

**Diagnóstico Situacional sobre a Implementação da Recomendação  
Opção B+ , da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no  
âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP**

**Consultora: Helena M.M. Lima, MD, PhD**



CPLP  
Comunidade dos Países  
de Língua Portuguesa



DST-AIDS  
HEPATITES VIRAIS



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde

**RELATÓRIO FINAL - GUINÉ BISSAU**

**AGOSTO DE 2017 – REVISADO EM ABRIL DE 2018**

## ÍNDICE

<b>Tema</b>	<b>Página</b>
<b>Siglas e abreviaturas</b>	3
<b>Lista de Figuras, Quadros, Tabelas e Gráficos</b>	5
<b>Contexto</b>	6
<b>Políticas de Saúde em Guiné Bissau</b>	8
<b>Epidemiologia – VIH e SIDA</b>	12
<b>Gestantes e Recém-Nascidos: Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PTMF)</b>	16
<b>Epidemiologia de VIH/ SIDA entre gestantes</b>	18
<b>Opção B+</b>	19
<b>Adesão e retenção: aspectos culturais</b>	22
<b>Bancos de sangue</b>	27
<b>ONG Parceiras</b>	27
<b>Tabela-Síntese</b>	30
<b>Conclusões e Recomendações</b>	33
<b>Bibliografia</b>	37
<b>Lista dos participantes, cargos e instituições</b>	38

## SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ABC</b>	Agência Brasileira de Cooperação
<b>ARV</b>	Anti-retrovirais
<b>ASC</b>	Agentes de saúde comunitários
<b>AT</b>	Aconselhamento de testagem
<b>AZT</b>	Zidovudina
<b>CADV</b>	Centro de Aconselhamento e Despistagem (Testagem) Voluntária
<b>CAP</b>	Comportamentos, Atitudes e Práticas
<b>CCM</b>	Comité de coordenação multisectorial
<b>CDV</b>	Centro de despistagem voluntário (testagem)
<b>CD4</b>	Conjunto de diferenciação 4
<b>CECOME</b>	Central de Encomendas e Compras de Medicamentos Essenciais
<b>CESC</b>	Centro de Epidemiologia e Saúde Comunitária
<b>CIDA</b>	Centro de Informação, Testagem e Apoio
<b>CMI</b>	Centro materno-infantil
<b>CNLS</b>	Conselho Nacional de Luta contra VIH e SIDA
<b>CPLP</b>	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
<b>CPN</b>	Consulta pré-natal
<b>CRLS</b>	Conselho Regional de Luta contra VIH e SIDA
<b>CSLS</b>	Célula sectorial da luta contra o SIDA
<b>CTA</b>	Centro de Terapia Anti-retroviral
<b>CTX</b>	Cotrimoxazol
<b>DENARP</b>	Documento Estratégico Nacional para Redução da Pobreza
<b>DOTS</b>	Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado
<b>DRS</b>	Direção Regional de Saúde
<b>DSR</b>	Direção de Saúde Reprodutiva
<b>DST</b>	Doença Sexualmente Transmissível
<b>e-TMF</b>	Eliminação da transmissão do VIH da Mãe para a Filho
<b>FM</b>	Fundo Mundial
<b>HRF</b>	Hospital Raul Follereau
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>FUNAP/UNFPA</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>GB</b>	Guiné-Bissau
<b>GFATM</b>	Fundo Global de Combate à aids, Tuberculose e Malária
<b>ILAP</b>	Inquérito Ligeiro para Avaliação da Pobreza
<b>INASA</b>	Instituto Nacional de Saúde
<b>IST</b>	Infecções sexualmente transmissíveis
<b>MGF</b>	Mutilação Genital Feminina
<b>MICS</b>	Inquérito por Grupos de Indicadores Múltiplos - Multiple Indicator Cluster Survey - Enquête à indicateurs multiples – Indicadores Múltiplos para as Células de Seguimento
<b>MINSA</b>	Ministério da Saúde
<b>ODM</b>	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização não-governamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Comum das Nações Unidas para o SIDA
<b>RCP (PCR)</b>	Reação em Cadeia de Polimerase
<b>PAM</b>	Programa Alimentar Mundial

<b>PEN</b>	Plano Estratégico Nacional
<b>PF</b>	Planejamento familiar
<b>PMT</b>	Praticantes de Medicina Tradicional
<b>PNDS</b>	Plano nacional de desenvolvimento sanitário
<b>PNIEG</b>	Programa de Igualdade de Gênero
<b>PNLS</b>	Programa Nacional de Luta Contra Sida
<b>PNLT</b>	Programa Nacional de Luta contra Tuberculose
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento
<b>PTME</b>	Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para <i>enfant</i> (filho)
<b>PTMF</b>	Prevenção da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho
<b>PVHA</b>	Pessoas Vivendo com VIH/Aids
<b>RENAP+/GB</b>	Rede nacional das associações de PVHA/ GB
<b>RGPH</b>	Recenseamento geral da população e habitação
<b>S&amp;A</b>	Seguimento e Avaliação
<b>SAB</b>	Setor Autônomo de Bissau
<b>SICLOM</b>	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SMI</b>	Saúde Materna e Infantil
<b>SNLS</b>	Secretariado Nacional da Luta Contra o SIDA
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Sangue
<b>SR</b>	Saúde Reprodutiva
<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>TARV</b>	Tratamento Anti-retroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TMF</b>	Transmissão do VIH da Mãe para o Filho
<b>UNGASS</b>	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UNFPA</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>USC</b>	Unidade de Saúde Comunitária
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>WHO</b>	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

## Lista de Figuras, Quadros, Tabelas e Gráficos

**Figura 1.** Regiões administrativas da Guiné-Bissau. Fonte: Governo de Guiné Bissau, 2016<sup>(18)</sup>.

**Figura 2.** Organização do Sistema de Saúde em Guiné-Bissau. Fonte: GNB\_2014<sup>(6)</sup>.

**Figura 3.** Condições para assistência às PVHA em Guiné Bissau, 2011. Fonte: GNB\_2012<sup>(9)</sup>.

**Quadro 1.** Fluxo dos relatórios de VIH/Aids em Guiné Bissau. Fonte: GNB, 2015<sup>(7)</sup>.

**Quadro 2.** Projeção de PVHA e novos casos de VIH segundo Spectrum. Ano-Base 2014. Fonte: GNB, 2015<sup>(5)</sup>.

**Quadro 3.** Local de realização do último (mais recente) parto. Fonte: GNB\_2015<sup>(13)</sup>.

**Quadro 4.** Situação da Coinfecção TB VIH na Guiné Bissau. Fonte: GNB\_2014<sup>(4)</sup>.

**Tabela 1.** Estimativa do número de pessoas vivendo com VIH em Guiné Bissau. Fonte: GNB, 2015<sup>(8)</sup>.

**Gráfico 1.** Incidência de VIH na população com 15 anos ou mais em Guiné Bissau, 2016. Fonte: GNB, 2015<sup>(8)</sup>.

**Gráfico 2.** Evolução da prevalência de VIH-1 entre jovens de 15-24 anos por sexo. Fonte: GNB, 2015<sup>(5:9)</sup>.

## Contexto

A República da Guiné-Bissau, independente desde 1974, é um país de Língua Portuguesa na África Ocidental. Está situada na Costa Ocidental da África, limitada ao norte pela República do Senegal, a leste e sul pela República da Guiné Conakry e a oeste pelo Oceano Atlântico. Com uma área de 36.125 km<sup>2</sup>, o país tem uma parte continental e outra insular. A superfície emersa continental tem cerca de 27.700 km<sup>2</sup> e a parte insular, formada pelo Arquipélago dos Bijagós e Bolama. A capital do país é o Setor Autônomo de Bissau (SAB). As marés penetram no interior até cerca de 150 km<sup>2</sup>, fazendo com que algumas áreas fiquem parcial ou totalmente inacessíveis durante parte do ano<sup>(18)</sup>. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores, e estes em seções, constituídas por tabancas (aldeias). As regiões e setores são dirigidos por comitês de Estado, liderados por um Presidente. O Setor Autônomo, a cidade de Bissau, é a capital política, económica e administrativa do país. Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Cacheu e a capacidade logística do Ministério da Saúde em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresenta-se com 11 regiões sanitárias, incluindo o Setor Autônomo de Bissau.

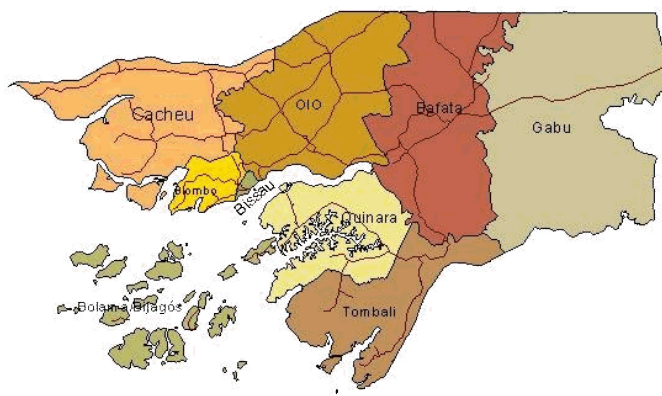


Figura 1. Regiões administrativas da Guiné-Bissau. Fone: Governo de Guiné Bissau, 2016<sup>(18)</sup>.

A população total da Guiné Bissau é estimada em 1.852.284 habitantes, sendo 895.836 (49,5%) de homens e 911 588 (50,4%) de mulheres<sup>(7)</sup>. A população de Guiné-Bissau é considerada jovem, com média de idade de 19,9 anos, sendo 19,4 anos para os homens e 20,4 anos para as mulheres<sup>(16)</sup>. É uma população constituída por 64% de pessoas com menos de 25 anos, sendo a expectativa de vida ao nascimento é de 50,23 anos, sendo 48,21 para os homens e 52,31 para as mulheres. A baixa expectativa de vida relaciona-se à alta mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias diversas, decorrentes tanto da escassez de alimentação como falta de condições de saneamento básico. Em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids, os homens têm maior letalidade, sendo fatores relevantes a não-procura aos serviços de saúde (mesmo que solicitados a realizar testes e exames), e o fato de, ao chegarem ao médico, apresentarem quadros graves e de difícil tratamento medicamentoso<sup>(11),(20)</sup>.

A taxa de crescimento populacional foi estimada, em 2015, em 1,91%, com uma taxa de 33,38 nascidos/1000 pessoas<sup>(11)</sup>.

Cerca de 49,3% da população total de Guiné Bissau é urbana, sendo que as mulheres representam mais da metade da população, cerca de 51%, e a taxa de fecundidade é considerada relativamente alta, de 4,23 crianças por mulher<sup>(16)</sup>. A taxa de contracepção, de 14,2% é considerada baixa. A fecundidade, especialmente feminina, é um valor cultural intrínseco, e não ter filhos ou ter poucos filhos não é bem valorizado pelas famílias<sup>(13),(20)</sup>. Há relatos de que *mulheres fazem uso de métodos anticoncepcionais escondidas dos respectivos parceiros*<sup>(16),(20)</sup>. A mortalidade infantil está estimada em 89,21 mortes/1000 nascidos vivos; é o 5º país do mundo em mortalidade infantil<sup>(13)</sup>. A taxa de mortalidade materna é bastante elevada, sendo a 7ª no mundo, com 749 mortes/ 100,000 partos<sup>(7),(9),(12)</sup>.

Pelo menos dez grupos étnicos compõem a população guineense, estimadas as seguintes proporções: Fulani 28.5%, Balanta 22.5%, Mandinga 14.7%, Papel 9.1%, Manjaco 8.3%, Beafada 3.5%, Mancanha 3.1%, Bijago 2.1%, Felupe 1.7%, Mansoanca 1.4%, Balanta Mane 1% (outros 1.8% - 2.2%). Essa marcada diversidade étnica tem reflexos na linguagem (idiomas), e na cultura<sup>(16)</sup>.

Em relação aos idiomas, o mais prevalente é o Crioulo, falado por cerca de 90.4% da população. O segundo idioma mais falado, sendo também idioma oficial da Guiné Bissau, é o Português, falado por cerca de 27.1%, seguido pelo Francês 5.1%, Inglês 2.9% (outros, 2,4%). A religião predominante é a Muçulmana 44,7%-45.1% da população, depois o Cristianismo com 22.1% -25,4%, Animistas 14.9% - 23,9%, cristãos evangélicos 5,8%<sup>(13:17)</sup>.

O trabalho de campo em Guiné Bissau ocorreu entre 24 e 27 de agosto de 2015. Foram entrevistadas 34 pessoas, individualmente ou em grupos focais<sup>1</sup>. Foram visitados os principais serviços públicos em saúde, parceiros internacionais como Unicef, ONG – Céu e Terras e Cumura. Foram fornecidos dezessete documentos oficiais relacionados a política de sida, planos de eliminação da transmissão mãe-filho, aids, infecções sexualmente transmissíveis, planos nacionais estratégicos, relatórios anuais, para que, junto às entrevistas realizadas, pudessem compor o presente relatório. Destes, treze compõem a bibliografia deste relatório.

Pode-se concluir que a Opção B+ esteja implementada, coexistindo com a Opção B para tratamento das grávidas VIH+, e como Boas Práticas são referência os trabalhos realizados nas ONG Céu e Terras e Cumura. São trabalhos fidedignos, fruto de esforços coletivos para que a resposta à epidemia de VIH/Aids em Guiné Bissau siga as diretrizes internacionais, a despeito das dificuldades e limitações de todas as ordens que o país enfrenta<sup>(2),(10),(11),(15)</sup>.

A referência a “questão de gênero” diz respeito ao gênero *alimentício*. Designa um dos fatores decisivos na adesão aos tratamentos, a fome<sup>(14)</sup>. Qualquer iniciativa que se pretenda implementar precisa ter como dado básico a necessidade de alimentação e condições de saneamento para a população<sup>(2),(20)</sup>.

---

<sup>1</sup> A relação completa das pessoas entrevistadas e que participaram dos grupos está no final deste relatório.

## Políticas de Saúde em Guiné Bissau

O sistema de saúde na Guiné Bissau é do tipo piramidal, com três níveis: local, regional e nacional<sup>(6)</sup>.

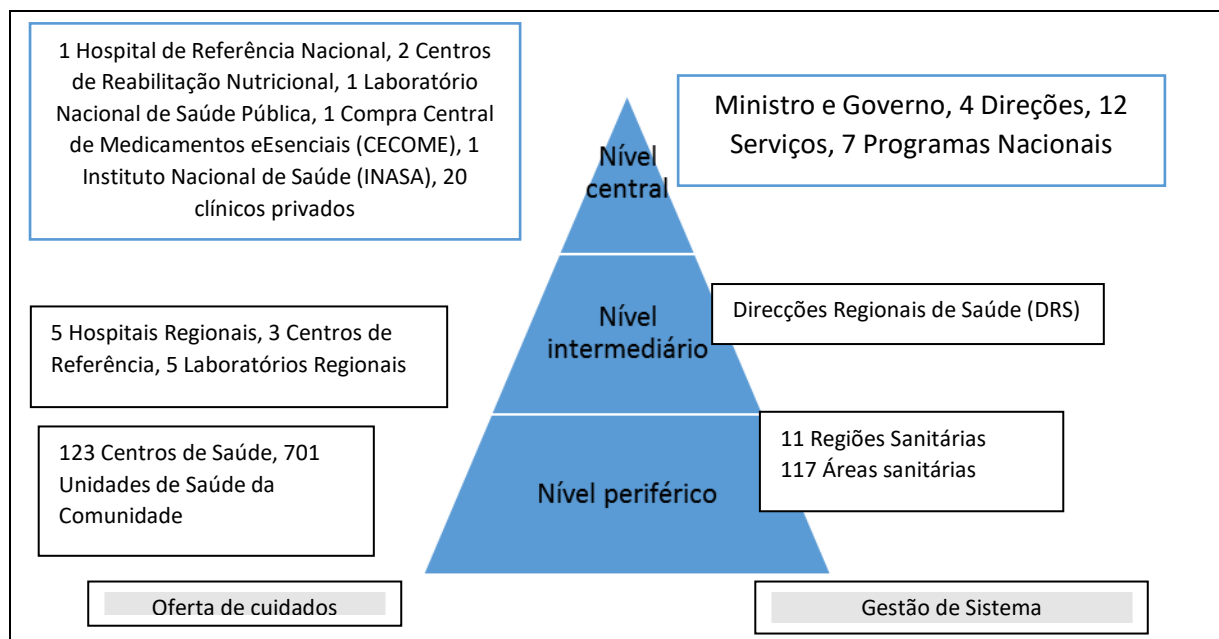


Figura 2. Organização do Sistema de Saúde em Guiné-Bissau. Fonte: GNB\_ 2014<sup>(6)</sup>.

O Hospital Nacional Simão Mendes é a referência nacional, pelas suas especialidades. Os outros hospitais em nível central são o Raul Follereau (HRF) e Hospital Militar. O Centro de Referência Nacional de Cumura merece grande destaque pelo trabalho realizado, como será descrito no item "ONG Parceiras" deste relatório.

Em 2014 foram descritas 11 Regiões Sanitárias, com 117 áreas sanitárias (o nível mais próximo das comunidades). As áreas sanitárias são definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre 5.000 e 12.000 habitantes<sup>(5),(6)</sup>. No país, os Centros de Saúde são categorizados em tipos A, B e C: o tipo A refere-se a um centro médico com centro cirúrgico; B designa um centro médico e C é um centro de saúde administrado por um enfermeiro<sup>(7)</sup>.

No total, são 123 Centros de Saúde, 7 do tipo A, 8 do tipo B, 108 do tipo C e 701 Unidades de Saúde Comunitárias (USC) gerais para os agentes de saúde comunitária, 5 hospitais Regionais e um Hospital Nacional<sup>(7:26)</sup>. Mesmo assim, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde mais próximas, o que os restringe o acesso aos serviços de saúde<sup>(3),(5),(6),(7),(13)</sup>.

O nível central é composto pelo Gabinete do Ministro, três Direções Gerais, de Serviços, de Programas de Departamentos de Serviço, cuja missão é coordenar as diferentes atividades da saúde. É o nível responsável pela formulação da política nacional e mobilização de recursos, estabelecendo diretrizes e planos nacionais, com a definição das principais orientações para o nível regional, de acordo com as prioridades nacionais. Atuam em conjunto com as estruturas de prestação, o Instituto Nacional de Saúde (INASA), que coordena e realiza pesquisas em saúde e uma Central de



Armazenamento de Medicamentos Essenciais (CECOME). O nível regional é responsável pelo planejamento, implementação e monitoramento das atividades regionais e cada região tem um escritório regional, com uma equipe principal. No Nível local ou periférico existem as Unidades de Saúde Comunitária (USC), Postos de saúde e Centros de Saúde. A administração sanitária compreende dois níveis: a região sanitária (são 11 no país) e a Direção Regional, com uma equipe encarregada de garantir a aplicação da política de saúde e a coordenação de todas as atividades sanitárias da região<sup>(5),(10),(12),(20)</sup>.

É significativa a importância dos Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) no cotidiano de saúde e da resposta à epidemia de VIH/SIDA em Guiné Bissau. A população têm fácil acesso e total confiança no Curandeiro, ou PMT<sup>(3),(4),(13),(14),(20)</sup>. É grande o número de Curandeiros (Diambacouss), Benzedores e Xamãs em Guiné Bissau. São pessoas que detêm a confiança da população, e em geral os primeiros a serem procurados em casos de diagnósticos complexos ou simples que são confirmados nos serviços de saúde. Por exemplo, quando uma mulher (casada) enfrenta dificuldades de engravidar, ela recorre normalmente aos lugares sagrados (*iran, balobeiro e djanbacus*)<sup>(10),(12),(13),(20)</sup>.

De acordo com os dados disponíveis, as instituições que atuam na área de Saúde Sexual e Reprodutiva não tem conseguido atingir os objetivos preconizados por causa dos obstáculos dos valores socioculturais; testemunham a dificuldade em manter os soropositivos no tratamento moderno em detrimento de tratamentos tradicionais. Por consequência, as narrativas advindas de diferentes grupos étnicos patenteiam a influência de valores socioculturais na crescente frequência da gravidez precoce, na baixa procura dos serviços do planejamento familiar e das consultas pré-natais, no baixo número de mulheres que procuram os centros de saúde para ter filhos<sup>(13),(20)</sup>.

O Conselho Nacional de Luta Contra a Sida (CNLS) é o órgão político de nível nacional que define as grandes diretrizes e decisões, sendo executados pelo Secretariado Nacional de Luta Contra Sida (SNLS), que é a estrutura nacional de coordenação, planificação e seguimento da resposta nacional à aids em Guiné Bissau<sup>(10)</sup>.

Em cada região há um Conselho Regional de Luta contra a Sida (CRLS); o governo regional é o órgão executivo da luta contra a aids. Em cada setor há uma célula de coordenação setorial, componente essencial das estruturas de execução das atividades ao nível de setor. Também compõem a Gestão a Coordenação de intervenções das empresas e sindicatos, o Fórum de organizações da sociedade civil e as estruturas de coordenação das Parcerias. Ao nível do Sistema das Nações Unidas, o Plano de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Programa Conjunto das Nações Unidas para a resposta ao VIH são as instâncias presentes no país, além da Instância Nacional de Coordenação do Fundo Mundial de luta contra aids, tuberculose e malária (Comitê de Coordenação Multisetorial - CCM). Algum reforço nos financiamentos ocorreu a partir dos Laços Sul-Sul desde setembro de 2004. Em resposta à epidemia de VIH/Sida, o país elaborou uma série de planos estratégicos. As primeiras ações de prevenção no país foram realizadas no Hospital Nacional Simão Mendes em 1987<sup>(8),(9),(11),(12),(13),(20)</sup>.

O Plano Estratégico Nacional de Luta contra o VIH/SIDA III (PEN III, 2015-2020) extraiu suas grandes orientações da visão de desenvolvimento do país, do Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza (DENARP II) e suas diferentes estratégias setoriais. Compõem a base desse

Plano os Objetivos do Milênio para Desenvolvimento (ODM) e a Declaração de New York sobre o acesso universal aos serviços de qualidade em prevenção, tratamento para as pessoas soropositivas, **eliminação da transmissão mãe-filho**, respeito aos direitos humanos e ênfase aos aspectos ligados ao gênero<sup>(4),(6),(9)</sup>.

De acordo com os dados disponíveis, desde 2012 o Plano de Saúde Nacional enfrentou quatro problemas graves: (1) as perturbações políticas de 2012 e 2013 que conduziram a um arrefecimento da cooperação com parceiros da comunidade internacional; (2) A suspensão do financiamento do Fundo Global sida – tuberculose – malária entre final de 2011 e início de 2013; (3) o mecanismo de financiamento transitório do Fundo Mundial que não considerou o tratamento como intervenção prioritária e (4) a ausência de financiamento doméstico da resposta a aids<sup>(12),(13),(20)</sup>.

### Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de aids

Considera-se que os recursos humanos em Guiné Bissau, tanto na saúde em geral, como para implementação do Plano de Eliminação da Transmissão Mãe-Filho (E-TMF) sejam insuficientes e inadequados<sup>(7),(11),(12)</sup>. A falta de profissionais capacitados é uma questão transversal para todo o sistema de saúde do país, e mais grave na região rural – metade do contingente, cerca de 51% dos profissionais, está concentrada na capital Bissau.

Não havia, em 2015, um único médico psiquiatra em todo o país, sendo o trabalho exercido por enfermeiro especializado<sup>(20)</sup>. Os Agentes Comunitários são peças-chave, com reforço de visitas domiciliares e orientação sistemática para realização de exames e consultas, de modo a minimizar os “perdidos de vista”: aqueles pacientes que, após a realização da testagem, não retornam para pegar resultado, ou ainda, uma vez pegando resultado, não vão às consultas, com dificuldades na adesão e na retenção<sup>(5),(9),(12),(14)</sup>. Embora a adesão inicial da população aos serviços de saúde seja considerada elevada, a retenção para manutenção do tratamento é considerada fraca, com perda estimada de 40% a 60% entre diagnóstico e as primeiras consultas<sup>(11),(12),(14),(20)</sup>.

Em 1989 foi introduzido, em localidades urbanas em sete regiões do país, e também na capital Bissau, um **sistema nacional de monitoramento sentinela** entre mulheres grávidas<sup>(3),(20)</sup>. São três níveis de coleta de dados e organização das informações:

- O primeiro nível (periférico) de coleta de dados é composto pelas estruturas de prestação de serviços, que são o Hospital Nacional, Centros de Testagem e Aconselhamento, Hospitais Regionais, Centros Médicos e postos de saúde<sup>(9),(10),(20)</sup>. Os dados são coletados diariamente nas unidades de saúde e comunidade através de meios de recolha chamados primários – registros, fichas, livros<sup>(12),(20)</sup>:

(1) Os livros: Centro de Despistagem Voluntária/ CDV, Prevenção da Transmissão Mãe-Filho/ PTMF, Tratamento Antirretroviral/TARV;

(2) As ferramentas de monitoramento às pacientes soropositivas sob profilaxia, sob TARV ou sob seguimento. Cada estrutura compila seus dados em um relatório mensal (CDV, PTMF, TARV), que é enviado para a Direção de Saúde Reprodutiva (DSR)<sup>(6),(9),(20)</sup>.

- O segundo nível de coleta (nível intermediário) é representado pelas 11 regiões sanitárias sistematizam a compilação dos dados estatísticos provenientes das estruturas de prestação de serviços. O controle de qualidade é implementado internamente antes do envio. A DSR compila os relatórios de áreas de saúde, analisa e valida os dados mensais de reuniões mensais, durante o qual todos os dados na região são analisados e validados. Estes dados validados são então transmitidos para o nível central<sup>(6),(9),(20)</sup>.

- O terceiro nível de registro compreende três estruturas: Instituto Nacional de Saúde (INASA), PNLS e SNLS. Essas estruturas recebem os dados provenientes do nível intermediário e analisam os dados recebidos, a partir dos quais são produzidos os relatórios nacionais e os relatórios de compromissos internacionais (UNGASS, Universal Access, Millennium Development....) trimestral, semestral e anual<sup>(5),(6),(11)</sup>.

A sociedade civil realiza uma parte importante da resposta nacional à epidemia de VIH/Aids: comunicação, Prevenção da Transmissão da Mãe para o Filho (PTMF ou PTME<sup>2</sup>), testagem, e registro. O **dispositivo comunitário** de vigilância e avaliação é organizado em três níveis de intervenção<sup>(8),(20)</sup>:

(1) Primeiro nível: estruturas de execução das OSC, cujos responsáveis elaboram relatórios mensais das atividades a partir de ferramentas de coleta primárias. Os relatórios são transmitidos para a coordenação regional ou intermediária.

(2) Nível intermediário: coordenação regional. A estrutura regional elabora e divulga o relatório de vigilância, com periodicidade mensal, trimestral, semestral e anual. Os dados são transmitidos à coordenação central do SNLS.

(3) Nível central, composto pela coordenação nacional das OSC e SNLS, que centraliza os relatórios de todas as estruturas da coordenação regional. A rotina de transmissão dos dados preconizada pode ser resumida no seguinte quadro:

**Quadro 1. Fluxo dos relatórios de VIH/SIDA em Guiné Bissau.**

Estrutura	Tipo de relatório	Prazo para envio dos dados	Destinatários
<b>Execução</b>	Mensal	Dia 05 do mês seguinte	Estruturas de coordenação regional: DRS, ONG, Ponto Focal
<b>Coordenação regional</b>	Mensal Trimestral	Dia 15 do mês seguinte Dia 15 do mês seguinte ao fim do trimestre	Estruturas de coordenação central: SNLS, PNLS, ONG
<b>Coordenação Central</b>	Trimestral – semestral - anual	No máximo 45 dias após o período relatado	Fundo Global, Parceiros internacionais

Fonte: GNB, 2015<sup>(7)</sup>.

<sup>2</sup> *Enfans* = criança, filho.

O SNLS não dispõe de bases de dados especialmente dedicadas à vigilância e avaliação. Uma base de dados em Excel está disponível no nível central<sup>(7)</sup>. A coordenação do sistema de vigilância e avaliação é realizada pela direção de Vigilância e Avaliação do SNLS. Os recursos humanos incluem o gerenciamento da base de dados e um estatístico responsável da unidade.

A direção do SNLS constituiu um grupo técnico de apoio para vigilância e avaliação, com as responsabilidades de definir as grandes orientações estratégicas do sistema nacional de Vigilância, aprovar os documentos normativos relativos ao tema, em nível nacional, validar os relatórios trimestrais nacionais, os protocolos de pesquisa sob responsabilidade dos gestores nacionais, assegurar o respeito aos protocolos aprovados para toda e qualquer pesquisa relacionada ao VIH, aprovar os relatórios finais de todos os estudos relacionados ao VIH, supervisionar os relatórios semestrais e avaliações externas do PSN e assegurar a aplicação das recomendações dos auditores externos da qualidade dos dados. A força-tarefa é composta por membros do SNLS, Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Sociedade Civil e Cooperação Bilateral com Brasil e União Europeia<sup>(7),(20)</sup>.

Os problemas na qualidade dos dados registrados são um ponto consensual entre gestores, profissionais de saúde e dados encontrados nos documentos analisados. O registro é referido como incompleto, seja por uma dificuldade de compreensão por parte do profissional de saúde, seja por falta de tempo, pelo excesso de demanda, seja pela falta de possibilidade de supervisões sistemáticas (distância, modo de locomoção, subsídio para transporte) que diminuiriam a diferença entre os registros escritos e informatizados<sup>(20)</sup>. Há mais que um banco de dados utilizado para analisar e decidir as solicitações de insumos, dos testes à Terapia Antirretroviral (TARV), sendo que alguns indicadores de rotina não são obtidos com os instrumentos de coleta de dados<sup>(7),(9),(20)</sup>. Há muitos programas de vigilância e avaliação das intervenções realizadas, porém em sua maioria sem o devido repasse de metodologia e tecnologia por parte dos prestadores de serviço<sup>(20)</sup>. Projetos em outros idiomas, sem as devidas adaptações linguísticas, metodológicas e culturais, tendem a manter um nível de baixa eficácia e replicabilidade, essenciais para um efetivo desenvolvimento de autonomia do país<sup>(12),(20)</sup>.

O setor privado em saúde consistia, em 2011, de 20 clínicas localizadas em Bissau. Alguns exames de alta complexidade são realizados em outros países da África, por indisponibilidade ou dificuldade na manutenção de aparelhos mesmo na rede particular de atenção à saúde. O setor privado formal da Guiné-Bissau, congregando todas as organizações registradas, compreende mais de 600 empresas. Mesmo com esforços reiterados, as empresas não participam e não integram a resposta nacional à aids, exceto algumas contribuições específicas para a celebração do 1º de dezembro, Dia Mundial de Luta contra a aids<sup>(8:34)</sup>.

### Epidemiologia – VIH e SIDA

A epidemia de VIH em Guiné-Bissau é do tipo generalizada, com uma prevalência nacional de 3,3%. Dados resultantes das projeções epidemiológicas indicam que mais de 30 mil pessoas vivem com VIH, sendo na sua maioria adultos. Circulam os dois tipos de vírus VIH, VIH-1 (prevalência de 1,8%) e VIH-2 (prevalência de 0,9%); as prevalências e os perfis epidemiológicos são distintos<sup>(3),(9),(10),(11)</sup>.

Os primeiros casos de infecção pelo VIH em Guiné-Bissau foram detectados em 1985-1986, dos quais todos eram infecções pelo VIH-2. Em 1987, o primeiro estudo feito na maternidade do Hospital Nacional revelou uma taxa de prevalência do VIH-2 que estava entre as maiores do mundo (**8,3%**), enquanto nenhum caso de VIH-1 tinha sido ainda identificado<sup>(6)</sup>.

De modo geral, considera-se que a incidência tenha tendência de queda na população em geral, porém ainda permanece alta nas populações-chave. As novas infecções por ano, de 2010 a 2014, entre pessoas com 15 anos ou mais são as seguintes<sup>(3)</sup>:

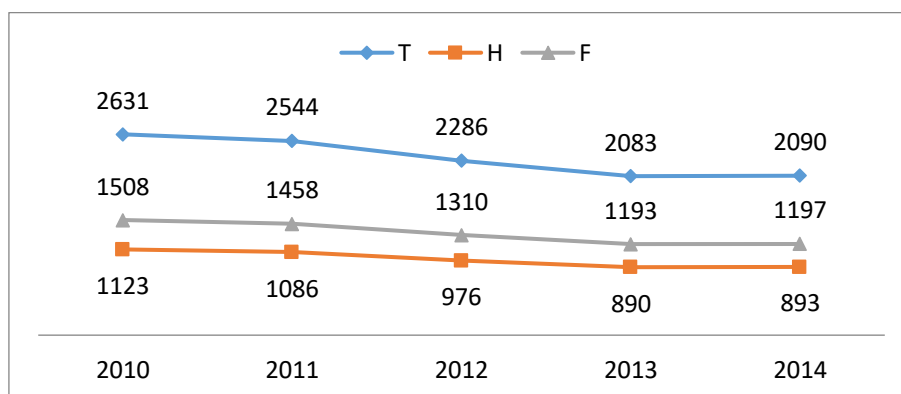


Gráfico 1. Incidência de VIH na população com 15 anos ou mais em Guiné Bissau, 2010-2014. Fonte: GNB, 2015<sup>(8)</sup>.  
(T) = total, (H) = homens e (F) = mulheres.

O Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) faz triangulação de dados entre os inquéritos de soroprevalência na população geral, estudos sentinela entre as mulheres grávidas de 2009 a 2014, e isso permite identificar os fatores de risco que favorecem o aumento das novas infecções, que são: (1) Relações sexuais ocasionais não protegidas; (2) Viver em zona urbana; (3) Infecções Sexualmente Transmissíveis; (4) Viver nas regiões de Bafata, Bissau, Oio, Tombali e Quinara; (5) Jovens de 15-24 anos, mulheres de 20-49 anos; (6) Pertencer aos grupos vulneráveis: profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, motoristas de transporte urbano e militares<sup>(4),(5),(8),(20)</sup>.

A prevalência do VIH-1 na população de 15 a 19 anos é estimada em **3,25%** em 2015. A prevalência global do VIH é mais elevada entre as mulheres (5%) do que entre os homens (1,5%), a prevalência do VIH entre os jovens de 15 a 24 anos mostra uma predominância feminina de 1,4% em 2014 contra 1,0% entre os homens<sup>(8)</sup>.

Considerando-se a ampliação da faixa etária, com a população entre 15 a 24 anos, a incidência parece decrescer no período de 2010-2014<sup>(5)</sup>:

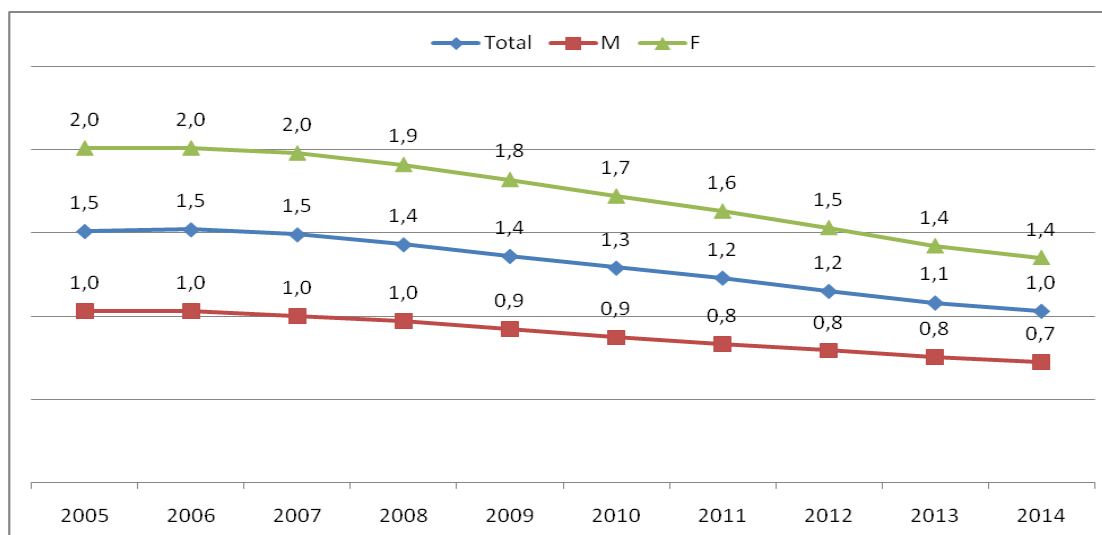


Gráfico 2. Evolução da prevalência de VIH-1 entre jovens de 15-24 anos por sexo. Fonte: GNB, 2015<sup>(5-9)</sup>.

Estima-se que entre as mulheres de 15-49 anos **6,9%** estejam infectadas pelo VIH1, com diferenças consideráveis entre as regiões. As cinco regiões com prevalência de VIH acima de 5% são Bafata (7,9%), Bissau (5,9%), Tombali (5,3%), Oio (5,3%) e Quinara (5%). Gabu passou de 9,5% a 3% e Oio de 2,7% a 5,3% entre 2009 a 2014. A prevalência entre as mulheres diminuiu de 6,4% em 2009 para 5% em 2014<sup>(8)</sup>. Uma das hipóteses é que houve aumento da cobertura para Pré-Natal e maior acesso à essa população para este serviço. Em 2014, o número total de Pessoas Vivendo com VIH (PVHA) na Guiné Bissau era de 35.997<sup>(8)</sup>.

Tabela 1. Estimativa do número de pessoas vivendo com VIH em Guiné Bissau.

	SAB	Bafata	Bijagos	Biombo	Bolama	Cacheu	Gabu	Oio	Quinara	Tombali
Prevalência VIH em grávidas	5,9%	7,9%	1,0%	2,7%	3,0%	3,7%	3,0%	5,3%	5,0%	5,3%
PVHA	7 837	4 312	477	1 997	219	3 972	4 413	4 621	1 305	1 955
População	365 097	200 884	22 218	93 039	10 206	185 053	205 608	215 259	60 777	91 089

Fonte: GNB, 2015<sup>(8)</sup>.

A prevalência global do VIH está ligeiramente maior no meio urbano, 3%, que em meio rural - 2,3% - e mais elevada nas mulheres, cerca de 5% do que nos homens, com 1,5%<sup>(8)</sup>. Com a melhoria dos sistemas de informação e notificação, os dados tiveram melhora em sua fidedignidade. Desse modo, as prevalências foram revistas e atualizadas, assim como os dados de incidência. Mesmo assim, ainda há limites importantes, tanto na formação de pessoal como na rotina de registro de dados<sup>(8),(20)</sup>. A prevalência do VIH-2 teve uma tendência de aumento nas faixas de mais idade, chegando a um pico máximo entre mulheres com mais de 30 anos. As projeções de prevalência e incidência de 2014 a 2020, com base nos cálculos atuais e no perfil epidemiológico são:

**Quadro 2: Projeção de PVHA e novos casos de VIH segundo Spectrum. Ano-Base 2014.**

Ano	Prevalênc	População VIH+			Incidênc	Novos casos de VIH		
		Homens	Mulheres	Total		Homens	Mulheres	Tota
2014	3,51	15 158	21 877	37 035	0,24	1 038	1 391	2 429
2015	3,5	15 353	22 539	37 892	0,24	1 045	1 399	2 444
2016	3,51	15 696	23 356	39 051	0,24	1 067	1 428	2 495
2017	3,54	16 185	24 329	40 514	0,24	1 103	1 475	2 578
2018	3,6	16 820	25 466	42 286	0,24	1 149	1 537	2 686
2019	3,68	17 603	26 765	44 368	0,25	1 206	1 613	2 819
2020	3,78	18 541	28 225	46 766	0,26	1 281	1 714	2 995

Fonte: GNB, 2015<sup>(5)</sup>.

Em relação à mortalidade, embora o total tenha se mantido em torno de 2.200 pessoas entre 2010 e 2014, houve variação significativa com redução de mortes entre crianças com menos de 15 anos.

Alguns fatores são importantes ao se avaliar as taxas de letalidade em relação ao gênero: o homem, pelo fato de demorar para ser testado, diagnosticado e medicado, estando em geral com quadro de polinfecção e resistência a tratamentos diversos, não resiste; já mulher, pelo fato de ter muitos filhos – em geral precocemente – e cotidiana má alimentação, polinfecções, nem sempre diagnosticadas a tempo<sup>(5),(13),(20)</sup>.

### Testagem

A testagem depende de reagentes e insumos. A logística de armazenamento tanto dos reagentes como dos insumos tem limitações relacionadas às dificuldades de infraestrutura do país, como por exemplo, a questão da refrigeração. Para que se mantenha um refrigerador ligado ininterruptamente é necessário o suporte de um gerador; o gerador requer água, abastecimento para seu funcionamento. Em determinadas situações, são constantes as interrupções de fornecimento de energia, e para que funcione o gerador precisa ser abastecido e limpo com água limpa, o que nem sempre está disponível. Às vezes, consegue-se o gerador, a água limpa, mas isso precisa ser transportado – e para isso, são necessários um veículo, com motorista e combustível. Não é incomum que falte o veículo para transporte da água, do combustível; consegue-se o veículo, falta manutenção, falta motorista, falta um serviço de suporte padronizado e sustentável para garantir o armazenamento dos testes e exames. Essa sequência de dificuldades por algumas vezes é responsável pela ruptura de estoque nos testes, tanto para as unidades de saúde como para os hospitais de referência. A testagem voluntária em Guiné Bissau foi considerada incipiente, sendo realizada nas Consultas de Pré-Natal, em campanhas pontuais de Dia Mundial de Luta contra Sida e outros eventos culturais, porém sem sustentabilidade e sem um calendário fixo. A melhoria do acesso à testagem voluntária e o aumento na cobertura através de estratégias integradas de testagem às consultas de pré-natal são estratégias consideradas essenciais para melhoria da cobertura da testagem em Guiné Bissau, não apenas para as grávidas, mas para toda a população<sup>(2),(3),(6),(10),(12),(13),(20)</sup>.

## Gestantes e Recém-Nascidos: Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho (PTMF)

O Programa de Eliminação da Transmissão Mãe-Filho (PTMF ou e-TMF) está subordinado à Célula Sectorial de Luta Contra o VIH (CSLS) do Ministério da Saúde, e envolve a direção de Saúde Reprodutiva no Ministério da Saúde (MINSa), o SNLS, o CECOME e o Instituto Nacional de Saúde (INASA) no planeamento, aquisição de insumos, capacitação de pessoal, seguimento e avaliação dos programas de VIH<sup>(9),(20)</sup>. A prioridade à eliminação da transmissão de mãe para filho (e-PTMF ou e-PTM) foi dada no Plano Estratégico Nacional III, em 2011<sup>(9)</sup>

Desde 2013, considera-se que 100% dos serviços de Consulta Pré-Natal ofereçam a PTMF. O país dispõe de dois aparelhos para análise de PCR<sup>4</sup>, em dois laboratórios: um em Bissau, no Laboratório Central, e outro na Universidade Jean Piaget<sup>(8:21)</sup>. No entanto, segundo os dados disponíveis, os papéis e responsabilidades de todas as organizações envolvidas ainda podem ser otimizadas, aumentando a eficácia das ações, fornecendo soluções possíveis para a integração dos serviços de Consulta Pré-Natal, Planeamento Familiar, e-TMF e TARV.

Ao final de 2011 a oferta de PTMF foi implementado nas 76 unidades de cuidados pré-natais (CPN), nos 37 centros de tratamento ambulatorial (CTA) e nos 10 centros de cuidados pediátricos, representando uma cobertura de serviços de VIH nas estruturas de saúde de 67%, 32% e 9% respectivamente. Em 2011 o acesso de CPN atingiu 94%, sendo que 74% das mulheres grávidas foram testadas para o VIH. Porém, a cobertura para realização de partos institucionalizados é muito baixa<sup>(9),(20)</sup>.

A taxa de parceiros de mulheres grávidas acessados e testados em 2014 é de 4,7% (2.589/54.354), considerada muito baixa<sup>(9),(13),(15),(20)</sup>. O acesso aos homens para testagem é um desafio compartilhado por todos os países, no que se refere à respostas nacionais contra as epidemias de aids e sífilis. A utilização dos serviços pelos parceiros das grávidas é de apenas 1%<sup>(9),(15),(20)</sup>. Uma das explicações é que a cultura local não comporta o acompanhamento da esposa ao estabelecimento de saúde, além da dificuldade em compatibilizar o horário de atendimento nos serviços com os horários de trabalho. A taxa de adesão à profilaxia de PTMF das mulheres soropositivas e crianças expostas ao VIH permanecia, em 2012, respectivamente em 30% e 24%. Em 2012 apenas 28% das mulheres grávidas soropositivas e apenas 15% das crianças soropositivas elegíveis receberam o TARV<sup>(8)</sup>.

A influência da pobreza também se faz notar em frequências aos centros de saúde. Embora sejam obrigatórias pelo menos oito consultas pré-natais, a maior parte das grávidas não chega a cumprir 50% das consultas. Com a implementação de um programa específico em algumas instituições sanitárias com isenção de pagamentos das consultas e remédios, o número de grávidas que procuram estes serviços aumentou<sup>(2),(6),(7),(9),(13),(20)</sup>.

A par disso, com o apoio alimentar, através do Programa Alimentar Mundial (PAM), muitas ONG e associações conseguiram convencer alguma parte destes doentes a voltar aos cuidados médicos nos centros de saúde<sup>(13:41)</sup>.

---

<sup>4</sup> Reação em Cadeia de Polimerase.



### “Perdidas de vista”

A taxa de perdidos de vista entre as mulheres grávidas é de 34%, e entre as crianças, 24% em 2014; em 2011 as mesmas taxas eram, respectivamente, 57% e 27%<sup>(8:21)</sup>.

A taxa de adesão ao tratamento até o final, pelas grávidas, é de cerca de 30%, e das crianças expostas, 24%. Apenas 28% das grávidas soropositivas elegíveis recebem o TARV, e apenas 15% das crianças soropositivas. Todos os fatores socioculturais elencados no item “Adesão” estão relacionados a esses números<sup>(9)</sup>.

O Protocolo de PTMF de Guiné Bissau prioriza o chamado *Protocolo Africano* relacionado à fome, que consiste na decisão de seguir amamentando. Entre a criança não ser amamentada, ou morrer em consequência de água insalubre para preparação da fórmula láctea, o país preconiza que uma mãe soropositiva possa amamentar o seu filho até 12 meses da vida da criança, sendo incentivada a amamentação exclusiva. O que é feito pode ser compreendido como a aplicação da Opção B+ com o chamado aleitamento protegido. A taxa de amamentação exclusiva até os seis meses é de apenas 38%<sup>(9)</sup>.

O foco do plano de e-TMF de Guiné Bissau de 2011 foi *melhorar a sobrevivência materna e infantil através da eliminação das novas infecções pediátricas de VIH, mantendo as mães vivendas em 2016*. Os objetivos eram a redução de pelo menos 90% até 2015 da taxa de novas infecções pediátricas, redução de pelo menos 50% das mortes maternas ligadas a aids e redução para menos de 5%, até 2015, da taxa de transmissão vertical do VIH<sup>(9), (20)</sup>.

O país não adotou a prática de cesariana eletiva para todas as gestantes soropositivas ao VIH devido às deficiências do sistema de saúde, que ainda é confrontado com muitos casos de urgências obstétricas - que por sua vez constituem causas da alta taxa de mortalidade materna, assim como a limitação de recursos humanos qualificados<sup>(9,20)</sup>.

Estima-se que apenas 39% a 43% das mulheres grávidas deem à luz no sistema de saúde<sup>(13)</sup>. Algumas dificuldades relacionam-se a dificuldade de acesso geográfico, além do ambiente para acolhimento no parto ter sido descrito pelos profissionais de saúde como nem sempre humanizado e favorável nas unidades de saúde<sup>(13),(20)</sup>.

**Quadro 3. Local de realização do último (mais recente) parto.**

Faixa etária de inquiridos	Não responde	Em casa	Centro de saúde	Outro(s)	Total
Entre 15-19 anos	67	17	23	0	107
	62,6%	15,9%	21,5%	,0%	100,0%
Entre 20-24 anos	35	36	73	2	146
	24,0%	24,7%	50,0%	1,4%	100,0%
Entre 25-49 anos	48	78	195	0	321
	15,0%	24,3%	60,7%	,0%	100,0%
Mais a 50 anos	0	5	11	0	16
	,0%	31,3%	68,8%	,0%	100,0%
Total	150	136	302	2	590
	25,4%	23,1%	51,2%	,3%	100,0%

Fonte: GNB\_2014<sup>(13)</sup>.

A não-implementação do parto cesariana em Guiné Bissau está diretamente relacionada aos aspectos técnicos operacionais inerentes a um sistema de saúde frágil, *com recursos limitados e que são confrontados com outras urgências obstétricas, que não permitem a ilusão de querer implementar as cesarianas eletivas para todas as gestantes VIH+ neste momento*, e não como ligada a estigma e discriminação<sup>(13),(14),(20)</sup>. O quadro geral em termos de Assistência, em 2011, era o seguinte:

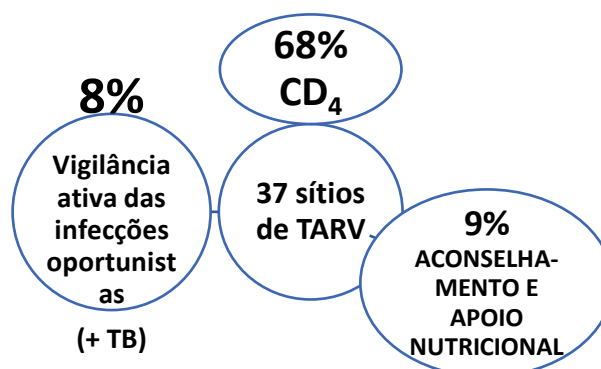


Figura 3. Condições para assistência às PVHA em Guiné Bissau, 2011. Fonte: GNB\_2012<sup>(9)</sup>.

Houve grande mobilização nacional para que esses números fossem base para ações estratégicas de melhoria da adesão e da retenção, com possibilidade de acesso de diagnósticos, resultados e tratamento para toda a população necessitada. Há consenso sobre a dificuldade da integração de serviços de PTMF em todos os serviços de saúde reprodutiva, incluindo estratégias avançadas e móveis, com minimização de *perdido de vistas* de mães soropositivas com visitas domiciliares de ativistas e agentes comunitários de saúde, promoção do nascimento assistido no centro de saúde e reforço da luta contra o estigma e discriminação<sup>(9),(13),(20)</sup>.

#### Epidemiologia de VIH/SIDA entre gestantes

Em relação à epidemia de VIH/Aids, até anos 1990 não havia o vírus tipo VIH-1 no país, mas em 2015 era o mais prevalente. A faixa etária mais acometida no período gravídico é o das mulheres com menos de 25 anos de idade, chegam a ter o dobro da prevalência de infecção pelo VIH 1 em relação às grávidas com mais de 30 anos. Os resultados do inquérito de 2010 mostram que, desde 2007, o número de mulheres grávidas que fizeram o teste do VIH aumentou significativamente, isto é, de 6.886 em 2007, a 8.235 em 2008 para 13.864 em 2009. Isso deveu-se a um aumento na cobertura dos serviços de PTMF<sup>(4)</sup>.

Em 2011 foram registrados os seguintes dados relativos às grávidas<sup>(9)</sup>:

- 29.266 foram testadas, dentre as 40.288 registradas em CPN 1 (74%), sendo 1.744 positivas para VIH, sendo que apenas 4.478 dos parceiros foram testados (0,8%);
- Das 491 mães soropositivas que fizeram parto hospitalar foram referidas aos serviços de saúde e receberam aconselhamento adequado, com oferta de preservativos;
- Das 1744 mulheres grávidas testadas e positivas para VIH, 1129 começaram a profilaxia ARV e apenas 491 concluíram (30%);
- Das 637 crianças que iniciaram a profilaxia ARV, apenas 463 concluíram (24%).

Esses valores são explicados pelos profissionais de saúde como decorrentes da baixa taxa de partos assistidos, falha na confidencialidade dos serviços de saúde, estigma e fome<sup>(9),(13),(20)</sup>.

### Transmissão Vertical e Diagnóstico Infantil Precoce.

Em relação às crianças expostas, a taxa de crianças nascidas de mães VIH+ que receberam a profilaxia de ARV é de 33,1% (771/2.326) e foram beneficiadas com diagnóstico precoce até os dois meses de vida 23,4% (546/2.326)<sup>(8:21)</sup>. Foram analisadas 792 amostras, sendo 546 de crianças com idade menor de 2 meses (ou seja, 69% das amostras coletadas) e 246 com idade superior a 2 meses. A taxa global da soropositividade pelo VIH encontrada foi de cerca de 14% (11% nas menores ou igual a 2 meses e 18% para maiores de 2 meses de idade)<sup>(11),(12)</sup>.

O diagnóstico precoce das crianças expostas (DPI), nascidas de mães VIH+, bem como o diagnóstico e triagem das crianças desnutridas continuam a ser uma das metas do programa, constituindo-se deste modo num desafio para o incremento da taxa de cobertura da terapia ARV pediátrica. Em 2014 foram capacitados 16 Técnicos de Laboratórios, foram instalados aparelhos de diagnóstico precoce DNA/PCR e Carga Viral, capacitados 40 prestadores de serviços de PTMF e TARV em apoio nutricional<sup>(12:9)</sup>.

Das 1.897 crianças nascidas de mães soropositivas em 2014, apenas 39 se beneficiaram com o diagnóstico precoce do VIH dois meses após o nascimento - ou seja, uma taxa de 2%<sup>(11)</sup>. Este resultado foi explicado pelos gestores pelo fato do diagnóstico precoce do VIH só ter sido iniciado em setembro de 2011, através de um mecanismo para recolha de amostras em papel de filtro enviadas para Dakar, no Senegal<sup>(20)</sup>. Em 2011, havia 260 crianças < 15 anos em TARV, uma taxa de cobertura de 15%, analisada como decorrente da baixa cobertura dos serviços de cuidados pediátricos de VIH. Foi constatada uma queda substancial na transmissão vertical para 3,04% em relação aos 8,9% da prevalência do país<sup>(9),(11),(12)</sup>.

Há referência a uma falta de integração e coordenação das intervenções que, segundo os entrevistados e documentos analisados, gera um impacto negativo sobre a qualidade, monitoramento e avaliação<sup>(4),(20)</sup>.

A implantação do novo protocolo, em 2007, foi o resultado da assunção da responsabilidade por parte do Ministério da Saúde, através do seu Programa Nacional de Luta contra a Sida (PNLS) para proceder a extensão em nível nacional das intervenções de profilaxia da transmissão vertical segundo um plano elaborado para esse fim, em 2006, com horizonte temporal de 2007-2011, conseqüente avaliação feita aos cinco anos de intervenção da ONG Céu e Terras (2002-2006), na cidade e Bissau e hospital de Cumura com a monodose (dose única) de Nevirapina<sup>(9),(20)</sup>.

### Opção B+

A implementação da Opção B+ para tratamento das gestantes teve início em 2013, foi adotada pelo país como protocolo - seguindo as diretrizes internacionais - em fevereiro de 2014. Em função da disponibilidade de medicamentos e testes, foi efetivamente oferecida em 2015. Não há mais Opção A no país desde 2014, apenas as Opções B e B+ para atenção às gestantes VIH+/sida<sup>(9),(13),(20)</sup>.

Considera-se que este tratamento esteja em processo de desenvolvimento face às questões alfandegárias, de logística de armazenamento e distribuição dos medicamentos e face às questões relacionadas à adesão ao tratamento. Em 2014 o número de grávidas testadas para o VIH foi de 67,87%, em números brutos, 54.354/80.078, um aumento considerável em relação a 2012, quando apenas 37,3% das grávidas haviam sido testadas e com conhecimento de resultado (29.147/78.113). A percentagem de mulheres grávidas VIH+ que recebem ARV passou de 34,82% (738/2.119) em 2012 para 81,9% em 2015 (1.906/2.326)<sup>(8:21)</sup>.

#### Coinfecções:

##### a) Tuberculose

É estimada uma alta prevalência de VIH entre os pacientes com tuberculose (TB): 40%, contra 3% da população geral. A taxa de testagem de VIH entre os casos de tuberculose é inferior à taxa de 90% recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): cerca de 66% dos pacientes com tuberculose foram testados para VIH em 2015 (1.510/2.288)<sup>(12)</sup>.

Entretanto, a prevalência precisa de tuberculose entre as PVHA não é conhecida em Guiné-Bissau. A testagem da tuberculose entre PVHA não é documentada ou reportada sistematicamente pelo SNLS<sup>(12),(20)</sup>. Apenas 24% dos pacientes coinfectados foram beneficiados por TARV em 2014<sup>(6)</sup>. A taxa de positividade de 37,2% (561/1510), ainda alta em comparação a 2011 (42,0%) – e, dentre os casos positivos para VIH, somente 50,3% (282/581) foram tratados com Cotrimoxazol (CTX) e 24,8% (139/561) com antirretrovirais<sup>(12)</sup>.

A prevenção com isonazida começou a ser implementada em 2014 e refere-se a apenas alguns sítios de monitoramento das PVHA (11/39, ou seja, 28,2%). Assim, em 2014 a taxa de adultos e crianças que foram beneficiados pela profilaxia com isonazida foi de 16,5% (448/2745). Dentre os 111 adultos VIH+ sob tratamento concomitante TB/VIH e 301 casos de TB entre PVHA, a percentagem de pacientes TB+ VIH beneficiados com terapia antirretroviral durante o tratamento antituberculínico, em 2014, foi de 24,8% (139/561)<sup>(12),(20)</sup>.

A busca ativa de TB entre pacientes VIH é irregular não apenas por conta da fraca integração dos serviços de tuberculose e VIH mas também a uma provisão irregular dos testes VIH e acesso insuficiente aos antirretrovirais. Ou seja, a integração entre os programas de TB e VIH que pode e precisa ser melhorada<sup>(6),(12),(20)</sup>.

É reportada uma irregularidade de reunião e uma Força-Tarefa TB/VIH, sem dados fidedignos sobre a prevalência de tuberculose entre as PVHA, sendo a testagem de VIH entre os pacientes com tuberculose quase sistemática, porém o inverso não ocorre. A colaboração, considerada fraca, restringe as atividades de atenção e assistência aos pacientes coinfectados<sup>(12)</sup>.

É recomendado um plano de ação conjunta para as atividades de TB e VIH, iniciando-se pela formação integral dos prestadores de serviços e melhoria das medidas de controle de infecção: encaminhamento dos pacientes coinfectados, máscaras N 95, equipamentos como filtros e outros de biossegurança<sup>(6:5),(20)</sup>.

**Quadro 4. Situação da Coinfecção TB VIH na Guiné Bissau.**

Indicadores – Nº de Pacientes	Nº em 2014	%
Com TB	2288	
Com TB testados para VIH	1510	66%
Com TB VIH+	561	37,2%
Com TB/VIH em ARV	139	24,8%
PVHA testados para TB	2745	33,8%
PVHA com tuberculose	301	11%
PVHA sem tuberculose em profilaxia medicamentosa	448	16,3
Coinfectados em tratamento com Cotrimoxazole	281	50,3%

Fonte: GNB\_2014<sup>(4)</sup>.

A coinfecção TB-VIH requer atenção especial e o tratamento medicamentoso pode ser beneficiado da estratégia de Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado (DOTS)<sup>(14)</sup>. Considerando-se a falta de alimento, o fornecimento de cestas básicas pode auxiliar na possibilidade de ingesta dos medicamentos, e conseqüentemente na adesão<sup>(14)</sup>. *Devido à pobreza generalizada, muitos portadores do VIH/Aids, em processo de tratamento moderno, queixam-se do fato de as suas dietas alimentares não darem suporte necessário aos antirretrovirais, informação corroborada pelos profissionais de saúde*<sup>(2),(10),(14)</sup>.

#### b) Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

As Infecções Sexualmente Transmissíveis, segundo gestores e profissionais de saúde entrevistados, estão prevalentes em Guiné Bissau, sem, contudo, uma estatística específica. As doenças mais prevalentes seriam o *corrimento*, entre as mulheres, em particular mulheres jovens<sup>(10)</sup>.

Em 2015 foram identificados e tratados 500 casos de IST<sup>(7)</sup>, porém não há notificação oficial sobre testagem e tratamento das IST. A possibilidade de implementação da abordagem sindrômica poderia auxiliar nesse enfrentamento, em especial com auxílio dos profissionais de saúde da família e ativistas para orientação e prevenção, com encaminhamentos para os serviços de assistência<sup>(7),(12),(20)</sup>.

#### Sífilis:

O dado mais recente em relação à sífilis é a estimativa que, dentre 5.666 mulheres grávidas testadas em consultas de pré-natal, 123 tiveram sorologia positiva, ou seja, uma taxa de 2,1%<sup>(8)</sup>. Mas não há notificação compulsória da sífilis, e não há dados em outras populações.

A testagem para sífilis é realizada durante o pré-natal, porém há rupturas de estoques de testes, poucos testes disponíveis e dificuldades diversas em se obter a penicilina para o tratamento preconizado<sup>(20)</sup>.

Os centros de saúde prestam cuidados preventivos e curativos, tendo em conta a saúde da mãe e da criança, e são o primeiro nível de referência de atendimento; o fluxo de atendimento e assistência para uma gestante na capital tem muitas limitações e dificuldades, porém na zona rural as dificuldades são ainda maiores. A capilaridade das ações ainda não está estruturada, tampouco o papel dos profissionais da área de Saúde da Família, estratégia que será imprescindível para a definitiva implementação da Opção B+ em todo o país<sup>(9),(14),(20)</sup>.

## Tratamento antirretroviral (TARV):

### Logística dos medicamentos

A instituição encarregada de armazenar e distribuir os medicamentos essenciais, CECOME, também é responsável pela distribuição dos medicamentos antirretrovirais. Em 2014 foi elaborado um texto específico para fortalecimento e resolução dos pontos fracos e gargalos da CECOME, para que retomasse o papel ativo na gestão dos medicamentos de aids, tuberculose e paludismo<sup>(6)</sup>.

Os medicamentos têm um período alfandegário bastante longo, que pode levar nove meses, com pagamentos de tarifa considerados exorbitantes. Alguns medicamentos doados perdem a validade por conta desse trâmite<sup>(20)</sup>.

Em relação a TARV, em 2015 ainda não havia um plano de trabalho específico para implementação de todas as recomendações da OMS<sup>(6),(9),(20)</sup>. *A logística de transporte de medicamentos requer um veículo climatizado, e o país não dispõe de um específico para essa finalidade.* Como já foi mencionado, quando se consegue algum, por empréstimo, muitas vezes falta motorista, falta combustível, falta manutenção do veículo (as estradas são de difícil acesso) e não há veículos climatizados para transporte e distribuição dos medicamentos para regiões mais distantes da capital<sup>(2),(11),(20)</sup>.

O sistema de logística de medicamentos, CECOME, é considerado pelos gestores como ainda deficitário, com gargalos específicos e conhecidos, mas ainda considerados insolúveis:

- (a) Falta de dados confiáveis para estimativas das necessidades. O problema dos registros e notificações, considerado gravíssimo, tem como seqüela imediata a dificuldade nas estimativas para solicitação dos medicamentos;
- (b) O comitê de quantificação precisaria ter uma maior eficiência, critérios e controles explícitos de avaliação e monitoramento;
- (c) Falta de uso racional de medicamentos e produtos<sup>(20)</sup>.

Embora haja profissionais de farmácia nas estruturas, até agosto de 2015 não havia um profissional de Farmácia trabalhando no nível central do PNLS. São reportadas rupturas de estoque de medicamentos em função de problemas alfandegários, portuários, de logística, transporte para o interior, armazenamento e prazos de validade dos medicamentos doados. Para a efetiva implementação da Opção B+ Asseguramento do fornecimento de antirretrovirais e de testagem regular de um modo sistemático, incluindo a implementação de soluções inovadoras, como a introdução de um sistema de estoques de emergência<sup>(9),(20)</sup>.

### Adesão e Retenção: aspectos culturais

Alguns problemas estruturais vulnerabilizam a população de Guiné Bissau para os agravos diversos relacionados à sexualidade, como tráfico de mulheres e as diversas modalidades de violência baseada em gênero. O modelo patriarcal legitima as práticas socioculturais e tradicionais sobre grupos étnicos que compõem o país. A Guiné Bissau elaborou uma Política Nacional para Promoção

de Igualdade de Gênero (PNIEG, 2014), com projetos para tratar a temática dos direitos humanos. Sendo a temática transversal, integra diferentes atividades<sup>(13),(14),(20)</sup>.

Compõem o cenário de práticas a circuncisão masculina e mutilação genital feminina. A Mutilação Genital Feminina (MGF), embora proibida por lei, é praticada em ambiente doméstico. Estima-se que as mutilações genitais tenham atingido 44,9% das mulheres entre 15-49 anos e cerca de 49,7% das crianças entre 0 – 14 anos. Em relação ao casamento precoce, 7,1% referem-se a crianças com menos de 15 anos e 37,1% entre menores de 18 anos<sup>(6),(10:17),(20)</sup>.

Há relatos e registros de bebês que chegam aos hospitais com hemorragias e graves sequelas decorrentes dos cortes genitais feitos em casa, com instrumentos não-desinfetados, sem qualquer assepsia. Um comportamento profundamente inserido em determinada cultura, com multiplicidade de sentidos e significados, não é passível de mudança apenas pela força de uma lei. É preciso um trabalho minucioso e incansável, educativo, para que um novo sentido possa ser dado ao comportamento em questão<sup>(13),(14),(20)</sup>.

Já a circuncisão masculina é socialmente incentivada e tem amparo no serviço público de saúde. Em inquérito de 2014<sup>(13)</sup> alguns dados apresentados sobre a situação dos inqueridos perante a circuncisão/MGF, por sexo, 64,1% dos homens confirma a circuncisão, contra 35,9% que ainda não foi circuncisada. Para o sexo feminino 37,2% respondeu que sim foi submetida a MGF contra 62,8% que responde que Não<sup>(13)</sup>.

Em relação à taxa de contracepção, dados de 2014<sup>(10)</sup> apontam que **84%** da população não usa método algum contraceptivo; 1,2% afirmam “abstinência periódica”, e dentre os métodos modernos – utilizados por 14,4% da população pesquisada, destacam-se:

- Esterilização feminina: 0,2%/ DIU: 3,5%/ Injeções: 1,4%/ Implantes: 3,3%/ Pílula: 1,5%/ Preservativo masculino: 1,5%/ Preservativo feminino: 0,2%/ Diafragma/espuma/gel: 0,5%/ Outros (LAM): 2,4%<sup>(13)</sup>.

Assim, o planejamento familiar em geral continua baixo, sendo que o implante Jaddel, Depprovera, Diu e pilula os métodos contraceptivos mais utilizados. Talvez por serem gratuitos, exceto o método Jaddel. Paradoxalmente, o método Jaddel é mais recorrido, entre os referenciados, talvez por ser o mais recente e/ou recorrer alguma afirmação micro financeira, apesar de, segundo alguns técnicos de saúde entrevistados, ser o método de efeitos secundários (falta e/ou excesso do ciclo menstrual). A utilização de injeções é considerada, na opinião de certas mulheres, de método perigoso provocando as vezes coagulações sanguíneas e possibilidade de infecundidade<sup>(13:42)</sup>.

Em alguns casos, sobretudo em zonas rurais, na impossibilidade de meios para percorrerem quilômetros de distâncias para os principais centros de saúde, as mulheres recorrem aos métodos tradicionais para se evitarem de gravidez, caso do cordão (“siticó”), pedaço de madeira extraído da base de “pilão” e amarrada na cintura, entre outros, como métodos contraceptivos tradicionais utilizados com frequência em diferentes comunidades visitadas. Como em todas as culturas, certos valores ou práticas socioculturais representam fatores de propagação e de risco de infecção, caso da prática da excisão, do casamento precoce, da gerontofilia, do levirato, do sororato bem como a solidariedade de aleitamento de crianças órfãs por outras mulheres (“mães sociais”)<sup>(31:11),(14),(20)</sup>.

Embora não haja referência epidemiológica a usuários de drogas injetáveis em Guiné Bissau, é amplamente documentado que o uso de psicoativos aumenta e vulnerabilidade para a infecção pelo VIH, seja por algumas interações medicamentosas, alterando o metabolismo dos medicamentos para aqueles que já estão em tratamento, seja como pela redução da capacidade crítica e de raciocínio induzida por várias drogas, aumentando a vulnerabilidade a exposição sexual desprotegida<sup>(14)</sup>.

O alto consumo de vinho de palma e cachaça entre os adolescentes, vem preocupando os profissionais de saúde da Guiné Bissau como elemento importante no aumento da vulnerabilidade dos jovens para VIH/Aids e outros agravos<sup>(13),(14),(20)</sup>.

Segundo inquérito de 2014<sup>(13:40)</sup> entre os Manjacos, as mães não deixam os filhos fazer o planeamento e, quando aparecem grávidas, não as deixam fazer o aborto, porque é uma prática tradicionalmente interdita (*mandjidu*) nesta localidade. Similaridade em Quinhamel, entre os Papeis, onde se testemunhou um grau de liberdade das raparigas em ambientes noturnos e, quando aparecem grávidas, as mães não as exigem, temendo represálias de defuntos e/ou *kansaré*.

Segundo a crença dos papéis, se uma mãe se zangar com a filha grávida, ela não poderá tocar na criança após a nascença, porque representa uma rejeição *a priori*, o que faz com que as mães tenham que se consentir com a gravidez das filhas<sup>(13)</sup>.

Outras experiências demonstram que as mulheres casadas em dificuldade de gravidez recorrem sempre aos *murus* ou *djanbacus* para receberem tratamentos tradicionais ou ainda as “balobas” de “ferradias” fazendo pedidos e conseqüente promessas, em detrimento de aconselhamento e/ou tratamento médico<sup>(13),(20)</sup>.

Os homens nunca são responsabilizados por eventual esterilidade, esta é uma questão meramente feminina e de mulheres, em alguns casos são sancionadas pelo divórcio. Essa verdade não é diferenciada por zonas ou espaços rurais/urbanos, é uma realidade cultural. A religião, a cultura e a tradição obrigam as mulheres a procurarem formas de conseguir despistar os maridos para poderem usufruir dos métodos contraceptivos, porque segundo estes, elas são casadas para se procriar. *Para se livrarem dos maridos, muitas das vezes, elas inventam desculpas em levar as crianças para as vacinas e/ou consultas e aproveitam para fazer controlo do implante dos métodos*<sup>(20)</sup>. Quando os maridos descobrem obrigam-nas a retirar. Apesar de tudo, essa pressão é menos notória em certas zonas urbanas caso de Bissau, as mulheres (casadas) em dificuldades de gravidez recorrem mais aos hospitais e/ou a médicos especialistas em ginecologia obstetrícia, isto, apesar da sombra dos curandeiros tradicionais, os *muros*, *djambacus* e *balobeiros*, mesmo quando se trata de infeções do VIH<sup>(13:40)</sup>.

Relativamente ao VIH/Aids, segundo as percepções de alguns técnicos de saúde e ativistas de organizações que lidam diariamente com esta pandemia, uma larga percentagem de pessoas infetadas recusa a existência, considerando-a *tarbeçado*, doença de *badjudeça*<sup>(20)</sup>.

De acordo com certas tradições animistas a doença é igualmente interpretada como falta de cumprimento de alguns rituais, caso de se tornar *djambacus* e/ou cerimónia de *rônia iran*<sup>(20)</sup>. Uma outra dificuldade ligada ao VIH/Aids decorre do fato de as pessoas não quererem ser identificadas com esta doença, por pensarem que a relação sexual é única forma de a contrair - neste contexto, a



aids é uma doença associada a promiscuidade. Por isso, maior parte de pacientes receia que os seus conhecidos ou vizinhos descubram o seu estado sorológico, que poderá engendrar alguma estigmatização<sup>(14),(20)</sup>..

A estratégia utilizada para evitar a estigmatização condiciona alguns a procurarem o tratamento fora da sua área de residência sanitária. Outros, mesmo aceitam receber o tratamento em áreas sanitárias da sua residência mas preferem fazê-lo em casa. Esses dados coincidem com os achados de outros estudos e da literatura internacional sobre adesão: o estigma determina a procura de serviços de saúde de regiões diferentes da região de moradia e/ou trabalho<sup>(14),(20)</sup>.

Outras características sócio culturais que facilitam a propagação do VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis são as seguintes:

- ✚ Sexualidade precoce: a sexualidade precoce, antes dos 15 anos, é comum nas meninas da Guiné Bissau, cerca de 27%<sup>(1),(10)</sup>. Cerca de 7,1% das meninas casaram-se com menos de 15 anos e 37,1% com menos de 18 anos. Dados de 2011 mencionam que 13% das meninas de 15 a 24 anos tiveram sua primeira relação sexual com um homem 10 anos mais velho que ela, sendo 38% deles já casados.

- ✚ O baixo uso de preservativo pelas mulheres (3,2% em 2010) é compreendido à luz da desigualdade de gênero, sendo que o poder está relacionado aos homens.

- ✚ A dependência da mulher para sua sobrevivência, ou seja, em tudo, inclusive nas decisões sobre sua própria saúde, aliados ao medo do repúdio e divórcio ao se notificar o parceiro sobre o resultado positivo de um teste de VIH, são fatores de aumento da vulnerabilidade feminina à infecção.

- ✚ Como já foi dito, a poligamia é legitimada pela religião muçulmana: por lei, o homem pode ter até 4 esposas, desde que possa sustentá-las. Também há a poligamia informal, incluindo pessoas de todos os credos e etnias, sem distinção e sem limite numérico. A porcentagem de pessoas entre 15 e 49 anos que estão numa união poligâmica é de 44,0% entre as mulheres e 25,8% dos homens<sup>(10:17),(20)</sup>. Nos homens casados, durante o período de aleitamento materno das suas mulheres, procuraram parceiras ocasionais, comadres e/ou outras esposas legítimas<sup>(13:42)</sup>.

- ✚ No caso da sociedade balanta, existem normas e práticas socioculturais que instigam a liberdade sexual dos jovens. A prática cultural e sexual “Pnanhga” que consiste na entrega sexual de uma rapariga/mulher a outrem durante a sua hospedagem é um exemplo<sup>(13:41)</sup>.

- ✚ Uma prática cultural que poderia ser nomeada como uma espécie de “Sabático conjugal”, uma espécie de “descanso” do casamento, em que um cônjuge iria para outra casa, com anuência e consentimento do parceiro, para um período fora de casa. Essa prática não é reconhecida pelos gestores como mas foi mencionada diversas vezes<sup>(20)</sup>.

- ✚ Outra realidade a acrescentar é o fenómeno de gerontofilia e as suas consequências na promiscuidade sexual. Sendo social e tradicionalmente aceitável o casamento entre gerações diferentes, essa prática aumenta os casos de infidelidade entre os envolvidos, sobretudo nas mulheres (que por norma são sempre bastante novas em relação aos maridos). Assim, a promiscuidade é bastante frequente nas famílias dos centros urbanos, chegando a ser também banalizada em certas tradições de grupos étnicos. Por exemplo, na etnia Beafada a infidelidade não

é reprovada, mesmo que seja de uma mulher casada e, por consequência, caso tenha terminado em filho, consideram uma sorte para o marido legítimo da mulher. Tio do noivo como deflorador da noiva, mantendo relação sexual com a mesma na noite de núpcias; essa prática é algumas vezes mencionada como realidade na etnia Balanta, porém referida como não praticada na atualidade. É uma contradição que merece ser melhor estudada e compreendida, por ser uma prática que vulnerabiliza<sup>(13)</sup>.

✚ Um aspecto que pode ser melhor explorado é a constatação que 79,9% dos homens entre 15-49 anos declaram ter sido circuncidados<sup>(10:20)</sup>: integrar as ações de saúde aproveitando esse momento – lugar – tempo em que o homem passa pela circuncisão pode ser estrategicamente interessante para auxiliar na promoção de saúde e aumento do autocuidado seguindo as referências de saúde ocidentais, aspectos quase negligenciados entre os homens da Guiné-Bissau. Também pode ser importante procurar compreender como e se os homens entendem o autocuidado, nas perspectivas étnicas específicas.

✚ Foi demonstrado que mulheres em idade fértil 58,2% não conheciam um único método de prevenção à infecção pelo VIH<sup>(15)</sup>. O fato de não haver conteúdo sobre anticoncepção nem explicações sobre uso do preservativo no manual de formação dos agentes comunitários de saúde (2011) tem relação direta com esse fato. A taxa de contracepção em Guiné Bissau é estimada entre 10% e 14%<sup>(9:8)</sup>.

✚ Uma prática relacionada às modalidades de luto é o Levirato. Nesse sistema de casamento, o irmão do falecido é obrigado a casar com a esposa (viúva) do irmão falecido, tendo ele ou a viúva aids ou não, sem que se mencione o assunto “aids” de modo explícito<sup>(13),(20)</sup>.

✚ O planejamento familiar é considerado “primo pobre” na implementação de uma política que permita às mulheres alguma condição de escolha de método contraceptivo adequada à sua realidade<sup>(9),(20)</sup>.

✚ “Negação/ Medo da aids”: a negação da doença alcança, de certo modo, algumas das políticas públicas, em especial às direcionadas a práticas preventivas em saúde sexual e reprodutiva. A negação faz com que a comunicação social seja truncada e os estigmas prevaleçam. “Como se” não houvesse impacto com a gravidez antes dos 15 anos, com a polinfecção de mulheres e homens, com aids, molusco contagioso e outras IST<sup>(14),(20)</sup>.

✚ Maioria da população com 15 anos ou mais é analfabeta e 60% das mulheres não são alfabetizadas. A alta taxa de analfabetismo dificulta todas as ações de prevenção, assistência e adesão aos tratamentos<sup>(2)</sup>.

✚ As mulheres guineenses, que compõem 51,5% da população do país, estão no setor informal. Ou seja, com o trabalho e sem direitos trabalhistas, sua vulnerabilidade aumenta – ao precisar interromper o trabalho, não tem direito a licenças ou qualquer remuneração<sup>(2),(11)</sup>.

✚ No país, há pouco acesso às ferramentas de comunicação social: o uso de computadores entre jovens de 15-24 anos é de 17,2% para os homens e 10,3% para as mulheres; o uso de internet segue a mesma proporção: homens 16,8% e mulheres 9,4%<sup>(10:20)</sup>. Cerca de 30,5% dos homens ao menos uma vez por semana tem acesso à mídia impressa, radiofônica ou televisiva, e apenas 11,7 das

mulheres. Pensar campanhas de informação e comunicação para o país requer a assimilação integral desses dados, pensando-se estratégias capilarizadas que possam ser implementadas sem depender dos *media*.

✚ A ausência de profissionais de saúde mental no país é um fator extremamente importante, um ponto de vulnerabilidade programática que precisa ser cuidado o quanto antes. Em 2015 havia apenas um profissional, um enfermeiro com formação em psiquiatria, para todo o país<sup>(20)</sup>.

Estudo de 2014<sup>(13)</sup> traz informações importantes sobre as lacunas no conhecimento básico sobre as formas de transmissão do VIH. Uma grande parte da população em geral considera o mosquito como um inseto veiculador de infecção do VIH. A par desta lógica de contaminação alguns contactados também introduziram as moscas, as latrinas como veículos de transmissão de infecção. A questão da *feiticeira* também ainda se associa a infecção dos vírus da VIH/SIDA. A nível nacional 19,7% dos inqueridos confirma que Sim, através de feitiçaria e/ou meios sobrenaturais contrai-se VIH, contra 60,1% que diz categoricamente que Não. Porém, ainda 20,2% não sabe nada sobre a resposta<sup>(13:51)</sup>.

### Bancos de sangue

Considerando-se 3.964 bolsas de sangue testadas em 2014 em Bissau e Bafata, a prevalência do VIH foi estimada em 3,3% entre os doadores de sangue, sendo que 87% eram doadores familiares. Outros marcadores foram 8,3% para Hepatite B, 0,33% Hepatite C e 0,03% para sífilis<sup>(8:18), (3)</sup>. Em relação às transfusões e doações de sangue é importante dizer que os testes são feitos, porém a doação pode ocorrer em seguida, antes da chegada dos resultados, quando a prioridade é salvar a vida; a falta de doadores é um fator considerado relevante para as dificuldades nesse setor<sup>(3),(20)</sup>.

Na rotina dos serviços de saúde, a transfusão não é feita antes da chegada de resultados do teste VIH, sífilis e hepatites virais, mas sim, logo após o resultado negativo dos testes. O sangue coletado é estocado por um período de pelo menos três meses para se repetir o teste antes de se efetivar a transfusão<sup>(3),(20)</sup>. Com a ocorrência de eventuais rupturas de estoque dos testes de VIH ou sífilis, ou hepatites virais (B e C) *procede-se a transfusão sem realização prévia dos referidos testes com o intuito de salvar vidas*<sup>(20)</sup>. A prevalência de transmissão do VIH pela doação de sangue é estimada em 3,3%.

### ONG Parceiras

Em Guiné Bissau, a organização da sociedade civil conta com oito instituições, parceiras do governo em ações estratégicas<sup>(7:13)</sup>:

✚ Centro de Informações, Testagem e apoio – CIDA/ Alternag: oferece serviços de TARV e testagem voluntária em SAB, Bafata, Gabú, Oio, Quinara Tombali, Cacheu e Biombo, trabalhando preferencialmente com mulheres grávidas.

✚ Associação Guineense pelo Bem-Estar Familiar: oferece serviços de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho, aconselhamento e testagem, serviços de clínica móvel, sensibilização e distribuição de preservativos à comunidade;

- ✚ ENDA – Oferece serviços aos grupos vulneráveis, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, com trabalho em clínica móvel. A zona de intervenção inclui Bafata, Gabu, São Domingo, Canchungo, SAB.
- ✚ AGMS – Associação Guineense pelo Marketing Social, para promoção de uso de preservativos em todo o país, atuando preferencialmente em SAB, Oio, São Domingos, Tombali e Quinara.
- ✚ Rede Nacional de Pessoas Infectadas/Afetadas (RENAP+/GB), que agrega 12 associações, sendo 8 regionais e 4 em Bissau de Pessoas Vivendo com VIH e intervêm na promoção de atividades de comunicação para mudanças de comportamento, visita domiciliar para PVVIH e suporte psicológico. Atua nas regiões de SAB, Bafata, Gabú, Oio, Quinara, Tombali, Cacheu, Biombo, priorizando o trabalho junto às mulheres grávidas.
- ✚ SINAMAR e SIMAPPA, instituições públicas e empresas que trabalham na área de prevenção
- ✚ Pro-Bolama, que atua em Bolama e trabalha PTMF junto a mulheres grávidas e jovens.
- ✚ Associação Céu & Terras, que oferece serviços de PTME, TARV e CDV, que fez parte da visita de campo deste Projeto e está descrita abaixo, trabalha preferencialmente com as mulheres grávidas.
- ✚ CARITAS, que subsidia o Hospital Cumura, também visitado no Campo Guiné Bissau em agosto de 2015.

Os trabalhos da Associação Céu e Terras e do Hospital Cumura são referência do Ministério da Saúde<sup>(20)</sup>. A Associação Céu e Terras, presente desde 2001 em Guiné Bissau, iniciou o Programa de Prevenção à Transmissão Vertical em 2002, com a chamada Opção A: introduziu a profilaxia da TV com a dose única de Nevirapina no início do trabalho de parto e nos recém-nascidos até as primeiras 72h de vida. Também em 2002 realizava aconselhamento, testes rápidos, orientações, apoio nutricional e medicamentoso aos pacientes VIH+ em Bissau, capital da Guiné-Bissau, tornando-se referência nacional e internacional<sup>(15)</sup>.

Em 2008 a ONG desenvolveu o inédito Projeto “Assistência Domiciliária”, para aumentar a adesão das mulheres VIH+ ao tratamento de aids. As chamadas Ativistas, mulheres VIH+ que já passaram por tratamento ARV, foram contratadas para visita domiciliar especificamente para acompanhar gestantes que iniciavam TARV para aumento da aderência. O indicador de maior adesão utilizado foi o maior número de crianças testadas. A Associação Céu e Terras estendeu sua área de intervenção fora dos Centros de Saúde de Bissau, para incluir o Centro Materno Infantil do Hospital de Cumura, por ter constatado que várias gestantes de diferentes bairros de Bissau se dirigiam a Cumura (distante 14km do centro de Bissau) para realização de consultas pré-natais (CPN)<sup>(15)</sup>.

O Hospital Cumura, localizado a 14km de Bissau, é mantido pela Cáritas Italiana, historicamente abriga doentes graves, desde hanseníase, tuberculose e aids. Atende cerca de 2000 pessoas por mês, em particular gestantes VIH+. Muitas mulheres preferem ir a Cumura para não serem vistas nos serviços de aids da capital, por conta do preconceito. É uma instituição de referência para a Guiné Bissau e países vizinhos<sup>(20)</sup>.

Céu e Terras e Cumura são dispositivos de excelência no atendimento em saúde na Guiné Bissau, atendendo pacientes com aids, tuberculose e hanseníase (em Guiné Bissau ainda denominada lepra), além de todo tipo de agravo. Com a chegada do TARV de 1ª linha, oriundo da cooperação com o Brasil, houve substancial aumento da demanda. A partir de 2007, a ONG aumentou seus cursos

para formação e capacitação de profissionais em Bissau e interior. As ONG totalizam 34 organizações e as instituições religiosas, 17, realizando atividades de sensibilização e comunicação para mudanças de comportamento, além das atividades de prevenção e prestação de serviços PTMF e TARV<sup>(15),(20)</sup>.

O trabalho das ONG é essencial para a resposta nacional da Guiné-Bissau à epidemia de VIH/Aids e sífilis, tanto pela constância nas ações, capilaridade, respeito aos Direitos Humanos e princípio de não-segregação, atendendo grávidas de todas as religiões, idades, condições socioeconômicas, sem quaisquer restrições e com acompanhamento constante para garantir o máximo de adesão e retenção.

Tabela-síntese – Guiné Bissau

<b>1</b>	<b>GERAL</b>		<b>Fonte</b>
<b>1.1</b>	População	1.852.284 895 836 (49,6%) H 911 588 (50,4%) M	8
<b>1.2</b>	População urbana	49,3%	
	Taxa de urbanização	4,13%	
<b>1.3</b>	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	48,6	6
<b>1.4</b>	Taxa de fertilidade	4,9	10
	Taxa de fecundidade - Mulheres de 15-19 anos	106	10
	1º filho antes dos 18 anos	28,3%	10
<b>1.5</b>	Taxa de crescimento da população	2,37%	
<b>1.6</b>	Taxa de nascimentos/ 1000	33,38 36,10	7
<b>1.7</b>	Prevalência de contraceção	10% - 14,2% 16%	7 10
<b>1.8</b>	Partos VIH+ atendidos por especialistas	45,0 %	7
	Partos em estruturas de saúde	44,0 %	10
	Cesariana	3,9%	10
<b>1.9</b>	Crianças <5 anos abaixo do peso	18,1%	
<b>1.10</b>	Mortalidade infantil – total/ 1000 nasc vivos	39,7 (neonatal)	
	Mortalidade infantil - meninos	98,8	
	Mortalidade infantil - meninas	79,33	
	Número de mortes fetais (geral)	89,21	
<b>1.11</b>	Taxa de Mortalidade materna/ 100.000 nascidos vivos	900	10
<b>1.12</b>	Mortalidade neonatal	55/1.000 nascidos vivos	
<b>2</b>	<b>GESTANTES - PTV</b>		
<b>2.1</b>	Cobertura de Pré-Natal	92,4	10
	Mulheres 15-49 anos		
	Ao menos uma consulta, geral	79,8% (63.968/80.078)	8
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	93,7 %	
	Pelo menos 4 consultas (CPN 4)	28,8% (18.436/63.968)	8
	Assistência médica no momento do partp	43%	
<b>2.2</b>	Cobertura de PTV		
	Número de Grávidas	66.870	7
	Grávidas VIH+	2.089	7
	Prevalência de VIH entre mulheres grávidas	5%	7
	Prevalência de VIH entre grávidas 15-24 anos	3,4%	7
	Número de gestantes testadas	56.799 – 59.415 54.354;80.078 = 67,87 %	7 8
	Gestantes VIH+ testadas no PTME	81,91%	
	Incluídas no PTV	1184	
<b>2.3</b>	Estimativa de % de gestantes VIH+ em TARV	81,9% (1.906/2.326)	8
	% de gestantes que necessitam TARV	479	
<b>2.4</b>	Taxa de transmissão vertical VIH	8,9	
	% de crianças de mãe VIH+ testadas	22,1 %	
<b>2.5</b>	Início do programa PTV no país	2002	
<b>3</b>	<b>VIH/AIDS e SÍFILIS</b>		
<b>3.1</b>	Sítios sentinela	76	3
	Pacote Estatístico	Spectrum	

	Tipo de epidemia	Generalizada	7
<b>3.2</b>	Conhecimento do estatuto sorológico		
	Testagem para VIH	41%	11
	Nº total de pessoas que fizeram o teste e receberam resultado	18.115/32.397 55,9%	8
	15-49 anos teste+resultado		
	Mulheres	9,8%	10
	Homens	6,1%	10
	> 15 anos testagem e aconselhamento	41 030	
	Jovens 15-24 anos teste+resultados		10
	Mulheres		
	Homens	23,4% 12,4%	
	Cobertura de testagem VIH entre gestantes	67,87% (54354/80078)	
	Novas infecções - população geral	2.645	7
<b>3.3</b>	Prevalência nacional geral	3,3%	
	Prevalência global por região	3% urbano 2.3% rural	
	Prevalência VIH-1	1,8%	
	Prevalência VIH-1 entre 15-49 anos	3,25	
	Prevalência de VIH-2	0,9%	
	Prevalência dupla infecção VIH-1 e VIH-2	0,7%	
	Homens	1,4 % - 1,5%	7
	Mulheres	4,2 % 5%	11 7
	Adultos 15 – 49 anos	3,25% 3,3%	11 7
	Mulheres 15-49 anos	6,9%	7
	Prevalência do VIH entre gestantes	4,5% - 5%	7 11 8
	Prevalência do VIH entre gestantes 15-24 anos	3,4%	7
	% de recém-nascidos filhos de mães VIH= que nascem infectados pelo VIH	26%	7
	% de crianças filhas de mães VIH+ que são testadas para VIH nos 2 primeiros meses de vida	23,47% (545/2.326)	11
<b>3.4</b>	Transmissão sanguínea	3,3%	
	Transmissão vertical	8,9 %	
<b>3.5</b>	Número de pessoas vivendo com VIH (2013)	41 000 [37 000 – 47 000] 37.892	7
	Adultos > 15 anos	35 000 [31 000 – 40 000]	
	Prevalência do VIH entre adultos 15- 49 anos	3,7 [3,3 – 4,3] 3,45	7
	Mulheres > 15 anos	21 000	
	Crianças VIH+	4.940	7
	Grávidas soropositivas para VIH	2326	
	Crianças < 15 anos vivendo com VIH	6 100 [5 200- 7200] 4.940	7
<b>3.6</b>	Órfãos por causa da doença	10.614	
<b>3.7</b>	Mortes relacionadas ao VIH/sida	2300 [1900-2700]	
	Mortes de adultos relacionadas ao VIH/sida	1.251	7
	Mortes de crianças relacionadas ao VIH/sida	363	7
<b>3.8</b>	Número de casos de sífilis congênita notificados	1,1 (2010)	

<b>3.9</b>	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes primeira consulta de pré-natal	67,87%	8
	Prevalência de sífilis entre gestantes	2,1% (123/5.666)	8
<b>4</b>	<b>TARV</b>		
<b>4.1</b>	Cobertura de TARV	22,6% 8.127/35.997	11
	Cobertura TARV entre pessoas em tratamento meses após início	80,7% (826/1024)	
	Cobertura de ARV para gestantes VIH+	81,91% (1906/2326)	7
	Cobertura ARV entre crianças	11 [ 8 – 14 ]	
	Cobertura de TARV para crianças expostas	33,10%	
	Crianças em TARV com 2 meses de vida	23,47% (545/2326)	
<b>4.2</b>	População em TARV	8127 // 8633/35.977	6
	Adultos 15-24 anos	3,56% (548/15.409)	
	Crianças filhas de mães VIH+ que recebem TARV	1880 – 1903 771/2.326	7 8
	Taxa de retenção a 12 meses TARV	80,7% (826/1.024)	8 6
	Taxa de retenção a 12 meses TARV - Homens	74,1% (209/282)	8
	Taxa de retenção a 12 meses TARV - Mulheres	83,2% (617/742)	8
	Taxa de retenção a 24 meses TARV	52,6% (795/1511)	
	Gestantes VIH+ em TARV para prevenção da TV	2.091 – 2.165 1.906	7 8
	% estimada de gestantes VIH+ em TARV	1.906/2.326 = 81,9%	8
<b>4.3</b>	Número estimado de gestantes VIH+ necessitando para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	2100 [1800-2500]	
	Número estimado de crianças precisando de TARV base nos Métodos UNAIDS/WHO	3 300 [2500 – 4400]	8
<b>5</b>	<b>SERVIÇOS DE SAÚDE</b>		
<b>5.1</b>	Leitos hospitalares	1/1000	
	Regiões Sanitárias	11	7
	Centros de saúde	123	
	Hospitais Regionais	5	
	Hospitais Nacionais	1	
<b>5.2</b>	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos	124	
	Número de enfermeiras	868	
	Dentistas	13	
	Farmacêuticos	21	
	Técnicos de laboratório	207	
	Outros profissionais de saúde	1526	
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0	
<b>5.3</b>	Serviços de teste e aconselhamento		
	Serviços que realizam TARV	39	6



## Conclusões e Recomendações

### Aspectos positivos a serem valorizados

A Guiné Bissau tem como pontos positivos em sua resposta à epidemia do VIH/Aids e sífilis congênita o alinhamento técnico e político com as propostas internacionais, o reconhecimento da gravidade da epidemia e das dificuldades da situação social do país, bem como a complexidade cultural que envolve a constituição da população.

A incorporação do PTMF às CPN é uma estratégia vitoriosa, pois consegue acessar a população feminina de imediato. Apesar de constrangimentos socioculturais, económicos e psicossociais testemunhados, denota-se influências positivas através de aumento progressivo do número de grávidas que efetuam as consultas pré-natais, e do número de partos efetuados nas instituições sanitárias modernas. Apesar de os partos domiciliários continuarem a ser significativos. O uso de alguns contraceptivos para evitar a gravidez é entendido por muitos como planeamento familiar. Porém, a vulgarização de conhecimento da infecção do VIH/Aids é hoje de extensão comunitária nacional. Apesar disso, as principais formas de infeção e prevenção continuam a suscitar debates dúbias, com lógicas errôneas construídas no seio de diferentes comunidades e gerações, como por exemplo a transmissão por mosquito ou feitiçaria<sup>(13)</sup>.

A Opção B+ já está implantada no país, sendo efetivamente realizada em diversos serviços. A fundamentação epidemiológica desse tratamento, o “tratamento como prevenção” está assimilado pelos profissionais do sistema de saúde pública.

Inicia-se em 2015-2016 um trabalho com ênfase à Comunicação, em parceria com Unicef e Ministério da Saúde do Brasil – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. A grande disposição dos gestores guineenses em estabelecer parcerias é um ponto extremamente positivo para a construção e efetividade da resposta do país à epidemia.

Embora o número de médicos esteja aquém do necessário, há uma força-tarefa dos profissionais da enfermagem para atenção aos pacientes VIH/sida.

Os pacientes soropositivos para VIH são atendidos nos mesmos serviços de saúde que todos os outros pacientes, sem separação. Isso é percebido como positivo, incentivando ao não-preconceito.

As ONG tem um trabalho consistente e respeitado no país, trazendo inovações e investindo na capacitação dos profissionais de saúde, sendo reais parceiras do governo. Começa a haver maior visibilidade das pessoas soropositivas para VIH, com trabalhos intensivos para redução do estigma e da discriminação.

O sangue utilizado em transfusões é testado, e apenas em situações de emergência são realizadas transfusões sem teste prévio.

A documentação oficial sobre a resposta à epidemia de VIH é sintética, concisa e muito bem escrita, sem contradições numéricas, sem excesso ou repetição de informações, fornecendo um quadro objetivo e claro das possibilidades e realizações e lucidez quanto aos limites das intervenções. Sugere-se apenas a síntese da produção em uma ficha catalográfica padronizada para todas as publicações.

Há uma grande preocupação com a tuberculose, que começa a aparecer como altamente prevalente entre os pacientes VIH+.

Também as iniciativas de intensificação do ativismo, pessoas VIH+ auxiliando pacientes igualmente soropositivos, começam a ser ampliadas no cenário nacional, ainda que mais concentradas na capital.

Líderes religiosos e Praticantes de medicina tradicional são atores sociais que detém imensa confiança por parte da população. Esse é um ponto que merece mais atenção, pois as estratégias que eles utilizam – *escuta, respeito, tempo* – com aqueles que os procuram podem ser ferramentas importantes para o desenvolvimento de estratégias preventivas. Não apenas convocá-los para “apresentar-lhes as práticas científicas”; integrá-los com respeito, com espaço para que ensinem algo que seja de fato importante e, principalmente, traçar limites de atuação, compreender estratégias de desenvolvimento de confiança – que são a base da adesão.

Segundo os técnicos dos centros de saúde, há uma consciencialização da população em geral sobre a pandemia da aids, o que se reflete na forma como as pessoas têm aceitado a mensagem, havendo cada vez maior solicitação e uso do preservativo, maior realizações de testes de despistagem, por parte das grávidas e conseqüente tratamento da transmissão materno infantil. Contudo, ainda há questões culturais que influenciam a transmissão e tratamento do VIH, e testemunha-se abandonos e resistências ao tratamento, porque a comunidade persiste em acreditar mais na cura tradicional do que na cura convencional<sup>(13)</sup>.

A infraestrutura começa a se estabilizar em termos de fornecimento de energia elétrica e abastecimento de água.

A ênfase atual a aspectos da comunicação, prevenção e o nível de atualização dos gestores são fatores positivos. A construção da resposta à epidemia passa por limites severos, desde a alimentação até a cristalização de hábitos culturais. Mas está firme e num crescente movimento de solidificação, autocrítica e expansão.

#### Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

A Guiné-Bissau encontra-se em situação de extrema dificuldade econômica e suas ações frente à epidemia de VIH/Aids e sífilis congênita dependem majoritariamente de financiamento externo. É uma grande preocupação para os gestores a questão da sustentabilidade das ações. Em todas as instituições testemunhou-se carências financeiras e materiais.

Para além destas considerações é importante reconhecer que a vulgarização do uso do preservativo tem ganho espaço nas diferentes comunidades como principal método de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e do VIH. Apesar disso, não é utilizado entre os casais como

método contraceptivo, e em certas regiões a percentagem é muito baixa. Assim, é importante reforçar a sensibilização para a utilização do preservativo entre casais a fim de mostrar que o uso do mesmo não representa a falta de confiança ou presunção de infidelidade entre os mesmos, sobretudo em regiões como Biombo, Tombali, Oio.

De forma geral, a utilização dos métodos contraceptivos depende em grande parte do estatuto matrimonial da mulher. Tanto em espaços rurais como em espaços urbanos há um sentimento generalizado de que a utilização dos contraceptivos, por parte de mulheres, sobretudo as solteiras, representa propensão a liberdade e promiscuidade sexual e, por conseguinte, a prostituição disfarçada. Dai que as mulheres casadas, no entendimento dos seus maridos, não devem recorrer a nenhum método que lhes possa impedir a procriação. Esse entendimento tende a perder o seu rigor nos mais novos e citadinos, estando assim, associado a certos valores tradicionais que tendem a constituir obstáculos aos atores envolvidos em processos de sensibilização<sup>(13:61)</sup>.

Parcerias são estabelecidas, porém poucos os parceiros que repassam tecnologia e investem na autonomia da Guiné Bissau em termos metodológicos e científicos. Em algumas situações as precariedades acabam potencializadas: grandes distâncias, estradas de difícil acesso, poucas condições materiais (carros climatizados) para o perfeito transporte dos testes e insumos, limitações para importação de medicamentos – com altas tarifas alfandegárias e prazos extensos frente às demandas burocráticas são algumas das barreiras que especificamente afetam a implementação da Opção B+ em todo o país.

A questão nevrálgica da notificação segue como dificuldade mais importante a ser superada. São mencionadas a falta de compreensão, por parte dos profissionais de saúde dos serviços, da real importância de uma completa notificação. Porém, há que se considerar a sobrecarga de trabalho que muitos profissionais têm, com extensas agendas de atendimento ininterrupto; dificuldade operacional com a escrita em português e compreensão dos sistemas informatizados.

Há muitos dialetos e o *crioulo*, principal língua falada, não tem uma gramática escrita, impressa. Os documentos oficiais estão em português e alguns, que foram disponibilizados, estão em francês, assim como materiais de campanhas preventivas.

Considerando a multiplicidade dos dialetos e a inexistência de uma gramática em crioulo, e o fato da maioria da população falar esse idioma, a comunicação é realmente um dos maiores desafios para a construção de uma resposta que de fato atinja a população. Também há que se considerar o alto índice de analfabetismo ou baixo letramento, fator que define toda uma limitação para se pensar campanhas massivas educativas.

Considerando-se a importância das coinfeções, três aspectos precisam ser aperfeiçoados:

- (1) A testagem da tuberculose entre PVHA, que não está posta como estratégia prioritária, tampouco documentada ou reportada sistematicamente pela SNLS;
- (2) A sistematização da notificação das infecções sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis, que não está inserida na rotina dos serviços;

(3) A falta de atenção à saúde mental, por falta de profissionais capacitados, e a necessidade desse apoio para pessoas recém-diagnosticadas em especial, para aumento da adesão.

Portanto, como recomendações ficam a inserção na rotina dos serviços da testagem para tuberculose entre pacientes VIH+ e vice-versa, a notificação das IST e a demanda por serviços de saúde mental junto às parcerias internacionais já estruturadas no país, pois é importante aos profissionais que compreendam e incorporem as nuances culturais que determinam e mantêm comportamentos nem sempre favoráveis à adesão.

Algumas práticas culturais não são reconhecidas como gerais por todos os gestores. Ao mesmo tempo em que são mencionadas por alguns entrevistados como práticas comuns e recorrentes, há uma negação veemente, como se não existissem mais no contexto atual do país. Esse é um ponto a ser esclarecido, pois determinadas práticas e ritos sexuais interferem de modo direto na possibilidade de uma promoção de saúde que faça sentido para todos, e não apenas a reprodução de práticas já conhecidas e consagradas.

Finalmente, a religião e os curandeiros/ praticantes de medicina tradicional precisam ser incorporados aos diálogos da saúde pública: tanto os limites que impõe aos cidadãos (e muitas vezes são desconhecidos pelos profissionais de saúde que, ao desrespeitar esses limites, promovem a perda do paciente) como as boas práticas, em particular de acolhimento, escuta, respeito e orientação.

Diversos esforços têm sido feitos para agilizar a logística dos medicamentos, ampliar o alcance da testagem e vinculação (saberem o resultado), retenção nos serviços (tratamento) e promoção de saúde sexual e reprodutiva.

## BIBLIOGRAFIA:

1. CPLP - *Relatório – VIH em Países de Língua Portuguesa*. Atualização em 2015. CPLP, CD rom.
2. GUINÉ BISSAU – *Documento de Estratégia nacional de Redução da Pobreza*. Relatório do FMI, 2011.
3. GUINÉ-BISSAU. *Gap Programmatiques Guiné-Bissau Final*. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde. Paper, 09 09 2015.
4. GUINÉ BISSAU - *Inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao VIH/SIDA. Relatório Final*. República da Guiné Bissau. Ministério da Saúde Pública. Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA). Agosto de 2010. 34p.
5. GUINÉ BISSAU. *Narrative report 2015. Rapport D'Activité National*. Guiné-Bissau. Abril 15,2015.
6. GUINÉ-BISSAU. *Note Conceptuelle – Investir pour obtenir un impact contre le VIH, la tuberculose ou le paludisme*. Le Fonds Mondial. Janvier, 2014. 52p.
7. GUINÉ-BISSAU. *Plan de Suivi Evaluation. Plan Stratégique Nacional révisé de la riposte au sida 2015-2020*. República da Guiné Bissau. Conselho Nacional de Luta Contra Sida. Secretariado Nacional de Luta contra sida. 2015. 50p.
8. GUINÉ-BISSAU. *Plan Stratégique Nacional révisé de la riposte au sida 2015-2020*. República da Guiné Bissau. Conselho Nacional de Luta contra Sida. Secretariado Nacional de Luta contra sida. 2015.
9. GUINÉ-BISSAU. *Plano de Eliminação da Transmissão do VIH da Mãe para o Filho 2012-2016*. República da Guiné Bissau. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Prevenção e Promoção de Saúde. 2012. EPTF
10. GUINÉ-BISSAU. *5º Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS-5) de Guiné-Bissau*. Ministério da Economia e Finanças. Direcção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística. 2014. 22p.
11. GUINÉ-BISSAU. *Rapport d'activité national. Guinée-Bissau. April 2015*. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Luta contra Sida. 24p.
12. GUINÉ BISSAU. *Relatório Anual de Actividades de Implementação do PTA/2014 UNICEF-SNLS*. Março de 2015.
13. GUINÉ BISSAU. *Relatório Final – Estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Saúde Reprodutiva e VIH/Sida*. Secretariado Nacional de Luta contra Sida (SNLS). Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP). Bissau, 2014. 37 p.
14. LIMA, Helena Maria Medeiros – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
15. SANE, Suado - *Análise do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do Vírus HIV na ONG “Associação Céu e Terras”, Guiné-Bissau, 2007-2011*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da USP, 2014.

## Links:

16. <https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/geos/pt.html>
17. [http://www.gov.gw/images/guinebissau/mapa-guine-bissau\\_peq.jpg](http://www.gov.gw/images/guinebissau/mapa-guine-bissau_peq.jpg).
18. [http://www.gov.gw/index.php?option=com\\_content&view=article&id=393&Itemid=1804&lang=pt](http://www.gov.gw/index.php?option=com_content&view=article&id=393&Itemid=1804&lang=pt)
19. <http://sibila.com.br/mapa-da-lingua/a-poesia-de-guine-bissau/2734>.
20. Dados coletados, analisados e consensuais obtidos na visita de campo em entrevistas, observações e grupos focais.

### Lista dos participantes, cargos e instituições do Campo em Guiné-Bissau

Nome	Cargo e Instituição
1. Alfredo Claudino Alves	Diretor de Serviço de Saúde Reprodutiva– DSSR
2. Ana Cecília de Barros Sá	Presidente – Instituto da Mulher e da Criança
3. Anaximandro Z. C. Menut	Secretário Executivo – SNLS
4. Andrea Robalo Djassi	VIH Officer - UNICEF – Guiné Bissau
5. Bula Elisa Albino Maiaba	Responsável do Armazém Nº2 da CECOME Nacional
6. Damião Bighate Naisna	Farmacêutico – Céu e Terras
7. David da Silva Té	Diretor de Cuidados e Tratamento - SNLS
8. Dúlia Barbosa e Silva	Diretora Geral – CECOME
9. Elsa Sampaio e Melo	Oficial de compras dos produtos de saúde - SNLS
10. Frei Armando Cossá	Diretor Geral – Hospital Cumura
11. Frei Memo Guglielmoni	Ecônomo – Hospital Cumura
12. Frei Victor Quematche	Custódio – Custódia OFM (católica)
13. Idelzita Mendonça Ferreira	Encarregada armazém - CECOME
14. Isaac José Barbosa Vergne	Analista – MS/AISA
15. Isabel Almeida	Enc. Progr. Jovens – UNFPA
16. Livramento de Barros	Diretora Prevenção - SNLS
17. Malam Cassama	Diretor Financeiro – SNLS
18. Mamai Badinca	Responsável da CECOME do Setor Autônomo de Bissau
19. Manuel A. Aquerauem	Médico – Céu e Terras
20. Marcelo Santos	Analista de Projetos – ABC – MRExteriores
21. Marciano Vicente Vaz	Gestor de estoque - CECOME
22. Maria de Fátima S. Cordeiro	MINSAP
23. Marina Marinho	Analista de Políticas Sociais – MS Brasil
24. Nicolau Almeida	Diretor Geral de Prevenção e Promoção da Saúde – MINSAP
25. Nyavyakira Anicet	Coordenador Internacional – EMI
26. Regina Correia	RPTMF – CSB Militar
27. Ricardo Pereira	Administrador – Hospital Cumura
28. Sábado Pina Candoque	Parteira Responsável – CSB Militar
29. Sílvia Aparecida de Almeida	Consultora – Movimentos Sociais – Brasil
30. Zacarias José da Silva	Diretor - LNPS

**Consultora: Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima**

**Pós Doutora em Educação: Psicologia da Educação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).**

**Bióloga e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia - da Universidade de São Paulo (USP).**

**Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP.**

**Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/6802734718917740>**

**Contatos: [helenali@usp.br](mailto:helenali@usp.br) / +55 11 98332.1234.**