



Programa Global de VIH/SIDA Banco Mundial

Equipa Global de Monitorização e Avaliação da SIDA (GAMET)



ACTafrica
AIDS Campaign Team for Africa

SÍNTESE DA EPIDEMIOLOGIA E RESPOSTA DA VIH/SIDA NA ÁFRICA OCIDENTAL

Implicações para a prevenção



Novembro de 2008

SÍNTESE DA EPIDEMIOLOGIA E RESPOSTA DA VIH/SIDA NA ÁFRICA OCIDENTAL

**Caracterização da epidemia VIH e as resposta da África Ocidental:
Implicações para a prevenção**

RESUMO EXECUTIVO

Programa Global de VIH/SIDA do Banco Mundial

Novembro de 2008

World Bank Global HIV/AIDS Program Reports

This series, published by the Global HIV/AIDS Program of the World Bank's Human Development Network, makes interesting new work on HIV/AIDS widely available, quickly.

The findings, interpretations, and conclusions expressed in this report are entirely those of the author(s) and should not be attributed in any manner to the World Bank, to its affiliated organizations or to members of its Board of Executive Directors or the countries they represent. Citation and the use of material presented in this series should take into account that it may be provisional.

Papers are posted at www.worldbank.org/AIDS (go to “publications”).

For free print copies of reports in this series please contact the corresponding author whose name appears the bottom of page iii of the report. Enquiries about the series and submissions should be made directly to Joy de Beyer ([jdebeyer@worldbank](mailto:jdebeyer@worldbank.org)).

Cover photographs by Curt Carnemark, Ray Witlin
© 2008 World Bank

© 2008 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

All rights reserved.

Síntese da Epidemiologia e Resposta da VIH/SIDA na África Ocidental

Caracterização da epidemia VIH e as resposta da África Ocidental: Implicações para a prevenção

Catherine M. Lowndes^a, Michel Alary^b, Michelyne Belleau^c, William Kofi Bosu^c,
Denagnon Frédéric Kintin^c, Joseph Asonye Nnorom^c, Karim Seck^c,
Juliana Victor-Ahuchogu^d et David Wilson^d

^a Health Protection Agency UK; London School of Hygiene and Tropical Medicine; Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

^b Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec, National Research Scholar of the Fonds de la recherche en santé du Québec (grant no. 8722)

^c Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

^d Banco Mundial

Vice President Human Development Network	Joy Phumaphi
Director Global HIV/AIDS Program	Debrework Zewdie
Coordinator, Global AIDS Monitoring and Evaluation Team (GAMET)	Jody Zall Jusek
Task Team Leaders	Juliana Victor-Ahuchogu, David Wilson

Correspondence : David Wilson, World Bank, 1818 H Street, NW, Washington DC, 20433.
tel: (202) 473- fax: (202) 477- email: dwilson@worldbank.org

RESUMO EXECUTIVO

Este documento de síntese descreve a epidemia de VIH em 15 países da África Ocidental: Benim, Burkina Faso, Costa do Marfim, Gana, Guiné, Mali, Níger, Nigéria, Senegal, Togo, Cabo Verde, Gâmbia, Guiné-Bissau, Libéria e Serra Leoa. Dá particular atenção ao grau de concentração ou generalização da epidemia e às implicações para fins de uma prevenção eficaz. Foi a necessidade urgente de um estudo analítico rigoroso, para dotar os países de uma base analítica sólida e específica da situação com vista à tomada de acções, que motivou este estudo. A equipa de análise fez uma revisão crítica e interpretou todos os dados existentes relativos à vigilância, inquérito e investigação (cujo montante e qualidade variaram consideravelmente por país). Relativamente aos primeiros dez países enunciados, visitas curtas aos países proporcionaram entrevistas e uma busca mais meticulosa de dados e de outras informações, tendo também sido avaliada a resposta programática à epidemia de VIH/SIDA com vista ao desenvolvimento de recomendações destinadas a melhorar a afectação de recursos e a eficácia do programa.

Conclusões fundamentais – epidemia de VIH na África Ocidental

Se bem que o VIH se tenha propagado menos do que inicialmente se esperava, a África Ocidental ainda se depara com uma grave epidemia. Estudos recentes, baseados na população, sobre a prevalência de VIH indicam que a vigilância antenatal sobrestima a prevalência de VIH na população em geral, na maioria dos ambientes da África Ocidental, e que a epidemia, na maioria dos quadros, está menos generalizada do que inicialmente se temia. No entanto, a epidemia de VIH na África Ocidental é grave, havendo cerca de cinco milhões de adultos e crianças com VIH. Na Costa do Marfim, a prevalência na população atinge 4,7%; no Gana 2,2% e baixou para 1,8% em Burkina. No Benim, Gâmbia, Guiné Conacri, Guiné-Bissau, Libéria, Mali, Nigéria, Serra Leoa e Togo a prevalência na população situa-se entre 1,2% e 1,5% e a prevalência de ANC está entre 2,8% e 6,7%. Senegal, Níger e Cabo Verde têm uma prevalência entre a população geral abaixo de 1%. Os dados existentes indicam uma situação mais “miscigenada” e complexa do que a reflectida em definições simples.

Diferenças do VIH por zona urbana/rural e por género: A prevalência de VIH é, no mínimo, 1,3 vezes superior (e, normalmente, pelos menos duas vezes superior) nas zonas urbanas face às áreas rurais em 9 dos 11 países onde existem dados disponíveis. Cabo Verde é o único país com uma forte predominância de casos entre homens; Burkina Faso, Níger e Serra Leoa têm um rácio de VIH entre os géneros próximo de um e há um número significativamente mais alto de mulheres infectadas no Benim, Costa do Marfim, Gana, Guiné, Libéria, Mali e Senegal, com rácios de prevalência de VIH mulher/homem entre 1,5 e 2,25. Este valor pode ser, em parte, o efeito de menores taxas de participação dos homens no inquérito mas, também, parece sugerir uma feminização, com o avanço da epidemia.

Os dados e a investigação fornecem evidências fortes de que as **elevadas taxas de circuncisão masculina**, na maior parte dos países da África Ocidental, **ajudaram a conter a propagação do VIH** e de outras infecções sexualmente transmitidas (IST). Mas não existem

evidências de que a circuncisão masculina reduza directamente a transmissão para as mulheres, ou entre homens que têm sexo com outros homens.

Uma característica da epidemia de VIH na África Ocidental é a presença da estirpe VIH-2, que é menos transmissível e mais lenta na progressão em doença. No entanto, na maior parte dos países, a importância relativa do VIH-1 tem aumentado e continua a aumentar.

As populações com comportamento de risco e em maior risco na epidemia de VIH na África Ocidental são as trabalhadoras femininas do sexo (FSW) e os seus clientes do sexo masculino. A indústria do sexo na África Ocidental tem variado e mudado com o tempo. No passado, muitas das profissionais do sexo na região eram oriundas do Gana e trabalhavam num lugar fixo ('seaters'). Agora, estão a ser substituídas por outras nacionalidades, designadamente nigerianas e mulheres locais. As profissionais do sexo estrangeiras têm tendência a praticar o seu trabalho de uma forma 'aberta', 'profissional' ou 'oficial', a identificarem-se a elas próprias como profissionais do sexo, não têm outra fonte de rendimento e praticam a actividade em cidades grandes. A prática do comércio sexual de uma forma 'clandestina', 'encoberta' ou 'não profissional/semiprofissional' parece estar a aumentar e, muitas vezes, envolve mulheres locais mais jovens, muitas das quais não se identificam como trabalhadoras do sexo e têm também outras ocupações, menos clientes, baixo uso de preservativos e taxas mais elevadas de IST curáveis.

O grande volume de FSW é responsável por uma grande parte da actividade comercial do sexo (actos sexuais), mesmo que elas sejam a minoria de mulheres envolvidas na indústria do sexo, pelo que são um enfoque importante. No outro extremo do espectro, as fronteiras entre o sexo comercial e não comercial são pouco precisas. As mulheres jovens que trocam sexo por presentes e/ou dinheiro, sem acharem que se trata de 'venda de sexo', provavelmente não têm um grande número de parceiros sexuais, mas os seus parceiros podem ser mais velhos e terem outros parceiros sexuais concorrentes. Por este motivo, estas parcerias são uma causa de preocupação, merecendo uma investigação mais profunda e mais atenção no domínio da educação preventiva entre os jovens.

Estudos na África Ocidental revelam que **os clientes das FSW vêm de todas as profissões e de todos os escalões sociais.** É particularmente difícil obter dados precisos sobre a proporção de homens que têm sexo com as FSW, pois o declarado nos inquéritos foi notoriamente abaixo da realidade. Nos inquéritos DHS às famílias, feitos à população em geral, a proporção de homens que reportaram ter pago para ter sexo durante o último ano situa-se entre 1,3% e 2,9%, mas estes valores são certamente uma estimativa bastante abaixo da realidade, em virtude de preconceito social e de parcialidade na selecção (os inquéritos excluem a maior parte dos homens que, por razões de trabalho, estão afastados de casa ou que vivem em casernas ou outro tipo de aquartelamento). Outras fontes de dados e métodos de estimação sugerem que a proporção de clientes masculinos é, provavelmente, dez vezes superior às das estimativas DHS. A pesquisa indica que **percentagens elevadas de homens com ocupações que requerem uma grande mobilidade compram sexo** – tais como (dependendo do país) camionistas, trabalhadores sazonais, pessoal da polícia e do exército, mineiros, pescadores, etc., que passam tempo longe das suas famílias. Para além das parceiras FSW, estes homens também têm taxas elevadas de sexo com parceiras femininas

não comerciais, fazendo a “ponte” entre as Profissionais do Sexo e a população no sentido mais vasto.

As campanhas de educação sobre VIH/SIDA levaram os homens a comprar menos sexo das FSW declaradas/profissionais, especialmente das que trabalham em bordéis ou outros estabelecimentos da indústria do sexo, e mais das mulheres que não são profissionais do sexo tão óbvias, consideradas como representando um risco menor, mas onde o uso de preservativos é muito mais baixo.

A importância de MSM na epidemia de VIH está a ter um reconhecimento cada vez maior. A prevalência de VIH entre MSM vai de 13,5% a 25,3% em diferentes países, muito mais elevada do que em qualquer outro grupo de homens considerado de alto risco. Os dados existentes sugerem que se registam taxas elevadas de sexo anal desprotegido, comercial e não comercial, entre MSM na África Ocidental e altas taxas de parceiros múltiplos. Uma grande proporção de MSM também é casada e/ou tem sexo com outras mulheres, com taxas muito reduzidas de uso de preservativos, actuando como uma ponte do VIH entre homens e mulheres de MSM. No Senegal, onde se encontrou uma prevalência de 21,5% entre MSM em Dakar, assumindo que 3% dos homens praticam sexo homem-com-homem, estima-se que 20% das actuais infecções de VIH podem ser atribuídas ao sexo entre homens.

Existe **muito pouca informação disponível sobre uso de drogas injectáveis** na África Ocidental. Será necessário mais trabalho e vigilância para monitorizar esta emergência: as taxas de incidência de VIH podem ser literalmente explosivas, em virtude da alta eficiência da transmissão através de injeções e da estrutura das redes de partilha de agulhas.

O conhecimento de que os preservativos impedem a transmissão de VIH é mais alto no Benim, tanto nas mulheres como nos homens, e ultrapassa os 80% entre os homens em dois outros países, Gana e Guiné. Em todos os países, excepto Senegal onde 74% dos homens e mulheres têm conhecimento do papel dos preservativos, há mais 10-20% de homens relativamente a mulheres que sabem que os preservativos podem impedir a transmissão do VIH. Este indicador está abaixo de 50% entre as mulheres em Burkina Faso, Libéria e Nigéria. **O uso de preservativos ainda está longe de ser óptimo.** O uso de preservativo na última relação sexual extraconjugal foi muito superior nos homens e atingiu valores mais altos em Burkina Faso e Senegal entre os homens (60-70%) e mulheres (30-40%) do que nos outros países, onde variou entre 37% e 52% nos homens e entre 6% e 26% nas mulheres.

As diferenças nos **níveis de comportamento de risco** estão correlacionadas com as diferenças na prevalência de VIH entre e dentro dos países, embora a escassez de dados recentes tenha prejudicado a análise. Uma combinação de comportamentos de alto risco pode explicar, pelo menos em parte, a prevalência de VIH muito mais alta na Costa do Marfim do que nos outros países: proporções de homens e mulheres que reportaram mais do que um parceiro no último ano, sexo extraconjugal entre pessoas casadas (reportado por 25% dos homens e 5% das mulheres), actividade sexual entre jovens solteiros e grandes diferenciais de idade entre jovens do sexo feminino sexualmente activas, com idades entre 15 e 19 anos, e os seus parceiros do sexo masculino, são os mais elevados de todos os países e o uso do preservativo continua baixo. O sexo extraconjugal foi incomparavelmente menos frequente

no Níger (reportado por 1,9% dos homens e 0,1% das mulheres) e mais frequente na Costa do Marfim e na Guiné, onde a prevalência entre mulheres nas zonas urbanas é uma das mais altas da região. O sexo pré-conjugal entre os jovens é menos frequente em países com $\geq 90\%$ de população muçulmana (Mali, Senegal e Níger) e atinge os valores mais altos na Costa do Marfim, onde mais de 50% dos jovens solteiros de ambos os sexos eram sexualmente activos.

Interpretação dos dados

Há necessidade de se dar mais atenção à prevenção nos grupos de risco específicos onde predominantemente se concentram a epidemia e sua transmissão. A prevalência tanto nas FSW como nos MSM (onde existem dados) é praticamente dez vezes maior (e em alguns casos até muito superior a isso) do que na população em geral. Estes diferenciais de prevalência muito altos, a par das taxas elevadas de mudança de parceiro e do uso reduzido de preservativos, indicam que estes grupos contribuem para uma proporção muito alta de infecções de VIH. Para se ter êxito, os esforços de prevenção eficazes têm de conseguir uma elevada cobertura destes grupos. Isto aplica-se até mesmo à Costa do Marfim, onde a epidemia está muito mais generalizada do que em qualquer outro país da África Ocidental.

Os dados sobre comportamento sexual do DHS e de outros inquéritos indicam que também há potencialidade de transmissão de VIH *dentro* das populações em geral (se não todos) na maioria dos países da África Ocidental. Face à prevalência relativamente baixa de VIH na maioria dos países da África Ocidental, comparativamente a outras zonas da África Subsariana, parece, assim, bastante provável que a circuncisão masculina tenha protegido a maioria dos países da África Ocidental de epidemias generalizadas. É difícil determinar, com base nos dados disponíveis, se o intercâmbio da prática sexual na população geral é, ou não, suficiente para sustentar a epidemia *independentemente* de subpopulações com maior risco de infecção.

Na **Costa do Marfim**, a epidemia está claramente mais generalizada do que em qualquer outro país da África Ocidental. Tal deve-se, provavelmente, à rápida propagação entre os grupos com comportamento de risco, na segunda metade da década de 80 e princípios dos anos 90, com uma prevalência extremamente elevada entre as FSW e uma grande população de FSW, bem documentada em Abidjan, combinada com níveis elevados de comportamento sexual de risco entre homens e com níveis superiores à média de comportamento sexual de risco entre as mulheres da população em geral. Estes factores levaram a uma epidemia que se pode caracterizar como generalizada, com uma transmissão sustentada a ocorrer entre os membros da população sem comportamento de risco. No entanto, como ainda ocorre uma transmissão considerável entre grupos com comportamento de risco e a população em geral através do factor ponte, pode ser mais adequado caracterizar a epidemia como “miscigenada”.

No **Gana e Burkina Faso** (sobretudo nas áreas urbanas de Burkina), a epidemia tem sido substancialmente estimulada por múltiplos intercâmbios com a Costa do Marfim. No Gana, estava sobretudo relacionada com a migração de mulheres do distrito de Agomanya para a Costa do Marfim, onde foram infectadas pela sua actividade na indústria do sexo e, posteriormente, regressaram ao seu país e contribuíram para a propagação de VIH neste distrito do Gana com a maior prevalência no país. Em Burkina Faso, estava relacionada com

o número muito elevado de pessoas Burkinabè que migram temporariamente para a Costa do Marfim, para trabalhar.

A epidemia na **Guiné-Bissau** é difícil de caracterizar, pois este país é o epicentro histórico da epidemia de VIH-2 e por causa da falta de dados epidemiológicos recentes. A situação na **Nigéria** também é difícil de caracterizar, face à ausência de dados sobre a prevalência de VIH na população. Mas a Nigéria é, sem dúvida, um dos países com o ónus mais elevado de VIH de todo o mundo. Dadas as enormes variações de prevalência de VIH entre as populações ANC nos vários estados (de 1,6% no estado de Ekiti até 10% no estado de Benue, em 2005), é bem provável que algumas regiões deste imenso país estejam a enfrentar uma epidemia generalizada, enquanto outras estão perante uma epidemia concentrada.

Por último, extensivos dados transversais sequenciais do Benim e Abidjan, Costa do Marfim e outros dados menos extensivos de Burkina Faso, Gana, Guiné, Níger, Senegal e Togo indicam que **intervenções preventivas, que tenham por alvo as FSW e seus clientes, podem ter um efeito significativo no VIH/IST e nas taxas de utilização de preservativos entre estas populações.** Um modelo matemático, que utiliza dados de Cotonou, Benim, indica que tais intervenções também podem ter um efeito importante na incidência e prevalência de VIH nas mulheres da população em geral, da localidade. As intervenções do Projecto SIDA-1/2/3, implementadas ao longo de um período de 15 anos, de 1993 a 2007, podem ter evitado quase dois terços das novas infecções de VIH nas FSW e metade das novas infecções em mulheres da população geral em Cotonou. Estes dados demonstram a eficiência das intervenções que têm por alvo os grupos com comportamento de risco no contexto da África Ocidental, onde altas proporções de infecções de VIH são causadas pelo sexo entre FSW e seus clientes.

Recomendações relativas às necessidades de vigilância e prevenção

1. **Expandir o número de local ANC sentinela** em muitos países onde isto ainda não tenha sido feito, incluindo o alargamento a zonas rurais, para assegurar que a vigilância sentinela ANC é mais representativa.
2. **Conduzir inquéritos à população** sobre a prevalência, conhecimento e atitude em relação ao VIH e sobre o comportamento sexual e rastreio do VIH em países onde esses estudos ainda não tenham sido efectuados; repetir os inquéritos de cinco em cinco anos; incluir um componente sobre resultados do rastreio ao VIH e acesso ao tratamento; e, especificamente, monitorizar, os comportamentos sexuais das PVVIH.
3. **Efectuar Inquéritos Integrados Biológicos e Comportamentais sistemáticos de 2-3 anos**, que incluam, pelo menos inicialmente, um componente IST, entre as FSW e seus clientes (cobertura nacional); MSM (inicialmente nas zonas urbanas ou locais onde esta população esteja acessível e expandir a cobertura ao longo do tempo); e outras população de risco mais alto, incluindo prisioneiros, serviços fardados e outros grupos, dependendo do país específico.
4. **Conduzir estudos de investigação específicos para:**

- **Identificar e enumerar as FSW** e melhor entender o grau em que os diferentes tipos de trabalho sexual contribuem para o volume do sexo transaccionado, diferentes tipos de parceiros das FSW que pagam e que não pagam, como uma base para se conceber e monitorizar intervenções mais eficazes;
 - **Caracterizar a população MSM**, incluindo estimativas da sua magnitude e investigação operacional quanto à melhor forma de se atingir esta população para fins de intervenções preventivas;
 - **Avaliar o grau de utilização de drogas injectáveis** e sua potencial contribuição para a epidemia de VIH;
 - Utilizar métodos de entrevista qualitativos e quantitativos novos para se produzirem **estimativas mais exactas da utilização pelos homens de sexo comercial ou outro tipo de sexo transaccionado**;
 - **Monitorizar a prevalência de VIH e o comportamento sexual entre os jovens** e investigar (e evitar) o aumento potencial da actividade de sexo comercial neste grupo.
5. **Analisar mais profundamente os DHS e outros dados da prevalência de VIH na população em geral** para melhor se entender as determinantes da infecção de VIH dominante na população em geral.
6. Melhorar a detecção da epidemia, através de:
- **Apuramento e expansão dos indicadores de comportamento da UNGASS 2008** para mais adequadamente se medir o comportamento de risco (apurar e especificar de novo a definição de ‘utilização de preservativo durante o sexo de alto risco’, adicionar indicadores para sexo extraconjugal e sexo com as FSW e definir as metas de cobertura a nível nacional com base nas estimativas do número das populações de alto risco) e detectar a proporção do orçamento do VIH/SIDA gasto em populações de alto risco específicas;
 - **Em áreas com programas estabelecidos para FSWs e outras populações de alto risco, desenvolver um sistema de monitorização com indicadores mais apurados**, incluindo uma avaliação dos denominadores populacionais para estimativas da cobertura, e um sistema para detectar o número de pessoas expostas a intervenções no terreno, números de pessoas que frequentam clínicas para tratamento das IST e rastreio do VIH, e a frequência destas actividades por indivíduo;
 - **Estimar a incidência de VIH nas populações de alto risco** utilizando novos métodos para medir as infecções de VIH recentes (o teste dessensibilizado), uma vez que esta metodologia esteja bem adaptada ao contexto africano.

Recomendações relativas à resposta à epidemia

A análise da resposta à epidemia no Benim, Burkina Faso, Costa do Marfim, Gana, Guiné, Mali, Níger, Nigéria, Senegal e Togo sugere as recomendações seguintes:

7. **Reconhecer a importância da prevenção** – Advogar, a todos os níveis, um maior interesse e financiamento da prevenção (na maior parte dos países, onde existem dados disponíveis, a prevenção tem uma verba orçamental e financiamento insuficientes).

Populações de alto risco

8. **Grupos de prevenção prioritários** – Definir e dar prioridade aos grupos-alvo para fins de prevenção, com base na prevalência relativa de VIH, e provável contribuição para a epidemia: **core groups** (grupos com comportamento de risco) que devem ser alvejados, para além das FSW, incluem MSM, presos e potencialmente os UDI; **bridging populations** (população com maior risco) com prevalência acima da média incluem os utentes das FSW, parceiros não comerciais das FSW (incluindo parceiros regulares e homens envolvidos na indústria do sexo), homens de farda, camionistas e outros homens com grande mobilidade;
 - **Alvejar BCC apropriado a estas populações** e dar acesso fácil ao tratamento de IST e aos preservativos; **promover o teste do VIH entre os homens**, especialmente quando existir uma IST.
9. **Afectação de recursos informada pela evidência** – Atribuir financiamento para actividades de prevenção com base no efeito provável da prevenção de infecções nas populações prioritárias:
 - **Dar prioridade ao financiamento para actividades de prevenção junto das FSW e seus clientes**, pois que a redução da transmissão de VIH pelas FSW pode ter efeitos muito significativos na prevalência de VIH na população em geral;
 - **Financiar intervenções para as populações de maior risco de uma forma holística e coordenada**, incluindo um pacote mínimo definido de serviços integrados gratuitos (incluindo divulgação e BCC em colaboração com ONG, utilizando os pares como educadores; formação e apoio às ONG e aos pares educadores; fornecimento gratuito de preservativos, tratamento de IST, componentes de apoio e cuidados de VCT e VIH);
 - **Orçamento para actividades de mapeamento** destinadas a estimar a dimensão das populações prioritárias de maior risco a nível de país e **para a monitorização e avaliação das intervenções** e dos níveis de cobertura que alcançam;
10. **Extrapolar “aquilo que funciona”** – As intervenções destinadas às FSW e outras populações importantes de alto risco devem ser extrapoladas a nível nacional ou provincial. Incentivar testes frequentes ao VIH entre as FSW bem como um acesso facilitado ao HAART. Existem modelos excelentes na África Ocidental, nos quais se pode basear a extrapolação das intervenções para FSW, tais como a SIDA-3, PAPO-HV na Costa do Marfim e a Iniciativa Yerelon no Burkina Faso, e outros modelos de outras partes do mundo, como por exemplo a Iniciativa Avahan na Índia.
11. **Intervenções estruturais**, incluindo colaboração com a polícia com vista à redução da violência e rusgas e com homens envolvidos na indústria do sexo (por exemplo

proxenetas, donos de bordéis, seguranças e outro pessoal, etc.) para conquistar o seu apoio, etc., deviam fazer parte do pacote das intervenções essenciais para as FSW e outras populações altamente marginalizadas e estigmatizadas, reduzir o estigma e violência, evitar consequências negativas, prestar apoio e protecção e criar um ambiente propício que permita o funcionamento óptimo das intervenções. Tudo isto é da maior importância para MSM, uma população altamente estigmatizada em África.

A população em geral

12. **Associar eficazmente o rastreio, tratamento e cuidados de VIH à sua prevenção, com o intuito de reduzir a continuação da transmissão** – A expansão maciça de VCT, PMTCT e serviços de tratamento de SIDA oferece uma oportunidade fantástica de se associar os cuidados com a prevenção:

- **Implementar serviços de rastreio de VIH orientados para os casais**, com o aconselhamento adaptado a cada cultura e serviços de apoio adequados, com vista a evitar repercussões negativas de diagnóstico positivo nos casais (violência, etc.). Isto é particularmente importante pois os dados de vários países indicam que a maior parte das infecções de VIH nos casais são em casais em que um deles é positivo e o outro negativo (“discordant couples”);
- **Encorajar veementemente as mulheres grávidas a submeterem-se ao rastreio em simultâneo com os seus parceiros**;
- **Promover a redução de parceiros em intervenções BCC** e fazer todos os esforços possíveis – a nível individual e de sociedade (meios de comunicação, etc.) – para reduzir o estigma associado com o VIH, aumentar o conhecimento e o entendimento e incentivar e apoiar a divulgação da sua condição e a adopção de comportamentos sexuais mais seguros pelas PVVIH;
- **Associar os serviços de VCT com a educação preventiva para os indivíduos com VIH negativo**, utilizando a comunicação de um teste negativo para reforçar a continuação de práticas de sexo seguro;
- **Envidar esforços para assegurar a alta qualidade dos serviços de VCT** – aconselhamento pré e pós rastreio, períodos de espera, etc.;
- **Associar intervenções preventivas com as actividades de cuidados e tratamento das PVVIH para limitar a transmissão adicional de VIH (PVVIH devem ser definidas como alvos-chave das actividades de prevenção)**;
- **Associar os serviços de tratamento das IST com o VCT** – As pessoas que apresentem sintomas de IST (homens com urethritis, homens e mulheres com úlceras genitais, mas *não* mulheres com corrimento vaginal) devem ser incentivadas a fazer o rastreio do VIH. Uma IST indica um comportamento de risco recente e a probabilidade de se tratar de uma infecção primária provocada pelo VIH é muito maior nas pessoas com IST. O rastreio do VIH nas pessoas que procuram cuidados para uma IST é, portanto, uma oportunidade soberana para se identificar novas infecções do VIH e limitar a continuação da sua transmissão.



For more information, please contact:

The Global HIV/AIDS Program

World Bank Group

1818 H St. NW

Washington, DC 20433

Tel: +1 202 458 4946

Fax: +1 202 522 1252

wbglobalHIVAIDS@worldbank.org