meio rural têm acesso à escola num raio de 2 km da sua residência. Cerca de 29% das crianças têm de percorrer diariamente, mais de 2km para frequentar a escola. Em geral, 34% da população angolana ainda é analfabeta. No meio rural, essa proporção atinge mais de 70% da população, o dobro do que se regista no meio urbano.

1.2.4. Impacto da COVID-19 na Economia e nos Serviços de Saúde em Particular ao VIH

1.2.4.1. Economia

Em 2020, a pandemia de Covid-19 causou uma contração do PIB de 5,5%, segundo o Banco Mundial. Mas a economia angolana cresceu 0,7% em 2021, quebrando um ciclo de cinco recessões consecutivas iniciado em 2016, de acordo com o relatório sobre as contas nacionais do IV trimestre do Instituto Nacional de Estatística (INE). Ainda segundo o INE, o PIB angolano teve um crescimento acumulado de 3,2% no primeiro semestre de 2022. O produto interno bruto (PIB) de Angola voltou a ultrapassar a barreira dos 100 mil milhões USD no final de 2022, elevando novamente o País na posição de terceira maior economia da África Subsaariana.

Segundo recente avaliação do Banco Mundial, publicada em seu portal em 13 de setembro de 2022: *“Em 2021, Angola saiu da sua recessão de cinco anos, com o PIB a crescer 0,8 %. A eliminação das restrições relacionadas com a COVID-19, o impacto defasado das reformas macroeconómicas, e os esforços do governo para diversificar a economia impulsionaram o crescimento não petrolífero, especialmente na agricultura e nos serviços. Isto mais do que compensou uma nova contração do sector petrolífero, pondo fim ao longo ciclo de recessão do país.*

O ímpeto económico positivo continuou em 2022, com a economia a crescer 2,6% no primeiro trimestre, numa base anual. Os principais motores foram um aumento dos níveis de produção petrolífera, bem como a continuação do forte desempenho dos sectores não petrolíferos. Contudo, as cicatrizes do choque da COVID-19 e a longa recessão - o PIB diminuiu em 10,2% entre 2016 e 2020 - continuam evidentes.

1.2.4.2. Impacto da COVID-19 nos serviços de VIH

Angola declarou estado de emergência em 25 de Março de 2020 e, conseqüentemente, verificou-se uma diminuição significativa da procura e

prestação de serviços de saúde, principalmente devido a fatores como o estigma social e medo de infeções; a política governamental sobre o distanciamento social e mensagens de “permanência em casa”; uma redução da disponibilidade de transportes públicos; uma redução do número de profissionais de saúde que prestam serviços (quer por falta de transportes, quer pela política relativa às equipas reduzidas que prestam serviços diários). No terceiro trimestre de 2021, estas restrições foram atenuadas e a prestação de serviços e o fluxo de doentes começaram a voltar ao normal.

Não foi feito um estudo ou avaliação oficial para determinar o impacto na prestação de serviços de VIH durante o período do estado de emergência ou de consequências na morbidade ou mortalidade relacionada ao VIH. No entanto, uma análise dos principais indicadores de produto e resultados nos trimestres posteriores ao início das restrições pela pandemia da Covid-19 foi feita mostrando que excepto em relação a Carga Viral, não se evidenciou uma baixa nos serviços de testagem e tratamento.

No início de 2020 as condições técnicas para a expansão da CV e DPI foram criadas (aquisição de equipamentos e reagentes). Porém, as equipas formadoras e os utentes sofreram tiveram redução da mobilidade devido ao impacto da Covid-19 e o processo de expansão estendeu-se para além do prazo. Em 2020 observa-se uma redução no número de amostras processadas, especialmente de CV, pelo facto do Laboratório de Biologia Molecular do INLS em Luanda ter tido um engajamento intenso no processamento de amostras da Covid-19 e também pelo facto de que as restrições de locomoção e o medo de infecção pelo SARS-CoV2 terem afastado os utentes das US. No entanto, os ganhos da expansão foram observados em 2021, ano em que o número de amostras colhidas e processadas para CV foi 163% maior do que o ano base de 2017 e do DPI foi 595%, comparando o mesmo período.

Restrições impostas pela Covid-19 aumentaram os constrangimentos e barreiras já existentes que impedem o progresso. No período das restrições, não se mantiveram as supervisões formativas periódicas nas 18 províncias, afectando a qualidade de entrega dos serviços.

A experiência do COVID-19 reforça a necessidade de expandir o uso dos modelos diferenciados de cuidados (MDC) para melhorar o acesso aos serviços de VIH adaptados para mitigar qualquer pandemia, estado de emergência ou paragens de serviços tal como ocorrido durante a COVID-19.

Direitos Humanos e Equidade de Género

Angola ratificou vários tratados internacionais relativos aos direitos humanos. A Constituição do país reconhece que os preceitos constitucionais e legais relativos aos direitos fundamentais devem ser interpretados e integrados de harmonia com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos povos e os tratados internacionais ratificados pelo país.

O Artigo Nº 1 da Constituição angolana reconhece a dignidade da pessoa humana como um princípio fundamental, assim como o objectivo fundamental da construção de uma sociedade livre, justa, democrática, solidária, de paz, igualdade e progresso social.” Além disso, no 23º Artigo da Constituição é consagrado o Princípio de Igualdade: “ninguém pode ser prejudicado, privilegiado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de sua ascendência, sexo, raça, etnia, cor, deficiência, língua, local de nascimento, religião, convicções políticas, ideológicas, filosóficas, grau de instrução, condição económica ou social ou profissão.”

Em 2020, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o INLS, em colaboração com o Ministério da Justiça e Direitos Humanos, realizou uma Avaliação do Ambiente Jurídico em relação ao VIH, na perspectiva dos Direitos Humanos. Embora a LEA tenha encontrado leis e políticas muito positivas e promissoras que protegem os direitos no contexto do VIH, também identificou desafios e lacunas. A avaliação concluiu que uma série de disposições legais, bem

como os quadros institucionais e estruturais de resposta ao VIH em Angola, devem ser revistos, a fim de garantir uma resposta baseada nos direitos, em harmonia com as normas internacionais, bem como com os preceitos constitucionais em relação ao VIH/SIDA, incluindo mecanismos jurídicos e não-jurídicos que garantam a realização de direitos. Exemplos de disposições problemáticas incluem leis punitivas que criam entraves graves ao acesso aos serviços de saúde, por exemplo, a criminalização da exposição, não divulgação e transmissão do VIH que desencorajam as pessoas de procurarem serviços de testagem e adesão ao tratamento. Em alguns casos, a Lei 8/04, as políticas, estratégias e planos não tiveram em conta as necessidades das PCV adequadamente.

A LEA também encontrou uma limitação dos direitos das pessoas afetadas, entre as pessoas afetadas incluindo prestadores de serviços de saúde e agentes da lei, e acesso limitado aos mecanismos que protegem os seus direitos.

Reconhecendo o respeito dos direitos das mulheres como base para o desenvolvimento do país, em Setembro de 1986 Angola aderiu à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) e aceitou os seus dois Protocolos em 2007. Nesse mesmo ano, ratificou o Protocolo de Maputo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, relativo aos Direitos da Mulher em África. Em 2011, o país adoptou a Lei contra a Violência Doméstica e o seu Regulamento (Decreto Presidencial Nº 124/13, de 28 de Agosto). Existem outros instrumentos em prol da mulher angolana como a Política Nacional para a Igualdade e Equidade do Género e Estratégia de Advocacia para a Mobilização de Recursos para a Implementação e Monitoria da Política: Decreto Presidencial Nº 222/13 de 24 de Setembro; Políticas e Normas para a prestação de Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva revisto em 2004.

Em 1990, Angola ratificou a Convenção sobre os Direitos das Crianças onde o Direito a Saúde está consagrada no Artigo 24º e nesse mesmo ano, ratificou a Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança. O país também dispõe da

Lei sobre a Protecção e Desenvolvimento Integral da Criança. Considerando as especificidades de alguns grupos na sociedade, o estado angolano através da Assembleia Nacional adoptou outras leis com destaque para a Lei nº8/04 de 1 de Novembro sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) que assegura os direitos das PVVIH, em particular do Direito ao emprego, cuidados de saúde gratuitos e a confidencialidade. Contudo, é necessário actualizar esta lei para que possa responder de forma eficaz as circunstâncias actuais, e para isso tem-se evidenciado esforços.

1.2.5. Sistema de Saúde

A Política Nacional de Saúde tem por meta assegurar, no horizonte 2025, “uma vida saudável para todos”, num contexto de desenvolvimento nacional sustentável e de um Sistema Nacional de Saúde, que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e com equidade.

A concretização da meta para uma vida saudável para todos é um grande desafio que ultrapassa as fronteiras tradicionais do sistema de saúde, pelo que o concurso dos outros sectores de que dependem importantes determinantes da saúde é de extrema importância.

Nas suas disposições, a Política Nacional de Saúde (PNS) considera o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), como seu instrumento de execução.

Apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde global do país, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), sinistralidade rodoviária e violência. As doenças transmissíveis ainda são

Não obstante o quadro legislativo, a avaliação do Ambiente Jurídico identificou uma realidade que exige um trabalho conjunto para melhorar o ambiente jurídico em relação aos Direitos Humanos, Género e Equidade uma vez que apesar dos diversos instrumentos ratificados, especialmente as mulheres e as populações-chaves em particular, continuam a enfrentar vários tipos de discriminação.

O VII PEN visa reforçar a implementação das recomendações e análise feita no LEA entre outros documentos para fortalecer a resposta nacional.

responsáveis, por mais de 50 % dos óbitos registados na população.

Nos últimos 4 anos, foram enquadrados 33.000 profissionais de saúde através de concurso público e sua distribuição privilegiou os municípios.

As necessidades em saúde e os problemas actuais que o SNS enfrenta estão principalmente relacionados com: (i) a cobertura sanitária ainda insuficiente e fraca manutenção das US; (ii) o fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do SNS; (iii) os recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas; (iv) as fraquezas no Sistema Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação; (v) a insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento e (vi) o reduzido acesso à água potável, saneamento e energia.

1.2.5.1. Organização do Sistema de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) está organizado de acordo com as diretrizes e princípios que constam na Lei de Bases da Saúde (Lei nº21B/92), na Política Nacional de Saúde, no Regulamento Geral das Unidades Sanitárias (Decreto nº54/03) e no Decreto – Presidencial nº 28/18 de 29 de

Janeiro, no qual é conferido ao Município, como órgão desconcentrado da Administração do Estado, a responsabilidade de assegurar as tarefas desconcentradas de assistência sanitária às populações na sua área de jurisdição, assim como a análise dos problemas, desafios e oportunidades do SNS a nível municipal.

O Sistema Nacional de Saúde angolano, segundo a área de intervenção, é constituído por:

- > Sector Público, que inclui o Serviços Nacionais de Saúde, o Serviço de Saúde das FAA e o Serviço de Saúde do Ministério do Interior, bem como das empresas públicas.
- > Sector privado, que se subdivide em: sector privado lucrativo e sector privado não lucrativo, este último maioritariamente ligado a entidades religiosas e ONGs.
- > Sector da Medicina Tradicional, integram a grande maioria dos terapeutas tradicionais e ervanários.

O Ministério da Saúde compreende um sistema hierarquizado em três níveis de administração sanitária: Central, Provincial e Municipal:

- > **No nível Central**, incluem-se os Gabinetes do Ministro e de Secretários de Estado, Órgãos de Apoio e Órgãos Executivos Centrais.
- > **A nível Provincial**, incluem-se as Direcções, Gabinetes ou Secretarias Provinciais de Saúde, que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central.
- > **A nível Municipal**, incluem-se as Direcções Municipais de Saúde (DMS) que dependem administrativamente da Administração Municipal e metodologicamente das Direcções, Gabinetes ou Secretarias Provinciais de Saúde e das Instituições do nível Central do MINSA.

No plano de prestações de serviços públicos, também se distinguem três níveis.

No primeiro nível ou cuidados primários de saúde é representado pelos Postos e Centros de Saúde, Hospitais Municipais, constituindo assim o

primeiro ponto de contacto da população com o sistema de saúde.

No nível secundário ou intermediário, representado pelos Hospitais Gerais, é o nível de referência para as unidades do primeiro nível.

No nível terciário, representado pelos Hospitais de Referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as Unidades Sanitárias do nível secundário.

Segundo um documento recente do MINSA sobre a Municipalização, o Estado Angolano tem vindo de forma consistente a reafirmar a saúde como um direito humano fundamental de cada cidadão.

O processo vigente de descentralização político-administrativa e o engajamento do Governo em acelerar a melhoria do estado de saúde das populações coincidem com a definição do Município como unidade de base para planificar, organizar e implementar os serviços e cuidados primários de saúde, incluindo a sua articulação com os níveis de referência e contra referência secundário (provincial) e terciário (nacional).

Um dos principais objectivos do Ministério da Saúde (MINSA) é promover a intensificação de intervenções comprovadas e tendentes a acelerar a redução da morbilidade e da mortalidade materna, neonatal e infantil, o controlo das doenças transmissíveis (especialmente o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo) e um melhor atendimento aos traumatismos e às doenças crónicas (doenças cardiovasculares, diabetes e cancro).

A estratégia do MINSA consiste na revitalização da rede sanitária municipal e dos serviços de saúde primários melhorando a sua prestação nas unidades sanitárias em regime fixo, de equipas avançadas e móveis, apoiando as Administrações Municipais e Direcções Municipais de Saúde no planeamento sanitário e na tomada de medidas tendentes à melhoria da equidade, do acesso, da qualidade e da disponibilidade dos cuidados oferecidos às populações.

1.2.5.2. Saúde Primária

Nos últimos anos o Executivo angolano investiu 300 milhões de USD nos cuidados primários de

Saúde, através do Programa Integrado de Intervenção Municipal e outros projectos. Além das construções, reabilitações e apetrechamentos das US de todos os níveis; o executivo investiu na admissão de novos quadros para o sector da saúde. Em dois concursos públicos, foram admitidos mais de 20.000 novos médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e outras categorias.

Alguns indicadores dessa área, assim como do VIH, deveriam ter sido actualizados com a realização do Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS) em 2020. Infelizmente, devido às restrições impostas pela pandemia da Covid-19, o IIMS foi adiado em 2020.

De realçar que, segundo o IIMS 2015-2016, apenas 40% das grávidas fez a 1ª CPN durante o primeiro trimestre de gravidez e que 18% não fez nenhuma CPN. Por outro lado, 70% das mulheres declarou ter enfrentado problemas de acesso aos cuidados de Saúde, como necessidade de autorização para ir à consulta (30,5%), a distância do centro de saúde (51,8%) e os problemas financeiros (63%).

A saúde materna e infantil é uma prioridade nacional e um grande desafio, principalmente nas áreas mais recônditas. Este fato levou o governo angolano a criação do Decreto Presidencial Nº 52/12 de 26 de Março, da Comissão Nacional de Auditoria e Prevenção de Mortes Maternas, Neonatais e Infantis.

Tabela 1. Principais indicadores de Saúde materna e infantil

Indicador	Valor
Mortalidade materna por 100 000 nados vivos	239/100 000
Mortalidade neonatal por 1000 nados vivos	24/1000
Mortalidade em menores de 1 ano de idade por 1000 nados vivos	44/1000
Mortalidade nos menores de 5 anos	68/1000
Acesso aos serviços de Saúde	44,6%
Consulta pré-natal 1	81,6%
Consultas pré-natal 4+	61,4%
Cobertura partos institucionais	45,6%
Parto assistido por pessoal qualificado	49,6%
Consulta pós-natal nos primeiros dois dias após o parto	23,3%
Cobertura vacinal 12 - 23 meses	28,3%
Cobertura vacina contra VHB ao nascer	44,1%
Malnutrição crónica nos menores de 5 anos	38%

Fonte: IIMS 2015-2016

A incorporação de elementos da saúde primária nas actividades do VII PEN é vista como sendo fundamental para garantir uma abordagem integrada e holística a resposta nacional. O fortalecimento dos sistemas de saúde primária garante que os pacientes tenham acesso a serviços de qualidade e eficazes.

Angola tem marcado passos a caminho do fortalecimento da integração dos serviços primários com outros serviços de saúde tais como o do VIH. Existem orientações e políticas nacionais para a integração dos serviços de testagem das hepa-

tites virais, sífilis, VIH e outras ITS nas consultas de rotina em US publicas, como por exemplo.

Apesar do actual progresso, os cuidados de saúde primários continuam limitados por muitos fatores, incluindo os determinantes socioeconómicos da saúde, que têm um efeito mais notável nas populações-chave e vulneráveis. Além do mais, muito esforço ainda é necessário para maior envolvimento da comunidade para garantir que as respostas sejam adaptadas às necessidades locais e que os pacientes sejam apoiados em suas comunidades.

FOTO: ARTUR FRANCISCO ICAP



02. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

FOTO: INLS



2.1. Epidemiologia do VIH em Angola

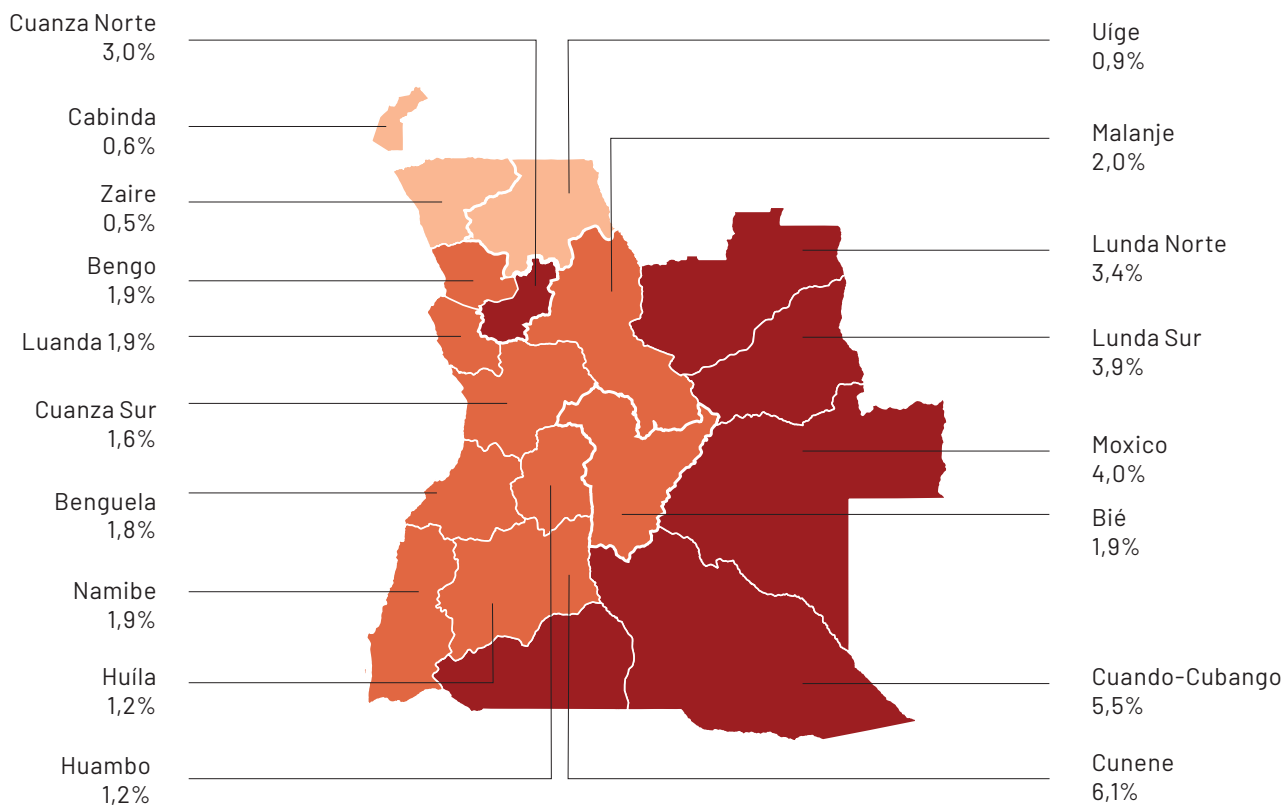
2.1.1. Prevalência

Segundo o IIMS 2015-2016, Angola apresenta uma epidemia do tipo generalizada com uma prevalência estimada a 2%, uma das baixas da sub-região SADC. O meio rural é menos afetado (1,5% contra 2,1% no meio urbano).

Observam-se disparidades entre as províncias do Norte do país, que apresentam as prevalências mais baixas e as províncias do Sul e Leste,

que apresentam as taxas mais altas. As províncias com prevalências mais altas são as que fazem fronteira com países cuja prevalências são superiores à 10% (Namíbia, República Democrática do Congo e Zâmbia). Luanda, capital do país que alberga quase 30% da população, apresenta uma prevalência de 1,9%, próxima da média nacional

Gráfico 2. Prevalência do VIH por Província



IIMS 2015-2016

A prevalência do VIH é maior na faixa etária dos 35-49, maior em mulheres (2,6%) em relação aos homens (1,2%); os jovens dos 15-24 anos tem uma prevalência de 0,9%, sendo mais alta em mulhe-

res (1,1%) e na faixa etária dos 20-22 anos (2,1%). (IIMS,2015- 2016).

Na ausência de um sistema integrado de Notificação Individual de casos que permita retirar du-

plicidades, os países, com o apoio da ONUSIDA, utilizam o software estatístico *Spectrum*³ e o seu auxiliar *Naomi*⁴, que através do uso de dados de rotina, das projeções populacionais do Instituto Nacional de Estatística (INE), dos estudos po-

pulacionais, e de pressupostos programáticos; calcula através de modelos matemáticos as estimativas de indicadores de impacto conforme demonstrado na **tabela 2**

Tabela 2. Principais Indicadores de VIH e SIDA, em Angola 2022

Indicadores de Impacto	Estimativas
Pessoas vivendo com VIH	310.000
Crianças (0-14) anos que Vivem com VIH	35.000
Mulheres que Vivem com VIH	200.000
Novas Infecções	15.000
Novas Infecções em crianças	3.700
Mortes relacionadas a SIDA	13.000
Indicadores Programáticos	Estimativas
PVVIH que sabem seu estado serológico todas as idades	58%
PVVIH que sabem seu estado serológico adultos	62%
Cobertura TARV todas idades	46%
Cobertura TARV adulto	49%
Cobertura TARV criança	22%
Cobertura PTMF	79%
Transmissão vertical	15%

Fonte: Spectrum /INLS (2022)

2.1.2. Incidência da infecção por VIH e Taxa de Mortalidade por SIDA

Entre 2010 e 2022, Angola observou uma redução na incidência de 1,23% para 0,44% por 1000 habitantes. O número anual estimado de novas Infecções foi de 15.000 (12.000-23.000) e mortes relacionada por SIDA de 13.000 (10.000-17.000) (Spectrum,2022).

Em relação as estimativas de taxa de incidência reportada por idade e sexo, o grupo técnico de monitoria, após análise cuidadosa dos resultados de incidência desagregado produzido pelo software *Naomi* (2021), achou prudente a não utilização do mesmo pelo facto da sua base serem: (1) os dados de rotina de unidades sentinelas CPN

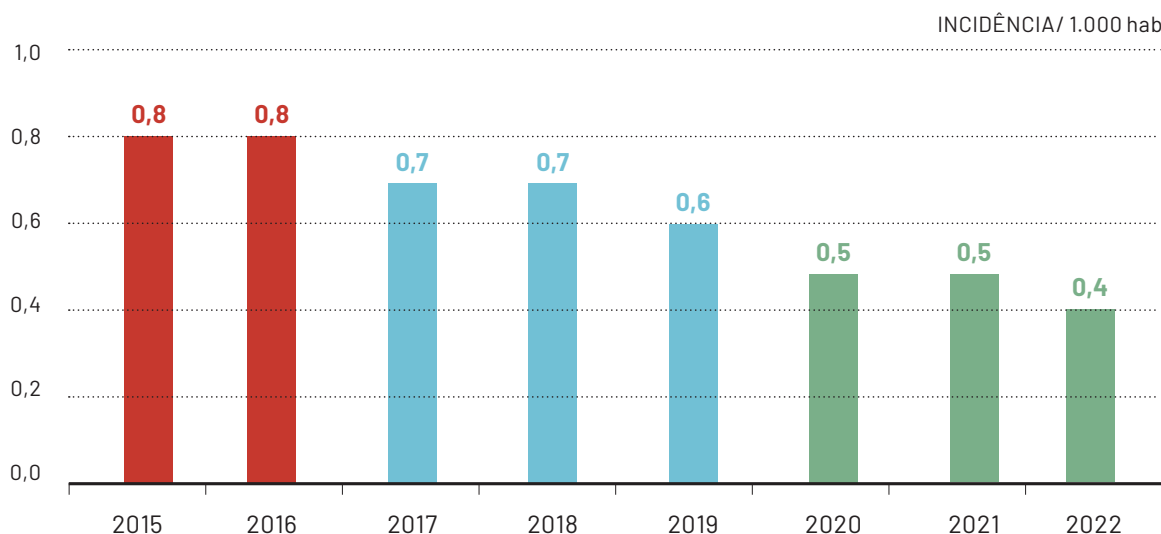
3 O spectrum é um sistema de modelos de políticas que apoiam a análise, o planeamento e a defesa de programas de saúde. Um dos seus modulos, o *AIDS Impact Model (AIM)*, permite estimar e projectar dados epidemiológicos do VIH.

4 O Naomi é um modelo estatístico bayesiano que combina resultados múltiplos de várias fontes de modo a permitir estimativas até no nível subnacional sobre a prevalência de VIH, número de PVVIH, cobertura de TARV e novas infeções por VIH por sexo e grupo etário.

que precisam ser actualizadas e cuja vigilância epidemiológica carece de maior qualidade; (2) o IIMS 2015-2016 que ao passar pelo menos cinco

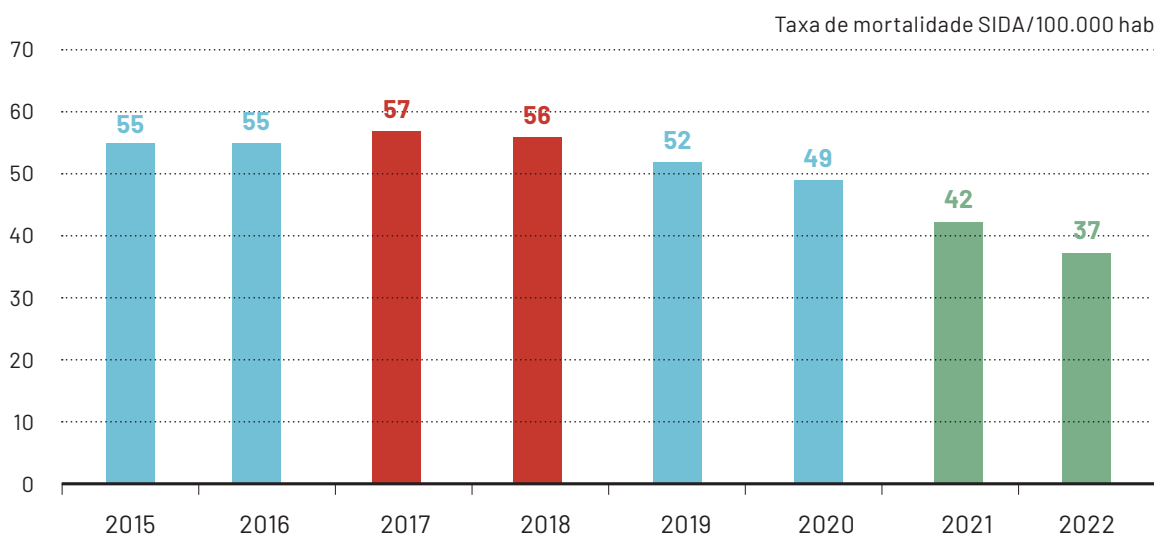
anos pode já não ser apropriado para inferir sobre os cálculo de incidência podendo introduzir vieses inapropriadas na análise em questão.

Gráfico 3. Incidência da infecção por VIH em Angola, por 1.000 hab, 2015 a 2022



Fonte: Spectrum 2022/INLS

Gráfico 4. Taxa de mortalidade relacionada a SIDA, em Angola, por 100.000 hab, 2015 a 2022



Fonte: Spectrum 2022/INLS

2.2. Epidemiologia das Hepatites Virais e outras ITS em Angola

Em Angola, dados publicados apontam para a caracterização do país como sendo de alta prevalência para Hepatite B. Contudo, as informações no país ainda são restritas, especialmente para avaliação de possíveis diferenças regionais e grupos populacionais. Se há poucos estudos para Hepatite B, para a Hepatite C são ainda mais exíguos, assim como para outras ITS.

Estudos nacionais de seroprevalência identificaram taxas de infecção pelo VHB de 8,7% em 2004, 12,1% em 2005 e 8,4% em 2007, a partir de dados colhidos em consultas de acompanhamento pré-natal. Num estudo realizado num hospital público em Luanda, publicado em 2010, foram analisadas serologias de 508 pacientes, encontrando-se uma prevalência de HBsAg de 15.1% e antiHBc de 79.7%.

Outro estudo avaliou dados de prevalência de Infecções Transmissíveis em doadores de Sangue na província de Bié. Entre 2005 e 2020, foram coletados dados de 57.979 doadores de sangue, retrospectivamente, sendo que a maioria das doações (70,7%) ocorreram entre 2016 e 2020. Entre os doadores registados, a prevalência geral de VHB foi de 8,4% (IC 95%: 8,2–8,7), sendo que foi maior entre os homens (9,0%) do que entre as mulheres (6,8%). No mesmo estudo, a prevalência de Hepatite C foi 3% e de Sífilis 4,4%.

Em 2021, o estudo de seropositividade e fatores sociodemográficos associados ao VIH, VHB, VHC e sífilis em 500 parturientes da Maternidade Irene Neto na cidade do Lubango (Huíla), o HBV foi detectado em 8,6% (43/500, IC 95% 6,5 a 11,4)

destas. Nenhum caso de Hepatite C foi detetado e a prevalência de sífilis foi 1%.

Um estudo sobre desafios duradouros na prevenção da transmissão vertical do vírus da Hepatite B em Angola, realizado entre Julho e Setembro de 2007, com 1.012 gestantes dos 13 a 46 anos (média 24,5±6.6) testadas para HBsAg, encontrou 88 (8,7%, IC 95%: 6,9–10,6) com resultados positivos, e nenhum fator de risco significativo foi associado à infecção pelo VHB.

De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Sangue de Angola, a prevalência de HBsAg entre doadores de sangue foi 6,1% no ano de 2019, 6,5% em 2020 e 4,5% em 2021. Para o anti-HCV, as prevalências encontradas foram de 1,3% em 2019, 2,3% em 2020 e 1,5% em 2021. Em relação a sífilis, foram de 1,5% em 2019, 1,9% em 2020 e 1,4% em 2021. Uma provável justificação para prevalências mais baixas do que encontrada em estudos seria a presença de doadores assíduos, diminuindo assim a proporção de pessoas que ainda não conhecem seu estado serológico.

De acordo com os achados dos estudos, o MINSA priorizou o início da implantação do Protocolo de Hepatites Virais pela Hepatite B, em 2020.

O início da implantação foi prejudicado pela epidemia da COVID-19, e teve melhor desenvolvimento apenas em 2022. No momento encontra-se implantado nas províncias de Luanda, Benguela, Cuanza Sul e Huíla, mas a falta de financiamento para a oferta de diagnóstico e pacote completo de tratamento tem dificultado a expansão e consolidação desta componente.

2.3. Estudos em Populações Chave

Com financiamento da SADC, em 2016 o INLS conduziu um estudo sero comportamental em Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS) em Luanda e Benguela e encontrou uma prevalência de 10,5% para VIH e 2,6% para sífilis.

Entre 2016 e 2017, o projecto LINKAGES (financiado pela USAID) conduziu, sob a liderança do

INLS, um estudo sero comportamental em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Mulheres Trabalhadoras do Sexo (MTS) e transgéneros. O estudo foi realizado em 5 províncias (Benguela, Luanda, Bié, Cabinda e Cunene). Encontrou-se as seguintes prevalências conforme tabela 3.

Tabela 3. Prevalência de Infecções de Transmissão Sexual entre populações-chave, Angola, 2017

ITS	Trabalhadoras de sexo	Homens que fazem sexo com homens	Mulheres transgénero
Clamídia	11%	6%	12%
Gonorreia	11%	3%	5%
Hepatite B	7%	13%	7%
VIH	8%	2%	9%
Sífilis	3%	2%	0.3%

Fonte: USAID/PEPFAR/LINKAGES (2017). LINKAGES Angola Project 2017. Mapeamento programático e prevalência de VIH e Outras ETI entre populações-chave de Angola: o estudo PLACE.

2.4. TB/VIH

A co-infecção TB/VIH registada nos últimos anos é de aproximadamente 12%. A tuberculose é a primeira causa de morte entre as PVVIH. O reforço da parceria entre o Programa Nacional de Controlo de Tuberculose (PNCT) e o INLS e as actividades colaborativas TB/VIH foram definidas através de um Decreto Ministerial em Março de 2018.

No entanto, apesar do decreto, as reuniões trimestrais do comité não são realizadas regularmente; a integração das actividades de VIH e Tuberculose é limitada em ambos os lados: no final de 2021, 71% dos doentes com tuberculose realizaram o teste de VIH e receberam o seu resultado. Apenas 42% das PVVIH iniciaram o tratamento preventivo da Tuberculose (TPT) e apenas 47% dos pacientes co-infectados foram colocados em TARV (Relatório TB, 2021).

2.5. Avaliação Rápida dos Principais Indicadores Chave do VI PEN

2.5.1. Resultados

O VI PEN foi elaborado em 2018 com a participação de grupos prioritários da resposta e seguiu os compromissos adoptados por Angola de alcançar a meta global de eliminação da epidemia da SIDA como ameaça de saúde pública até o ano de 2030 e alcançar as metas intermediárias da ONUSIDA dos 90/90/90 (diagnosticar 90% das pessoas com VIH, ter em TARV 90% das pessoas diagnosticadas e ter 90% das pessoas em TARV com carga viral (CV) suprimida até 2020, entre outros compromissos. Uma avaliação rápida dos resultados deste plano pode ser encontrada no documento “*Balanço do VI Plano Estratégico da Resposta ao VIH/SIDA, Hepatites Virais e Outras Infecções de Transmissão Sexual.*” tendo tido os seguintes principais achados:

Alcance das Metas Globais 90-90-90: Até 2022, Angola tinha em todos os grupos etários, 58% pessoas vivendo com o VIH com estado serológico conhecido, deste, 46% estavam em terapia antirretroviral e para o terceiro noventa (90% das pessoas em TARV com carga viral suprimida), Angola apresentou uma baixa cobertura de pacientes em TARV com acesso a CV de cerca de 38%, o que não permitiu extrapolar os resultados da supressão viral para toda a população de PV-VIH em TARV. Na obstante, entre os que realizaram o exame de CV, a supressão viral foi de 82% (*Spectrum, 2022*).

Eixo 1: Promoção em Saúde: Grande parte das acções neste eixo não foram desenvolvidas e por consequência, as metas não foram alcançadas. A pouca integração entre o Ministério da Educação (MED) e o MINSA em acções de saúde foi uma das principais barreiras para a não promoção da temática sobre saúde sexual reprodutiva (SSR) no ensino secundário e formação a professores.

Houve poucas acções de informação, educação e comunicação direccionadas as populações no que concerne ao VIH, SSR e outras ITS. Adicionalmente, não houve projectos específicos para promover e auxiliar os jovens e as populações chave vivendo com o VIH a desenvolverem-se socioeconomicamente.

Eixo 2: Prevenção: Angola esta entre os 28 países críticos para a redução de novas infecções a nível global fazendo parte da Coligação Global da Prevenção. Durante o período vigente do VI PEN, não foi possível aferir o aumento do conhecimento abrangente sobre prevenção do VIH, Hepatites virais e outras ITS na população geral, nem foi possível aferir se houve um aumento da utilização de preservativo pelos jovens (15-24 anos) por falta de um *Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS)* actualizado, uma vez que o último foi feito em 2015.

Olhando para o estado das dez acções do roteiro de Prevenção para Angola conforme estabelecido na estratégia “Roteiro de Prevenção do VIH até 2025”⁵ pela Coligação Global da Prevenção, observou-se que até 2022, quatro dos dez pontos identificados como chave para uma boa programação em prevenção estão em conformidade as recomendações globais, nomeadamente:

- a) A identificação das necessidades de prevenção (Balanço do VI PEN);
- b) O estabelecimento das estratégias chave de prevenção com metas específicas (VII PEN e Plano Operacional de Prevenção);
- c) Definição dos pacotes do serviço básico para as populações chave e para as meninas adolescentes e mulheres jovens e

- d) O exercício para estimar o número de jovens (mulheres e homens) em maior risco à infeção do VIH/SIDA por local e idade (em progresso, 2023)

No entanto, duas das restantes acções do roteiro de prevenção encontram-se estagnadas pois a sua execução esta directamente ligados a financiamento, são estas:

- a) A operacionalização e acompanhamento das recomendações da análise do Ambiente Jurídico e Legal feito em 2021 e
- b) A realização de um estudo sero comportamental de VIH/SIDA e outras ITS e hepatites virais para as populações chave.

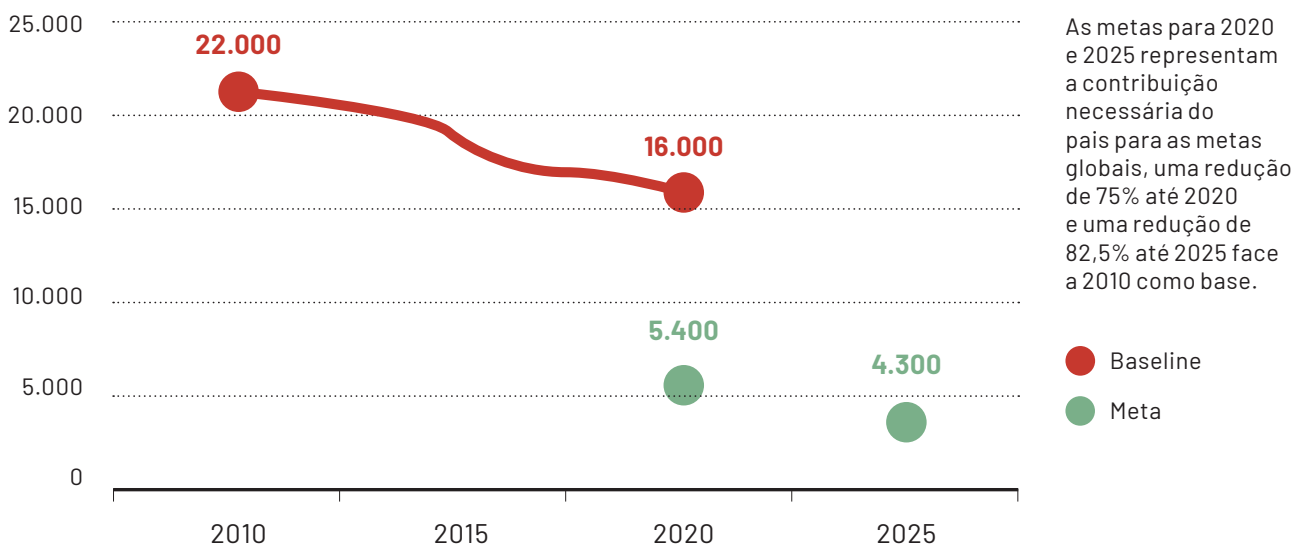
As outras três acções relacionadas a monitoria, análise de desempenho continuo e a capacitação de recursos humanos para fortalecimento do pi-

lar de prevenção, estas exigem de nós um esforço continuo e seguro demonstrado pelo compromisso adoptado pelo governo de Angola perante a Coligação Global da Prevenção.

Pode ser encontrado um resumo sobre o estado da prevenção em Angola na página web da Aliança de Prevenção do VIH (ONUSIDA, 2021)⁶ e o estado das 10 rotas para melhorar o estado de prevenção.

Apesar da limitação nos dados de prevenção, Angola teve nos últimos 10 anos (2010-2020), uma redução de 43% em novas infeções, um marco importante, apesar do mesmo não ter o alcance almejado pelas metas globais (até 2020, reduzir as novas infeções em 75% (6000-7000) e em 82,5% (2000-3000) em 2025 conforme ilustrado na figura abaixo.

Gráfico 5. Novas Infeções Entre 2010–2020 vs Metas Globais



Eixo 3: Diagnóstico VIH, Hepatites Virais e outras ITS: As estimativas do *Spectrum* apontam para 42% de PVVIH que não conhece o seu estado. Apesar disto, no período do VI PEN houve avanços importantes na cobertura do diagnosti-

co precoce infantil (DPI); cobertura da testagem do VIH em gestantes, e na expansão do acesso a CV no território nacional conforme indicado abaixo.

6 [Angola-poster-1.pdf \(unaids.org\)](#)

Tabela 4. Indicador de Diagnóstico com alcance e sucesso na resposta VI PEN

Indicador de Diagnóstico com Alcance no VI PEN			
Área	Linha de Base e Resultado	Meta	Comentário
Cobertura de testagem do VIH em gestantes	40% - 89%	70%	Meta ultrapassada em 22%.
N. de laboratórios de testagem de CV por província.	1 - 22	18	Meta ultrapassada em 22%.

Eixo 4: Cuidado e Tratamento das Pessoas Vivendo com VIH/SIDA, Hepatites Virais e outras ITS

Entre 2018 a 2022, em todas as idades, houve um incremento de 45% na cobertura de TARV (de 29% a 48%), ainda aquém do alcance da meta global dos 95%.

Os principais Indicadores chave relacionados a TB/VIH, ITS e hepatites virais não tiveram bom desempenho ou não tiveram informação disponível (Relatório do Balanço VII PEN: pg18-24).

Tabela 5. Indicador de Cuidado e Tratamento com Alcance e Sucesso na Resposta VI PEN

Indicador de Cuidado e Tratamento com Alcance na Resposta VI PEN			
Área	Linha de Base e Resultado	Meta	Comentário
cobertura de TARV em gestantes VIH positivas	34% - 79%	70%,	Meta ultrapassada em 12%.

Eixo 5: Gestão da resposta ao VIH/ SIDA, hepatites virais e outras ITS: A análise da resposta nacional neste eixo, teve quatro principais focos: (1) a gestão do sistema de informação; (2) gestão e alocação financeira; (3) gestão da cadeia de abastecimento e, (4) gestão, capacitação e formação de RH. Tendo em mente o contexto socioeconómico do período, cujos efeitos negativos da pandemia da COVID-19, impactou diretamente a gestão da resposta, destaca-se os seguintes principais resultados:

> **Gestão do sistema de informação:** Durante a vigência do VI, foi feita a expansão dos novos instrumentos integrados de registo e recolha de informação no nível sanitário nas 18 províncias, em todos municípios de Angola e em pelo menos 70% das US permitindo uma maior abrangência e disponibilidade de dados, o que informou e impactou a qualidade da programação.

O SIS comunitário existe desde 2017 e teve a sua adopção na plataforma de informação estraté-

gica em Saúde de Angola (DHIS2) a partir do ano 2019. Grande parte das OSC desconhecem e as que conhecem não fazem o uso da mesma por falta de elegibilidade para o efeito. O mesmo precisa maior integração no sistema nacional de gestão da informação para tomada de decisão.

> **Gestão de Recursos Humanos:** A análise sobre a gestão de RH olhou para a monitoria da prestação de serviços de VIH pelos profissionais de saúde e as ferramentas disponíveis de apoio ao desempenho dos profissionais de saúde. Observou-se que não existe na maioria das US uma descrição do trabalho que delinea tarefas, funções e expectativas. Adicionalmente, não há mecanismos em vigor que facilita o feedback de desempenho entre os trabalhadores da saúde, os supervisores e os utentes. De realçar que nos últimos três anos, mais de 30 mil novos técnicos foram admitidos e alocados pelo MINSA em todos os níveis do SNS das 18 províncias, privilegiando os

cuidados primários. Um grande investimento tem sido feito na formação de quadros.

> **Gestão Financeira:** O custo total do VI PEN para o período de 2019-2022 foi estimado em cerca de 413 mil milhões de Kwanzas (USD 843 milhões), com um custo médio anual de 120 mil milhões de Kwanzas (USD 244 milhões). O "Balanço do VI PEN apontou as seguintes observações:

- Os recursos para a execução do PEN não são apenas os recursos alocados pelo Governo de Angola (GoA) ao INLS. Deve haver recursos para a resposta ao VIH, Hepatites virais e outras ITS em outros órgãos e sectores tanto do Governo (outros Departamentos do MINSA, outros Ministérios que fazem parte da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e grandes endemias), sector privado, parceiros.
- Os recursos empregados na resposta nacional ao VIH, Hepatites Virais e outras ITS não pode ser aferido na sua totalidade, em parte por (exceto o recurso que é executado pelo INLS) falta de um sistema de gestão financeira do GoA; definições que permitam separar e identificar gastos específicos com este programa.
- Em relação aos recursos do Orçamento Geral do Estado (OGE) alocados ao INLS, no período de implantação do VI PEN a percentagem da lacuna financeira entre o que o INLS solicitou e o que recebeu variou entre 61%-75% durante os quatro anos.
- Não se conseguiu obter os recursos executados por outros Ministérios, pelos governos provinciais, municipais e por instituições privadas.
- As contribuições informadas pelos principais parceiros internacionais, contabilizam todos os gastos que realizam no país, incluindo os altos custos administrativos, e não apenas o que de fato se aplica em actividades previstas no PEN.
- Relativamente às despesas realizadas no programa do VIH, o Relatório Financeiro do INLS (2022:6) aponta que a aquisição de medicamentos e distribuição dos prin-

cipais insumos relacionados a prevenção, testagem e cuidados e tratamento das PVVIH teve um peso de 82% do orçamento executado em 2022.

- Devido aos problemas na orçamentação do VI PEN (que pode estar superestimado) e ao déficit de informação sobre os recursos alocados e executados em acções e actividades da implantação do VI PEN, torna-se complexo fazer uma avaliação fiável da lacuna financeira.

> **Gestão da Cadeia de Abastecimento:**

A análise sobre a gestão da cadeia de abastecimento olhou para a monitoria da ruptura de stock de ARVs e testes de diagnóstico de VIH. Observou-se que não foi feita a monitoria da ruptura de stock de ARVs e testes de diagnóstico de forma sistemática apesar de que as visitas de supervisão pelo programa contemplam a monitoria deste indicador, no entanto não foram levadas a cabo um levantamento sistemático e abrangente para reporte do mesmo. Outrossim, monitorização do estoque de preservativos - o método mais importante de prevenção do VIH/SIDA deve ser incluído na programação.

Eixo 6: Zero Discriminação: O resultado do balanço na componente do estigma e discriminação, demonstrou a realização de poucas actividades abrangentes de formação e informação educativas sobre estigma e discriminação e direitos e deveres do utente nas US. O resultado da pesquisa Índice de Estigma e Discriminação de 2021 apontou para 11% de discriminação entre técnicos de saúde prestando serviço a PVVIH. Verificou-se ainda a não implementação do plano de Acção para o Ambiente Jurídico Favorável da Estratégia Nacional para populações-chave e vulneráveis por falta de planificação, recursos financeiros e apoio técnico.

Sobre o ambiente legal, não foi alvo de campanhas para reversão e consciencialização dos resultados negativos a resposta questões como a exposição pública vergonhosa sobre a não-divulgação e transmissão do VIH e a criminalização da discriminação com base em género e orientação sexual.

2.5.2. Principais Recomendações

Principais Recomendações para o VII PEN	Diferencial do VII PEN
<p>Que o VII PEN seja um plano de reforço dos últimos dois planos estratégicos, centrado no utente, focado na eliminação dos factores que impedem a redução da incidência do VIH em todas as populações, principalmente a população pediátrica, gestantes, jovens com destaque as adolescentes e jovens, populações vulneráveis como prisioneiros e populações-chave.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorização geográfica através da categorização das provinciais baseada na prevalência, incidência, peso de PVVIH, prevalência em mulheres e taxa de fecundidade; 2. Produção e utilização de dados desagregadas para melhor programação. 3. Diferenciação das abordagens de prestação de serviços por uma categorização de baixo, médio e alto impacto. 4. Adopção de modelos funcionais, replicáveis e custo-efectivos; 5. Fortalecimento dos serviços de prevenção, testagem e cuidados e tratamento do VIH, Hepatites Virias, Sífilis e TB. 6. Priorização da integração dos serviços em áreas prioritárias de alto impacto. 7. Implementação diferenciada com base na obtenção de resultados diferentes. 8. Reactivação de antigas parcerias público-privadas e estabelecimento de novas parcerias 9. Educação e actualização da abordagem sobre barreiras aos direitos humanos e do género que impedem ou dificultam o acesso aos serviços. 10. Fortalecer as acções de integração e fortalecimento de sistemas para responder a surtos e pandemias com o mínimo de interrupção aos serviços prestados as PVVIH.
<p>Foco na redução de novas infecções pediátrica.</p>	
<p>Foco na expansão de esforços de prevenção eficazes e consolidação das 10 acções prioritárias do roteiro da coalizão global de prevenção.⁷</p>	
<p>Fortalecer a adesão dos utentes em tratamento através de incentivos e apoio social tais como cestas alimentares, apoio a transporte, apoio medicamentoso suplementar ou transferência monetária.</p>	
<p>Foco na diminuição de vulnerabilidades sociais entre as populações-chave e vulneráveis.</p>	
<p>Reforço dos sistemas de saúde através da resposta comunitária.</p>	
<p>Aumento da abordagem de barreiras relacionadas aos direitos humanos e desigualdades de género.</p>	
<p>Reactivação ou fortalecimento das parcerias interministeriais, parceiros externos, privados, sociedade civil e entre os vários programas nacionais.</p>	
<p>Orçamento realista com compromisso efectivo de desembolso em tempo oportuno e plena utilização de fundos para maior chance de alcance das metas.</p>	
<p>Replicar em provincias chave, um plano de aceleração do VIH seguindo o modelo do Plano de Luanda 2022-2026, orientando para todas as provincias a apropriação e actualização dos planos operacionais do VIH/SIDA anualmente.</p>	
<p>Análise dos dados financeiros anualmente.</p>	
<p>Fortalecer o programa de VIH como pilar fundamental de integração com os outros programas de saúde de modo a permitir uma resposta a pandemias, surtos, emergências e situações de interrupções dos serviços de saúde.</p>	

7 [Angola-poster-1.pdf \(unaids.org\)](#)

03. ABORDAGEM ESTRATÉGICA DO VII PEN 2023-2026

FOTO: INLS



Em honra do legado
e liderança de

**CARLOS
FERNANDES**

DIRECTOR DA ONG IRIS

12/10/1983 - 26/02/2024



3.1. Visão

Ser um país bem-sucedido no controlo do VIH/SIDA, Hepatites virais e outras infecções de transmissão sexual como problemas de saúde

pública; livre do estigma, discriminação e outros impactos negativos destes agravos.

3.2. Missão

Garantir a implementação das estratégias integradas e definidas no VII PEN centradas nos indivíduos de forma sustentável, visando a equidade,

a acessibilidade aos serviços, a promoção dos direitos humanos e de género bem como a redução do estigma e discriminação.

3.3. Princípios Orientadores da Resposta

- > Descentralização - responsabilidade e autonomia em todas as esferas de governo, fornecendo condições de gestão, técnicas, administrativas e financeiras para assegurar a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, sem discriminação.
- > Equidade - reconhece que os indivíduos são diferentes entre si e merecem, portanto, tratamento diferenciado que elimine ou reduza a desigualdade.
- > Integração - das acções dos vários sectores da resposta, governamentais e não governamentais.
- > Multissectorialidade - os diferentes actores públicos, privados e da sociedade civil, são chamados a intervir nas acções de prevenção, cuidado e tratamento do VIH/SIDA, hepatites virais e outras ITS.
- > Participação social - a sociedade deve participar no dia-a-dia da resposta, na formulação e acompanhamento da execução de políticas públicas.
- > Estratégias orientadas por evidência - implementadas com base em pesquisas locais e globais, e monitorizadas efetivamente.
- > Respeito aos direitos humanos - base para todas as intervenções, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos.
- > Responsabilização - política, institucional e social, directa ou indirecta, sobre as intervenções em saúde;
- > Sustentabilidade - garantia de recursos financeiros, materiais e humanos para o desenvolvimento das acções;
- > Universalidade - todos os cidadãos, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às acções e serviços de saúde.
- > Vulnerabilidade - social, programática e individual das populações, exigindo intervenções de qualidade nos níveis estrutural, biomédico e comportamental

3.4. Objetivo Geral

Reduzir as novas infecções pelo VIH e a mortalidade relacionada a SIDA, mitigando os determinantes sociais que agravam a epidemia e eliminando o estigma e a discriminação relacionados à doença.

3.5. Objetivos Estratégicos

Tabela 6. Objectivos estratégicos

Objectivo Estratégico 1	Objectivo Estratégico 2	Objectivo Estratégico 3	Objectivo Estratégico 4	Objectivo Estratégico 5	Objectivo Estratégico 6
Reduzir as novas infecções por VIH, hepatites virais e outras ITS.	Garantir o diagnóstico precoce do VIH, hepatites virais e outras ITS na população.	Reduzir as mortes relacionadas a SIDA e melhorar o bem-estar das PVVIH.	Reforçar a informação estratégica para orientar a gestão e promover a liderança responsável e a parceria para a entrega de resultados.	Criar um ambiente ético e jurídico favorável para a redução do estigma e discriminação e violência baseado no género.	Reforçar a integração dos sistemas comunitários e de saúde e promover uma abordagem baseada no indivíduo e nos direitos humanos.

3.6. Metas Estratégicas até 2026

- > Reduzir a incidência por VIH de 0.44% para 0.31% (50%) em todas idades.
- > Reduzir a taxa de transmissão mãe-filho de 15% em 2022 para 6% em 2026.
- > Identificar 75% das pessoas estimadas a viver com VIH.
- > Aumentar a cobertura em adultos de 46% em 2022 para 70%.
- > Aumentar a cobertura do TARV pediátrico (0-14 anos) de 22% em 2022 para 70% em 2026.
- > Aumentar a cobertura de TARV em Gestantes de 80% em 2022 para 95%.
- > Aumentar a cobertura de CV para 75% entre PVVIH em TARV e para 80% entre gestantes em TARV.
- > Aumentar a supressão viral de pessoas em tratamento para 90%.
- > Aumentar de 11 para 18 as políticas e práticas legislativas que melhorem o ambiente ético e jurídico.

04. PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

FOTO: ARTUR FRANCISCO ICAP



4.1. Eixos Estratégicos

Foram recomendados os seguintes seis eixos estratégicos dos quais se implementados acelerarão o cumprimento do objetivo geral:

Tabela 7. Eixos Estratégicos

Eixo 1 Promoção da Saúde e Prevenção da Transmissão do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e co-infecção VIH/TB.	Eixo 2 Diagnóstico do VIH, das Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB.	Eixo 3 Cuidados e Tratamento das pessoas que vivem com VIH, outras ITS, Hepatites Virais e a co-infecção VIH/TB.
Eixo 4 Gestão e fortalecimento das áreas transversais para a resposta ao VIH/SIDA, das Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB.	Eixo 5 Garantia dos direitos humanos e redução das barreiras estruturais nos serviços de VIH, das Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB.	Eixo 6 Fortalecimento da Resposta Comunitária ao VIH/SIDA, Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB.

4.2. Abordagem de Priorização

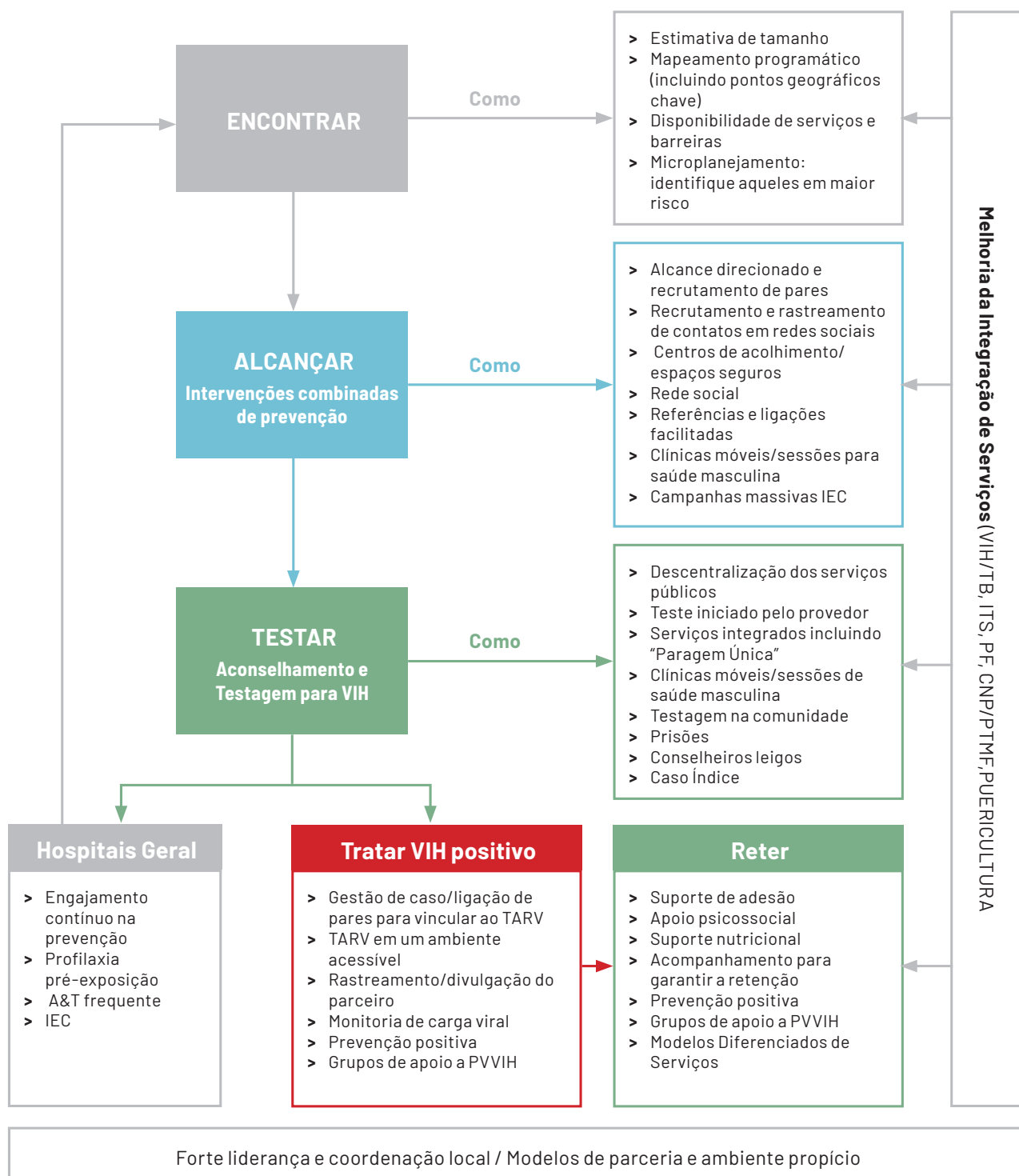
O VII PEN pretende ser um plano prático, focado e acelerado. Para tal é recomendado a existência de um processo de selecção e priorização das acções e actividades para auxílio na tomada de decisões importantes e complexas. O modelo utilizado para guiar a lógica da priorização do VII PEN é o modelo *matriz de decisão de pontuação ponderada/Weighted Scoring*, uma técnica quantitativa amplamente utilizada na priorização geográfica, populacional e de acções e que permite avaliar um conjunto de escolhas em relação a um conjunto de critérios tidos em consideração.

A lógica de priorização do VII PEN, pressupõem que uma vez definida a priorização geográfica, cada província deverá actualizar e custear anualmente o seu plano operacional no âmbito do VIH/SIDA, Hepatites Virais e outras ITS por:

1. Identificar e priorizar o seu grupo-alvo, localidades críticas e o tipo de modelo de serviço por município e /ou distrito;
2. Adequar o modelo de entrega de serviços para atender a necessidade epidemiológica do local, visando uma resposta centrada no utente, localmente apropriada, utilizando sempre que possível, dados de desempenho de rotina, desagregada no nível municipal, distrital e das unidades sanitárias.
3. Desenvolver ou replicar modelos de parceria conforme cenário de cada província para parceiras públicas- privado- ONG- comunidade.
4. Valorizar projectos comunitários arquitetados localmente, que visem apoiar a adesão e a retenção das PVVIH priorizando as populações chave e prioritários.

5. Os projectos na área de apoio nutricional, apoio social e transferência monetária, e outros devem constar de todos os planos operacionais.
6. Monitorar o plano operacional trimestralmente através de um grupo técnico provincial, reportar ao nível central.

Gráfico 6. Abordagem de Prevenção, Cuidados e Tratamento para Populações Prioritárias



4.3. Priorização Geográfica

Tendo em conta a limitação actual de dados desagregados de prevalência e incidência do VIH para o nível municipal, o VII PEN utilizará dados de prevalência e incidência do nível provincial para a priorização geográfica, categorizando a prevalência e a incidência do VIH em três categorias nomeadamente:

Além disso, utilizando dados do CENSO/INE e as prevalências de homens e mulheres de cada província (IIMS 2016), o INLS calculou a percentagem de PVVIH que cada província tem em relação ao total estimado pelo *Spectrum* de PVVIH no país, fator que implica em investimentos diferentes. Neste quesito, também estabelecemos pontuação para as províncias.

Considerando ainda a prioridade da resposta nacional para mulheres, especialmente grávidas e o Programa de PTMF, utilizamos dados do IIMS de prevalência específica em mulheres e taxa de fecundidade, para pontuar cada província.

As faixas de pontuação foram calculadas pelos desvios em relação à média nacional e podem ser observadas na Tabela 6. Na Tabela 7, encontram-se descritas as três categorias de priorização, com sua faixa de pontuação e respectivas recomendações de foco programático.

A Tabela 8 espelha os dados de cada província em cada variável, a pontuação final de cada província e sua respectiva faixa de prioridade.

Tabela 8. Pontuação para classificação de Prioridades Geográfica

Pontuação	Categorização Prevalência (%)	Incidência	% PVVIH	Prevalência Mulheres	Taxa Fecundidade
	IIMS, 2016	Spectrum/Naomi, 2021	IIMS/INE	IIMS, 2016	IIMS, 2016
1	≤ 1,0	≤ 0,9	≥ 5	≤ 1,9	≤ 4,9
2	1,1 - 2,9	1,0 - 1,7	5,1 - 14,9	2 - 3,5	5 - 7
3	≥ 3,0	≥ 1,8	≤ 15	≥ 3,6	≥ 7,1

Tabela 9. Atribuição da Classificação de Prioridade Provinciais

Classificação	Prioridade 1	Prioridade 2	Prioridade 3
Pontuação	12- 15	9 - 11	5 - 8
Tipo de Abordagem/ Modelo de gestão e serviço do VIH	Tipo 1: ACIR Acelerar, Intensificar, Reforçar, a monitoria conjunta, supervisão, reporte e implementação do programa	Tipo 2: IR Intensificar, Reforçar as acções do programa	Tipo 2: AA Acompanhar, Adequar a resposta conforme as acções do programa.

Tabela 10. Atribuição de Prioridades Geográficas, 18 Províncias

Província	Prevalência (15 - 49) IIMS 2015	Prevalência Mulheres (15 - 49) IIMS 2015	Incidência por 1000 (NAOMI 2021)	% estimada de PVVIH	Taxa de Fecundidade (IIMS 2015)	Pontuação	Priorização Geográfica
Bengo	1,9	2,4	0,8	1,5	5,9	8	Prioridade 3
Benguela	1,8	2,1	0,8	7,7	6,6	9	Prioridade 2
Bié	1,9	2,2	1	5,7	8,6	11	Prioridade 2
Cabinda	0,6	1,2	0,6	0,9	4,8	6	Prioridade 3
Quando Cubango	5,5	6,2	2,3	5,7	6,1	13	Prioridade 1
Cuanza Norte	3	4,1	0,8	2,6	7,3	11	Prioridade 2
Cuanza Sul	1,6	2,6	0,5	5,9	7,8	10	Prioridade 2
Cunene	6,1	6,7	2,2	11,9	7,2	14	Prioridade 1
Huambo	1	1,8	0,5	4,1	8	7	Prioridade 3
Huíla	1,2	0,9	0,5	6,0	7,7	9	Prioridade 2
Luanda	1,9	2,5	0,8	25,9	4,5	9	Prioridade 2
Lunda Norte	3,4	3,4	1,5	5,8	7,8	12	Prioridade 1
Lunda Sul	3,9	4,9	1,5	3,9	7,8	12	Prioridade 1
Malange	2	2,7	0,8	3,7	7	8	Prioridade 3
Moxico	4	6,1	1,6	5,7	7	12	Prioridade 1
Namibe	1,9	3	0,9	1,8	6,7	8	Prioridade 3
Uíge	0,9	1,6	0,3	2,5	7,4	7	Prioridade 3
Zaire	0,5	0,6	0,2	0,5	6,2	6	Prioridade 3

4.4. Grupos Prioritários para a Resposta Nacional do VIH em Angola

Grupo Prioritário	Justificação
Pessoas que vivem com VIH	<ul style="list-style-type: none">> O fortalecimento das PVVIH por serem os impulsionadores de mudanças (tanto individualmente como em comunidade organizada) precisa ser reforçada para que possam tomar decisões saudáveis e informadas sobre a sua saúde e engajar em atitude de prevenção positiva. PVVIH precisam ser empoderadas para melhor adesão ao tratamento com objectivo de manter uma supressão viral.
Crianças (0-14)	<ul style="list-style-type: none">> Todos os indicadores de saúde para criança são menos da metade do que o adulto, carecem de maior atenção. Dados do spectrum (2021) aponta que 11% das PVVIH são crianças e que apenas 19% estão em TARV.
Crianças expostas	<ul style="list-style-type: none">> Baixa de diagnóstico geral e baixa cobertura de DPI (3%).
Gestantes e mães amamentando VIH+; gestantes negativas em risco de contrair o VIH	<ul style="list-style-type: none">> Manutenção incremental (75%), da tendência da cobertura de TARV deve ser mantida na luz dos 95-95-95 (Spectrum 2021).> Gestantes seropositivas que não recebem TARV contribuem em primeiro lugar para a nova infecções pediátrica, seguido pelas gestantes em abandono de TARV (stack bar- spectrum, 2021).
Jovens entre os 15-24 anos (mulheres e homens jovens)	<ul style="list-style-type: none">> Mudanças na estrutura familiar diminuiu a tradicional ação social das crianças, deixando os adolescentes insuficientemente preparados para relações sexuais e tornando-os vulneráveis ao sexo precoce e/ou desprotegido.> 65% da população angolana⁸ tem menos de 24 anos de idade, público-alvo crítico para a prevenção do VIH.> As desigualdades sistemáticas prejudicam a vida de mulheres e raparigas, que são responsáveis por metade de todas as novas infeções por VIH a nível mundial. Em cenários de alta incidência na África subsariana, as raparigas adolescentes e mulheres jovens (entre os 15-24 anos de idade) representaram 25% das infeções pelo VIH em 2020, apesar de representarem apenas 10% da população total.> Em Angola, um terço (35%) das adolescentes entre os 15-19 anos começam a sua vida reprodutiva (IIMS 2015-2016) colocando as mesmas numa situação de vulnerabilidade a infecção por VIH. O risco da infecção por VIH é quase três vezes superior a homens jovens (5.155 contra 1.832)⁹.> O baixo conhecimento da prevenção do VIH de 32.5%¹⁰ em mulheres jovens, implica que as primeiras experiências sexuais a tornam vulnerável à aquisição de VIH, ITSs e gravidez indesejada.> Baixo conhecimento sobre a prevenção do VIH de 31.6%, ainda menos do que as raparigas da mesma idade.¹¹

8 IIMS (2016), op. cit.

9 IIMS, 2016, op. cit.

10 UNAIDS, 2020, op. cit. [HIV in Angola | UNAIDS](#)

11 UNAIDS, 2020, op. cit.

População-Chave (MTS, HSH, TG)

-As populações-chave e os seus parceiros sexuais foram responsáveis por cerca de 65% das novas infeções por VIH em todo o mundo em 2020 e 93% das infeções fora da África Subsaariana.

- Angola apresenta estudos epidemiológicos desactualizados para orientar com maior eficácia a programação: uma alta taxa de prevalência entre a população chave (TS é 8%, HSH é 2%, e TG é 9%).

-Alto grau de estigma, discriminação e até violência em contextos públicos e privados, incluindo centros de saúde (11%, Pesquisa Estigma e Discriminação, 2021) e serviços públicos em geral, nas escolas, família e de agentes da lei.

-Limites na Lei 8/04 relativa a proteção dos direitos de igualdade, saúde e segurança social das PCV (com exceção das pessoas privadas da sua liberdade).

Prisioneiros, Camionistas de longo curso e órfãos que vivem com VIH.

- Alto risco de infecção. Pouca informação de estudos ou pesquisas epidemiológicas para orientar acções eficazes. Vulnerabilidade social. Alto nível de estigma e discriminação.

De realçar que Angola não inclui os usuários que injetam drogas por não ter um estudo feito a esta população para servir de base para a programação. No decorrer do VII PEN, far-se-á uma pesquisa operacional para aumentar o nível de conhecimento e riscos associados a este grupo.

4.5. Pacotes de Serviços Essenciais

Os serviços devem ser apoiados por um forte elemento de empoderamento da comunidade e vinculados a um sistema mais amplo de facilitadores críticos e sinergias estruturais de saúde e desenvolvimento, em particular o fortalecimento dos sistemas de saúde, proteção social e igualdade e normas de gênero. A figura 6 fornece um exemplo da lista abrangente de serviços a serem adaptados por população.

Tabela 11. Serviços Essencias para Pessoas Vivendo com VIH (PVVIH)

	Intervenção comportamental/Social	Intervenção biomédica
PVVIH (Identificar focos de maior risco)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer a criação de demanda e redução de riscos; 2. IEC prevenção; 3. Apoio a vida positiva (saúde, dignidade e prevenção) e mensagem de U=U; 4. Ligação a programas de abuso de álcool/ substâncias; 5. Ligação a programa de saúde mental/ apoio psicossocial/serviços de ITS e Hepatites virais; 6. Empoderamento comunitário (cursos profissionais, alfabetização, ferramentas para o empreendedorismo, etc) e advocacia para direitos humanos; 7. Priorização na ligação de apoios de protecção social tal como transferência monetária social; 8. Apoio Nutricional para melhorar a retenção e adesão; 9. Eliminar o estigma e discriminação em todos os contextos; 10. Melhorar leis e políticas relacionadas ao VIH/TB; 11. Redução de discriminação por género, normas sociais de género e violência baseada no género. 12. MSM, TS, TG, jovens mulheres, crianças e gestantes 13. Igual ao de cima, no entanto adequar, ajustar a programação olhando na especificidade de cada grupo e o tipo de risco. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumentar o uso de preservativos masculinos e feminino e lubrificantes; 2. Promoção e oferta de A&T frequente e regular; 3. Adequar US identificadas para prover serviços amigáveis e específicos a PC e jovens, incluindo pacote de SSR, PF, rastreio, e tratamento de ITS. 4. Testagem baseada na comunidade; 5. Aumentar a cobertura de TARV e apoio a retenção através de modelos de serviços diferenciados; 6. Monitoria do TARV através da CV; 7. Gestão integrada de co-infecções comuns e comorbidades; 8. Integração e reforço das actividades colaborativas entre a TB/VIH (prevenção, tratamento, DOT comunitário, TB/VIH PC). 9. Modelo de profilaxia pré-exposição para PC; 10. Oferta de profilaxia pós-exposição. 11. Adequar, ajustar a programação olhando na especificidade de cada grupo e tipo de risco.

05. EIXOS ESTRATÉGICOS

FOTO: USAIDM2M



5.1. Eixo Estratégico 1: Promoção da Saúde e Prevenção da Transmissão do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e coinfeção VIH/TB

OBJECTIVO ESTRATÉGICO

Reduzir as novas infecções por VIH, hepatites virais e outras ITS e coinfeção VIH/TB.

CONTEXTO

No campo do VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS, o bem-estar na vivência da sexualidade, assim como as condições de vida das pessoas que vivem com VIH, configuram-se como prioridades na promoção da saúde. São objectivos da prevenção: reduzir os factores de risco, diminuir complicações das doenças e proteger as pessoas e grupos de agentes agressivos. A redução das novas infecções pelo VIH tem sido lenta. As novas infecções são mantidas por parcerias múltiplas entre relações sexuais heterossexuais, baixo uso do preservativo, baixa supressão viral e barreiras sociais e estruturais.

CONSTRANGIMENTOS

- > Falta de actividades e material de informação, educação e comunicação;
- > Escassas acções de formação da sociedade civil;
- > Estratégia de Comunicação social pouco eficaz;
- > Pouco envolvimento dos decisores;
- > Poucos técnicos qualificados;
- > Pouca divulgação dos serviços amigos dos A/J a nível comunitário e ministérios;
- > Poucas acções de sensibilização comunitárias e intersectoriais sobre prevenção e promoção de saúde;
- > Plano da Aliança Global de Prevenção não está orçamentado;
- > Dificuldade na obtenção de dados de prevenção;
- > Pouca divulgação dos direitos a saúde na criança, adolescente e jovem;
- > Escassez de recursos para a prevenção;
- > Crenças culturais e tabus.

OPORTUNIDADES

- > Prevenção combinada;
- > Técnicos formados;
- > Protocolo nacional de atendimento aos adolescentes e jovem;
- > Estratégia de prevenção para populações chave e vulneráveis;
- > Serviços amigos dos adolescentes e jovens;
- > Integração intersectorial;
- > Parceiros internacionais.

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2026, oferecer pacotes de prevenção combinada em pelo menos 60% dos municípios contendo as maiores taxas de incidência do VIH na população prioritária.
- > Até 2026, formar 50% dos professores do ensino secundário em todos os municípios contendo as maiores taxas de incidência do VIH na população juvenil.
- > Até 2024, incluir a temática de saúde sexual reprodutiva abrangente no currículo do ensino secundário.
- > Até 2026, aumentar a utilização do preservativo em 20% nos grupos prioritários e entre jovens dos 15-24 anos de 33% (f) e 42% (m) para 75% (f) a 80% (m).
- > Até 2026, oferecer pacotes de prevenção combinada em municípios com as maiores taxas de incidência do VIH entre a população juvenil através do projecto Juventude Informada, Responsável e Organizada (JIRO).
- > Até 2026, em pelo menos 10 municípios, adequar alguns centros de testagem e aconselhamento serviços de VIH, Hepatites virais, outras ITS e coinfeção VIH/TB diferenciados para as populações chave.

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO EIXO

CNLSGE, MINSA, MAISFAMU, MINJUD, MINCOMSOC, MED, MININT, MINDEF, MINCULT, OSC, Parceiros Bilaterais

5.2. Eixo Estratégico 2: Diagnóstico do VIH, das Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB

OBJECTIVO ESTRATÉGICO

Garantir o diagnóstico precoce do VIH, hepatites virais e outras ITS na população geral, priorizando as populações chaves e vulneráveis.

CONTEXTO

Até 2022, cerca de 42% das PVVIH não conheciam o seu estado serológico. Existe baixo diagnóstico das hepatites virais e sífilis congénita pelo facto de os testes para o efeito serem adquiridos pelas US, e praticamente restringem-se aos bancos de sangue e uma parcela das gestantes. O Diagnóstico deve ser com consentimento, confidencial e sigiloso, com esclarecimento, confiabilidade no processo e resultado e com ligação da pessoa diagnosticada a um serviço de referência para tratamento e cuidados.

CONSTRANGIMENTOS

- > Falta de recursos financeiros para as necessidades estimadas;
- > Falhas na cadeia de abastecimento;
- > Incumprimento dos protocolos, seja por desconhecimento ou negligência;
- > Pouco envolvimento de gestores locais;
- > Falta de dados mais atempados e fiáveis;
- > Constrangimentos no sistema de transporte de amostras de CV e DPI.

OPORTUNIDADES

- > País possui normas e algoritmos;
- > Existência de laboratórios de referência;
- > Tecnologias POC;
- > Profissionais qualificados.

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2026, diagnosticar 75% das pessoas que vivem com VIH, testando com foco em parceiros e filhos de PVVIH, nas populações chave e mais vulneráveis, gestantes e outras populações prioritárias. Até 2026, aumentar em 60% a percentagem de US a cumprir com as normas dos serviços integrados TB/VIH
- > Até 2026, aumentar a testagem da sífilis de 23% para 60% e das hepatites virais de 30% para 70% em gestantes nas consultas pré-natal.
- > Aumentar o diagnóstico precoce infantil de 26% em 2022 para 70% em 2026.
- > Garantir a segurança transfusional através da testagem do VIH/SIDA, das hepatites virais B e C e da sífilis nas amostras colhidas em 100% dos serviços transfusionais
- > Implementar um sistema de avaliação interna e externa de controlo da qualidade de testes rápidos (VIH, Hepatites virais e Sífilis)
- > Ter os laboratórios de virologia molecular inscritos em programas de avaliação externa de qualidade para CV e DPI
- > Ter um sistema de transporte de amostras e retorno dos resultados entre os laboratórios de referência e as Unidades Sanitárias consolidado

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO EIXO

MINSA, OSC, Parceiros Bilaterais

5.3. Eixo Estratégico 3: Cuidados e Tratamento das Pessoas que Vivem com VIH, outras ITS, Hepatites Virais e a coinfeção VIH/TB

OBJECTIVO ESTRATÉGICO

Reduzir as mortes relacionadas a SIDA e melhorar o bem-estar das PVVIH.

CONTEXTO

A gestão do cuidado consiste na capacidade técnica, política e operacional que uma equipa de saúde possui para planear a assistência aos utentes, no plano individual ou colectivo, promovendo a saúde no âmbito biopsicossocial.

O tratamento imediato após o diagnóstico da infecção pelo VIH, o Testar e Tratar, proposto como a melhor forma de tratamento clínico individual, foi implantado em Angola a partir de Dezembro de 2017.

CONSTRANGIMENTOS

- > A baixa adesão ao tratamento, alta taxa de abandonos
- > Desigualdade de género e outros determinantes sociais como a pobreza
- > Profissionais de saúde e população em geral: tabus, crenças, baixa literacia, pouca informação;
- > Estigma e discriminação;
- > Descumprimento dos protocolos pelas US;
- > Deficiências na cadeia de abastecimento;
- > Lacuna de fundos para financiar actividades comunitárias
- > Baixa cobertura de TARV, especialmente em crianças: pouco diagnóstico e ligação aos cuidados e tratamento
- > Baixa cobertura de CV;
- > Falta de espaços amigos da criança e adolescente nas US;
- > Pouca confiança dos profissionais de saúde para TARV em crianças;
- > Deficiências no sistema de transporte de amostras de CV;
- > Pouca oferta de exames de rotina para acompanhamento do VIH e da Hepatite viral;
- > Implantação do protocolo de Hepatites ainda restrito a algumas províncias;
- > Mobilidade de técnicos treinados;
- > Deficiência no registo e reporte de dados;
- > Integração com TB, SSR.SMI não completa.

OPORTUNIDADES

- > A estratégia Testar e Tratar foi identificada como um facilitador do cuidado e tratamento, assim como a existência dos ATIP;
- > Técnicos capacitados;
- > A Aliança Global para Acabar com a SIDA em Crianças até 2030;
- > Serviços descentralizados;
- > Existência de Normas e protocolos;
- > Integração TB, SSR e SMI;
- > Simplificação de esquemas com DTG;
- > Laboratórios de referência de CV e POCs

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2026, aumentar a cobertura de TARV em 2022 de 22% para 70% para o TARV pediátrico (0-14 anos); de 48% para 70% em adultos; e de 75% em gestantes VIH positivas para 95%.
- > Até 2026, tratar 100% de grávidas com sífilis e 100% das crianças diagnosticadas com sífilis congénita
- > Até 2026, aumentar a cobertura de CV em PVVIH para 75% e em 80% em gestantes.
- > Até 2026, ter implementados grupos comunitários de adesão ao TARV e GAMs em pelo menos 20% das US de todas as províncias
- > Até 2026, integrar os serviços de tratamento das hepatites virais B e C e outras ITS em 40% das unidades sanitárias com os serviços de VIH nas 18 províncias de Angola, com ênfase às gestantes e às populações chave e vulneráveis
- > Até 2026, ter os cuidados e tratamento essenciais para as PVVIH, em especial utentes com doença avançada pelo VIH (incluindo apoio nutricional, comorbidades) em todas as unidades de referência das 18 províncias

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO EIXO

MINSA, MAISFAMU, OSC, MINCOM SOC, Parceiros Bilaterais

5.4. Eixo Estratégico 4: Gestão e Fortalecimento das Áreas Transversais para a Resposta ao VIH/SIDA, das Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB

OBJECTIVO ESTRATÉGICO

Reforçar a informação estratégica, a gestão, liderança e parcerias para a melhoria da entrega dos resultados.

CONTEXTO

No eixo da gestão encontram-se duas grandes necessidades actuais da qualificação da resposta: a melhoria da cadeia de logística dos insumos, medicamentos e testes e a implementação de processos de monitoria e avaliação.

Além disso, tem destaque a importância do compromisso político a todos os níveis e a garantia de recursos para a implantação do VII PEN.

CONSTRANGIMENTOS

- > A crise financeira e recursos humanos e financeiros insuficientes;
- > Dificuldades na sustentabilidade dos programas e acções;
- > Dificuldades na elaboração e implementação de acções de comunicação;
- > Falta de instrumento para avaliar o conhecimento e aplicação dos protocolos;
- > Não conhecimento pelos gabinetes de saúde da qualidade técnica dos RH em saúde que atendem PVVIH;
- > Debilidade operacional do SIGLOFA;
- > Insuficiência operacional dos GPS na expansão dos instrumentos integrados para todas US;
- > Indisponibilidade de meios informáticos;
- > Orçamento nacional insuficiente frente às necessidades.

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO EIXO

MINENSUP, MED, MINSA, CNLS-GE, MEP, MINFIN, OSC, Parceiros Bilaterais

OPORTUNIDADES

- > O compromisso político do estado angolano, desde o mais alto nível;
- > A existência de orçamento próprio específico para as acções de VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS;
- > Envolvimento da Primeira Dama nas questões relativas a transmissão do VIH de mãe para filho;
- > Existência de apoio externo para a implantação das acções;
- > A integração entre os programas no campo da saúde;
- > Existência do sistema DHIS2;
- > Existência de Instrumentos integrados dos programas SSR/VIH/TB;
- > As normas e a constante formação dos profissionais.

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2026, realizar pelo menos 1 estudo populacional sero-comportamental relacionado ao VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS entre as populações chave, prisionais, mineiros e usuários de drogas lícitas e ilícitas
- > Até 2026, estabelecer pelo menos 6 novas parcerias públicas-privadas de modo a assegurar a sustentabilidade de financiamento dos programas e acções
- > Até 2026, realizar periodicamente as supervisões integradas sobre o cumprimento das normas e protocolos de diagnóstico, tratamento, logística e monitoria e avaliação do programa de VIH/SIDA
- > Até 2026, ter o sistema de informação em saúde (SIS) e o sistema de gestão logística e da cadeia de abastecimento integrados, eficientes e eficazes.
- > Anualmente até 2026, monitorar periodicamente as despesas da resposta VIH/SIDA, das Hepatites Virais, outras ITS e a coinfecção TB/VIH.
- > Até 2026, manter reuniões regulares da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLS), das Comissões Provinciais de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias, da Comissão VIH/TB e do Grupo Nacional de Monitoria e avaliação, com o objectivo de monitorar o progresso do VII PEN
- > Até 2024, elaborar e assinar um memorandum de entendimento interministerial para o acesso prioritário das PVVIH aos projectos de apoio e aos programas de protecção social tal como transferência monetária social

5.5. Eixo Estratégico 5: Garantia dos Direitos Humanos e Redução das Barreiras nos Serviços de VIH, das Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB

OBJECTIVO ESTRATÉGICO

Criar um ambiente jurídico favorável para a resposta ao VIH/AIDS e reduzir as barreiras estruturais, estigma e discriminação sofridos pelas pessoas vivendo com VIH, populações chave e vulneráveis.

CONTEXTO

A Avaliação do Ambiente Jurídico aponta a existência de muitas normas que ainda actuam como barreiras estruturais na luta contra o VIH/SIDA. O mesmo constata que em Angola, as populações chave (homens que fazem sexo com homens, trabalhadores de sexo, pessoas transgéneras), e as populações vulneráveis (mulheres, crianças, adolescentes, migrantes e refugiados) enfrentam estigma, discriminação e violações dos direitos humanos significativos, criando barreiras ao acesso à prevenção, tratamento, apoio e cuidados. Não foi possível abordar todas as questões críticas apontadas no LEA no período vigente do VII PEN pelo que foi feita uma seleção criteriosa com base nas acções prioritárias definidas como chave durante a auscultação nacional do VII PEN e acções que podem trazer resultados mensuráveis ao curto-medio prazo.

CONSTRANGIMENTOS

- > Criminalização da não divulgação, transmissão e exposição ao VIH ainda vigentes no ambiente legal e jurídico, indo contra avanços científicos e boas práticas internacionais;
- > Fraca divulgação e apropriação por diversos sectores, incluindo nos serviços públicos e sociedade civil, dos danos da criminalização da não divulgação, transmissão e exposição ao VIH para à resposta nacional.
- > Falta de recursos para actividades relacionadas ao combate do estigma e discriminação;
- > Falta de dados e evidências de como as normas sociais e estereótipos de género prejudiciais, violência baseada no género e doméstica afectam e diminuem a eficácia da resposta ao VIH no país.

CONSTRANGIMENTOS

- > Fraco envolvimento e coordenação intersectorial entre os diferentes Ministérios e sociedade civil em prol da diminuição das barreiras estruturais e legais a resposta ao VIH, outras IST, e direitos e saúde sexuais e reprodutivos
- > Normas sociais preconceituosas, discriminação e estigma que grupos específicos sofrem no contexto do VIH e no acesso aos seus direitos e saúde sexuais e reprodutivos.
- > Pouco reconhecimento das discriminações e estigma que se interseccionam entre diferentes grupos populacionais, e.g. jovens mulheres grávidas que fazem trabalho de sexo, mulheres transgénero que vivem com VIH e que não fazem trabalho de sexo.

OPORTUNIDADES

- > Existência de ONGs e grupos da sociedade civil liderados por e para pessoas vivendo com VIH e das populações chave e vulneráveis que trabalham com a questão da não discriminação e inclusão no sector da saúde e demais sectores.
- > Estruturas e mecanismos criados para coordenar abordagens intersectoriais e multisectoriais em determinantes sociais da saúde e direitos humanos, como o CNLS-GE e outros.
- > Mecanismos de coordenação transversais dentro do sector da saúde para coordenação contra Violência Baseada no Género, Igualdade e Equidade de Género de maneira inclusiva a grupos das populações chave e vulneráveis, como o Comité de Género do MINSA.
- > Assistência técnica e apoio de implementação de organismos internacionais multilaterais.

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2025, iniciar o processo de rever uma nova Lei do VIH (actualizar a Lei 8/04) para incluir evidências contemporâneas para os direitos humanos das pessoas vivendo com e afectadas pelo VIH, com base nas recomendações do relatório LEA.
- > Até 2026, ter um grupo técnico de advocacia e implementação das recomendações da Avaliação do Ambiente Legal em pleno funcionamento

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2026, ter implementado um sistema de formação e incentivo de boas práticas para profissionais de saúde e outros atores relevantes em relação aos direitos das PVVIH, pessoas com TB, populações-chave e vulneráveis
- > Até 2025 realizar pelo menos 1 estudo sobre as dinâmicas de género que afectam a resposta ao VIH, incluindo normas sociais prejudiciais, violência baseada no género e doméstica
- > Até 2025, ter integrado direitos sexuais e reprodutivos, orientação sexual, identidade de género e o combate ao estigma e à discriminação na Política Nacional de Juventude.
- > Até 2026, ter formado pelo menos 200 formadores sobre direitos, acesso à justiça e sobre ambiente jurídico legal para as OSC, técnicos de saúde e de forças de segurança
- > Até 2026, ter formado recursos humanos entre agentes públicos (profissionais de saúde, polícia, sistema judiciário e penitenciário) a fim de garantir a implementação eficaz e sustentável da Lei de Violência Doméstica e políticas públicas para reduzir a desigualdade de género
- > Até 2026, ter implementado políticas públicas para protecção dos direitos das populações chave e mais vulneráveis

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO EIXO

MINJUSDH, CTN, MINSA, MINCULT, MINCOM
SOC, MINJUD, MEP, OSC, Parceiros Bilaterais e
Multilaterais

5.6. Eixo Estratégico 6: Fortalecimento da Resposta Comunitária ao VIH/SIDA, Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB

OBJECTIVO ESTRATÉGICO

Reforçar a integração dos sistemas e serviços comunitários nos programas de saúde promovendo uma abordagem centrada no indivíduo e nos direitos humanos.

CONTEXTO

A Declaração Política sobre VIH e SIDA de 2021, e a Estratégia Global contra a SIDA (2021-2026) apelam ao aumento da proporção de serviços VIH prestados pelas comunidades, assegurando inclusivamente que, até 2025, as organizações lideradas pelas comunidades forneçam, conforme for apropriado no contexto dos programas nacionais:

30% dos serviços de testagem e tratamento, com ênfase na testagem do VIH, ligação ao tratamento, apoio à adesão e retenção, e alfabetização sobre o tratamento; 80% dos serviços de prevenção do VIH para populações com elevado risco de infeção pelo VIH, incluindo para mulheres dentro dessas populações; 60% dos programas de apoio à realização de facilitadores da sociedade.

As comunidades e as organizações lideradas por elas, são o elemento que falta para ultrapassar as barreiras e acelerar o progresso de resposta nacional ao VIH e Hepatites Virais.

As OSC podem prestar serviços essenciais e alcançar aqueles que muitas vezes não tem acesso ao sistema de saúde. Também realizam a monitoria dos serviços, promovem a responsabilidade pelos resultados, defendem as mudanças necessárias e informam os esforços para fazer com que os serviços sejam verdadeiramente centrados nas pessoas.

Para preencher a lacuna, os sistemas comunitários requerem o envolvimento e engajamento total das comunidades como líderes e parceiros essenciais na resposta ao VIH e Hepatites Virais e precisam de um investimento financeiro suficiente para as suas iniciativas e integração total no âmbito da resposta nacional.

CONSTRANGIMENTOS

- > Falta de recursos financeiros e de mecanismos legais para efetivação de projectos nacionais de OSC;
- > Falta de recursos financeiros para manutenção dos PAF e agentes comunitários /ADECOS;
- > O estigma e a discriminação impedem o protagonismo da PVVIH;
- > Fraca estrutura organizativa das OSC;
- > A maior parte do financiamento em apoio aos programas e actividades de VIH das OSC é de doadores externos;
- > Falta de capacidade para planificar e monitorizar os seus programas, dados de baixa qualidade e capacidade limitada para usar informações estratégicas;
- > A ligação entre intervenções a nível comunitário e o sistema de saúde formal precisa de ser melhorada;
- > Implantação do SIS Comunitário ainda limitada;
- > Capacidade de monitoria liderada pela comunidade dos serviços de saúde nas US e nas comunidades precisa de ser melhorada;
- > Os limitados envolvimento dos líderes comunitários nas intervenções de saúde prejudicam a mobilização da comunidade.
- > Pouca advocacia para a inserção das PVVIH nos programas de apoio social.

OPORTUNIDADES

- > Política Nacional de Saúde Comunitária em finalização;
- > Compromisso político;
- > Existência de OSC dedicadas à resposta ao VIH;
- > SIS Comunitário;
- > Projectos financiados por doadores externos em algumas províncias
- > Existência de programas de apoio social

ACÇÕES PRIORITÁRIAS

- > Até 2026, prover apoio jurídico, capacitação organizacional, treinamento e apoio técnico em pelo menos 60% das OSC que actuam nas áreas do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB
- > Até 2026, ter 100% das províncias com a monitoria baseada na comunidade (CLM) implantada
- > Até 2026, ter pelo menos 60% das OSC que actuam nas áreas do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB a utilizar o sistema SIS comunitário.
- > Até 2026, ter formado pelo menos 200 formadores sobre Estigma e Discriminação, utilizando como base os resultados da pesquisa Índice de Estigma e Discriminação 2021 e suas recomendações
- > Até 2026, ter realizado pelo menos 40 acções de prevenção e contra o estigma e discriminação ao VIH/SIDA, TB, Hepatites virais e outras ITS
- > Até 2024, ter a Estratégia Nacional de Prevenção, Cuidados e Tratamento das ITS/VIH-SIDA para Populações-chave e Vulneráveis em Angola actualizada, validada e divulgada

ENTIDADES RESPONSÁVEIS PELO EIXO

CNLS-GE, MINFIN, MAISFAMU, MINSA, MINJUSDH, MINJUD, MAT, OSC, INALUD, Parceiros Bilaterais

06. ESTRUTURA DE GOVERNAÇÃO

FOTO: GABINETE VP



6.1. Organização da resposta ao VIH, Hepatites virais e outras ITS

A estrutura legal da resposta nacional foi criada através do Decreto nº 1/03 de 10 de Janeiro, que orientou a criação da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLS), que envolve os parceiros governamentais multisectoriais na formulação da resposta, complementado pelo Decreto nº 7/05 de 9 de Março de 2005, que cria o INLS, como órgão normativo e técnico e de liderança na resposta nacional ao VIH e SIDA.

A resposta nacional ao VIH/SIDA, Hepatites Virais e ITS em Angola é coordenada pela CNLS, sendo o MINSa o Coordenador do Comité Técnico da referida Comissão e o INLS o executor das políticas e estratégias no âmbito do MINSa. A resposta é descentralizada e hierarquizada, tendo cada nível do sistema de saúde as suas atribuições e competências bem definidas.

6.1.1. Gestão Programática

O Ponto Focal (PF) provincial é responsável por fazer a gestão do programa em cada província, assegurando que as Normas, os protocolos e directrizes (assistenciais, administrativas, logística e de monitoria e avaliação) sejam implementadas e cumpridas em todos os municípios e Unidades de Saúde sob sua jurisdição. O PF responde directamente ao Chefe de Saúde Pública de cada Gabinete Provincial de Saúde (GPS) e ao Director do GPS, de acordo com a Política Administrativa de Desconcentração e Descentralização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), técnica e metodologicamente do INLS.

Em cada município, existe um PF do VIH, também responsável por fazer a gestão do programa na sua área de alcance (todas as US do município). Este PF municipal responde administrativamente ao Director Municipal de Saúde, técnica e metodologicamente ao Director do GPS e ao INLS conforme ilustrado na figura 7. Da mesma forma,

em todas as US que prestem serviços relacionados com o VIH há um PF responsável pela gestão local do programa. Este PF responde administrativamente ao Director da US.

Vale referir que todas as áreas dos programas de Saúde Pública estão organizadas da mesma forma e seguem o fluxo hierarquizado na operacionalização e implementação das acções da base do Serviço Nacional de Saúde (Unidades Sanitárias) para o Município, do município para a província e da província para o nível central. Metodologicamente, o fluxo parte do nível central para o provincial, do provincial para o município e do município para as US.

Para melhor sucesso da implementação da resposta do VII, e necessária maioríssima pressão política a nível dos governadores locais até ao nível nacional para melhor acompanhamento do programa.

Gráfico 7. Estrutura de Coordenação e Gestão



6.1.2. Assistência

Como foi citado anteriormente, o INLS é responsável pela elaboração e implementação de Normas, protocolos clínicos relacionados com o VIH e formação de formadores provinciais. Assim, os formadores provinciais serão responsáveis pela formação em cascata dos demais técnicos das US da sua província e seguem o modelo de assistência descentralizado e integrado no atendimento das crianças, adultos e gestantes, compartilhando os seguintes serviços:

Gráfico 8. Níveis de Assistência



CRIANÇA

Puericultura
vacinação
pediatria
nutrição



ADULTOS

Medicina
tuberculose
internamento
ginecologia
planeamento
familiar



GESTANTE

Consulta
Pré-Natal

Todos os profissionais de saúde (médicos ou enfermeiros) devem ser capacitados para o atendimento das pessoas que vivem com VIH.

Assistência à grávida

Captação das grávidas com VIH: o fluxo tem como porta de entrada a Consulta Pré-Natal (CPN), onde é oferecido um pacote integrado de cuidados e serviços de saúde promocionais e preventivos, em que está incluído o exame do VIH às gestantes com Aconselhamento cuidadoso nos 3 trimestres da gestação, rastreio de ITS e Hepatite B, profilaxia para malária, entre outros.

Gestante diagnosticada com VIH: as gestantes que tiverem diagnóstico de VIH devem ser imediatamente incluídas no Programa de Prevenção da Transmissão de Mãe para o Filho (PTMF).

6.1.3. Cadeia de Abastecimento

A Cadeia de Abastecimento dos Produtos relativos ao programa do VIH/SIDA e Hepatites Virais e as responsabilidades de cada nível do Sistema de Saúde estão organizados e descritos no Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) da Gestão Farmacêutica dos Produtos de VIH/SIDA, publicado e implementado a partir de 2018. Resumidamente, são responsabilidades de cada nível da assistência nesta cadeia, as seguintes:

1. **INLS:** é responsabilidade do nível central, no caso o INLS, a aquisição dos produtos para diagnóstico do VIH (testes rápidos do algoritmo nacional e reagentes para DPI), para avaliação imunológica (reagentes de CD4), para tratamento do VIH (Antirretrovirais), para profilaxia da transmissão do VIH (antirretrovirais) e para monitoria do tratamento (reagentes para carga viral). A cadeia inicia-se na quantificação, passa pela aquisição e distribuição e é retroalimentada pelos dados. O INLS recebe e analisa as solicitações trimestrais de produtos do VIH enviadas pelas 18 províncias e Hospitais Nacionais, e é responsável por: (i) controlar os *stocks* centrais e provinciais (mediante a informação prestada pelas províncias em balanços mensais), (ii) elaborar o plano de distribuição dos produtos mediante disponibilidade e dados epidemiológicos, e (iii) garantir que o armazém central distribua os insumos mediante a disponibilidade e referido plano;
2. **Província:** elaborar e enviar ao INLS os balanços mensais e trimestrais e as solicitações provinciais trimestrais (de acordo com cronograma), receber e conferir os produtos, elaborar plano de distribuição para as unidades de saúde/municípios e enviar os insumos, de acordo a necessidade de cada Unidade de Saúde (US) e os balanços e solicitações de cada US;
3. **Município/US:** enviar ao programa provincial do VIH/SIDA seus balanços e solicitações, assim como registar e relatar dados programáticos de rotina, entre os quais se encontram os dados de realização de testes e de

utentes em tratamento com antirretrovirais (número de pacientes e esquemas terapêuticos utilizados).

A Cadeia de Abastecimento necessita um sistema informatizado que permita a informação atempada e fiável de todo o país para o INLS. O SIGLOFA era esperado suprir esta lacuna, mas os desafios na sua implantação efetiva não permitiram.

Sistema de Informação

O mesmo fluxo está implementado a nível do Sistema de Informação, que também tem a mesma hierarquização. Vale referir que esta área enfrenta grandes desafios, quer com a qualidade de recursos humanos existentes, quer com a capacidade de recolha de dados de qualidade, apesar de um esforço ter sido feito pelo Sector para implementação a nível nacional do Sistema Distrital de Informação em Saúde 2 (DHIS2).

A base do sistema é o registo e a recolha de dados nas Unidades de Saúde que realizam assistência. Sem o registo adequado, nenhuma outra fase será completa e nenhum *software* ou plataforma alcançará sucesso.

A base deve ser provida de instrumentos adequados para registo e recolha de dados, tais como os livros de registo integrados (VIH/SSR/TB), os relatórios e as estatísticas semanais e mensais. Os dados dos referidos relatórios mensais são a síntese dos dados do programa e são estes que são inseridos no sistema informatizado. Por sua vez, o sistema informatizado (DHIS2) deve ser capaz de transmitir os dados de forma célere e fiável (capaz de detectar erros) a cada nível do sistema. Resumidamente, são responsabilidades de cada nível do sistema, as seguintes:

- > **INLS/GEPE/GTI** – elaborar os instrumentos de registo e recolha de dados, implantar os referidos instrumentos nas províncias (formar formadores), reproduzir os instrumentos para a implementação inicial nas províncias, manter supervisões formativas periódicas, administrar o sistema central,

analisar os dados de todas as províncias, dar retro informação às províncias, produzir relatórios e boletins epidemiológicos;

- > **Província** – formar em cascata os técnicos dos municípios/unidades, supervisionar continuamente os municípios e unidades, administrar o sistema a nível provincial, analisar os dados da província antes de inserir ou inseridos no sistema, dar retro-informação aos municípios, produzir relatórios ao seu nível;
- > **Município** – formar em cascata os técnicos das unidades, supervisionar continuamente as unidades (em conjunto com o GPS), reproduzir os instrumentos de registo e

recolha de dados, administrar o sistema a nível municipal, analisar os dados do município antes de inserir ou já inseridos no sistema, dar retro-informação às US, produzir relatórios ao seu nível;

- > **Unidade de Saúde** – reproduzir os instrumentos de registo e recolha de dados (se for unidade orçamentada), registar correctamente os dados em instrumentos padronizados, recolher atempadamente os dados agregados e inserir no sistema informatizado, analisar os dados da unidade antes de inserir ou já inseridos no sistema, produzir relatórios ao seu nível.

6.1.4. Monitoria e Avaliação

O objetivo geral do Plano de M&A do VII PEN é de apoiar a geração e utilização da informação na tomada de decisões e a alocação dos recursos ideais para uma resposta eficaz, eficiente e económica (valor por dinheiro).

O Plano de M&A acompanhará o desenvolvimento das actividades e verificará até que ponto as metas e objectivos estão a ser alcançados. A M&A será conduzida através:

- a) Visitas de supervisão.
- b) Análise de dados de relatório em diferentes níveis.
- c) Reuniões, tanto semestrais como anuais, e outras reuniões convocadas para fins específicos.
- d) Sessões de avaliação/revisão.
- e) Avaliação de meio termo e fina

- f) Acompanhamento operacional e financeiro (semestralmente).

A teoria de mudança, quadro lógico e matriz de M&A a ser elaborado à parte deste documento incluirá indicadores de impacto e resultados, metas durante o período de execução do Plano, fontes de dados e a frequência da recolha/relatório de indicadores.

07. MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS E CUSTOS



7.1. Situação e mobilização dos Recursos Financeiros da Resposta

O relatório *“Um Triplo Dividendo: Os ganhos sanitários, sociais e económicos do financiamento da resposta ao VIH em África (ONUSIDA, 2023)*, analisa o efeito que se produzirá em ter um pleno financiamento da resposta ao VIH em treze países Africanos. A análise mostrou que em torno de 40% a 90% novas infeções por VIH, dependendo do país, seriam evitadas se houvesse um financiamento pleno da resposta ao VIH, e que o uma boa resposta ao VIH melhoraria os resultados da educação, especialmente para mulheres jovens e raparigas, reduzindo as desigualdades de género e impulsionando o crescimento económico. Não mobilizar o financiamento necessário para acabar com a SIDA enquanto ameaça para a saúde pública até 2030 tem custos substanciais em termos de saúde, sociais e económicos.

Angola tem feito grandes esforços para suprir as lacunas e necessidades relacionadas à resposta ao VIH/SIDA, Hepatites Virais, e outras ITS. Por ter uma prevalência entre as mais baixas da África subsaariana e ser classificada como país renda média, Angola beneficia de poucas doações no âmbito da resposta ao VIH, quando comparado com os outros países da região.

Sobre os recursos provenientes do GoA desembolsados durante o VI PEN, o relatório Balanço do VI PEN apontou para uma lacuna financeira de cerca de 81% entre o orçamento do PEN VI e o arrecadado para a resposta nacional, durante os quatro anos de vigência do referido plano.

O Balanço do VI PEN (pág. 18) apontou a dificuldade em obter dados das despesas dos na resposta nacional ao VIH, Hepatites Virais e outras ITS proveniente dos outros Ministérios, governos provinciais e municipais e por instituições privadas devido à falta de um sistema contabilístico que permite monitorar a contribuição da resposta nas linhas orçamentais destas instituições, além do facto de que a maioria das actividades relacionadas ao VIH, hepatites virais e outras ITS estão integradas a outros programas de saúde, e não há mecanismo para avaliar a percentagem

que cada programa contribui em um montante geral, como os recursos humanos das unidades de saúde, por exemplo.

Relativamente as contribuições dos principais parceiros internacionais (Fundo Global, PEPFAR e agências das Nações Unidas) existe também dificuldade em se contabilizar precisamente os gastos que realizam no país que directamente vai para as actividades do PEN.

Todavia, durante a execução do VII PEN, Angola se beneficiará de um incremento de financiamento proveniente do PEPFAR e do Fundo Global (FG). O PEPFAR anunciou 46.556.000 USD para o período de 2 anos (de Outubro de 2023 a Setembro de 2025), beneficiando 22 unidades de saúde, distribuídas em 4 províncias através de assistência técnica e apoio comunitário baseado na estratégia de mães mentoras (envolvendo mulheres que vivem com VIH). O PEPFAR também apoia a luta contra o VIH nas Forças Armadas Angolanas. Em 2021, o PEPFAR passou a realizar aquisição de testes diagnósticos e ARV para as 22 US apoiadas, e deverá manter este apoio na implementação de seu projecto para os próximos 2 anos.

Já o FG alocou 125.964.744 USD para Angola para um período de 3 anos (de Julho de 2024 a Junho de 2027), sendo que deste montante, para o VIH estão previstos cerca de 57.000.000 USD, visando apoiar a prevenção, testagem e cuidados e tratamento em 3 províncias do país, assim como actividades comunitárias e de Reforço do Sistema de Saúde. Considerando que os insumos em relação ao tratamento são o maior custo da resposta, os parceiros internacionais cobrem cerca de 22% dos utentes o que poderá aumentar ligeiramente pela inclusão de mais uma nova província (Bié) na abordagem subnacional do FG.

O orçamento atribuído ao INLS contempla as necessidades mínimas e não incluem necessidades de outros Ministérios e nem projectos comunitários. Nos últimos dois anos, foi necessário um crédito adicional para garantir o tratamento de

todas as pessoas que vivem com VIH e recebem os medicamentos gratuitamente em mais de 800 unidades de saúde do sistema nacional de saúde (unidades públicas e privadas e outros subsistemas, como o Militar e Interior).

Deste modo, conclui-se que existe um déficit no financiamento que tem de ser colmatado para acelerar a resposta, principalmente para as acções de prevenção e para os projectos comunitários, sem os quais compromete o alcance das metas.

Durante o diálogo nacional do VII PEN e recentes orientações globais, apontam para a necessidade de ser reforçar a mobilização na política nacional e internacional, havendo necessidade de envolver todos os parceiros estratégicos para fazer face a lacuna do investimento financeiro. De modo a mobilizar recursos para a resposta a nível nacional, o VII PEN propõe olhar nas seguintes áreas:

a) Orçamentos públicos: Através de uma abordagem conjunta, bem guiada tecnicamente e fundamentada, fazer advocacia política para o aumento do financiamento público para o

VIH/SIDA, as hepatites virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB.

- b) Parcerias público-privadas: Em conjunto, forjar ou reactivar parcerias público-privadas para possibilitar um incremento dos recursos da resposta permitindo que empresas privadas contribuam financeiramente ou com outros recursos.
- c) Financiamento internacional: Em conjunto, contribuir para o sucesso do desempenho dos programas financiados pelos principais parceiros como demonstração de compromisso.
- d) Campanhas: Durante as campanhas previstas de prevenção e IEC a serem realizadas pelas OSC que actuam nas áreas do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e a coinfeção VIH/TB, incluir mensagens chave no sentido de angariação de fundos.

Em resumo, a mobilização de recursos para o VIH a nível nacional será realizada por meio de uma combinação de estratégias lideradas pelo MINSA e os parceiros internacionais.

7.2. Resumo das Estimativas do Custos do VII PEN

O VII PEN prioriza a alocação estratégica de recursos para acelerar a resposta ao VIH nos próximos quatro anos. Os investimentos necessários para o primeiro ano fiscal 2023/2024 ascendem

a USD **\$93,781,406** milhões, aumentando todos os anos até atingir um investimento total de USD **\$583,878,859**, conforme a tabela 8 abaixo.

Tabela 12. Custo Estimado do VII PEN por Eixo Estratégico

Eixos	CUSTO (USD)					Alocação Percentual por Eixo
	2023	2024	2025	2026	TOTAL	
Eixo 1: Promoção da Saúde e Prevenção.	50,432,537	52,495,465	53,739,716	53,605,358	\$210,273,075	36.01%
Eixo 2: Diagnóstico	14,826,327	15,836,545	14,963,726	14,991,288	\$60,617,886	10.38%
Eixo 3: Cuidados e Tratamento	26,867,001	84,666,183	91,210,567	99,135,376	\$301,879,128	51.70%
Eixo 4: Gestão e Fortalecimento das Áreas Transversais	1,134,470	2,005,126	1,557,840	1,346,883	\$6,044,319	1.04%
Eixo 5: Garantia dos Direitos Humanos e Redução das Barreiras	5,112	1,205,417	666,264	544,791	\$2,421,585	0.41%
Eixo 6: Fortalecimento da Resposta Comunitária	515,959	804,349	697,632	624,927	\$2,642,866	0.45%
Total	\$93,781,406	\$157,013,084	\$162,835,745	\$170,248,623	\$583,878,859	100%

7.3. Resumo Orçamental da Implementação do VII PEN

Dentro do Eixo I, dedicado à prevenção, uma parcela de 36% do custo total do VII PEN é alocada. Nesse contexto, destacam-se algumas acções prioritárias, tais como a oferta da profilaxia pós-exposição (PEP) para as populações-chave; a capacitação dos professores do ensino secundário e a inclusão da temática da saúde sexual e reprodutiva no currículo secundário e o fortalecimento do projecto JIRO (Juventude, Informada, Responsável e Organizada) juntos que em todo representam 6% do orçamento do eixo I. A maior proporção do orçamento (94%) é direccionada a adequação de alguns centros de saúde para que os mesmo possam ter serviços diferenciados, acolhedores e acessíveis para a população-chave, oferecendo serviços diferenciados como autoteste, PREP, serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e ligando estas US com projectos comunitários.

No eixo II, que está relacionado ao diagnóstico, é destinado um percentual de 13,39% do custo total do VII PEN. Nesse contexto, diversas iniciativas se destacam. Em primeiro lugar, o diagnóstico das ITS, com ênfase na sífilis e hepatites virais, especialmente para gestantes, representa a maior fatia do orçamento, correspondendo a 50%. Em seguida, a testagem direccionada para parceiros e filhos de PVVIH, populações-chave e vulneráveis, gestantes e outras populações prioritárias, recebe uma alocação significativa de 28%. O diagnóstico precoce infantil ocupa a terceira posição, com 11% do orçamento. A segurança da transfusão sanguínea é responsável por 10% do valor alocado. Por fim, os 2% restantes são destinados a um sistema de avaliação interna e externa de controle da qualidade dos testes, inscrição em programas de avaliação externa de qualidade para carga viral e contagem de células CD4, bem como para o sistema de transporte de amostras.

O eixo III, que se concentra no cuidado e tratamento, é alocado a maior proporção dos recursos correspondendo a 51,70% do custo total do VII PEN. Nesse contexto, diferentes acções principais se destacam. Em primeiro lugar, o apoio

nutricional e social para PVVIH recebe a maior fatia, de 63%. Em seguida, a aquisição e oferta de Terapia Antirretroviral (TARV) ocupam uma parcela de 31%. Os 7% restantes são distribuídos entre as categorias de tratamento das ITS, expansão dos grupos comunitários de adesão à TARV e a integração dos serviços de tratamento das hepatites virais B e C, bem como outras ITS.

No eixo IV, que aborda a Gestão e Fortalecimento das Áreas Transversais, a alocação de recursos é inferior a 1% (0,82%) do orçamento total do VII PEN. Dentro desse eixo, houve uma priorização específica para a expansão e otimização do Sistema de Informação em Saúde (SIS) e do sistema de gestão logística e cadeia de abastecimento, representando 73% dos recursos. Além disso, destinou-se 21% do orçamento para a realização de pelo menos um estudo populacional sero-comportamental relacionado ao VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS, focando nas populações-chave ou prioritárias. Os 5% restantes foram alocados para o estabelecimento de pelo menos 6 novas parcerias público-privadas, bem como a monitoria e supervisão do programa. Também foram reservados recursos para apoiar a elaboração de um memorandum de entendimento interministerial (2%), visando garantir o acesso prioritário das pessoas vivendo com VIH/SIDA aos projetos de apoio e programas de proteção social.

O eixo V, Garantia dos Direitos Humanos e Redução de Barreiras nos Serviços de VIH/SIDA, TB e Hepatites Virais, representa menos de 1% (0,42%) do orçamento total. Dentro desse eixo, 75% dos recursos são direccionados para a promoção e proteção dos direitos humanos das pessoas vivendo com VIH/AIDS, populações-chave e vulneráveis, fortalecendo o ambiente legal e institucional e promovendo igualdade no acesso aos cuidados de saúde, incluindo a revisão de uma nova Lei do VIH/AIDS. Os outros 25% são alocados para acções que abordam desigualdades de gênero, violência baseada no gênero e normas sociais prejudiciais à resposta ao VIH/SIDA, direitos sexuais e reprodutivos, buscando integrar

questões de orientação sexual e identidade de gênero nas políticas nacionais e capacitar agentes públicos para implementar efetivamente a Lei de Violência Doméstica e reduzir as desigualdades de gênero.

O eixo VI, denominado Fortalecimento da Resposta Comunitária, representa menos de 1% (0,45%) do orçamento total. Dentro desse eixo, 56% dos recursos são destinados ao apoio jurídico e capacitação organizacional das Organizações da Sociedade Civil (OSC) que actuam nas áreas do VIH, Hepatites Virais, outras ISTs e coinfeção VIH/TB. Além disso, 29% dos recursos são alocados para a realização de acções e formações para fazer fase ao estigma e discriminação. Outros 12% são destinados à expansão da monitoria baseada na comunidade (CLM), o que inclui o uso do Sistema de Informação em Saúde (SIS) comunitário. Os 2% restantes foram alocados para a actualização da Estratégia Nacional de Prevenção, Cuidados e Tratamento das IST/VIH/SIDA para Populações-chave e Vulneráveis.

Algumas considerações relevantes:

a) O custo unitário por intervenção é custeado em dólar americano (USD) devido à volatilidade exibida pelo Kwanza angolano (AOA) nos últimos meses, que teve uma diminuição de cerca de 40% do seu valor entre Maio e Dezembro de

2023. Isso significa que o custo dos profissionais de saúde fica mais barato quando expresso em USD. No entanto, os custos dos produtos de saúde, quando comparados internacionalmente pelo Ministério da Saúde, representarão um encargo maior em seu orçamento anual.

b) O orçamento segue o modelo de priorização definido na priorização das atividades. É importante observar que uma das recomendações do VII PEN foi que ele fosse o mais realista possível, levando em consideração o que poderia ser realmente viável de implementar no período vigente, considerando a limitação dos recursos (financeiros, humanos, equipamentos), a fim de refletir uma imagem mais precisa do que pode ser alcançado, sem limitar a expansão das atividades, com o objetivo de alcançar as metas globais.

c) A alocação percentual dos eixos 4, 5 e 6 não indica o nível de importância que esses eixos representam, pois eles são transversais aos eixos de prevenção, tratamento e diagnóstico.

d) O custo do VI PEN (2018-2022) foi de \$781,713,475, uma diferença de \$197,834,616. Não se recomenda a comparação do orçamento do VI PEN ao VII PEN pelas diferenças significantes nos pressupostos da orçamentação e pela diferença na ferramenta financeira utilizada.



7.4. Panorama de Investimento do VII PEN

O financiamento total previsto que se estima estar disponível do governo e dos parceiros externos para os quatro anos é de cerca de quinhentos e doze milhões, seiscentos e dezenove mil, setecentos e onze (512,619,711) USD durante a vigência

do VII PEN. No entanto, o investimento total necessário para a implementação do VII PEN (2023-2026) é de \$583,878,858 USD, como tal, prevê-se estar disponível pouco mais de 88% da necessidade total, conforme visto na tabela 12.

Tabela 13. Previsão dos Recursos Financeiros para o Período do VII PEN

Previsão do Panorama dos Recursos Financeiros					
Fonte	2023	2024	2025	2026	Comentários
Governo (MINSA)*	86,135,000	86,135,000	86,135,000	86,135,000	Incerto. Atribuição de recursos consoante a realidade socioeconómica e disponibilidade.
Governo Americano (PEPFAR)	23,000,000	23,886,000	23,000,000	23,000,000	Alocação do COP é feita bi-anualmente. Para 2025-2026, espera-se apesar de incerto que o PEPFAR manterá operações no país.
Fundo Global	8 866 667	19,002,348	19,002,348	19,002,348	Alocado.
Agencias da ONU (UBRAF)	230,000	230,000	230,000	230,000	Alocação do UBRAF feito bi-anualmente. Para 2026-2027, espera-se apesar de incerto que haverá fundos do UBRAF para o país.
Banco Mundial		SI	SI	SI	Investimento em saúde pública, incerto o valor específico para o VIH
Outros	SI	SI	SI	SI	Refere-se ao sector Privado, outros ministérios, e GPS
Total Previsto	20,331,667	131,353,348	130,467,348	130,467,348	512,619,711
Investimento previsto	93,781,406	157,031,084	162,835,745	170,248,623	583,878,858
Défice de financiamento	26,550,261	25,659,736	32,368,397	39,781,275	71,259,147

*Refere-se a media do que o INLS/MINSA recebeu entre 2018-2022.

Fonte: Balanço VI PEN

7.5. Plano Operacional do VII PEN

Eixo1_Promoção&Prevenção				Cronograma			
Ação prioritária	#	Actividade	Liderança	2023	2024	2025	2026
E1-1 Até 2026, oferecer pacotes de prevenção combinada em pelo menos 60% dos municípios contendo as maiores taxas de incidência do VIH na população prioritária.	E1-1-1	Supervisão para garantir o cumprimento do protocolo da profilaxia pós exposição (PEP).	INLS, OSC, parceiros				
	E1-1-2	Adquirir ARV para PEP	INLS, MINSA, MINFIN, parceiros				
	E1-1-3	Informar a população sobre a disponibilidade de PEP.	INLS, OSC, parceiros				
E1- 2 Até 2026, formar 50% dos professores do ensino secundário em todos os municípios contendo as maiores taxas de incidência do VIH na população juvenil e incluir a temática de saúde sexual reprodutiva abrangente no currículo do ensino secundário.	E1-2-1	Capacitar professores do nível primário e secundário em matéria de sexualidade, género, prevenção do VIH, Hepatite virais e ITS, violência baseada no género	Min Educação, INLS, DNSP				
	E1-2-2	Incluir a temática de saúde sexual reprodutiva abrangente no currículo do ensino secundário.	Min Educação, INLS, DNSP				
	E1-2-3	Identificar alunos com potencial para serem campeões da prevenção entre seus pares e fornecer meios para que divulguem informação e façam ligação com serviços de saúde amigos dos jovens.	Min Educação, INLS, DNSP, OSC				
E 1- 3 Até 2024, incluir a temática de saúde sexual reprodutiva abrangente no currículo do ensino secundário.	E1-3-1	Realizar uma revisão detalhada do currículo do ensino secundário para identificar as áreas em que a saúde sexual reprodutiva pode ser incorporada.	Min Educação, INLS, DNSP, OSC				
	E1-3-2	Elaborar diretrizes claras e abrangentes para a inclusão da saúde sexual e reprodutiva no currículo do ensino secundário.					
	E1-3-3	Realizar programas de capacitação e desenvolvimento profissional para os professores do ensino secundário.					
	E1-3-4	Criar materiais educativos adequados para os alunos do ensino secundário, abordando os diferentes aspectos da saúde sexual e reprodutiva					
	E1-3-5	Sensibilizar e engajar a comunidade estudantil na promoção da importância da saúde sexual e reprodutiva e obter apoio para inclusão do tópico no currículo.					
E1-4 Até 2026, aumentar a utilização do preservativo em 20% nos grupos prioritários e entre jovens dos 15-24 anos de	E1-4-1	Encontros de Advocacia Multissetorial a todos os Níveis (Central, Provincial e municipal).	CNLS, Comitês provinciais de LCS, INLS, GPS				
	E1-4-2	Realizar uma análise da situação atual em relação à conscientização sobre a importância do uso de preservativos e comportamentos	INLS, DNSP, parceiros				

33% (f) e 42% (m) para 75% (f) a 80% (m).		sexuais de risco e identificar os principais desafios para mudança de comportamento.					
	E1-4-3	Elaborar a estratégia de comunicação social de mudança de comportamento e de preservativos.	INLS, DNSP, parceiros				
	E1-4-4	Elaborar e reproduzir material de IEC com apoio dos parceiros	INLS, parceiros				
	E1-4-5	Capacitar profissionais de saúde e da comunidade sobre a estratégia de comunicação social	MIN Comunicação Social, INLS, parceiros				
	E1-4-6	Disseminar, implementar e monitorar a estratégia de comunicação social de mudança de comportamento e de preservativos.	MIN Comunicação Social, INLS, parceiros				
	E1-4-7	Adquirir e aumentar a distribuição de preservativos e lubrificantes, priorizando as populações chaves e vulneráveis, com participação das organizações comunitárias.	INLS, parceiros				
	E1-4-8	Criar e implementar estratégias de distribuição de preservativos em pontos de encontro de populações chave e vulneráveis.	INLS, parceiros, OSC				
E1-5 Até 2026, oferecer pacotes de prevenção combinada em municípios com as maiores taxas de incidência do VIH entre a população juvenil através do projecto Juventude Informada, Responsável e Organizada (JIRO).	E1-5-1	Advogar a adopção da expansão de horário de serviços de testagem, pos horário laboral, incluindo final de semanas.	MINSA				
	E1-5-2	Capacitar técnicos de saúde e activistas/ag comunitário sobre Saúde Sexual Abrangente, População chave, vulnerável e pacote mínimo de prevenção do VIH, Hepatite virais e ITS.	INLS, DNSP, parceiros				
	E1-5-3	Criar e implantar pontos de distribuição de preservativos em locais de grande concentração de POP. Chave e vulneráveis.	INLS, DNSP, OSC, parceiros				
	E1-5-4	Desenvolver um plano de execução do projeto JIRO para cada um dos municípios identificados como tendo nível alto do risco a infecção ao VIH.	MINJUD, OSC, parceiros				
	E1-5-5	Capacitar jovens em matéria de prevenção. Incluindo os GAMS juvenis.	NINJUD, MIN educação, INLS, OSC, parceiros				
	E1-5-6	Oferecer pacotes de prevenção combinada em municípios contendo as maiores taxas de incidência do VIH, na população prioritária.	INLS, OSC, parceiros				
E1-6 Até 2026, adequar aos centros de testagem e aconselhamento identificados, uma diferenciação para os serviços de VIH, Hepatites virais, outras ITS e coinfeção VIH/TB para as populações	E1-6-1	Identificar serviços de saúde para implantação da PrEP.	INLS, parceiros				
	E1-6-2	Capacitar os profissionais de saúde para a oferta de prevenção combinada (incluindo PrEP, autoteste e serviços de SSR).	INLS, parceiros				
	E1-6-3	Criar mecanismo para informar a população chave sobre a PrEP e autoteste.	INLS, OSC, parceiros				
	E1-6-4	Aquisição de ARV para PrEP para pop chave	INLS, parceiros				
	E1-6-5	Aquisição de autoteste de VIH para pop chave	INLS, parceiros				

chave em pelo menos 10 municípios.	E1-6-6	Implantar a triagem de HPV	INLS, parceiros				
	E1-6-7	Implantar projecto comunitário com ligação a US, para oferta de serviços de prevenção e acolhimento das pop chave	INLS, parceiros				
Eixo 2: Diagnóstico do VIH, das Hepatites virais e outras ITS				Cronograma			
Ação prioritária	#	Actividade	Liderança	2023	2024	2025	2026
E2-1 Até 2026, diagnosticar 75% das pessoas que vivem com VIH, realizando a estratégia de testagem focada em parceiros e filhos de PVVIH, populações chave e vulneráveis, gestantes e outras populações prioritárias.	E2-1-1	Capacitar profissionais de saúde e da comunidade a realizar o protocolo de AT e caso índice (formação em cascata).	MINSA, OSC, Parceiros				
	E2-1-2	Adquirir testes rápidos para diagnóstico do VIH	INLS, MINSA, MINFIN, Parceiros				
E2-2 Até 2026, aumentar a testagem da sífilis de 23% para 60% e das hepatites virais de 30% para 70% em gestantes nas consultas pré-natal.	E2-2-1	Prover pessoal, ferramentas e procedimentos operação padrão para auxiliar os serviços de integração.	MINSA, Parceiros				
	E2-2-2	Formar técnicos sobre utilização do manual das ITS de testagem da sífilis em gestantes na CPN	MINSA, Parceiros				
		Formar formadores sobre o diagnóstico e interpretação de resultados sífilis e hepatites virais	MINSA, Parceiros				
	E2-2-3	Capacitar técnicos de laboratório, Enfermeiros no diagnóstico e interpretação do teste da sífilis e hepatites virais	MINSA, Parceiros				
	E2-2-4	Identificar novas unidades a serem implantados os serviços de testagem.	MINSA, Parceiros				
E2-2-5	Adquirir e distribuir testes para o diagnóstico da sífilis e hepatite B	INLS, MINSA, MINFIN, Parceiros					
E2-3 Aumentar o diagnóstico precoce infantil de 26% em 2022 para 70% em 2026.	E2-3-1	Realizar a manutenção e reparos regulares em equipamentos de diagnóstico infantil	MINSA, Parceiros				
	E2-3-2	Elaborar um plano de formação continua para Médicos, técnicos de laboratório, Enfermeiros e agentes comunitários no rastreio e diagnóstico do VIH, Hepatites Virais e outras ITS.	MINSA, Parceiros				
	E2-3-3	Realizar formação para Médicos, técnicos de laboratório, Enfermeiros e agentes comunitários no rastreio e diagnóstico do VIH, Hepatites Virais e outras ITS.	MINSA, OSC, Parceiros				
	E2-3-4	Verificar as unidades que não têm o serviço de testagem e implementar o serviço.	MINSA, Parceiros				
	E2-3-5	Capacitar os profissionais das novas unidades com serviços de testagem	MINSA, Parceiros				
	E2-3-6	Supervisionar e otimizar as US que referenciam amostras de CV e DPI para as 18 província	MINSA, Parceiros				
	E2-3-7	Supervisionar e Otimizar a rede de transporte de amostra dos postos de recolha de amostras para a US de referência	MINSA, Parceiros				

	E2-3-8	Formar técnicos das US de referência e dos postos de recolha de amostras	MINSA, Parceiros				
	E2-3-9	Capacitar técnicos do laboratório de referência de Luanda e Benguela para o exterior do país	MINSA, Parceiros				
	E2-3-10	Aumentar a capacidade de realização de exame de CV e DPI com a criação de mais 2 laboratórios regionais de virologia molecular	MINSA, Parceiros				
	E2-3-11	Adquirir reagentes e cartuchos para o Diagnóstico Precoce Infantil	INLS, MINSA, MINFIN, Parceiros				
	E2-3-12	Adquirir viaturas e/ou motorizadas e custos para o transporte de amostras					
	E2-3-13	Adquirir 36 aparelhos POC para as 18 Províncias (2 aparelhos para cada província)					
E2-4 Garantir a segurança transfusional através da testagem do VIH/SIDA, das hepatites virais B e C e da sífilis nas amostras colhidas em 100% dos serviços transfusionais	E-2-4-1	Garantir a disponibilidade de testes em todos os serviços transfusionais	MINSA, INS, MINFIN				
	E-2-4-2	Garantir o fornecimento regular de materiais consumíveis para a testagem do VIH/SIDA, das Hepatites Virais B e C e da Sífilis nos serviços transfusionais.					
	E-2-4-3	Realizar formação em serviço para os técnicos dos serviços transfusionais.	MINSA, Parceiros				
E2-5 Implementar um sistema de avaliação interna e externa de controlo da qualidade de testes rápidos (VIH, Hepatites virais e Sífilis)	E-2-5-1	Padronizar a forma de realização das avaliações internas e externa da qualidade de testes rápidos incluindo a periodicidade	MINSA, Parceiros				
	E-2-5-2	Realizar treinamento dos técnicos envolvidos na preparação do controlo e análise de dados nas 18 Províncias (36 técnicos, dois por Províncias)	MINSA, Parceiros				
	E-2-5-3	Realizar os testes de proficiência fornecidos pelos programas de avaliação externa de qualidade, garantindo que todas as etapas do processo sejam realizadas corretamente e dentro do prazo estabelecido.	MINSA, Parceiros				
	E-2-5-4	Criar pacote e ferramentas para o programa da avaliação externa da qualidade	MINSA, Parceiros				
	E-2-5-5	Implementar as melhorias necessárias nos laboratórios de referência, com base nos resultados dos testes de proficiência e nas recomendações dos programas de avaliação externa de qualidade.	MINSA, Parceiros				
	E-2-5-6	Monitorar e avaliar continuamente a implementação dos programas de avaliação externa de qualidade para o VIH (CV e DPI) e hepatites virais e sífilis.	MINSA, Parceiros				
E2-6 Ter os laboratórios de virologia molecular inscritos em programas de avaliação externa de qualidade para CV e DPI	E-2-6-1	Criar área de controlo da qualidade no Departamento Laboratorial do INLS e INIS	MINSA, Parceiros				
	E-2-6-2	Identificar os programas de avaliação externa de qualidade disponíveis para CV e DPI, levando em conta as normas internacionais e as boas práticas em vigor.	MINSA, Parceiros				

	E-2-6-3	Contactar programas de avaliação externa de qualidade, apresentando os laboratórios de referência e solicitando informações sobre os requisitos de ingresso e os procedimentos para participação.	MINSA, Parceiros				
	E-2-6-4	Preparar os laboratórios de referência para a participação no programa de avaliação externa de qualidade, fornecendo treinamentos 3 vezes ao ano e orientações sobre os procedimentos de amostragem, transporte, armazenamento e análise.	MINSA, Parceiros				
E2-7 Ter um sistema de transporte de amostras e retorno dos resultados entre os laboratórios de referência e as Unidades Sanitárias consolidado	E2-7-1	Elaborar e disseminar um guia operacional de transporte de amostras (rotas, horas, etc) para garantir que as amostras sejam coletadas e entregues nas Unidades Sanitárias e laboratórios de referência a tempo.	MINSA, Parceiros				
	E2-7-2	Capacitar motoristas e equipe de transporte para transportar as amostras adequadamente e seguir as normas de biossegurança.	MINSA, Parceiros				
	E2-7-3	Garantir o fornecimento regular de embalagens e materiais de transporte para as amostras	MINSA, Parceiros				
	E2-7-4	Estabelecer protocolos de comunicação claros entre as Unidades Sanitárias e laboratórios de referência para garantir que os resultados sejam enviados de volta às Unidades Sanitárias com rapidez e precisão.	MINSA, Parceiros				
	E2-7-5	Avaliar e fortalecer as infraestruturas de saúde para garantir que as Unidades Sanitárias e laboratórios de referência tenham acesso a recursos adequados, como eletricidade, água e saneamento básico.	MINSA, Parceiros				
E2-8 Até 2026, aumentar a cobertura de CV em PVVIH de 38% em 2022 para 75% e até 80% em gestantes.	E2-8-1	Formar Profissionais de Saúde em solicitação e interpretação dos resultados de Carga Viral (CV).	INLS, GPS				
E2-9 Realizar os exames de rotina preconizados nas Normas Nacionais, para todas as PVVIH	E2-9-1	Realizar os exames de rotina preconizados nas Normas Nacionais, para todas as PVVIH	GPS, US, parceiros				
	E2-9-2	Adquirir reagentes para CD4 para os maiores centros de tratamento e manter manutenção regular dos equipamentos	INLS, parceiros				
	E2-7-10	Realizar os exames para diagnóstico das IO, especialmente TB e Criptococo (GeneXpert, pesquisa de Ag crito, LAM)	INLS, MINSA, DNSP, parceiros				
Eixo 3: Cuidados e Tratamento das Pessoas que Vivem com VIH e Hepatites virais							
Ação prioritária	#	Actividade		2023	2024	2025	2026
E3-1 Até 2026, aumentar a cobertura de TARV adulto de 48% em 2022 para 70%, e o TARV pediátrico (0-14 anos) de	E3-1-1	Capacitar formadores do nível provincial, municipal e das US sobre manuseamento clínico de gestantes VIH positivo	INLS, DNSP, GPS				
	E3-1-2	Capacitar formadores do nível provincial e municipal para acompanhamento da criança exposta ao VIH até ao desfecho	INLS, DNSP, GPS				

22% para 70%. Aumentar a cobertura de TARV em gestantes VIH positivas de 75% para 95%	E3-1-3	Capacitar prestadores de serviço do PF e da CPN para acompanhamento da criança exposta ao VIH até ao desfecho	INLS, DNSP, GPS				
	E3-1-4	Adquirir ARV para profilaxia de crianças expostas	INLS, DNSP, GPS, parceiros, OSC				
	E3-1-5	Implementar a estratégia de Mães Mentora nas unidades sanitárias com acompanhamento de crianças expostas ao VIH	INLS, DNSP, GPS, DMS, OSC, parceiros				
	E3-1-6	Manter as Mães mentoras em actividade	INLS, DNSP, GPS, DMS				
	E3-1-7	Reforçar o sistema de vigilância e reporte mensal de crianças expostas identificadas por meio de testagem realizada em suas mães durante a gravidez ou durante o parto e em acompanhamento até ao desfecho.	INLS, DNSP, GPS				
	E3-1-8	Prover pacotes incentivo sociais na consulta para melhorar a retenção no tratamento de TARV em gestantes que vivem com VIH e crianças expostas	INLS, DNSP, GPS, DMS				
	E3-1-9	Capacitar formadores do nível provincial, municipal e das US sobre manuseamento clínico de adultos e crianças que vivem com VIH	INLS, GPS, DMS				
	E3-1-10	Adquirir ARV para tratamento do VIH	INLS, MINSA; MINFIN, parceiros				
	E3-1-11	Prover pacotes incentivo sociais na consulta para melhorar a retenção no tratamento de TARV em crianças que vivem com VIH	INLS, DNSP, GPS, DMS				
	E3-1-12	Elaborar guião ou nota técnica sobre busca activa dos pacientes para garantir padronização na reintegração aos serviços de saúde.	INLS, parceiros				
	E3-1-13	Criar fluxo nas US para identificar os pacientes que estão em TARV e que estão em perda de seguimento, através dos agentes comunitários nas US	INLS, GPS, DMS, parceiros, OSC				
	E3-1-14	Proceder busca activa dos pacientes com perda de seguimento, através de mensagens de texto, telefonemas e visitas domiciliares, de forma efetiva e humanizada, com habilidades para lidar com questões de confidencialidade e privacidade dos pacientes.	INLS, DNSP, GPS				
	E3-1-15	Reforçar as acções de educação na US para sensibilizar os pacientes sobre a importância do acompanhamento regular e do tratamento adequado.	INLS, DNSP, GPS				
E3-1-16	Monitorar e avaliar a estratégia de busca ativa avaliando os resultados alcançados, como o número de pacientes reintegrados aos serviços de saúde e a redução dos índices de perda de seguimento.	INLS, DNSP, GPS					
E3-2 Até 2026, tratar 100% de grávidas com sífilis e 100% das crianças diagnosticadas com sífilis congénita	E3-2-1	Capacitar e actualizar os profissionais de saúde no tratamento síndromico da Sífilis em gestantes.	INLS, DNSP, GPS				
	E3-2-2	Realizar visitas de supervisão formativa	INLS, DNSP, GPS, parceiros				

	E3-2-3	Capacitar e actualizar os profissionais de saúde no diagnóstico e tratamento da Sífilis congênita.	CNLS, INLS, DNSP, GPS, parceiros, OSC				
	E3-2-4	Reforçar a triagem para sífilis em todas as grávidas durante o pré-natal	CNLS, MAISFAMU, MIN AGRICULTURA, MINSA, GPS, OSC, Parceiros				
	E3-2-5	Assegurar a disponibilidade do medicamento para tratamento e acompanhamento pós-parto para mães e bebés.	CNLS, INLS, DNSP, GPS, parceiros, OSC				
	E3-2-6	Assegurar a monitoria da testagem de todos os recém-nascidos para sífilis após o parto e tratamento de crianças diagnosticadas com sífilis	INLS, MINSA, DNSP, parceiros				
E3-3 Até 2026, ter implementados grupos comunitários de adesão ao TARV, GAACs e GAMs em pelo menos 20% das US de todas as províncias	E3-2-1	Capacitar os profissionais das US a seleccionar sobre a estratégia dos GAAC.	INLS, GPS, parceiros				
	E3-3-2	Operacionalizar a estratégia dos GAAC nas 46 US seleccionadas.	INLS, GPS, parceiros				
	E3-3-3	Adoptar entrega de medicamentos controlado em casa ou através dos grupos GAM de acordo as regras do INLS	INLS, GPS, parceiros, OSC				
	E3-3-4	Capacitar os profissionais de saúde para a implementação de modelos diferenciados de TARV	INLS, GPS, parceiros				
E3-4 Até 2026, integrar os serviços de tratamento das hepatites virais B e C e outras ITS em 40% das unidades sanitárias com os serviços de VIH nas 18 províncias de Angola, com ênfase às gestantes e às populações chave e vulneráveis	E3-4-1	Formar médicos e enfermeiros em diagnóstico, cuidados e tratamento das hepatites virais	INLS, GPS, parceiros				
	E3-4-2	Adquirir ARV para tratamento de Hepatite B	INLS, MINSA, MINFIN				
		Adquirir ARV para tratamento de Hepatite C	INLS, MINSA, MINFIN				
	E3-4-3	Adquirir medicamentos para tratamento de ITS (sífilis, clamídea, gonorreia)	INLS, MINSA, MINFIN				
	E3-4-4	Capacitar formadores do nível provincial, municipal e das US para o atendimento humanizado e não discriminatório, especialmente para populações chave e mais vulneráveis	INLS, GPS, parceiros				
	E3-4-5	Realizar exames de controlo para utentes com Hepatite B e C	INLS, GPS, DMS, US				
	E3-4-6	Realizar supervisão formativa sobre o protocolo actual da abordagem sindrómica das ITS.	INLS, GPS, parceiros				
	E3-4-7	Actualizar o protocolo de abordagem sindrómica do tratamento das ITS	INLS, parceiros				
E3-4-8	Capacitar os profissionais de saúde sobre o protocolo de abordagem sindrómica do tratmeto das ITS.	INLS, GPS, parceiros					

	E3-4-9	Divulgar protocolo actualizado de abordagem sindrômica do tratamento das ITS.	INLS, GPS, parceiros				
E3-5 Até 2026, ter os cuidados e tratamento essenciais para as PVVIH, em especial utentes com doença avançada pelo VIH (incluindo apoio nutricional, comorbidades) em todas as unidades de referência das 18 províncias	E3-5-1	Elaborar diretrizes e protocolos para garantir que o apoio nutricional seja integrado ao cuidado clínico dos pacientes PVVIH e que seja baseado nas suas necessidades nutricionais.	DNISP, INLS, parceiros				
	E3-5-2	Identificar e envolver provedores de serviços de apoio nutricional, como nutricionistas, para garantir que o apoio nutricional seja de alta qualidade e efetivo.	DNISP, INLS, parceiros				
	E3-5-3	Incluir as PVVIH em TARV nos programas sociais de apoio alimentar	DNISP, INLS, parceiros				
	E3-5-4	Criar grupos de trabalho interdisciplinares e a realização de reuniões regulares entre os programas envolvidos.	INLS, DNISP				
	E3-5-5	Adquirir suplemento alimentar (tipo RUFT) para utentes com doença avançada	DNISP, INLS, parceiros				
Eixo 4: Gestão e Fortalecimento das Áreas Transversais para a Resposta ao VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS				Cronograma			
Ação prioritária	#	Actividade	Liderança	2023	2024	2025	2026
E4-1 Até 2026, realizar pelo menos 1 estudo populacional sero-comportamental relacionado ao VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS entre as populações chave, prisionais, mineiros e usuários de drogas lícitas e ilícitas	E4-1-1	Realizar um IBBS para prisioneiros (VIH, Hepatites B e C, Sífilis e TB)	MINSA, MININT, INE, OSC, Parceiros				
	E4-1-2	Realizar um IBBS para pop chave (TS, HSH, trans)	MINSA, OSC, INE, Parceiros				
	E4-1-3	Realizar um IBBS para mineiros (VIH, Hepatites B e C, Sífilis e TB)	MINSA, OSC, INE, Parceiros				
	E4-1-4	Realizar um IBBS para usuários de drogas lícitas e ilícitas (VIH, Hepatites B e C, Sífilis e TB)	INALUD, INLS, OSC, INE, Parceiros				
	E4-1-5	Realizar um estudo sobre as causas de abandono de TARV	MINSA, OSC, INE, Parceiros				
	E4-1-6	Realizar workshops de divulgação de resultados dos estudos	MINSA, INE, Parceiros				
E4-2 Até 2026, estabelecer pelo menos 6 novas parcerias públicas-privadas de modo a assegurar a sustentabilidade de financiamento dos programas e acções	E4-2-1	Realizar reuniões consultivas com possíveis parceiros para identificar áreas de potencial colaboração e desenvolver um plano de acção conjunto	CNLS-GE, MINSA, Parceiros				
	E4-2-2	Intensificar a colaboração transfronteiriça em conjunto com parceiros nacionais e internacionais, melhorando a captura de dados da população móvel.	MINSA, MININT, MINDEF, DNISP				
E 4-3 Até 2026, realizar periodicamente as supervisões integradas sobre o cumprimento das normas e	E4-3-1	Estabelecer um cronograma de supervisões integradas ao longo do período até 2026	INLS, MINSA, MINFIN, Parceiros				
	E4-3-2	Desenvolver um plano detalhado sobre como as supervisões serão conduzidas					

protocolos de diagnóstico, tratamento, logística e monitoria e avaliação do programa de VIH/SIDA	E4-3-3	Formar equipes de profissionais qualificados e experientes para compor as equipes de supervisão.					
	E4-3-4	Realizar visitas presenciais aos locais onde são realizados os diagnósticos, tratamentos, logística e monitoria e avaliação do programa de VIH/SIDA					
	E4-3-5	Realizar revisões de relatórios e documentos relevantes tais como registros de pacientes, relatórios de monitoramento e avaliação, planos de tratamento, protocolos de diagnóstico, entre outros.					
	E4-3-6	Realizar entrevistas individuais ou em grupo com a equipe responsável pela implementação do programa de VIH/SIDA.					
	E4-3-7	Coletar dados e informações relevantes utilizando formulários, questionários ou outras ferramentas para coletar dados quantitativos e qualitativos durante as visitas de supervisão e as entrevistas.					
	E4-3-8	Analisar os resultados e identifique as áreas em que o cumprimento das normas e protocolos pode ser aprimorado.					
E4-4 Até 2026, ter o sistema de informação em saúde (SIS) e o sistema de gestão logística e da cadeia de abastecimento integrados, eficientes e eficazes.	E4-4-1	Expandir o sistema DHIS2 e realizar uma revisão abrangente do SIS para identificar as áreas de melhoria e oportunidades de aprimoramento.	MINSA, Parceiros				
	E4-4-2	Realizar visitas de supervisão integradas do nível central para o provincial (integrada área clínica, prevenção, laboratório, vigilância/M&A, TB, SSR, logística)	INLS, MINSA, MINFIN, Parceiros				
	E4-4-3	Realizar visitas de supervisão integradas do nível provincial para o municipal e US	INLS, DNSP, GPS, parceiros				
	E4-4-4	Implantar os instrumentos de Monitoria e Avaliação em US que ainda não as possuem.	MINSA				
	E4-4-5	Implementar um sistema de monitoria e avaliação da qualidade de dados rotineira a nível central, provincial, municipal e nas US em áreas chave tal como eliminação da SIDA pediátrica e PTMF.	MINSA				
	E4-4-6	Ter um sistema de acompanhamento da gestão de pacientes e vigilância epidemiológica de casos de VIH, VIH/TB, Hepatites Virais e outras ITS;	MINSA, Parceiros				
	E4-4-7	Expandir os instrumentos integrados e actualizados de monitoria e avaliação do País.	INLS, DNSP, GPS, parceiros				
	E4-4-8	Realizar periodicamente as reuniões do Grupo nacional de Quantificação dos Insumos da resposta ao VIH/SIDA, hepatites virais e outras ITS, de acordo com os Termos de Referência do mesmo	INLS, CECOMA, DNSP, Parceiros				
	E4-4-9	Estabelecer um sistema de gestão de estoque eletrônico para rastrear o estoque em tempo real e permitir decisões informadas sobre a gestão de estoque.	GTI, CECOMA, INLS, DNSP, GPS, parceiros				

	E4-4-10	Capacitar responsáveis provinciais da cadeia de abastecimento para garantir que eles possam utilizar efetivamente o sistema de gestão de estoque.	CECOMA, INLS, DNSP, GPS, parceiros				
	E4-4-11	Capacitar responsáveis municipais da cadeia de abastecimento em províncias prioritárias	CECOMA, INLS, DNSP, GPS, parceiros				
	E4-4-12	Realizar visitas de supervisão da cadeia de abastecimento em todas as províncias	CECOMA, INLS, DNSP, GPS, parceiros				
	E4-4-13	Realizar visitas de supervisão a cadeia de abastecimento nos municípios	CECOMA, INLS, DNSP, GPS, parceiros				
E4-5 Até 2026, monitorizar periodicamente e analisar as despesas da resposta so VIH/SIDA, Hepatites virais, outras ITS e coinfeção TB/VIH	E4-5-1	Analisar as despesas do VIH por agente de financiamento, identificando as principais fontes de financiamento e avaliando a eficácia e eficiência de cada agente de financiamento.	MINFIN, MINSA, Parceiros				
	E4-5-2	Analisar as despesas do VIH por populações beneficiárias, identificando as principais populações beneficiárias e avaliando a eficácia e eficiência das intervenções em cada população.	MINFIN, MINSA, OSC, Parceiros				
	E4-5-3	Relacionar as despesas do VIH ao impacto no alcance dos objetivos e metas relacionados ao VIH, avaliando a eficácia e eficiência das intervenções em relação aos resultados alcançados.	MINFIN, MINSA, Parceiros				
	E4-5-4	Identificar áreas de melhoria na alocação de recursos financeiros para os programas e intervenções relacionados ao VIH, incluindo a necessidade de realocar recursos para áreas prioritárias e de aumentar a eficiência e eficácia das intervenções existentes.	MINFIN, MINSA, Parceiros				
	E4-5-5	Realizar avaliações periódicas para monitorizar o progresso na implementação das melhorias identificadas na análise das despesas do VIH e fazer ajustes conforme necessário.	MINFIN, MINSA, Parceiros				
E4-6 Até 2026, manter reuniões regulares da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias (CNLS), das Comissões Provinciais de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias, da Comissão VIH/TB e do Grupo Nacional de Monitoria e avaliação, com o objectivo de monitorar o progresso do VII PEN	E4-6-1	Realizar as reuniões da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias, conforme periodicidade estabelecida no Regulamento Interno	CNLS				
	E4-6-2	Realizar as reuniões das Comissões Provinciais de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias, conforme periodicidade estabelecida no Regulamento Interno	CNLS, CPLS/Gov Provinciais				
	E4-6-3	Realizar as reuniões do Comité Técnico da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias, conforme periodicidade estabelecida no Regulamento Interno	CNLS, MINSA				
	E4-6-4	Realizar duas reuniões anuais do Comitê Técnico de Coordenação de TB/VIH	INLS, DNSP				
	E4-6-5	Elaborar o regulamento dos Comitês Técnico de Coordenação de TB/VIH nacional e provincial	INLS, DNSP				

	E4-6-6	Criar e operacionalizar os Comitês Técnicos Provinciais de Coordenação de TB/VIH	INLS, DNSP, GPS				
	E4-6-7	Manter as reuniões periódicas do grupo Nacional de Monitoria e Avaliação, relaizando análise dos indicadores com todos os sectores	CNLS, INLS, MINSA				
E4-7 Até 2024, elaborar e assinar um memorandum de entendimento interministerial para o acesso prioritário das PVVIH aos projectos de apoio e aos programas de proteção social tal como transferência monetária social	E4-7-1	Realizar reuniões de coordenação entre os diversos sectores para identificar áreas de colaboração potencial entre os departamentos ministeriais envolvidos e estabelecer parcerias para a implementação conjunta de programas e intervenções relacionados ao VIH/SIDA e à co-infecção VIH/TB.	CNLS-GE, MASFAMU, MEP, M Agricultura, MAPTESS, MINSA,				
	E4-7-2	Desenvolver um memorandum de entendimento para que PVVIH possam beneficiar melhor da segurança social	CNLS-GE, MAISFAMU, MINSA, MEP, MINFIN, MED, OSC, Parceiros				
	E4-7-3	Criar fluxos e instrumentos para inserção das PVVIH mais vulneráveis socialmente nos programas e projectos de apoio social do Governo	MINSA, CNLS-GE, MASFAMU, MEP				
	E4-7-4	Monitorizar impacto do apoio social na melhoria da qualidade de vida das PVVIH	MINSA, CNLS-GE, MASFAMU, MEP				
Eixo 5: Garantia dos Direitos Humanos e redução das Barreiras nos Serviços de VIH/SIDA, TB, Hepatites Virais				Cronograma			
Ação prioritária	#	Actividade	Liderança	2023	2024	2025	2026
E5-1 Até 2025, rever e promulgar uma nova Lei do VIH (atualizar a Lei 8/04) incluindo evidências contemporâneas para os direitos humanos das pessoas vivendo com e afectadas pelo VIH, com base nas recomendações do relatório LEA	E5-1-1	Identificar as disposições da Lei 8/04 que precisam ser revistas.	MINJUSDH, CNLS, Sexta Comissão AN, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-1-2	Consultar as partes de interesse (especialistas VIH, OSC, PVVIH, adolescentes e outras) para feedback sobre as disposições a serem revistas e as melhores práticas para a promoção do direito à saúde e da não discriminação.	MINJUSDH, CNLS, Sexta Comissão AN, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-1-3	Divulgar a proposta de revisão da Lei 8/04 para a população em geral e realizar consultas públicas para obter feedback e sugestões.	MINJUSDH, CNLS, Sexta Comissão AN, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-1-4	Encaminhar a proposta de revisão da Lei 8/04 ao poder legislativo para análise, discussão e aprovação.	MINJUSDH, CNLS, Sexta Comissão AN				
	E5-1-5	Implementar a nova lei, garantindo que as disposições revisadas estejam sendo cumpridas e que os direitos à saúde e à não discriminação sejam promovidos.	MINJUSDH, CNLS, Sexta Comissão AN, MINSA, OSC, Parceiros				

	E5-1-6	Promover a educação e a conscientização sobre a nova Lei 8/04 revisada, fornecendo informações claras sobre os direitos e responsabilidades dos pacientes, profissionais de saúde e outras partes interessadas.	MINJUSDH, MINSA, MINCULT, MINCOM, OSC				
	E5-1-7	Monitorar e avaliar a implementação da nova Lei 8/04 revisada	MINJUSDH, MINSA, MINCULT, MINCOM SOC, MINJUD, OSC, Parceiros				
E5-2 Até 2026, ter um grupo técnico de advocacia e implementação das recomendações da Avaliação do Ambiente Legal em pleno funcionamento	E5-2-1	Selecionar profissionais com expertise na área jurídica e que tenham interesse em atuar na implementação das recomendações da Avaliação do Ambiente Legal.	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-2-2	Formar técnicos agentes comunitários sobre as recomendações da Avaliação do Ambiente Legal, bem como sobre as melhores práticas para a implementação de políticas públicas na área de saúde.	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-2-3	Desenvolver um plano de ação para a implementação das recomendações da Avaliação do Ambiente Legal.	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-2-4	Realizar reuniões regulares para monitoria das atividades das recomendações do LEA.	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-2-5	Reportar por escrito periodicamente (de 4 em 4 meses) ao CNLS-GE sobre o progresso das atividades	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros				
E5-3 Até 2026, ter implantado um sistema de formação e incentivo de boas práticas para profissionais de saúde e outros atores relevantes em relação aos direitos das PVVIH, pessoas com TB, populações-chave e vulneráveis	E5-3-1	Definir as normas e regulamentos que estabelecem as boas práticas e os direitos das PVVIH, pessoas com TB, populações-chave e vulneráveis, inclusive as regras de confidencialidade.	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-3-2	Divulgar amplamente as normas e regulamentos para todos os profissionais de saúde e outros atores relevantes, por meio de treinamentos, campanhas de conscientização e outras formas de comunicação.	MINSA, MAPTSS, OSC, Parceiros				
	E5-3-3	Estabelecer mecanismos de denúncia para que as pessoas possam relatar violações dos direitos e das boas práticas, assegurando que esses mecanismos sejam acessíveis e seguros.	MINSA, OSC				
	E5-3-4	Investigar as denúncias recebidas, garantindo que as investigações sejam imparciais e que as informações sejam tratadas com confidencialidade.	MINJUSDH, MINSA, MAPTSS, Provedoria de Justiça				
	E5-3-5	Aplicar sanções disciplinares aos profissionais de saúde e outros atores relevantes que violam as normas e regulamentos, incluindo	MINSA, MAPTSS				

		advertências, suspensões, demissões e outras medidas disciplinares apropriadas.					
	E5-3-6	Estabelecer e disseminar um mecanismo de avaliação de desempenho e incentivos dos RH em saúde que atendem as PVVIH a integrar durante as visitas de supervisão para melhorar o envolvimento dos profissionais (ex.: reconhecimento de mérito).	MINSA, MAPTSS				
	E5-3-7	Monitorar e avaliar a implementação das normas e regulamentos, coletando feedback dos usuários dos serviços de saúde e outras partes interessadas, e identificando oportunidades de melhoria.	OSC, Parceiros				
	E5-3-8	Fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde e outros atores relevantes para promover as boas práticas e os direitos das PVVIH, pessoas com TB, populações-chave e vulneráveis, por meio de treinamentos, supervisão e outras formas de capacitação.	MINSA, MAPTSS, OSC, Parceiros				
E5-4 Até 2025 realizar pelo menos 1 estudo sobre as dinâmicas de gênero que afectam a resposta ao VIH , incluindo normas sociais prejudiciais, violência baseada no gênero e doméstica	E5-4-1	Realizar uma pesquisa para compreender as dinâmicas de gênero na resposta do VIH e desenvolver recomendações específicas baseadas em evidências.	MASFAMU, MINSA, MINJUD, MEP, OSC, Parceiros				
	E5-4-2	Realizar workshops regionais para divulgação dos resultados e para inclusão das recomendações nos planos provinciais dos diversos sectores envolvidos	MASFAMU, MINSA, MINJUD, MEP, OSC, Parceiros				
E5-5 Até 2025, ter integrado direitos sexuais e reprodutivos, orientação sexual, identidade de gênero e o combate ao estigma e à discriminação na Política Nacional de Juventude.	E5-5-1	Identificar as necessidades e demandas dos jovens em relação à saúde e direitos sexuais e reprodutivos e orientação sexual e identidade de gênero, por meio de pesquisas, consultas públicas, reuniões com organizações da sociedade civil e outras formas de participação juvenil.	MINJUD, MEP, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-5-2	Revisar a Política Nacional de Juventude, levando em conta as necessidades e demandas identificadas	MINJUD, MEP, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-5-3	Promover e disseminar a política nacional de juventude	MINJUD, MEP, MINSA, OSC, Parceiros				
	E5-5-4	Estabelecer parcerias com OSC que trabalham em questões relacionadas garantindo a sua participação na definição e implementação de políticas e programas específicos.	MINJUD, MEP, MINSA, OSC, Parceiros				
E5-6 Até 2026, ter formado pelo menos 200 formadores sobre direitos, acesso à justiça e sobre ambiente jurídico legal	E5-6-1	Identificar as necessidades dos participantes em relação ao conhecimento sobre direitos, acesso à justiça e ambiente jurídico legal.	MINJUSDH, OSC, Parceiros				
	E5-6-2	Elaborar currículos para os cursos de formação de formadores.					

para as OSC, técnicos de saúde e de forças de segurança	E5-6-3	Selecionar formadores com experiência e conhecimento sobre os temas, garantindo que sejam representativos de diferentes setores e grupos.					
	E5-6-4	Divulgar os cursos de formação de formadores para as OSC, técnicos de saúde e forças da polícia, por meio de redes sociais, e-mails, convites diretos e outros meios de comunicação.					
	E5-6-5	Realizar os cursos de formação de formadores, fornecendo materiais didáticos, sessões teóricas e práticas, estudos de caso e outras atividades de aprendizagem.	MINJUSDH, OSC, Parceiros				
E5-7 Até 2026, ter formado recursos humanos entre agentes públicos (profissionais de saúde, polícia, sistema judiciário e penitenciário) a fim de garantir a implementação eficaz e sustentável da Lei de Violência Doméstica e políticas públicas para reduzir a desigualdade de género	E5-7-1	Prover formação sobre como identificar, prevenir e responder à violência doméstica e capacitados em atender e apoiar as vítimas de violência doméstica, incluindo a oferta de serviços de saúde, orientação jurídica e psicológica.	MAISFAMU, MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros, MININT, MINDEF.				
	E5-7-2	Produzir material educativo digital, e vídeo, que os ajudem a entender melhor a violência doméstica e como lidar com ela.	MAISFAMU, MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros, MININT, MINDEF.				
	E5-7-3	Re-activar grupos de discussão, fóruns de debate, serviços de saúde, serviços sociais, serviços jurídicos e serviços de segurança pública que possam oferecer suporte emocional e troca de experiências entre os profissionais.	MAISFAMU, MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros, MININT, MINDEF.				
	E5-7-4	Elaboração ou/actualização, e disseminação de protocolos claros e objetivos que os ajudem a lidar com casos de violência doméstica.	MAISFAMU, MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros, MININT, MINDEF.				
E5-8 Até 2026, ter implementado políticas públicas para proteção dos direitos das populações chave e mais vulneráveis	E5-8-1	Divulgar informações sobre os mecanismos de queixas existentes para as trabalhadoras de sexo e homens que fazem sexo com homens, incluindo números de telefone, endereços de e-mail, sites e outras formas de contato.	MINJUSDH, MINSA, OSC, Parceiros, MININT, MINDEF.				
	E5-8-2	Capacitar os profissionais que trabalham com as trabalhadoras de sexo e homens que fazem sexo com homens, como advogados, assistentes sociais e defensores públicos, sobre os direitos desses grupos e os mecanismos de queixas existentes.	CNLS, INLS, Min Justiça e DH, OSC, parceiros				
	E5-8-3	Estabelecer protocolos claros para os profissionais que recebem as queixas garantindo que as denúncias sejam tratadas com respeito e confidencialidade.	CNLS, INLS, Min Justiça e DH, OSC, parceiros				

	E5-8-4	Criar comitês de monitoramento para acompanhar as denúncias de violência policial e penitenciária	CNLS, INLS, Min Justiça e DH, OSC, parceiros				
	E5-8-5	Fortalecer as redes de apoio para as trabalhadoras de sexo e homens que fazem sexo com homens, incluindo organizações da sociedade civil, grupos de defesa de direitos humanos e outras instituições, garantindo que as vítimas recebam o apoio necessário para denunciar a violência e o abuso.	CNLS, INLS, Min Justiça e DH, OSC, parceiros				
	E5-8-6	Realizar sessões informativas de denúncia para incentivar as trabalhadoras de sexo e homens que fazem sexo com homens a denunciarem a violência policial e penitenciária, abuso e uso injustificado da força, garantindo que as denúncias sejam tratadas com seriedade.	CNLS, INLS, Min Justiça e DH, OSC, parceiros				
Eixo 6: Fortalecimento da Resposta Comunitária ao VIH/SIDA, Hepatites virais e outras ITS				Cronograma			
Ação prioritária	#	Actividade	Liderança	2023	2024	2025	2026
E6-1 Até 2026, prover apoio jurídico, capacitação organizacional, treinamento e apoio técnico em pelo menos 60% das OSC que actuam nas áreas do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB	E6-1-1	Avaliação de capacidades de OSC nacionais	OSC, Parceiros				
	E6-1-2	Desenvolver plano de capacidade					
	E6-1-3	Identificar e fornecer recursos financeiros e outros recursos necessários para as OSC implementarem ações e serviços comunitários de VIH					
	E6-1-4	Estabelecer parcerias e colaboração com outras OSC e outros para aumentar a capacidade na qualidade dos serviços prestados.					
	E6-1-5	Formar agentes comunitários, PAFS, ADECOS para as acções da resposta ao VIH-SIDA, hepatites virais outras ITS e co-infecção VIH/TB					
	E6-1-6	Monitorar e avaliar regularmente a capacidade e o desempenho das OSC					
	E6-1-7	Actualizar o mapeamento das OSC: Definir os critérios de mapeamento de OSC e recolher dados					
E6-2 Até 2026, ter 100% das províncias com a monitoria baseada na comunidade (CLM) implantada	E6-2-1	Identificar as questões e indicadores a serem monitorados, definir os objetivos da CLM, responsáveis, Estabelecer mecanismos de coleta de dados:	OSC, Parceiros				
	E6-2-2	Capacitar a comunidade para coletar, analisar e interpretar os dados coletados, fornecendo treinamentos e assistência técnica.					
	E6-2-3	Estabelecer um sistema de feedback para fornecer informações às partes interessadas relevantes					
	E6-2-4	Monitorar e avaliar regularmente o processo de implementação da CLM.					
	E6-3-1	Formação sobre reportagem no SIS comunitário					

E6-3 Até 2026, ter pelo menos 60% das OSC que actuam nas áreas do VIH, Hepatites Virais, outras ITS e a co-infecção VIH/TB a utilizar o sistema SIS comunitário.	E6-3-2	Realizar a análise de dados do SIS comunitário	OSC, INLS; GEPE, GTI, Parceiros				
E6-4 Até 2026, ter formado pelo menos 200 formadores sobre Estigma e Discriminação, utilizando como base os resultados da pesquisa Índice de Estigma e Discriminação 2021 e suas recomendações	E6-4-1	Com base na análise dos resultados do Stigma Index, seleccionar topicos e elaborar um pacote de formação.	OSC, INLS, Parceiros				
	E6-4-2	Formar formadores nacionais em matéria de estigma e discriminação	OSC, INLS, Parceiros				
	E6-4-3	Formar formadores nas 18 províncias (9 províncias/ano) em matéria de estigma e discriminação	OSC, Parceiros				
	E6-4-4	Organizar fórum incentivando acção contra o estigma e à discriminação, fornecendo sugestões e recursos para mudança de comportamento	OSC, Parceiros				
E6-5 Até 2026, ter realizado pelo menos 40 acções de prevenção e contra o estigma e discriminação ao VIH/SIDA, TB, Hepatites virais e outras ITS, com especial foco nas populações chave e mais vulneráveis	E6-5-1	Encontros de trocas de experiência e partilha de boas práticas com as Organizações que trabalham com as Populações Chave	OSC, Parceiros				
	E6-5-2	Promover Forúms Regionais, Municipais e Provinciais para serem discutidos os problemas ligados ao VIH	OSC, Parceiros				
	E6-5-3	Oferecer serviços de prevenção	OSC, Parceiros				
	E6-5-4	Oferecer serviços de aconselhamento e testagem					
	E6-5-5	Proporcionar apoio emocional e psicossocial					
	E6-5-6	Criar espaços seguros e sem estigma					
	E6-5-7	Acompanhar e avaliar a implementação dos mecanismos de queixas contra a violência policial e penitenciária, abuso e uso injustificado da força entre as trabalhadoras de sexo e homens que fazem sexo com homens, coletando dados sobre a eficácia das medidas adotadas, identificando as áreas que precisam de melhorias e promovendo acções corretivas, quando necessário.	OSC, Parceiros				
	E6-5-8	Advogar para que o país tenha dados sobre usuários de drogas e sua vulnerabilidade para as ITS, a fim de poder programar actividades específicas para esta população	OSC, INALUD				
E6-6 Até 2024, ter a Estratégia Nacional de Prevenção, Cuidados e Tratamento das ITS/VIH-SIDA para Populações-chave e Vulneráveis em Angola actualizada, validada e divulgada	E6-6-1	Actualizar a Estratégia Nacional de Prevenção, Cuidados e Tratamento das ITS/VIH-SIDA para Populações-chave e Vulneráveis em Angola	INLS, OSC pop chave, parceiros				
	E6-6-2	Realizar workshop de validação da Estratégia					
	E6-6-3	Realizar workshop de lançamento da Estratégia					

DOCUMENTOS ORIENTADORES

1. Relatório Global VIH (2021): Confrontar as Desigualdades, 40 anos de Lições para respostas as pandemias.
2. Guião sobre Prevenção do VIH 2025 Roteiro: No rumo certo para Acabar com a SIDA como ameaça a Saúde Pública, Aliança Global de Prevenção.
3. Painel de Resultados de Prevenção para Angola (2021).
4. Mesa Redonda Financiamento do Sector da Saúde, Ministério das Finanças Angola (Novembro, 2022).
5. Aplicação do Pedido de Financiamento ao FG para Angola (2021).
6. Plano Nacional de Desenvolvimento de Angola (2018-2025).
7. Plano Nacional da Cadeia de Abastecimento (PNECA) 2016-2021.
8. Estratégia Nacional de Prevenção, Cuidados e Tratamento das ITS/VIH-SIDA para Populações Chaves e Vulneráveis em Angola (Draft. 26 Junho 2018).
9. Plano Operacional do País do PEPFAR (2020-2021).
10. Relatório das actividades anuais do INLS (2020, 2021).
11. Resultados das estimativas anuais do Spectrum 2018-2022.
12. Angola: Avaliação do Ambiente Jurídico para o VIH e o Direito a Saude Sexual e Reprodutiva (PNUSD, 2020).
13. Estatísticas Global da TB pela OMS (2021)
14. Plano Estratégico Nacional actual e penúltimo de Angola, Myanmar, Nepal, Kenya, Moçambique, França, Namibia, Costa do Marfim
15. Plano Nacional de Monitoria do VIH/SIDA 2018-2022
16. Plano Nacional de Prevenção da Transmissão do VIH, da Sífilis Congénita da Hepatite B da Mãe para o Filho (2019-2022)
17. Relatório Síntese do VIH/SIDA, 2017-2022
18. Relatório da Análise da Situação dos 90-90-90 em Angola (2021)
19. Análise de desempenho das unidades sanitárias e acções comunitárias em locais que contam com a assistência técnica do PEPFAR 2019-2022;
20. Relatório de actividade de Organizações não governamental (ONGs);
21. Apresentação no modelo power point (PPT) sobre o desempenho das Actividades do Fundo Global 2018-2022,
22. Relatórios PPT da avaliação de qualidade de dados nas províncias de Benguela e Cuanza Sul (2021 e 2022)
23. Extracção dos dados de rotina no Sistema de Informação de Gestão Sanitária (DHIS2).
24. Um Triplo Dividendo: Os ganhos sanitários, sociais e económicos do financiamento da resposta ao VIH em África (2023).
25. Balanço do PEN VII, 2022-2022
26. Relatório de Incepção do Orçamento do PEN VII, 2023



APOIO:

