



REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE TIMOR –LESTE

GOVERNO

RESOLUÇÃO N.º 4 /2006

DE 20 DE SETEMBRO

**APROVA O PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE HIV/SIDA/ISTs 2006-2010
E NOMEIA O PRESIDENTE DA COMISSÃO NACIONAL DE LUTA CONTRA
O HIV/SIDA**

Considerando a necessidade de reformular e adequar estratégias efectivas ao combate do HIV/SIDA e Infecções Sexualmente Transmitidas (ISTs) em Timor-Leste;

Atendendo à forma participativa no desenvolvimento do Plano Estratégico Nacional para HIV/SIDA/ISTs 2006-2010; e

Após apreciação da proposta do Ministério da saúde;

O Governo resolve, ao abrigo da alínea c) do artigo 116.º da Constituição da República, o seguinte:

1. Aprovar o Plano Estratégico Nacional HIV/SIDA/ISTs 2006-2010.
2. Nomear o Vice Primeiro-Ministro e Ministro da Saúde, Dr. Rui Araújo, como Presidente da Comissão Nacional de Luta Contra o HIV/SIDA e delegar nele as competências para nomeação dos restantes membros da Comissão.

Aprovada em Conselho de Ministros, aos 04 de Agosto de 2006.

O Primeiro-Ministro

(José Ramos-Horta)



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA
HIV/SIDA/ISTs**

2006 – 2010



ÍNDICE

ACRÓNIMOS	4
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	5
Visão Geral	5
Contexto Nacional	6
Riscos e Vulnerabilidade ao HIV.....	7
Princípios.....	7
Componentes da Estratégia.....	8
Prevenção e Educação.....	8
Aconselhamento e Teste Voluntários (VCT).....	8
Acção multisectorial.....	9
Serviços clínicos.....	9
Medidas Organizativas.....	10
Conclusão.....	11
1 CONTEXTO.....	12
1.1 Contexto Nacional	12
1.2 HIV/SIDA em Timor-Leste	15
1.3 Desenvolvimento do Plano Estratégico 2006 -2010.....	19
1.4 Princípios	20
1.5 Metas e Objectivos.....	21
Meta	21
Objectivos	21
1.6. Populações alvo.....	21
2 COMPONENTES DA ESTRATÉGIA/PROGAMA.....	23
2.1 Prevenção/Educação	25
2.1.1. Análise da Situação	25
2.1.2. Objectivos de Prevenção e Educação	26
2.1.3. Programas.....	26
2.1.3.1. População em geral	27
2.1.3.2. Pessoas Jovens	28
2.1.3.3. Grupos com comportamento de maior risco (MARGs)	29
2.2 Aconselhamento e Teste Voluntários (VCT).....	30
2.2.1. Análise da Situação	30
2.2.2. Objectivos de VCT	31
2.2.3. Programas	31
2.2.3.1. Grupos com comportamento de maior risco.....	31
2.2.3.2. Prevenção de transmissão da mãe para a criança.....	32
2.3 Acção Multi-Sectorial.....	32
2.3.1. Análise da Situação.....	33
2.3.2. Objectivos da Acção Multi-sectorial.....	33
2.3.3. Programas.....	34
2.3.3.1. Programa de Avocacia.....	34
2.3.3.2. Programa de Conexão Nacional/Distrital.....	35
2.3.3.3. Programa para pessoas infectados por HIV.....	36
2.4 Serviços Clínicos	37
2.4.1. Análise da Situação.....	38

2.4.2. Objectivos dos Serviços Clínicos.....	38
2.4.3. Programas.....	39
2.4.3.1. Serviços de Tratamento do HIV.....	40
2.4.3.2. Serviços de Tratamento das IST.....	41
2.4.3.3. Serviços de Laboratório.....	42
2.4.3.4. Aprovisionamento e Fornecimento de Medicamentos e outros produtos.....	43
2.4.3.5. Segurança de sangue.....	43
3 MEDIDAS ORGANIZATIVAS.....	45
3.1 Planeamento e Coordenação.....	45
3.1.1. Análise da Situação.....	46
3.1.2. Objectivos do Planeamento e Coordenação.....	46
3.1.3. Medidas Organizativas.....	46
3.1.3.1. Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA.....	47
3.1.3.2. Planeamento e Administração.....	48
3.2 Desenvolvimento de Capacidades.....	48
3.2.1. Análise da Situação.....	49
3.2.2. Programas.....	49
3.3 Informação Estratégica.....	50
3.3.1. Análise da Situação.....	50
3.3.2. Objectivos da Informação Estratégica.....	51
3.3.3. Programas.....	51
3.3.3.1. Vigilância de rotina.....	51
3.3.3.2. Vigilância sentinela.....	52
3.3.3.3. Estudos comportamentais.....	52
3.3.3.4. Pesquisa social.....	52
4 MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	54
4.1. Monitorização.....	54
4.2. Avaliação.....	54
APÊNDICE 1: INDICADORES ESBOÇO PARA PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO.....	56
A. Impacto.....	56
B. Processo.....	56
APÊNDICE 2: ESBOÇO DE INDICADORES PARA VCT.....	58
A. Impacto.....	58
B. Processo.....	58
APÊNDICE 3: ESBOÇO DE INDICADORES PARA OS SERVIÇOS CLÍNICOS.....	59
A. Impacto.....	59
B. Processo.....	59

ACRÓNIMOS

SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
ARV	AntiretroViral
CVTL	Cruz Vermelha Timor-Leste
FHI	Family Health International
FSW	Trabalhadora Sexual Feminina (Female Sex Worker)
FTH	Fundação Timor Hari'i
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana (Human Immune Deficiency Virus)
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MARG	Grupo com comportamento de maior risco (Most At Risk Group)
MSM	Homens que têm sexo com Homens (Men who have Sex with Men)
ONG	Organização Não Governamental
OI	Infecção Oportunista (Opportunistic infection)
PWHA	Pessoa com HIV/SIDA (Person With HIV/AIDS)
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
UNDP	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (United Nations Development Programme)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Crianças (United Nations Children's Fund)
VCT	Aconselhamento e Teste Voluntário (Voluntary Counselling and Testing)
WHO	Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organisation)

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE TIMOR-LESTE PARA O HIV/SIDA 2006-2010

SUMÁRIO EXECUTIVO

Visão Geral

O HIV/SIDA representa uma crise na saúde que está a causar devastação a indivíduos, famílias, comunidades e nações por todo o mundo. Quase 30 milhões já morreram e é estimado que 40 milhões vivam actualmente com HIV/SIDA, principalmente nos países em vias de desenvolvimento. Na ausência de tratamento eficaz, a maioria enfrenta doenças debilitantes, que levam à morte.

Assim, o HIV/SIDA representa, não apenas uma crise na saúde, mas também uma ameaça para as aspirações ao desenvolvimento das nações mais afectadas. As economias têm sido devastadas e os serviços sociais básicos, tais como saúde e educação, têm desmoronado. O HIV/SIDA é uma doença que infecta, de maneira desproporcional, pessoas jovens, particularmente as de idade infantil. A morte dos pais tem deixado milhões de crianças orfãs, com pouca esperança de um crescimento sustentável.

Timor-Leste é um país que se encontra na fase inicial do desenvolvimento nacional. Por essa razão, enfrenta desafios significativos, comuns a todas as novas nações, assim como desafios específicos resultantes da história, cultura e ambiente, próprios e únicos.

Acredita-se que a prevalência do HIV em Timor-Leste é actualmente baixa. Contudo, o HIV/SIDA tem tido um impacto devastador noutros países em circunstâncias comparáveis às de Timor-Leste. De entre os vizinhos de Timor-Leste, a Papua Nova Guiné aparenta estar nas fases iniciais de uma epidemia generalizada de HIV, o que ameaça não só parar, mas também inverter, as conquistas de desenvolvimento que a nação realizou durante a sua relativamente curta história. Muitas das circunstâncias que conduziram para a actual situação do HIV na Papua Nova Guiné, encontram-se também presentes em Timor-Leste, incluindo fraco acesso a cuidados primários de saúde e deslocação social em larga escala.

Timor-Leste adoptou um Plano Nacional de Desenvolvimento que fornece direcções estratégicas claras, incluindo processos para a implementação e para gerir os desafios de desenvolvimento. O governo, organizações chave da sociedade civil, e parceiros internacionais para o desenvolvimento, reconheceram também o desafio único que o HIV/SIDA provoca às estratégias sustentáveis necessárias para o desenvolvimento desta nova nação.

Durante os últimos quatro anos, Timor-Leste tem adoptado e implementado estratégias, políticas, programas e projectos para fazer frente ao HIV/SIDA. Contudo, entre as principais partes interessadas, é aceite de forma generalizada que, enquanto actividades eficazes têm sido implementadas, a coordenação em geral é fraca e existem importantes lacunas.

Durante o ano de 2005, o Governo, através do Ministério da Saúde, em parceria com organizações da sociedade civil e agências das Nações Unidas, realizou um processo consultivo para o desenvolvimento de uma nova estratégia nacional para providenciar uma resposta mais compreensiva e coordenada ao HIV/SIDA e IST. Este documento apresenta o novo Plano Estratégico Nacional, desenvolvido através desse processo.

Contexto Nacional

A República Democrática de Timor-Leste foi oficialmente proclamada como uma nova nação a 20 de Maio de 2002. Tal acontecimento teve lugar após um período de enormes tumultos económicos e sociais, que ocorreram durante um quarto de século de ocupação e conflito¹.

Timor-Leste enfrenta enormes desafios de desenvolvimento, relacionados com factores históricos, demográficos e sociais. Os tumultos que ocorreram anteriormente à independência e os desafios para a construção de uma nova nação, resultaram numa deslocação social significativa. A maior parte das infraestruturas do país, incluindo os sistemas de saúde e educação, estão a ser reconstruídas. Tal tem ocorrido no contexto de pobreza difundida, movimento populacional, elevados níveis de doenças e relativamente baixos níveis de alfabetismo.

O Plano de Desenvolvimento Nacional² fornece uma estrutura generalizada para atingir os objectivos de desenvolvimento de Timor-Leste. Esse objectivos são:

- a) reduzir a pobreza em todos sectores e regiões do país, e
- b) promover um crescimento económico que seja equitativo e sustentável, melhorando a saúde, educação e bem estar de todos em Timor-Leste.

As prioridades de saúde estão descritas no Plano Nacional de Desenvolvimento como sendo as mais cruciais. O HIV/SIDA é reconhecido nesse Plano como tendo o “potencial para ter efeitos devastadores nas pessoas de Timor-Leste à medida que se tornem expostas ao resto do mundo”³.

O Ministério da Saúde definiu as suas prioridades e direcções estratégicas para que possa atingir os objectivos da “Estrutura Política de Saúde de Timor-Leste”. A abordagem estratégica, subjacente a essa estrutura, é a prestação de compreensivos cuidados primários de saúde.⁴

¹ Organização Mundial da Saúde, *WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008 Democratic Republic of Timor-Leste (Estratégia de Cooperação dos Países da OMS 2004-2008 República Democrática de Timor-Leste)*, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para o Sudoeste Asiático, Abril de 2004.

² Comissão de Plano, *Plano de Desenvolvimento Nacional de Timor-Leste*, Dili, Maio de 2002.

³ Comissão de Plano, Timor-Leste, *Ibid* p151.

⁴ Ministério da Saúde de Timor-Leste, *Estrutura Política de Saúde de Timor-Leste*, Ministério da Saúde, Junho de 2002.

Risco e Vulnerabilidade ao HIV

O risco de HIV em Timor-Leste é estruturado pelos desafios de desenvolvimento que o país enfrenta e, também, pelos factores comportamentais/sociais/culturais. Uma abordagem multi-sectorial é necessária para ter em conta, estrategicamente, os determinantes sociais da saúde e os factores de risco mais imediatos, que conduzem à infecção por HIV.

O HIV/SIDA tem afectado, desproporcionalmente, países em vias de desenvolvimento. A vulnerabilidade encontra-se ligada à pobreza, a baixos níveis de alfabetismo e a transtornos sociais. A pobreza limita as opções de emprego (ex: deixando algumas mulheres com pouca escolha além do comércio sexual, expondo-as assim a um maior risco de infecção por HIV), e limita o acesso aos meios de protecção (ex: capacidade para se pagarem os preservativos), além de outras consequências. Baixos níveis de alfabetismo tornam a disseminação de conhecimentos sobre prevenção de HIV ainda mais difícil e cria falsos conceitos. Os transtornos sociais, muitas vezes conduzindo a significativas deslocações populacionais, destroem comunidades já estabelecidas, famílias e estruturas de apoio a grupos de pessoas com interesse comum, assim como normas e valores sociais/culturais. Todos estes factores de vulnerabilidade, e outros, encontram-se presentes em Timor-Leste.

Determinantes mais imediatos do risco de HIV encontram-se também presentes em Timor-Leste. Existe um nível significativo de troca de parceiros sexuais, particularmente no seio de alguns grupos populacionais. Pessoas jovens, que estão a entrar na idade de iniciação sexual, são um segmento desproporcional da população. Existem taxas altas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) dentro dos grupos com comportamento de maior risco (particularmente trabalhadores sexuais e Homens que têm sexo com Homens). A utilização de preservativos é baixa dentro da população. Conhecimentos relacionados com o HIV e a sua prevenção não se encontram difundidos⁵.

Princípios

O HIV é uma doença que levanta problemas sensíveis, afecta de maneira desproporcional populações marginalizadas e, geralmente, requer potenciais respostas controversas. A complexidade da medicina do HIV, a sensibilidade dos problemas pessoais e sociais envolvidos e a rápida mudança das dimensões médicas e sociais da doença, criam um potencial para que os programas de HIV sejam postos em causa por conflito, caos e paragem total de qualquer actividade organizativa. Os princípios subjacentes ao programa tencionam providenciar uma estrutura através da qual os conflitos possam ser mediados, ao concentrarem-se em objectivos comuns, num compromisso partilhado numa programação faseada e no delineamento exemplar baseado no planeamento estratégico. Também é facilitado o aumento do alcance do programa e mudanças de ambientes e políticas em sectores e organizações.

⁵Family Health International, *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historical opportunity for effective action (HIV, ISTs e comportamentos de risco em Timor-Leste: uma oportunidade histórica para acção eficaz)*, Family Health international, Dili, 2004.

Os princípios subjacentes ao Plano Estratégico Nacional para o HIV/SIDA 2006 – 2010 são:

- Uma estratégia baseada no respeito pelos direitos humanos;
- Uma estratégia que seja participativa e multi-sectorial;
- Uma estratégia construída por parcerias, que leve em conta o potencial das organizações governamentais, não governamentais, sector privado e organizações religiosas, e inclua o envolvimento de pessoas infectadas por HIV;
- Uma estratégia que seja conduzida com base em evidências, mas que encoraje a criatividade;
- Uma estratégia consistente com os princípios subjacentes ao desenvolvimento de Timor-Leste;
- Uma estratégia que seja multifacetada, formulada segundo os princípios de promoção de saúde (i.e. desenvolvimento de conhecimentos pessoais, ambientes de apoio, política pública de saúde, fortalecendo acções comunitárias e re-orientação dos serviços de saúde).

Componentes da Estratégia

“Manter Timor-Leste como uma nação com baixa prevalência de HIV e minimizar as consequências adversas aqueles infectados por HIV” é o objectivo global do Plano Estratégico Nacional para o HIV/SIDA 2006-2010. Para atingi-lo, é necessário actuar nas áreas de prevenção/educação, Aconselhamento e Teste Voluntários (VCT), Serviços Clínicos, e trabalhar multisectorialmente. Os princípios de promoção de saúde encontram-se subjacentes a cada um destes componentes.

Prevenção/Educação

O risco de infecção de HIV pode ser minimizado por:

- abstinência da actividade sexual que possa transmitir o HIV;
- sendo fiél a um parceiro;
- uso de preservativo.

Todos os membros da população têm o direito de ser inteiramente informados sobre como se proteger da infecção por HIV. Contudo, as mensagens devem ser prioritizadas de acordo com o comportamento a adoptar. Diferentes intervenções devem ser implementadas simultaneamente, tendo como alvo a população em geral, pessoas jovens e grupos com comportamento de maior risco.

Aconselhamento e Teste Voluntários (VCT)

O diagnóstico da infecção por HIV tem benefícios individuais e de saúde pública. Avanços na ciência médica significam que o HIV, mesmo sendo uma doença crónica séria, não é necessariamente fatal. Com tratamento apropriado, pessoas com HIV podem ter uma vida relativamente normal. A capacidade para garantir que todas as

peças diagnosticadas com HIV em Timor-Leste recebam tal tratamento está agora a ser estabelecida.

De uma perspectiva de saúde pública, pessoas com HIV podem minimizar o risco de transmissão, adoptando um comportamento sexual seguro. Morbidez e mortalidade associada ao HIV podem, também, ser reduzidos. Além disso, maximizar o diagnóstico das infecções por HIV significa que os padrões da infecção podem ser monitorados e as intervenções podem ser delineadas da melhor forma.

Esta estratégia prioriza a prestação de serviços compreensivos de VCT aos grupos com comportamento de maior risco, desenvolvendo a capacidade para providenciar VCT a todos os níveis do sistema de saúde, e o mecanismos de garantia de qualidade. Também promove a inclusão das ISTs na prestação de serviços de VCT aos grupos com comportamento de maior risco.

Ação multi-sectorial

As causas da vulnerabilidade à infecção por HIV requerem uma resposta que seja mais ampla que o sector de saúde. Enquanto os determinantes subjacentes (ex: pobreza, deslocação social) devem ser trabalhados dentro do contexto da estratégia nacional de desenvolvimento de Timor-Leste, algumas das suas consequências podem ser geridas especificamente em relação ao HIV. Além disso, é necessário agir noutros sectores para implementar, de forma eficaz, as intervenções relativas ao HIV e construir um ambiente de apoio.

Tem ocorrido o desenvolvimento de intervenções específicas nos sectores com populações de alta prioridade, e serão posteriormente realçadas estas intervenções durante a vida desta estratégia. As duas prioridades mais imediatas são o sector educacional e o sector das forças armadas.

É necessário o envolvimento em fóruns intersectoriais, ao nível nacional e distrital, para defender a política pública que apoia os objectivos desta estratégia.

A acção multi-sectorial necessita também de parcerias entre sectores governamentais, não governamentais e privados, assim como o envolvimento de organizações religiosas e agências internacionais, a nível nacional e distrital. Esta estratégia propõe o estabelecimento de uma infraestrutura que providencie a capacidade para trabalhar através de sectores aos níveis nacional e distrital.

Criar um ambiente que facilite um maior envolvimento de pessoas infectadas, em todos aspectos da estratégia, requererá também uma acção multi-sectorial.

Serviços clínicos

Esta estratégia aborda um leque de problemas relacionados com os serviços clínicos. Enquanto que garantir o acesso ao tratamento anti retroviral é a mais alta prioridade, vários outros problemas clínicos estão também relacionados com o HIV. Estes incluem a prestação de serviços para IST, infraestruturas de apoio em locais tais como

laboratórios e serviços farmacêuticos, e o desenvolvimento de políticas e procedimentos relativos a esses problemas, tais como o controlo da infecção nas estruturas de cuidados de saúde e a segurança no fornecimento de sangue.

Existem lacunas significantivas nas políticas e protocolos relativamente a um leque de problemas. É também necessário desenvolver procedimentos para garantir a qualidade da monitorização, concordante com as políticas e protocolos, e corrigir deficiências.

Outro objectivo desta estratégia é construir ligações com prestação de serviços em outros domínios clínicos, que incluem, não só outras doenças infecciosas tais como ISTs e tuberculose, mas também domínios de base populacional tais como saúde materna e infantil.

Medidas organizativas

Para assegurar uma implementação eficaz da estratégia será necessária uma variedade de iniciativas relacionadas com as infraestruturas. Prioridades relacionadas com coordenação, desenvolvimento de capacidades e informação estratégica, são descritas nesta estratégia.

Uma nova Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA é proposta nesta estratégia, para providenciar aconselhamento sobre todos os problemas relevantes, criar parcerias entre sectores e advogar por uma política pública de apoio. Os membros deverão ser seleccionados com base nas suas capacidades para contribuir para essas funções.

É necessária uma infraestrutura para garantir uma abordagem multi-sectorial e nacional. Esta estratégia propõe o emprego de colaboradores com responsabilidade relativamente ao HIV em organizações distritais, para auxiliar na implementação dos planos distritais multi-sectoriais. Os planos distritais serão desenvolvidos na estrutura providenciada por esta estratégia e no seu plano de implementação.

O desenvolvimento de capacidades, particularmente em relação aos recursos humanos, mas também às políticas e aos sistemas, é necessário para a implementação eficaz da estratégia. É necessária formação para os funcionários empregados para trabalhar com HIV e ISTs, voluntários e intermediários chave (ex: líderes religiosos, órgãos de comunicação social).

Existem lacunas significantivas na informação estratégica que deve ser a base para tomar decisões relativamente aos programas. Tais lacunas existem nos domínios de saúde pública tais como vigilância e epidemiologia, mas também na monitorização de comportamentos, pesquisa social e estudos de avaliação.

Esta estratégia reconhece o Ministério da Saúde como tendo o papel de liderança na coordenação da estratégia. Contudo, esta liderança tem lugar no contexto dos princípios articulados, incluindo na tomada de decisão participativa e nas parcerias na implementação.

Conclusão

O HIV é uma doença que não respeita quaisquer horários além do seu próprio. Contudo, como outras doenças infecciosas, o risco de ocorrência e o seu impacto podem ser mediados por ações decisivas. O facto de Timor-Leste ter adoptado uma estratégia nacional em 2002, numa fase muito nova da vida desta nova nação que se defronta com imensos desafios, demonstrou a sua vontade para tomar ações decisivas. Esta estratégia teve em consideração os sucessos e derrotas dos últimos três anos. O Governo de Timor-Leste, o Ministério da Saúde, Organizações Não Governamentais e agências das Nações Unidas, estão comprometidas na implementação de uma nova resposta compreensiva para o HIV/SIDA. Existe um entendimento claro de que Timor-Leste tem a oportunidade para evitar uma epidemia provocada pelo HIV, como as que estão a ocorrer nos países vizinhos, mas para tal a rapidez da resposta é crucial.

1. CONTEXTO

Timor-Leste é um país que se encontra na fase inicial do desenvolvimento nacional. Por essa razão, enfrenta desafios significativos, comuns a todas as novas nações, assim como desafios específicos resultantes da história, cultura e ambiente próprios e únicos.

O HIV/SIDA tem tido um impacto devastador noutros países em circunstâncias comparáveis às de Timor-Leste. De entre os vizinhos de Timor-Leste, a Papua Nova Guiné aparenta estar nas fases iniciais de uma epidemia generalizada de HIV, o que ameaça não só parar, mas também inverter, as conquistas de desenvolvimento que a nação realizou durante a sua relativamente curta história. Muitas das circunstâncias que conduziram para a actual situação de HIV na Papua Nova Guiné, encontram-se também presentes em Timor-Leste, incluindo fraco acesso a cuidados primários de saúde e deslocação social em larga escala.

Timor-Leste adoptou um Plano Nacional de Desenvolvimento que fornece direcções estratégicas claras, incluindo processos para implementação e para lidar com os desafios ao desenvolvimento. O governo, organizações chave da sociedade civil e parceiros internacionais para o desenvolvimento, reconheceram também o desafio único que o HIV/SIDA provoca às estratégias sustentáveis necessárias para o desenvolvimento desta nova nação.

Em 2002, um Plano Estratégico Nacional para HIV/SIDA/IST foi adoptado. Desde essa altura, Timor-Leste tem adoptado e implementado estratégias, políticas, programas e projectos para fazer frente ao HIV/SIDA. Contudo, entre as principais partes interessadas, é aceite de forma generalizada que, enquanto actividades eficazes têm sido implementadas, a coordenação em geral é fraca e existem importantes lacunas.

Desde meados de 2005 até princípios de 2006, o Ministério da Saúde liderou um processo multi-sectorial participativo para desenvolver um novo plano estratégico nacional, para cobrir o período 2006-2010. Este documento é o resultado de tal processo.

1.1. CONTEXTO NACIONAL

A República Democrática de Timor-Leste foi oficialmente proclamada como uma nova nação a 20 de Maio de 2002. Tal acontecimento teve lugar após um período de enormes tumultos económicos e sociais, que ocorreram durante um quarto de século de ocupação e conflito⁶. Durante a última retirada das forças de ocupação indonésia, em 1999, muitas das infraestruturas básicas do país foram destruídas, incluindo as do sistema de saúde.

⁶ Organização Mundial da Saúde, *WHO Country Cooperation Strategy 2004-2008 Democratic Republic of Timor-Leste (Estratégia de Cooperação dos Países da OMS 2004-2008 República Democrática de Timor-Leste*, Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para Sudoeste Asiático, Abril de 2004.

A República Democrática de Timor-Leste está situada na parte oriental da ilha de Timor. O enclave de Oecussi, na parte ocidental da ilha de Timor, e as ilhas de Ataúro e Jaco fazem também parte de Timor-Leste.

Timor-Leste tem uma área de aproximadamente 14,610 quilómetros quadrados, com uma população de cerca de 924,642 pessoas (dados de 2004). A estrutura etária mostra uma população relativamente jovem, com 43% abaixo dos 15 anos de idade. Aproximadamente 19.9% da população total tem menos de 5 anos de idade. A esperança média de vida é de 55 anos de idade. O crescimento populacional é de cerca de 3.2% por ano, com uma proporção sexual (homens por cada 100 mulheres) de 104.⁷

O país encontra-se distribuído em 13 distritos, 67 subdistritos, 498 sucos e 2336 aldeias. Os distritos têm administradores distritais com um pequeno número de funcionários e coordenadores nos subdistritos.

Outros indicadores relevantes incluem:

- A maior parte das pessoas (86%) vive em áreas rurais, principalmente à volta das regiões costeiras do norte, em pequenas vilas dispersas;⁸
- Mais de 80% das pessoas com 15-24 anos de idade tem um nível básico de educação;⁶
- O rendimento per capita, em 2002, foi de US\$494;⁹
- Mais de 40% da população vive abaixo do limiar mínimo de pobreza;¹⁰
- A taxa de mortalidade materna é estimada em de cerca de 800 por cada 100,000 nascimentos;¹¹
- A taxa de mortalidade infantil é estimada em 90 por cada 1000 nascimentos;⁷
- A taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos de idade é de 46 por cada 1000 nascimentos;⁷
- Doenças comunicáveis (ex: malária, infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas) contribuem para aproximadamente 60% das mortalidades;¹⁰
- A malária é extremamente endémica na maior parte dos distritos;¹⁰
- Existe uma estimativa de 8,000 casos de tuberculose activa, nacionalmente;¹⁰
- Apenas cerca de 55% da população tem acesso a água potável e a saneamento seguro;⁶
- Cerca de 19% da população tem acesso a saneamento.⁶

Muitos dos desafios de desenvolvimento criam vulnerabilidades específicas, no contexto do HIV. Está a ocorrer um aumento do número de pessoas no grupo etário que é sexualmente activo. Isto está a acontecer numa fase da história de Timor-Leste em que o movimento populacional, dentro e fora do país, está a aumentar (ex: o sector turístico está a emergir, Timorenses à procura de emprego fora do país), enquanto a deslocação social está a enfraquecer as estruturas de apoio social tradicional e a afectar as normas de comportamento e sociais estabelecidas. Muitos jovens não estão

⁷ UNICEF, *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) Timor-Leste 2002*, Dili, Maio de 2003

⁸ Direcção de Estatística Nacional, *Census 2004*.

⁹ Banco de Desenvolvimento Asiático, *Key Indicators (Indicadores chave) 2003, 2003*.

¹⁰ UNDP, *Millenium Development Goals Report (Relatório de Objectivos de Desenvolvimento do Milénio)*, 2004.

¹¹ OMS op cit p5/6.

bem preparados com conhecimentos e competências de vida para gerir o risco de HIV, num ambiente de crescentes desafios.

O Plano Nacional de Desenvolvimento¹² providencia uma estrutura geral para atingir os objectivos de desenvolvimento de Timor-Leste. Tais objectivos são:

- c) reduzir a pobreza em todos os sectores e regiões do país, e
- d) promover o crescimento económico que seja equitativo e sustentável, melhorando a saúde, educação, e bem estar de todos em Timor-Leste.

Dentro do Plano Nacional de Desenvolvimento, as prioridades de saúde encontram-se descritas com sendo das mais cruciais. O plano determina que

“Estratégias de desenvolvimento têm vindo a ser planeadas para realçar a importância de providenciar acesso adequado aos cuidados primários de saúde, concentrando-se na prevenção e apoio clínico nas áreas mais remotas. Planeadores de saúde desenvolverão um sistema de cuidados primários de saúde, universalmente acessível aos indivíduos e famílias das comunidades, através da participação familiar, e a um custo que seja acessível às comunidades e ao país, de forma que possa ser mantida em cada estágio do seu desenvolvimento.

Prioridades do sector de saúde a longo termo permitem assegurar que os prestadores de saúde e os especialistas clínicos possam atingir, suficientemente, as necessidades do sistema de saúde do país, dentro da estrutura geral de desenvolvimento social e económico. Para que tal seja alcançado, actividades a curto prazo incluem actividades de recrutamento e formação de funcionários, um plano nacional para os serviços de saúde regionais e rurais, e uma abordagem epidemiológica sobre medicina preventiva, inoculações, informação sobre saúde pública, e melhoria da higiene.”¹³

O Ministério da Saúde definiu as suas prioridades e direcções estratégicas para que possa alcançar os objectivos da “Estrutura Política de Saúde de Timor-Leste”. A abordagem estratégica, subjacente à estrutura, é a prestação de compreensivos cuidados primários de saúde. Áreas chave desta política são o desenvolvimento dos recursos humanos, o financiamento de saúde, a organização e gestão, e a política sobre drogas¹⁴. No curto período desde a restauração da independência, já ocorreu um melhoramento significativo na disponibilidade de serviços de cuidados primários de saúde.

Uma descrição operacional, mais detalhada, dos serviços a serem providenciados a diferentes níveis de distribuição encontra-se esboçada no Pacote Básico da Política de Serviços¹⁵. Este documento é particularmente relevante para a estratégia de HIV/SIDA e IST por providenciar um contexto para as acções de planeamento do

¹² Comissão de Plano, *Plano Nacional de Desenvolvimento* de Timor-Leste, Dili, Maio de 2002

¹³ Comissão de Plano, Timor-Leste, *ibid* pp9, 10.

¹⁴ Ministério da Saúde de Timor-Leste, *Estrutura Política de Saúde de Timor-Leste*, Ministério da Saúde, Junho de 2002.

¹⁵ Ministério da Saúde de Timor-Leste, *Pacote Básico da Política de Serviços*, Ministério da Saúde, Março de 2004.

desenvolvimento de capacidades, de acordo com as necessidades de distribuição de serviços e com a identificação das relações entre serviços, através de diferentes políticas.

Em Timor-Leste existem factores que contribuem para uma vulnerabilidade adicional, entre as mulheres, aos riscos e impacto do HIV/SIDA. Tais factores incluem violência doméstica, baixos níveis de alfabetismo e educação, e constrangimentos sociais em discutir problemas relacionados com o sexo. Em Timor-Leste, apenas 16% das mulheres, com 15-49 anos de idade, já ouviram falar sobre HIV/SIDA.

O Congresso Regional das Mulheres levantou preocupações sobre o HIV/SIDA relacionados com a violência sexual nas mulheres. Violações sexuais e violência de género representam 50% dos casos criminais relatados à polícia. A vasta maioria das trabalhadoras sexuais (de sexo feminino) Timorenses, iniciaram o seu trabalho sexual após terem sido vítimas de traumas, e muitas mulheres adultas iniciaram o trabalho sexual para sustentar as suas famílias, após terem sido abandonadas pelos seus maridos.¹⁶

Em Timor-Leste, muitas mulheres e homens trabalham no sector informal, mas as mulheres têm tendência para se concentrarem em áreas da força de trabalho informal com baixa geração de lucro. Nos lucros existem também lacunas relacionadas com o género, sendo estimado que os lucros obtidos por homens são oito vezes maiores que os das mulheres. Isto cria uma dependência económica em relação ao homem, e compromete seriamente a capacidade das mulheres para negociarem protecção sexual e deixarem relacionamentos de risco.¹⁷

1.2. HIV/SIDA EM TIMOR-LESTE

A informação para a avaliação da situação actual em relação ao HIV/SIDA e, de forma mais generalizada às ISTs, em Timor-Leste, encontra-se relativamente dispersa. Os sistemas de vigilância de rotina não estão ainda inteiramente desenvolvidos, não existe um sistema-sentinela de vigilância, os estudos de prevalência foram conduzidos somente em algumas subpopulações e não são actuais, e não existe um sistema para monitorização de incidência. Os estudos comportamentais têm sido conduzidos em alguns grupos populacionais, que se acredita estarem mais expostos ao risco, mas não são actuais. Os estudos sobre conhecimentos e atitudes têm sido ad hoc. Existe falta de um entendimento sobre factores e práticas culturais específicos, em Timor-Leste, que possam ter impacto no risco de HIV.

Já foram notificados ao Ministério da Saúde 30 casos de HIV. Contudo, é improvável que isto represente a realidade do nível de infecções por HIV neste país. Um estudo de prevalência, coordenado pela OMS, em três hospitais, com 1373 pacientes,

¹⁶ Trafficking in East Timor. A look into the Newest Nation's sex industry 2004. ALOLA Foundation, 2004.

¹⁷ Gender and Nation building in the Democratic Republic of Timor-Leste. Country Gender Assessment, ADB, 2005.

demonstrou uma prevalência de 0.5%¹⁸. Se esta fosse uma amostra aleatória da população acima dos 15 anos de idade, indicaria que mais de 2000 pessoas em Timor-Leste vivem com HIV. Contudo, a amostra não era representativa da população adulta.

Uma amostra de trabalhadores sexuais e homens que têm sexo com homens (MSM), incluída numa pesquisa conduzida em 2003 pela Family Health International (FHI)¹⁹, em Dili, demonstrou a prevalência de HIV, nessas populações, de 3% e 1%, respectivamente.²⁰ A metodologia foi relativamente robusta e é provável que tenha providenciado uma estimativa razoável da prevalência de HIV nessas populações de Dili, nessa altura. Contudo, desde então, não foram ainda recolhidos novos dados e, conseqüentemente, a situação actual é desconhecida.

Dentro de populações onde exista um nível elevado de mistura, as taxas de transmissão de HIV podem aumentar rapidamente. Isto tem sido especialmente notado entre utilizadores de drogas injectáveis (num período de um ou dois anos, em várias cidades por todo o mundo, a prevalência de HIV entre utilizadores de drogas injectáveis mudou de virtualmente não existir para superior a 25%). Aumentos rápidos das taxas de infecção por HIV entre MSM já foram também identificados. No último ano, em Bangkok, a prevalência de HIV entre MSM estava acima dos 25%, comparado com aproximadamente 17% no ano anterior.

Entre uma amostra de 210 condutores de taxi e 250 soldados, em Dili, no estudo conduzido pela FHI, em 2003, não foram detectadas quaisquer infecções por HIV. Dado o facto de que existe evidência que estas populações têm mais probabilidade de terem um comportamento sexual de maior risco do que outros membros da população heterossexual (excluindo trabalhadores sexuais), isto indicaria que as infecções por HIV nessa altura eram relativamente raras.

A vigilância de rotina das ISTs encontra-se subdesenvolvida e com pouca probabilidade de providenciar indicações significativas sobre a taxa de infecção. Contudo, entre Janeiro e Outubro de 2005, 1259 casos de IST foram declarados ao Ministério da Saúde²¹. A natureza transitória dos sintomas de IST, o baixo conhecimento das populações, as práticas de automedicação, o estigma e o diagnóstico mínimo sobre infecções assintomáticas, sugerem que o número de infecções relatados é provavelmente uma pequena percentagem dos níveis de infecção actuais. Elevados níveis de ISTs são indicadores do risco de HIV, devido aos meios de transmissão comuns, e as IST aumentam também o risco biológico de transmissão de HIV.

¹⁸ Ministério da Saúde, *Expanded comprehensive response to HIV and AIDS in Timor-Leste (Resposta abrangente extensiva ao HIV e SIDA em Timor-Leste)*, Submissão ao Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária. Ministério da Saúde, Dili, Junho de 2005.

¹⁹ Todas as futuras referências, nesta secção, a dados relacionados com comportamento, conhecimento e atitudes, são derivados deste estudo.

²⁰ Family Health International, *HIV, STIs and risk behaviour in East Timor: an historic opportunity for effective action (HIV, ISTs e comportamento de risco em Timor-Leste: uma oportunidade histórica para acção eficaz)*, Family Health International, Dili, 2004.

²¹ Ministério da Saúde, República Democrática de Timor-Leste, *Buletim de Epidemiologia*, Departamento de CDC, MS, Dili, Outubro de 2005.

Entre as trabalhadoras sexuais (sexo feminino), 14% obtiveram resultados positivos para gonorreia, 15% para clamídia, 16% para tricomonas e 60% para HSV-2. Simultaneamente, entre as amostras dos MSM, 14% obtiveram resultado positivo para gonorreia, 13% para clamídia e 29% para HSV-2.

As taxas de gonorreia e clamídia, entre condutores de taxi e soldados, no estudo da FHI de 2003, eram relativamente baixas. Entre os condutores de taxi, 1% obtiveram resultados positivos para gonorreia e 2% para clamídia. Entre os soldados, 0.5% obtiveram resultados positivos para gonorreia e 2% para clamídia. Contudo, devido ao facto dos trabalhadores sexuais serem os principais parceiros extra maritais destas populações, e que mais de 50% têm parceiros sexuais extra maritais, estas taxas podem ter aumentado significativamente desde essa altura.

As IST são importantes devido à morbidez associada e ao alto risco biológico que criam para a infecção por HIV.

A maior parte dos trabalhadores sexuais e MSM, de acordo com o estudo da FHI em 2003, não utilizava preservativos numa base regular. Nenhuma trabalhadora sexual usava sempre preservativo durante o sexo comercial, e apenas 29% usavam preservativo durante os seus mais recentes casos de sexo comercial.

A utilização de preservativo pelos condutores de taxi e soldados, durante o sexo comercial, era também rara. Apenas 17% dos condutores de taxi e 33% dos soldados utilizaram preservativo na sua última ocasião de sexo comercial.

O conhecimento sobre HIV era relativamente alto entre os grupos testados em 2003 (com excepção dos trabalhadores sexuais), mas muitos não tinham conhecimento de que o HIV pode ser prevenido pelo uso de preservativo. Isto realça a necessidade de uma maior concentração na educação sobre as causas de transmissão e sobre como reduzir os riscos.

	Condutores de Taxi	Soldados	MSM	Trabalhadores Sexuais
% dos que já ouviram falar sobre HIV	84	91	86	42
% dos que sabem que o uso de preservativos pode prevenir o HIV	42	60	63	21

O nível de conhecimento é mais baixo entre as trabalhadoras sexuais do que entre os grupos populacionais masculinos da tabela acima, reflectindo uma generalizada desigualdade sexual em Timor-Leste.

Alguma informação encontra-se disponível para um entendimento mais alargado sobre o contexto social do trabalho sexual e o sexo entre homens, em Timor-Leste. A maior parte dessa informação foi recolhida em exercícios de planeamento geográfico,

conduzidos pela Fundação Timor Hari'i (FTH), e em discussões com funcionários da FTH e Cruz Vermelha de Timor-Leste (CVTL), que nos anos recentes têm conduzido programas de prevenção com estes grupos.

Está estimado que existem cerca de 500 MSM em Dili e que estão relativamente abertos em relação aos seus comportamentos sexuais. Durante o ano passado (2005), as actividades implementadas pela FTH, atingiram a maioria desses homens. Não se encontra disponível informação credível relacionada com a presença de comunidades MSM visíveis em outras partes de Timor-Leste.

É difícil ter uma estimativa do número de homens que têm sexo com homens com poucas probabilidades de fazerem parte de uma comunidade MSM visível. Na Tailândia, por exemplo, estudos demonstram que entre 15% e 25% de militares masculinos recrutados declaram ter tido sexo com homens²². A maior parte desses homens não se identificam como MSM. No estudo da FHI de 2003, 5% dos estudantes universitários do sexo masculino declararam terem tido sexo com homens.

As discussões com MSM, durante um seminário conduzido como parte do processo de planeamento estratégico, não indicaram um elevado nível de estigma associado ao sexo entre homens. Participantes nos seminários distritais, que na maioria não são MSM, não demonstraram um desconforto óbvio ao discutirem problemas relacionados. Contudo, existe ausência de pesquisas sociais detalhadas relacionadas com este fenómeno em Timor-Leste.

O planeamento conduzido em projectos de desenvolvimento alargado indica que actualmente podem existir cerca de 500 trabalhadoras sexuais em Dili, e talvez cerca de 70 no Suai. De maneira generalizada, é declarado que pode existir uma maior concentração de trabalhadores sexuais nos distritos fronteiriços, mas que existem também trabalhadores sexuais por todo o país. Foi declarado que em Dili a maior parte dos trabalhadores sexuais aliciam clientes nas ruas ou em estabelecimentos de diversão, e que os bordéis são inexistentes.

Está também documentado que a maioria dos trabalhadores sexuais são de nacionalidade Timorense. A presença de trabalhadores sexuais de outros países aparenta ter diminuído nos anos recentes.

No estudo da FHI de 2003, uma pesquisa foi também realizada com estudantes universitários. Contudo, problemas metodológicos indicam que os resultados devem ser observados com cuidado. Apenas 3% de estudantes do sexo feminino e 27% de estudantes do sexo masculino declararam ter tido qualquer actividade sexual. Entre os estudantes do sexo masculino que declararam ter tido relações sexuais, mais de metade teve relações sexuais com um(a) trabalhador(a) sexual. No entanto, outros sugerem que as taxas sexuais entre jovens, se não forem especificamente estudantes universitários, são provavelmente significativamente mais altas.

As taxas de uso de drogas injectáveis, em Timor-Leste, são desconhecidas. Informadores chave sugerem que não existe um cenário aparente de uso de drogas

²² Jackson, *Lady Boys, Tom Boys. Rent Boys, Male and female homosexualities in Contemporary Thailand*, p44.

injectáveis. Contudo, os níveis significativos de uso de drogas injectáveis na vizinha Indonésia, que têm contribuído bastante para a transmissão de HIV nesse país, poderá no futuro contribuir para a emergência de um fenómeno similar em Timor-Leste.

O estudo da FHI de 2003 demonstrou que 3% dos estudantes universitários do sexo masculino e 4% dos MSM declararam terem injectado drogas. Contudo, alguns informadores acreditam que tal resposta foi um reflexo de má compreensão do que foi questionado (ex: confusão com injeções médicas para vacinação).

Em muitos países, as prisões são locais de transmissão rápida de HIV. Isto é geralmente relacionado com o uso de drogas injectáveis, mas algumas vezes com sexo entre homens. Não existe nenhum estudo feito sobre o risco de HIV nas prisões em Timor-Leste. Pesquisas deverão ser realizadas para investigar as prisões como um contexto de risco para a transmissão do HIV em Timor-Leste.

1.3. DESENVOLVIMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO 2006-2010

Em meados de 2005, o Ministério da Saúde, com o apoio das agências da ONU e de organizações chave da sociedade civil, iniciou um processo para rever o Plano Estratégico Nacional para o HIV/SIDA/IST 2002-2005 e desenvolver um novo plano estratégico. O processo foi conduzido de forma participativa, multi-sectorial e ocorreu a níveis nacional e distrital. O processo foi liderado por uma comissão de honra, presidida pelo Ministro da Saúde. A equipa de facilitadores das organizações não governamentais, do Ministério da Saúde e de agências da ONU, implementou o processo.

O processo ocorreu em duas fases. A primeira fase rever o plano existente e desenvolveu uma estrutura para o novo plano. Uma conferência nacional foi realizada a 5 e 6 de Dezembro de 2005, para apresentação da revisão e aceitação da nova estrutura. A segunda fase desenvolveu o conteúdo da nova estratégia, assim como os planos de implementação distritais.

O processo de revisão incluiu inputs dos seminários, entrevistas com partes interessadas e revisões de documentos. Em resumo, a revisão concluiu que, enquanto uma quantidade significativa de actividades louváveis tiveram lugar durante os últimos três anos, têm havido lacunas na coordenação e mantêm-se brechas chave. A estratégia em si foi fracamente estruturada, com ausência de um plano de implementação e falhou numa prioritarização clara.

A conferência nacional de Dezembro contou com a participação de mais de 250 pessoas. Os participantes vieram de todos os distritos e sectores e estavam fortemente motivados, tendo a maioria participado em todas as sessões.

Durante a segunda fase, realizaram-se seminários nos 13 distritos para desenvolver esboços de planos distritais. Foram identificadas prioridades locais, acções chave e parceiros chave. Foi também providenciado *feedback* relacionado com problemas e acções prioritários, identificados no esboço do plano estratégico nacional.

Um grupo consultivo de peritos foi estabelecido para providenciar inputs técnicos para o desenvolvimento da estratégia e do plano de implementação nacional.

O segundo Congresso Nacional foi realizado nos dias 23 e 24 de Fevereiro. O novo Plano Estratégico Nacional foi apresentado e realizaram-se seminários sobre o plano de implementação e os planos distritais.

1.4. PRINCÍPIOS

A complexidade da medicina do HIV, a sensibilidade dos problemas pessoais e sociais envolvidos e a rápida mudança das dimensões médicas e sociais da doença, criam um potencial para que os programas de HIV sejam postos em causa por conflito, caos e paragem total de qualquer actividade organizativa. Os princípios subjacentes ao programa tencionam providenciar uma estrutura através da qual os conflitos possam ser mediados ao concentrarem-se em objectivos comuns, num compromisso partilhado, numa programação faseada e num delineamento exemplar baseado no planeamento estratégico. Também é facilitado o aumento do alcance do programa e mudanças de ambientes e de políticas em sectores e organizações. Os princípios são:

- Uma estratégia baseada no respeito pelos direitos humanos;
- Uma estratégia que seja participativa e multi-sectorial;
- Uma estratégia construída por parcerias que leve em conta o potencial das organizações governamentais, não governamentais, sector privado e organizações baseadas na fé, e inclua o envolvimento de pessoas infectadas por HIV;
- Uma estratégia que seja conduzida com base em evidências, mas que encoraje a criatividade;
- Uma estratégia consistente com os princípios subjacentes ao desenvolvimento de Timor-Leste;
- Uma estratégia que seja multifacetada, formulada a segundo os princípios de promoção de saúde (i.e. desenvolvimento de conhecimentos pessoais, ambientes de apoio, política pública de saúde, fortalecendo acções comunitárias e re-orientação dos serviços de saúde).

Este Plano tem em consideração as convenções dos direitos humanos, ractificadas pela República Democrática de Timor Leste em 2003. Isto inclui a Recomendação Geral N 15 da Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulheres (CEDAW – Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women) na “Anulação de Discriminação contra Mulheres nas Estratégias Nacionais para Prevenção e Controlo da SIDA” (Avoidance of Discrimination of Women in National Strategy for the Prevention and Control of AIDS) (1990), assim como o Comentário Geral N 3 da Convenção dos Direitos da Criança sobre HIV/SIDA (Convention on the Rights of the Child on HIV/AIDS) e os Direitos da Criança (2003).

1.5. METAS E OBJECTIVOS

1.5.1. META

“Manter Timor-Leste como uma nação com baixa prevalência de HIV e minimizar as consequências adversas para as pessoas infectadas por HIV”.

1.5.2. OBJECTIVOS

- Implementar um Plano Nacional Estratégico consistente com os princípios descritos no Plano Nacional de Desenvolvimento de Timor-Leste e aqueles subjacentes às melhores práticas da programação para o HIV/SIDA;
- Perceber e agir sobre os factores que têm maior probabilidade de contribuir para a transmissão do HIV e/ou causar consequências adversas às pessoas infectadas;
- Adoptar as prioridades do programa nas áreas de educação para a saúde, tratamento e cuidados, VCT e acção multi-sectorial;
- Resolver as necessidades organizativas nas áreas de coordenação, desenvolvimento de capacidades, informação estratégica e monitorização/avaliação.

1.6. POPULAÇÕES ALVO

Este plano descreve estratégias para atingir toda a população de Timor-Leste, com intervenções mais intensivas para atingir subpopulações específicas. Discussões mais específicas sobre populações alvo ocorrem em cada componente.

A população em geral é um alvo porque todas as pessoas têm o direito de saber como se proteger da infecção por HIV; deve também criar-se um ambiente que apoie acções com alvos mais específicos. Para que os programas de HIV sejam eficazes, é necessário que se realizem discussões sobre quais são os problemas sensíveis que podem desafiar normas sociais convencionais. Um entendimento alargado sobre os riscos pessoais associados à infecção por HIV e o potencial impacto na nação como um todo, pode criar um ambiente no qual essas acções podem ser implementadas.

De entre a população alargada, é necessário uma abordagem mais compreensiva para atingir os jovens. A juventude é um período de transição entre a dependência relativamente aos adultos e a independência. É também quando as pessoas atingem a maturidade sexual. Os jovens necessitam de conhecimento específico sobre os riscos do HIV, assim como competências de vida abrangentes, para que possam minimizar os seus riscos de infecção por HIV.

Timor-Leste tem uma taxa de natalidade mais alta do que qualquer outra nação do mundo. Em países com elevada prevalência de HIV as crianças têm sofrido bastante. Contudo, existem estratégias eficazes para prevenir a transmissão da mãe para a criança. Mulheres que se encontram na fase reprodutiva são um alvo específico do componente VCT desta estratégia.

Existe também necessidade de uma intervenção intensiva para os grupos com comportamento de maior risco. Estes incluem trabalhadores sexuais, homens que têm sexo com homens, clientes dos trabalhadores sexuais e populações móveis.

2. COMPONENTES DA ESTRATÉGIA/PROGRAMA

“Manter Timor-Leste como uma nação com baixa prevalência de HIV e minimizar as consequências adversas aqueles infectados por HIV” é o objectivo global do Plano Estratégico Nacional para o HIV/SIDA 2006-2010. Para atingi-lo é necessário actuar nas áreas de prevenção/educação, Aconselhamento e Teste Voluntário (VCT), Serviços Clínicos, e trabalhar multisectorialmente. Os princípios de promoção de saúde encontram-se subjacentes a cada um destes componentes.

Lógica/Assunções do Programa

Esta estratégia foi estruturada com base em componentes operacionais (ex: serviços clínicos) para providenciar uma direcção clara para a sua implementação. A ligação entre os componentes operacionais e a mudança nos factores de risco é visível (ex: aumento de conhecimento e competência individuais, através de educação e prevenção, para permitir às pessoas que adoptem práticas sexuais seguras), tornando mais fácil identificar e responder às necessidades organizativas. Por exemplo, temáticas necessárias para o desenvolvimento de capacidades são geralmente agrupadas e alinhadas com funções operacionais, tais como serviços clínicos ou VCT. A alternativa de estruturar a estratégia à volta de princípios/temas mais abrangentes, nomeadamente, ambientes de apoio e comunidades resilientes, não conduz directamente para uma estrutura lógica de acção que possa ser facilmente operacionalizada.

Enquanto a estratégia possui uma estrutura operacional, acções em diferentes componentes irão suportar acções noutros. A adopção de uma abordagem programática é baseada na proposição de que os factores que contribuem para atingir as metas do programa são complexos, interligados e funcionam num determinado número de níveis. Assume-se que diversas intervenções relacionadas, operacionalizadas em conjunto, têm maior probabilidade de serem eficazes do que a realização independente do total dessas intervenções. Esta assunção é consistente com o corpo de pesquisa nesta área²³.

Esta estratégia pode ser incluída dentro de um modelo social de saúde. Ela reconhece que enquanto factores individuais tais como conhecimento, atitudes e competências se encontram subjacentes ao comportamento, estes são também mediados por factores sociais que vão da posição sócio-económica aos valores e normas culturais/comunitários. Esta abordagem encontra-se descrita na Carta Patente de Ottawa, que foi adoptada pela Organização Mundial da Saúde em 1986²⁴. A Carta Patente de Ottawa identifica cinco áreas chave de acção, nas quais indivíduos, comunidades e governos actuam para melhorar a saúde. Elas são:

- Política pública de saúde;
- Ambientes de apoio;
- Fortalecimento da acção comunitária;

²³ National Health Service. HIV prevention: a review of reviews assessing the effectiveness of interventions to reduce the risk of sexual transmission. Evidence Briefing. London: National Health Service, 2003.

²⁴ Organização Mundial da Saúde. Carta Patente de Ottawa, Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1986.

- Desenvolvimento de competências pessoais;
- Reorientação dos serviços de saúde.

Política pública de saúde refere-se à legislação, estruturas reguladoras, políticas e protocolos. A política em relação à variedade de sectores tem impacto na conquista de metas e objectivos estratégicos para o HIV. Por exemplo, o nível das taxas de vendas de preservativos, que é responsabilidade dos departamentos que administram as finanças, influencia a capacidade das pessoas comprarem preservativos. O componente multi-sectorial desta estratégia descreve direcções para desenvolver a política pública de saúde. As medidas organizativas, descritas na secção de planeamento e coordenação, irão também facilitar o desenvolvimento da política pública de saúde.

Ambientes de apoio são aqueles em que práticas institucional e individual, valores e normas sociais/culturais, facilitam um comportamento saudável. Um ambiente no qual o estigma e a discriminação em relação ao HIV não são praticados, é um ambiente em que existe maior probabilidade das pessoas decidirem ser testadas. A implementação com sucesso dos programas de VCT será também facilitada pelos programas de educação e prevenção, que melhoram o entendimento sobre HIV e reduzem os medos desnecessários, e pela acção multi-sectorial.

A amplitude da acção necessária para uma implementação eficaz da estratégia para o HIV requer uma comunidade informada e envolvida. Uma variedade de organizações comunitárias tem um importante contributo para alcançar a meta e os objectivos desta estratégia. Por exemplo, as organizações religiosas têm um papel importante para evitar o estigma e a discriminação, providenciando cuidados e apoio, e programas de apoio à prevenção. Organizações com credibilidade junto das populações marginalizadas podem ser eficazes na prevenção/educação e na promoção do acesso aos testes/serviços de tratamento. O sector privado pode ajudar a providenciar um ambiente de apoio ao garantir que práticas discriminatórias contra funcionários infectados por HIV não irão ocorrer. O componente multi-sectorial providencia uma estrutura para promover um envolvimento alargado em relação à estratégia.

As competências pessoais são necessárias para a adopção de comportamentos seguros. Isto requer conhecimento e competências práticas para a adopção de um comportamento sexual seguro em encontros sexuais, mas também inclui competências mais alargadas de vida. Abstinência, fidelidade a um parceiro e uso de preservativo, requerem amor próprio e competências de negociação. Enquanto o componente de educação e prevenção providencia as acções principais para alcançar esses resultados, a educação para a saúde em contextos clínicos, incluindo VCT, irão também contribuir para o mesmo objectivo.

Os serviços de saúde são geralmente orientados para a prestação de serviços curativos. Contudo, são um importante local para a educação para a saúde. No contexto do HIV e ISTs, são geralmente frequentados quando as pessoas praticam comportamentos de risco. Disponibilizar aconselhamento neste contexto pode ser uma intervenção muito eficaz. Assegurar a prestação de serviços de uma forma não crítica aumenta, também, a probabilidade das pessoas (particularmente MARGs) continuarem a frequentar tais serviços, como é necessário.

2.1. PREVENÇÃO/EDUCAÇÃO

A promoção da saúde sexual e reprodutiva é uma necessidade fundamental para as pessoas se protegerem da infecção por HIV. Isto inclui a capacidade de adoptar comportamentos específicos de prevenção, incluindo:

- abstinência de actividade sexual que possa transmitir a infecção;
- sendo fiél a um parceiro, que é também fiél e não infectado;
- uso consistente de preservativo.

Todos os membros da população têm o direito de ser inteiramente informados sobre como se proteger da infecção por HIV. Contudo, as mensagens devem ser prioritizadas com base no comportamento a adoptar. Diferentes intervenções devem ser implementadas simultaneamente, tendo como alvo a população em geral, pessoas jovens e grupos com comportamento de maior risco.

O uso de drogas injectáveis é uma causa significativa da transmissão do HIV na maioria dos outros países. É necessária mais informação sobre a extensão do uso de drogas injectáveis neste país. Caso o uso de drogas injectáveis seja, ou se torne, significativa, será necessário implementar uma resposta rápida.

2.1.1. *Análise da situação*

- baixo nível actual de infecção;
- elevado nível de vulnerabilidade ligado a factores sociais e demográficos (ex: o baixo alfabetismo é uma barreira à promoção da saúde para o HIV e IST);
- elevados níveis de risco associados com
 - conhecimento (ex: muitas pessoas não tem conhecimento sobre preservativos),
 - atitudes (ex: a crença de que só se pode ser infectado com HIV por estrangeiros),
 - comportamentos (baixo nível de uso de preservativo),
 - ISTs (elevados níveis de ISTs);
- Algumas populações têm elevados níveis de comportamento de risco (ex: MSM, soldados, trabalhadores sexuais);
- Jovens expostos a um risco crescente (ex: puberdade precoce, casamentos tardios, experiências sexuais).

DECLARAÇÃO POLÍTICA

Permitir que todas as pessoas em Timor-Leste tenham conhecimentos e competências para minimizar os seus riscos pessoais de infecção por HIV.

2.1.2 Objectivos da Prevenção e Educação

- Melhorar os conhecimentos da população em geral, sobre como prevenir o HIV e ISTs;
- Reforçar a capacidade dos jovens para prevenir o risco de infecção por HIV e IST, através de competências para a vida (ex: como dizer não) e conhecimentos relacionados com práticas sexuais seguras (ex: uso de preservativo);
- Assegurar que programas específicos tenham como alvo os grupos com comportamento de maior risco, para promover conhecimento, criar normas relacionadas com o uso de preservativo, e aumentar o acesso ao teste;
- Aumentar a disponibilidade de preservativos através de alvos alargados e serviços de saúde pública;
- Iniciar uma resposta rápida caso surjam evidências de risco de transmissão de HIV através do uso de drogas injectáveis.

2.1.3. Programas

Serão desenvolvidos programas separados, para cada população alvo, de acordo com as necessidades específicas de cada uma. Contudo, o programa com alvo na população em geral terá impacto naqueles com alvo nos jovens e nos grupos com comportamento de maior risco. Pessoas jovens e membros dos MARGs serão expostos ao programa com alvo na população em geral, dessa forma fortalecendo mensagens alvo mais específicas.

Uma variedade de agências trazem forças específicas à implementação de programas de prevenção/educação. Isto é reconhecido pelo Ministério da Saúde, que tem como uma das suas metas para a promoção da saúde a “Expansão de parcerias para promoção de saúde.”²⁵ O Ministério da Saúde tem um papel de liderança na facilitação de parcerias entre agências.

A estrutura estratégica da Política de Promoção da Saúde do Ministério guiará os programas de prevenção/educação de HIV/SIDA, assim como informará sobre programas multi-sectoriais e medidas organizativas que fazem parte desta estratégia. Tal estrutura inclui²⁶:

1. Fortalecimento da acção comunitária para desenvolver uma responsabilidade partilhada para a saúde e para actuar para o melhoramento da saúde;
2. Programas alvo de promoção da saúde que estejam em consonância com as necessidades prioritárias da população em geral;
3. Aumento de conhecimento e competências de indivíduos, comunidades, sociedade civil, e todos os actores para a promoção da saúde, com responsabilidade partilhada;
4. Comunicação alvo eficaz, para garantir a promoção e o acesso a informação sobre qualidade da saúde;

²⁵ Ministério da Saúde da República Democrática de Timor-Leste, *Estratégia Nacional para promoção de Saúde 2004-2010*, Dili, Agosto de 2004, p15.

²⁶ Ibid p16.

5. Prática eficaz de promoção da saúde, para garantir um resultado positivo.

2.1.3.1. População em geral

O propósito do Programa para a População em Geral é triplo:

- Promover um ambiente de apoio às iniciativas da estratégia para o HIV;
- Garantir que todos os membros da população têm acesso à informação para reduzir os seus riscos de infecção por HIV;
- Atingir pessoas que se encontrem em maior risco, que podem não ser alcançadas através de programas com alvos mais específicos.

Um ambiente de apoio é um ambiente no qual o medo desnecessário é minimizado e existe um entendimento alargado sobre o leque de medidas adoptadas para fazer frente ao HIV. Os conhecimentos básicos sobre HIV, incluindo riscos de transmissão, são a principal prioridade. É também importante o aumento do conhecimento sobre a ameaça que o HIV representa para o desenvolvimento nacional de Timor-Leste.

Todas as pessoas têm o direito de saber como se proteger da infecção por HIV. Isto inclui absterem-se de actividades sexuais que possam transmitir a infecção por HIV, serem fiéis a um só parceiro que lhes seja também fiel e não infectado, ou o uso consistente do preservativo. As práticas de maior confiança são a abstenção da actividade sexual que possa transmitir a infecção e a fidelidade a um parceiro (que seja também fiel e não infectado). Contudo, muitas pessoas têm relações sexuais com mais de um parceiro. Ao usarem o preservativo podem minimizar o seu risco de infecção e protegerem o seu parceiro regular, que poderá estar a adoptar a estratégia de fidelidade.

Alguns membros dos grupos com comportamento de maior risco podem não ser alcançados através de programas com alvos mais específicos. Isto inclui alguns MSM que somente têm contacto com aquela população no contexto sexual e não se identificam pessoalmente como tal, e algumas mulheres cujo envolvimento em trabalhos sexuais possa ser pouco frequente. Eles podem ser alcançados através de programas que tenham como alvo a população em geral.

O programa da população em geral necessita ser multifacetado. A advocacia é necessária através de vários fóruns. É necessário usar todos os órgãos de comunicação social disponíveis. É necessário promover o conhecimento sobre HIV a todos os níveis da prestação de serviços de saúde.

A advocacia é requerida por líderes de opinião chave, dentro de um leque de organizações, particularmente nos sectores baseados na fé e da saúde, assim como ao nível político, de forma mais alargada. Os líderes religiosos têm um impacto significativo nos valores das pessoas e, assim, têm um importante papel para evitar o estigma e a discriminação. Os funcionários da saúde são os principais recursos de informação sobre problemas de saúde, e têm alta credibilidade na disseminação de informação sobre saúde. As medidas necessárias para fazer frente ao HIV são muitas vezes controversas e é requerida liderança política que garanta que aquelas sejam

compreendidas no contexto das suas implicações para o desenvolvimento da nação, e que não sejam politizadas para benefício político.

O conhecimento sobre HIV deve ser promovido através dos serviços de saúde reprodutiva, como incluído na Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva²⁷. Tal estratégia descreve iniciativas para providenciar conhecimentos e experiência sobre HIV e IST, de forma intensiva, através de classes educativas e sessões de aconselhamento para as comunidades.

Especial atenção deve ser dada às necessidades específicas das mulheres, devido à sua elevada vulnerabilidade biológica e às injustiças socio-culturais e económicas. Na mesma linha de pensamento do Plano de Acção 2004-2008 do Segundo Congresso Nacional das Mulheres, haverá um aumento do número de programas de educação nas comunidades sobre planeamento familiar e saúde, e direitos reprodutivos²⁸.

2.1.3.2. Pessoas jovens

Os jovens encontram-se em particular risco de infecção por HIV. Encontram-se no início das suas vidas sexuais e, conseqüentemente, não possuem a experiência das pessoas mais velhas. Como a sua dependência familiar diminui, eles estão mais sujeitos a pressões. A juventude é geralmente um período de confusão, influenciada por mudanças biológicas, aumento das responsabilidades na vida, e exposição a uma maior esfera de influências. Muitos jovens têm falta de competências de vida, necessárias para lidar com tais mudanças.

Os programas de HIV para jovens são complexos. As normas sociais identificam a abstinência sexual como um valor. Para reforçar tais normas, os programas devem incluir uma forte ênfase no desenvolvimento de competências de vida. A maioria dos jovens será alvo de pressões para praticarem actividades sexuais. Eles necessitam de competências como auto-confiança e negociação, caso estejam interessados em actuar baseados em tomadas de decisão informadas. Contudo, é também necessário que seja reconhecido que alguns jovens irão iniciar as suas experiências sexuais e que, aqueles que o façam, necessitam de conhecimento em relação ao uso do preservativo para prevenir o risco de transmissão do HIV.

O grupo populacional jovem cobre um largo leque de idades. É necessário desenvolver subprogramas para os jovens das escolas primárias, secundárias de primeiro grau, secundárias de segundo grau, universitários/ pós-secundários, e jovens fora das escolas.

As estruturas educacionais e os centros juvenis serão os primeiros locais para a transmissão da educação sobre competências de vida. A cultura popular deverá ser utilizada para promover mensagens de prevenção sobre o HIV.

²⁷ Ministério da Saúde da República Democrática de Timor-Leste, *Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva*, Dili, Setembro de 2004, p25.

²⁸ Plano de Acção 2004-2008 do Segundo Congresso Nacional das Mulheres de Timor-Leste.

Grupos com comportamento de maior risco (MARGS)

Os grupos identificados como tendo maior comportamento de risco, em Timor-Leste, incluem: trabalhadores sexuais, homens que têm sexo com homens, clientes dos trabalhadores sexuais, a polícia nacional e as forças armadas. Pesquisas indicam que em Timor-Leste existem significativos níveis de actividade sexual com múltiplos parceiros, por membros de cada um desses grupos, assim como baixos níveis de conhecimento sobre HIV e uso de preservativo. Pesquisas demonstram também elevadas taxas de IST entre trabalhadores sexuais e homens que têm sexo com homens. Esta pesquisa foi realizada a dois anos, e os projectos implementados desde então podem ter resultado em melhoramento de práticas que diminuem o risco.

Em vários países, cada um dos grupos acima mencionado obtiveram taxas de infecção por HIV mais elevadas do que a população em geral. Algumas vezes, eles têm sido um catalizador para a dispersão da transmissão do HIV na população em geral.

Em muitos países, populações utilizadoras de drogas injectáveis têm também experimentado elevados níveis de transmissão do HIV. Assume-se que o uso de drogas injectáveis em Timor-Leste é extremamente raro, mas existem poucas evidências para o comprovar.

A implementação dos programas descritos na secção de informação estratégica, nesta estratégia, pode revelar outros contextos de risco e grupos populacionais que requeiram intervenções mais intensivas. Foram fornecidas informações durante o desenvolvimento desta estratégia sobre contextos de risco específicos, como prisões e zonas fronteiriças. Outros contextos específicos de risco distrital têm vindo a ser descritos, tais como pessoas que ficam nos principais centros distritais, quando os mercados são realizados, e jovens a viverem em casas partilhadas, longe das suas casas, por razões educativas.

Intervenções intensivas de prevenção/educação precisam ter os MARGs como alvo. Precisam ser claramente focados na promoção do uso do preservativo e dos testes regulares para o HIV e ISTs. Os testes para as IST devem ser realizados tendo em conta a gestão sindrómica realçada das doenças. (Veja-se secção 2.4., *Serviços Clínicos*, para mais informação.)

É também necessária a acção noutros componentes para diminuir atitudes discriminatórias contra os grupos com comportamento de maior risco. Para facilitar o acesso aos serviços é necessária uma abordagem sem julgamentos.

Intervenções que têm como alvo os militares e a polícia devem utilizar as infraestruturas já existentes. Isto garante um elevado alcance dentro desses grupos. São necessários projectos para reforçar o conhecimento e a educação baseada em competências, promovendo normas de comportamentos sexuais seguros.

Um leque de estratégias é necessário para os outros MARGs, incluindo educação, marketing social, distribuição de preservativos, e prestação directa de serviços clínicos. Muitas destas intervenções devem ser realizadas através de serviços alargados.

2.2. ACONSELHAMENTO E TESTE VOLUNTÁRIOS (VCT)

O diagnóstico da infecção por HIV tem benefícios individuais e de saúde pública. Avanços na ciência médica significam que o HIV, mesmo sendo uma doença crónica séria, não é necessariamente fatal. Com tratamento apropriado, pessoas com HIV podem ter uma vida relativamente normal. A capacidade para garantir que todas as pessoas diagnosticadas com HIV, em Timor-Leste, recebam tal tratamento está agora a ser estabelecida.

De uma perspectiva de saúde pública, as pessoas com HIV podem minimizar o risco de transmissão adoptando um comportamento sexual seguro. Morbidez e mortalidade associados ao HIV podem, também, ser reduzidas. Além disso, ao maximizar o diagnóstico das infecções por HIV significa que os padrões da infecção podem ser monitorizados e as intervenções podem ser implementadas da melhor forma.

Esta estratégia prioriza a prestação de serviços compreensivos de VCT aos grupos com comportamento de maior risco, desenvolvendo capacidade para disponibilizar VCT a todos os níveis do sistema de saúde, e o desenvolvimento de mecanismos de garantia da qualidade. Também promove a inclusão das ISTs na prestação de serviços de VCT aos grupos com comportamento de maior risco.

É necessário que se integre de forma clara, na prestação de VCT, o princípio da confidencialidade. Uma grande barreira ao acesso ao VCT é o medo da discriminação e do estigma. Protocolos padrão devem ser desenvolvidos para implementação nos sectores público e privado.

2.2.1. *Análise da situação*

- VCT para o HIV e IST são muito necessários dentro dos MARGs, particularmente em Dili e nos distritos fronteiriços;
- Significativo aconselhamento para as IST é necessário às populações sexualmente em risco, em todos os distritos;
- Razoável capacidade para providenciar VCT aos MARGs, em Dili, mas somente num pequeno número de locais; nos distritos fronteiriços é inferior ao padrão necessário;
- Baixa capacidade para providenciar VCT para as IST às populações sexualmente em risco, em Dili e em todos os outros distritos;
- A qualidade do serviço de VCT não é monitorizada;
- Fraca utilização do serviço de VCT pelos trabalhadores sexuais; a actual utilização pelos outros MARGs é desconhecida;
- A ênfase na infecção sintomática pode contribuir para a dispersão da infecção em larga escala.

DECLARAÇÃO POLÍTICA

Implementar serviços de VCT que melhorem o diagnóstico de HIV e ISTs e desenvolver nos indivíduos a capacidade para gerir os riscos e as consequências da infecção.

2.2.2. Objectivos do VCT

- Aumento da prestação de VCT para o HIV e IST, para os MARGs;
- Implementação de projectos específicos para promover o acesso ao VCT pelos MARGs;
- Aumento da prestação de aconselhamento para as IST para populações alargadas, sexualmente em risco;
- Incorporação da informação sobre ISTs nos programas de formação sobre VCT para os funcionários clínicos;
- Monitorização da qualidade da prestação de serviços de VCT.

2.2.3. Programas

2.2.3.1. Grupos com comportamento de maior risco (MARGs)

Devido aos actuais baixos níveis de uso do preservativo e aos elevados níveis de ISTs entre os trabalhadores sexuais e homens que têm sexo com homens, a frequência e alcance dos serviços de VCT, para estes grupos, deve ser aumentado. Os componentes de aconselhamento e teste de IST e uma gestão sídrómica realçada deveriam incluir VCT para o HIV para esses grupos.

A disponibilidade de VCT para trabalhadores sexuais e MSM precisam ser expandida para os principais centros populacionais fora de Dili. Para desenvolver as capacidades necessárias, deverá ocorrer formação mais intensiva, para um pequeno número de funcionários, treinados como parte do programa para prevenção da transmissão da mãe para a criança.

É necessário procurar conselhos de peritos para que se desenvolvam protocolos relacionados com a frequência da prestação de serviços de VCT para trabalhadores sexuais e homens que têm sexo com homens.

É necessário integrar a utilização dos serviços de VCT nos programas de prevenção/educação para os MARGs como alvo.

A prestação de VCT para o HIV para outros grupos com comportamento de maior risco, deverá ser integrada numa gestão sídrómica das IST. Contudo, as sessões de aconselhamento devem dar maior prioridade à gestão sídrómica com estes grupos, devido aos elevados níveis de comportamentos de risco, do que em relação à população em geral. Vigilância sentinela de IST deverá ocorrer para estes grupos, e os níveis de infecção deverão garantir que se considere a adopção da gestão sídrómica realçada.

Deverão ser desenvolvidos protocolos padrão de prestação de VCT, em cada área do programa, e sistemas para monitorização da vigilância.

2.2.3.2. Prevenção da transmissão da mãe para a criança

É necessário ter disponível VCT para o HIV em todos os serviços de saúde. Isto é necessário para que se possa oferecer testes a todas as mulheres grávidas, no contexto da prevenção da transmissão da mãe para a criança. Para alcançar tal objectivo é necessário integrar o desenvolvimento das capacidades dos recursos humanos na implementação da Estratégia Nacional de Saúde Reprodutiva. É necessário desenvolver protocolos padrão, e monitorar regularmente a sua aplicação.

2.3. ACÇÃO MULTI-SECTORIAL

As causas da vulnerabilidade da infecção por HIV requerem uma resposta que seja mais ampla que o sector de saúde. Enquanto os determinantes subjacentes (ex: pobreza, deslocação social) devem ser trabalhados dentro do contexto da estratégia nacional de desenvolvimento de Timor-Leste, algumas das suas consequências podem ser geridas especificamente em relação ao HIV. Além disso, é necessário agir noutros sectores para atingir de forma eficaz as intervenções relativas ao HIV e contruir um ambiente de apoio onde práticas institucionais e individuais, valores e normas socio-culturais promovam um comportamento saudável.

Uma resposta multi-sectorial irá requerer que se trabalhe dentro dos vários sectores, para que se possam juntar todas as partes governamentais no diálogo político, incluindo os Ministérios da Saúde, Plano e Finanças, Educação e Defesa. Requererá também parcerias entre os sectores governamentais, não governamentais e privados, assim como o envolvimento de organizações religiosas e agências internacionais, aos níveis nacional e distrital. Por essa razão, o compromisso político e o envolvimento apropriado do governo serão a chave para uma resposta eficaz. São necessárias comunicações para a criação deste entendimento político. Esta estratégia propõe um programa e uma infraestrutura que permitam apoiar o trabalho nos sectores, aos níveis nacional e distrital.

Deve-se também prestar especial atenção aos problemas relacionados com o género, reflectindo as necessidades específicas da realidade de Timor-Leste. Isto inclui reconhecer a influência dos factores biológico, socio-cultural, económico e político, que aumentam a vulnerabilidade das mulheres à infecção.

Tem-se verificado o desenvolvimento de intervenções específicas nos sectores com populações de alta prioridade, e serão posteriormente realçadas estas intervenções durante a vida desta estratégia. As duas prioridades mais imediatas são o sector educacional e o sector das forças armadas.

O Governo de Timor-Leste reconheceu a necessidade de uma acção multi-sectorial para gerir os problemas de saúde na “Estrutura de Acção Intersectorial para o Bem Estar e Saúde”²⁹. Essa política descreve a necessidade de envolvimento em fóruns intersectoriais, nos níveis nacional e distrital, como uma necessidade para advogar a política pública que apoia os objectivos desta estratégia.

²⁹ República Democrática de Timor-Leste, *Estrutura de Acção Intersectorial para o Bem Estar e Saúde (Esboço)*, Maio de 2005, Dili.

2.3.1. Análise da situação

- Baixo nível de conhecimento sobre HIV/SIDA na população em geral;
- Deslocação social – pessoas separadas das famílias/parceiros regulares, com maior probabilidade de realizarem práticas sexuais de risco
 - Forças armadas,
 - Trabalhadores de serviços de transporte,
 - Movimentação para emprego;
- Grande população jovem vulnerável, atingindo a idade da experimentação sexual, caracterizada por:
 - Competências de vida pouco desenvolvidas,
 - Fraco conhecimento sobre o risco de HIV/IST,
 - Pouca utilização dos serviços de saúde;
- Desigualdade de sexos/género
 - *Vulnerabilidade biológica*: as mulheres encontram-se duplamente vulneráveis ao HIV/SIDA e quatro vezes mais propensas às IST, em relação aos homens,
 - *Socio-cultural*: devido a ideias de desigualdade sexual culturalmente enraizadas, as mulheres são mais vulneráveis à coerção e têm menos probabilidade de poder negociar métodos de protecção sexual,
 - *Económica*: a dependência das mulheres em relação aos homens limita o controlo sob as suas vidas, incluindo exposição excessiva ao HIV;
- Pobreza - 40% da população vive abaixo do limiar mínimo da pobreza
 - custos financeiros associados à prevenção. Ex: custo dos preservativos,
 - a privação económica e a falta de opções de emprego encorajam o envolvimento no comércio sexual. Aqueles com maiores problemas financeiros têm menos poder para negociar sexo seguro;
- Elevados níveis de estigma/discriminação em relação ao HIV e ISTs
 - é uma barreira ao teste voluntário,
 - representa uma violação dos direitos humanos.

DECLARAÇÃO POLÍTICA

Envolver todos os sectores da sociedade no desenvolvimento e implementação de estratégias para minimizar a transmissão do HIV e as consequências adversas da infecção.

2.3.2. Objectivos da Acção Multi-sectorial

- Promover políticas e programas que criem e encorajem ambientes de apoio relacionados com o HIV e ISTs, aumentando o nível de conhecimento sobre HIV/SIDA da população em geral;

- Identificar sectores que empregam elevadas taxas de trabalhadores transitórios e estabelecer parcerias entre sector público/privado para implementação de iniciativas de prevenção;
- Desenvolver competências de vida e conhecimentos na juventude, e promover o uso dos serviços de saúde;
- Promover mudanças nas relações entre géneros, o que diminua a vulnerabilidade das mulheres ao HIV;
- Criar políticas e estruturas legais para assegurar que os direitos das PLWHA se encontram protegidos, para que eles tenham a possibilidade de recurso aos medicamentos legais, se necessário, e para reduzir as barreiras à prevenção do HIV;
- Estabelecer infraestruturas que apoiem uma resposta nacional (centro e distritos) e multi-sectorial;
- Desenvolver iniciativas que providenciem apoio às pessoas infectadas por HIV e promover o seu envolvimento em todos os aspectos desta estratégia.

2.3.3. Programas

2.3.3.1. Programa de Advocacia

O Governo de Timor-Leste adoptou uma Estrutura de Acção Intersectorial para o Bem Estar e Saúde que tem como meta “realçar o bem estar e a saúde das pessoas e comunidades de Timor-Leste, através de um entendimento partilhado sobre problemas de saúde pública e de uma abordagem combinada do governo juntamente com a própria comunidade, relativamente às determinantes chave da saúde³⁰.”

Ao adoptar essa meta, é reconhecido que “a saúde e o bem estar das pessoas e comunidades de Timor-Leste podem ser melhorados somente através de uma abordagem colaborativa para o reconhecimento dos problemas de saúde prioritários e das suas causas e subsequentes acções pública e individual.”³¹

A Estrutura de Acção Intersectorial identifica o HIV/SIDA como um problema que requer uma abordagem intersectorial. Além da saúde, reconhece serviços sociais, educação, género, lei e direitos humanos como sendo áreas particularmente relevantes³². Ao identificar os direitos humanos e de género, esta política discute a necessidade de combater a desigualdade do género e a discriminação contra grupos marginalizados. Outros problemas destacados por esta política, que têm maior impacto nos resultados de saúde, são³³:

- Os baixos níveis de educação, juntamente com a ausência de debates públicos sobre os principais problemas de saúde, têm deixado muitos problemas de saúde pública, conhecidos por fomentadores e planeadores de saúde, completamente fora da agenda pública;

³⁰ República Democrática de Timor-Leste, Op. Cit.p11.

³¹ Ibid. p12.

³² Ibid. p8.

³³ Ibid, p12.

- As expectativas públicas estão muito abaixo do nível necessário para manter resultados de saúde positivos, estilos de vida saudáveis e um sentido geral de bem estar;
- As pessoas aguentam elevados níveis de enfermidade e doenças sem procurarem intervenção médica;
- O conhecimento sobre o que causou o problema de saúde é geralmente escasso;
- Acções pessoais (hábitos de condução, beber, violência) não conduzem a estilos de vida saudáveis;
- Baixos níveis de comportamentos devido à distribuição de riquezas; a escolha entre gastar para um objecto essencial para a casa, ou alguma coisa importante para as crianças, e ter algum tempo e pagar o transporte para procurar atenção médica, é uma escolha comportamental complicada.

A Estrutura de Acção Sectorial identifica a necessidade de advocacia através de fóruns aos níveis nacional, distrital e comunitário. Para permitir que tal aconteça sobre o HIV/SIDA, é necessário estabelecer mecanismos para reforçar a colaboração multi-sectorial ao nível nacional, para que ocorram comunicações frequentes entre os níveis nacional, distrital e comunitário, e para que se estabeleça um programa para promover o conhecimento público sobre HIV/SIDA. As intervenções necessárias para que tal seja alcançado são discutidas nesta estratégia, na secção sobre mecanismos de coordenação (Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA), Programa de conexão Nacional/Distrital e Programa para a População em Geral.

2.3.3.2. Programa de Conexão Nacional/Distrital

Esta estratégia tem como objectivo explícito desenvolver uma resposta alargada de Timor-Leste ao HIV/SIDA, que inclui a sua implementação nos níveis nacional, distrital e comunitário. Enquanto o Ministério da Saúde tem o papel de liderança na coordenação de fóruns intersectoriais e no estabelecimento de uma política abrangente, outros sectores/organizações ao nível distrital têm falta de capacidade para estarem completamente envolvidos. Isto inclui o acesso ao conhecimento necessário para estar envolvido no desenvolvimento de um planeamento, que é um princípio condutor da abordagem intersectorial participativa da Estrutura de Acção Intersectorial³⁴, e a assistência de organizações nacionais na implementação de projectos. Isto inclui a implementação de planos distritais.

É proposto que se empreguem colaboradores para os projectos de HIV/SIDA, nas organizações distritais, para colmatar tais necessidades. Eles seriam apoiados por um gestor de projecto baseado numa organização nacional, através do fornecimento de informação, acesso aos recursos nacionais (formação, projectos e materiais) e conexão regular.

³⁴ Ibid, p12.

2.3.3.3. Programa para pessoas infectadas por HIV (PLWHA)

O principal objectivo do Programa para pessoas infectadas por HIV é dar poderes aos PLWHA para que se envolvam na batalha contra o HIV/SIDA. É necessário que se desenvolva, de forma coordenada e aberta, uma estrutura apropriada sobre direitos legais que adopte a criação de um ambiente de apoio, livre de estigma e discriminação. Tal ambiente aliviará os medos de alienação e dará coragem às pessoas infectadas para que se organizem e criem redes de apoio.

Internacionalmente, o envolvimento das pessoas infectadas por HIV em todos os aspectos da estratégia para o HIV tem sido aceite de forma alargada como um princípio central. O princípio “Greater Involvement of People living with HIV/AIDS – GIPA” (Maior Envolvimento de Pessoas com HIV/SIDA) foi adoptado num encontro em Paris, em 1994, que contou com a presença de 42 chefes de governos e, subsequentemente, foi endossado em vários fóruns internacionais. O GIPA reconheceu o papel central dos PLWHA na educação e cuidados sobre SIDA e na elaboração e implementação de políticas e programas nacionais e internacionais, para que se possa gerir o HIV/SIDA de forma positiva. Também reconheceu que é necessário apoio para que as pessoas infectadas possam assumir um papel preponderante na resposta.

Artigo 1 da Declaração para facilitar o maior envolvimento de pessoas infectadas:

O sucesso dos nossos programas nacionais, regionais e globais, para combater o HIV/AIDS de forma eficaz, requer um maior envolvimento das pessoas a viverem com HIV/SIDA... através de uma iniciativa para reforçar a capacidade e coordenação de redes de pessoas a viver com HIV/SIDA. Ao garantir o seu envolvimento total na resposta comum ao HIV/SIDA a todos os níveis – nacional, regional e global –, esta iniciativa irá, particularmente, estimular a criação de ambientes de apoio político, legal e social.

A Declaração comprometeu os governos a desenvolverem e apoiarem estruturas, políticas e programas para facilitar o maior envolvimento das pessoas infectadas.³⁵

O princípio GIPA encontra-se incluído nos princípios centrais desta estratégia e no componente multi-sectorial porque a sua conquista requererá compromisso e acção por parte de todos os sectores.

A auto-capacitação das pessoas infectadas é fundamental para o princípio GIPA. Durante o período desta estratégia, as pessoas infectadas devem ser apoiadas no desenvolvimento de estruturas organizativas através das quais poderão determinar as suas próprias prioridades e desenvolver iniciativas para as promover. Num futuro imediato, devem ser estabelecidas estruturas para facilitar o apoio e iniciar o trabalho para atingir o princípio GIPA.

Além de especificamente proteger os direitos das PLWHA e daqueles mais vulneráveis ao HIV/SIDA, é também necessário garantir que os mecanismos legais apropriados e acessíveis se encontram disponíveis para eles. Isto pode ser feito por

³⁵ Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS. *APN+ Position Paper 2 GIPA*. www.hivasiapacific.apdip.net Janeiro de 2004, p3.

inserção de artigos relevantes, nas respectivas leis constitucional, civil e criminal, onde as protecções ainda não existem.

Para garantir que os direitos das PLWHA são protegidos e que eles estão aptos para recorrerem aos mecanismos legais, é necessário criar um ambiente de apoio para que o medo, a discriminação e o estigma não impeçam o acesso ao sistema judicial, e para apoiar a educação pública para reduzir o medo e a repugnância, que são o coração do estigma e da discriminação.

Tendo isto em consideração, serão reforçados os recursos actuais disponíveis em Timor-Leste para providenciar mecanismos legais relacionados com direitos humanos, para pessoas infectadas. Tais recursos são:

Escritório do Provedor: o Artigo 27 da Constituição de Timor-Leste prevê a criação do Escritório de Ombudsman para os Direitos Humanos, que examina e encontra soluções para as reclamações dos cidadãos, sobre abuso do poder público, previne injustiças e inicia o processo para remediar injustiças.

Soluções Cíveis: as pessoas podem possuir certos direitos que possam não ser direitos fundamentais, mas são legais ou direitos cíveis. Tais direitos são reforçados através dos tribunais cíveis no país. Dessa forma, se um empregador privado discrimina PLWHA, então, sujeito às leis existentes, este poderá ser levado a tribunal por violação dos direitos do empregado.

Soluções da lei criminal: O código penal e outros estatutos penais declaram actos ou omissões que constituem ofensas. Vítimas de violência, pessoas que tenham sido despejadas das suas casas, ou que tenham sido exploradas devido ao seu estatuto de infectado por HIV, podem apresentar uma queixa na estação policial. Se as queixas não são registadas, essas pessoas podem dirigir-se aos oficiais sénior e também apresentar uma queixa à magistratura.

Recursos nacionais para protecção dos direitos humanos: Cada Ministério tem um ponto focal para os direitos humanos. O ponto focal do Ministério da Saúde estará ciente e receberá formação especial sobre problemas de HIV/SIDA.

2.4. SERVIÇOS CLÍNICOS

Esta estratégia aborda um leque de problemas relacionados com os serviços clínicos. Enquanto que garantir o acesso ao tratamento antiretroviral é a mais alta prioridade, vários outros problemas clínicos estão também relacionados com o HIV. Estes incluem a prestação de serviços para as IST, as infraestruturas de apoio em áreas tais como laboratórios e serviços farmacéuticos, e as políticas e procedimentos relativos a esses problemas, tais como controlo da infecção nas estruturas dos cuidados de saúde e segurança no fornecimento de sangue.

Existem lacunas significativas nas políticas e protocolos relativamente a um leque de problemas. É também necessário desenvolver procedimentos para garantir a qualidade da monitorização, concordante com as políticas e protocolos, e corrigir deficiências.

Outro objectivo desta estratégia é construir ligações com a prestação de serviços noutros domínios clínicos, que incluem, não só outras doenças infecciosas tais como ISTs e tuberculose, mas também domínios de base populacional tais como saúde materna e infantil.

2.4.1. Análise da situação

- Baixo número de locais onde o HIV e ISTs podem ser adequadamente diagnosticados;
- Poucos médicos treinados para a gestão do HIV;
- Número significativo de funcionários dos cuidados de saúde treinados para a gestão sindrómica de ISTs, mas fraca concordância com protocolos padrão;
- A gestão sindrómica realçada das ISTs aos MARGs não é realizada de forma alargada;
- Há probabilidade de futura disponibilidade de medicamentos para o HIV (medicamentos antiretrovirais e para as infecções oportunistas), devido a doações do Brasil;
- Inadequados serviços de laboratório e de gestão farmacéutica;
- Inadequados ou inexistentes políticas, guias e protocolos, na maior parte das áreas de prestação de serviços clínicos, prejudicando a qualidade da monitorização;
- Inadequadas ligações com problemas de saúde relacionados (ex: tuberculose, saúde maternal/infantil);
- Inadequado controlo da infecção/disponibilização de precauções universais;
- Fraca segurança no fornecimento de sangue.

DECLARAÇÃO POLÍTICA

Garantir que serviços clínicos de qualidade para o HIV e ISTs estão disponíveis a todas as pessoas, em Timor-Leste, que necessitem deles.

2.4.2. Objectivos dos Serviços Clínicos

- Aumentar a capacidade de diagnosticar o HIV e ISTs, em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde;
- Garantir que o tratamento do HIV de alto nível esteja disponível para todas PLWHA;
- Melhorar a qualidade da gestão sindrómica de ISTs, em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde;
- Aumentar a disponibilidade de gestão sindrómica realçada para os MARGs;
- Desenvolver e maximizar políticas, guias e protocolos padrão, em todas as áreas prioritárias da prestação de serviços clínicos para o HIV e IST;
- Aumentar a capacidade e qualidade dos serviços de gestão de laboratório e farmacéutica;

- Desenvolver políticas sobre precauções universais para controlo de infeções;
- Optimizar a segurança do sistema de fornecimento de sangue;
- Integrar a prevenção da transmissão Mãe-Criança nos serviços de saúde reprodutiva;
- Assegurar o acesso à Profilaxia Pós-Exposição para prestadores de serviços.

2.4.3. Programas

Esta secção descreve as prioridades do programa em relação aos serviços clínicos. As áreas descritas são a distribuição de serviços de diagnóstico e de tratamento do HIV e IST, a gestão farmacéutica, os serviços de laboratório, o fornecimento de sangue e o controlo da infeção. Estão subjacentes à distribuição de serviços:

- O desenvolvimento e adopção de políticas, protocolos e guias;
- A capacitação dos recursos humanos;
- Os sistemas de gestão/operacionais;
- Os mecanismos de garantia da qualidade.

Para garantir que os serviços de diagnóstico e de tratamento sejam equitativos e de alta qualidade são necessários políticas, protocolos e guias compreensivos. A complexidade da medicina para o HIV e o rápido desenvolvimento de novas descobertas científicas e as suas implicações no tratamento, requerem procedimentos para revisões regulares.

As necessidades dos recursos humanos e o desenvolvimento de capacidades relacionadas com a distribuição de serviços para o HIV e IST, variam de acordo com a complexidade da doença, o local de acesso aos serviços, o tipo de fornecedor de serviços (ex: médicos, de enfermagem, saúde associada) e a bordagem de gestão à doença (ex: gestão sindrómica de IST, gestão de medicamentos resistentes às ISTs). Mudanças em protocolos de tratamento também requerem sistemas para melhoramento de técnicas.

A disponibilidade de tratamento para O HIV, em Timor-Leste, apresenta desafios únicos ao sistema de saúde. Necessita da prestação de serviços altamente especializados em estruturas com fracos recursos, onde a prioridade na prestação dos serviços de saúde é garantir o acesso aos serviços primários de saúde. Contudo, também envolve a prestação de serviços de teste através desses serviços primários com mecanismos de referência apropriada, onde a infeção é diagnosticada. Ligações eficazes são também necessárias entre as diferentes áreas funcionais (tratamento, serviços de laboratório e provisão farmacéutica).

A disponibilidade de fundos, através do Fundo Global, apresenta oportunidades e riscos para o sistema de saúde. A prestação de serviços para o HIV requer o desenvolvimento de capacidade e de disciplina rigorosa relativamente às doenças infecciosas, dos recursos humanos e das infraestruturas. Devido ao existente impacto das doenças infecciosas na morbidez e mortalidade em Timor-Leste, isto tem um benefício potencialmente significativo. Contudo, também acarreta o risco de se desenvolverem infraestruturas que não sejam sustentáveis, caso os fundos sejam mais tarde reduzidos ou retirados.

É necessário implementar mecanismos de garantia da qualidade na prestação de serviços clínicos. Devem ser considerados acordos de parceria e/ou pontos de referência com serviços em outros países, em locais onde a prestação de serviços é limitada a um certo número de áreas (ex: tratamento antiretroviral, serviços de laboratório). Onde a prestação irá ocorrer em várias áreas (ex: gestão síndrome de ISTs), devem ser desenvolvidos indicadores de qualidade para os pontos de referência em Timor-Leste.

2.4.3.1. Serviços de Tratamento do HIV

É fácil, em Timor-Leste, garantir a disponibilidade do tratamento antiretroviral de HIV a todos os que sejam diagnosticados como estando infectados. Acredita-se que o número de pessoas infectadas é relativamente baixo. As drogas antiretrovirais estão disponíveis por intermédio de países doadores. O apoio técnico para o desenvolvimento do sistema e das capacidades dos recursos humanos é disponibilizado pelas agências internacionais. Um fundo adicional encontra-se disponível através do Fundo Global para outras necessidades de infraestruturas. Existem, em Timor-Leste, infraestruturas básicas para a distribuição dos serviços.

Devido ao relativamente baixo número de pessoas que se pensa estarem actualmente infectadas por HIV e à complexidade do tratamento, a distribuição do tratamento antiretroviral deverá ser concentrada num pequeno número de áreas. Em locais onde os pacientes se encontram fora de Dili, acordos de parceria devem ser feitos com os serviços de saúde locais para o armazenamento de medicamentos e monitorização constante dos pacientes, com base em procedimentos de diagnóstico não relacionados com laboratórios (ex: perda de peso, sintomas de infecções oportunistas), com visitas regulares periódicas aos estabelecimentos especialistas para análise completa.

O Hospital Nacional em Dili, além de ser um local de distribuição de tratamento antiretroviral, deverá também providenciar espaços para os pacientes internados infectados por HIV, assim como actuar como local para onde referir os pacientes fora de Dili. Se, durante os próximos cinco anos, o número de pacientes aumentar significativamente fora de Dili, a prescrição de medicação antiretroviral deverá ser expandida, enquanto que os locais especializados para pacientes internados se mantêm centralizados em Dili.

É necessário desenvolver políticas, protocolos e procedimentos sobre todos os aspectos da gestão de pacientes. Uma prioridade imediata é o desenvolvimento de guias relacionados com o momento do início e alteração do tratamento antiretroviral, baseados nas análises clínicas e nas melhores práticas internacionais, tendo também em conta os factores específicos para Timor-Leste (ex: capacidade de armazenamento de medicamentos fora de Dili, transporte de amostras para testes diagnósticos laboratoriais) e os medicamentos disponíveis através da doação do Brasil. Enquanto for permitida flexibilidade na implementação de guias de gestão de pacientes, baseada em análises clínicas efectuadas por clínicos individuais, deverão ser desenvolvidos protocolos relacionados com a observação de pacientes, por razões de garantia de qualidade.

É necessário desenvolver procedimentos que assegurem a confidencialidade dos pacientes. Os problemas a serem tratados vão desde a troca de informações entre clínicos e trabalhadores dos serviços de saúde até à disponibilidade dos registos dos pacientes.

As necessidades de desenvolvimento dos recursos humanos vão desde as requeridas para os clínicos altamente especializados até os funcionários auxiliares (ex: nos funcionários de limpeza, relativizando o medo de infecções e promovendo o respeito pela confidencialidade). Timor-Leste está actualmente dependente de fornecedores externos em relação à formação clínica altamente especializada. Por razões financeiras (i.e. o custo de tais formações é alto mas geralmente oferecido gratuitamente por organizações externas) e de capacidade, é provável que tal dependência continue durante a vida desta estratégia. A harmonização entre formações providenciadas por organizações externas deverá ser promovida para assegurar consistência na prestação de serviços de tratamento, através da adequação às estruturas de gestão dos pacientes, desenvolvidas em Timor-Leste.

É necessário desenvolver relações com outras áreas da prestação de serviços clínicos. As prioridades são outras doenças infecciosas (particularmente tuberculose, por poder ser um indicador de infecção por HIV, e gestão clínica de co-infecção) e saúde reprodutiva (para garantir a integração da prevenção da transmissão mãe-criança). Protocolos para os cuidados partilhados devem ser desenvolvidos e mantidas relações constantes.

Os prestadores de serviços clínicos têm também o papel de educarem o público em geral sobre a disponibilidade de tratamento.

Para que se possa desenvolver uma estrutura política apropriada para a distribuição de serviços clínicos, conseguir um compromisso para a sua implementação e criar capacidades de políticas clínicas, em Timor-Leste, é necessária a participação dos clínicos. O estabelecimento de um comité permanente dos serviços clínicos, sob a liderança da Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA, providenciaria um mecanismo para alcançar tal participação.

2.4.3.2. Serviços de Tratamento das IST

O tratamento das IST, em Timor-Leste, ocorre dentro de uma estrutura de gestão síndrômica ou gestão síndrômica realçada.

A gestão síndrômica inclui o diagnóstico da infecção com base nos sintomas, o aconselhamento e a prestação de tratamento, de acordo com protocolos padrão. Timor-Leste adoptou uma estrutura política (Pacote Básico de Serviços)³⁶ para a distribuição de serviços. Este pacote básico de serviços determina que o aconselhamento e o tratamento das IST deverão ser fornecidos a todos os níveis de distribuição dos serviços de saúde, em Timor-Leste.³⁷

³⁶ Ministério da Saúde, Timor-Leste, *Política de Pacote Básico de Serviços (Esboço)*, Dili, Março de 2004.

³⁷ *Ibid*, p30.

Foram desenvolvidos guias nacionais sobre gestão síndrômica das IST, e subsequentemente providenciada formação, em 2001 e 2002. Mais de 270 funcionários de saúde (incluindo 170 parteiras, 57 enfermeiros e 23 médicos) foram treinados. Contudo, uma pesquisa em 2004 mostrou que apenas 23% dos estabelecimentos de saúde obedeciam aos protocolos padrão, e que existia falta de medicamentos para as IST na maioria dos locais.³⁸

Uma revisão à gestão síndrômica permitirá identificar as razões para a fraca concordância com os protocolos e as respectivas necessidades. A revisão necessita também de assessorar as actuais capacidades para providenciar gestão síndrômica em todos os serviços de saúde. Com essa revisão poderá ser necessário rever os protocolos e providenciar formação adicional.

A gestão síndrômica realçada inclui o diagnóstico baseado em testes laboratoriais, o aconselhamento pré e pós-teste (incluindo historial sexual) e o tratamento. Não existem estruturas políticas ministeriais que cubram a gestão síndrômica realçada. Um pequeno número de locais em Dili providencia o diagnóstico das ISTs, de base laboratorial, dentro de estruturas variáveis de gestão síndrômica realçada. Os protocolos podem ser baseados nos locais, projectos de pesquisa, ou inexistentes.

A gestão síndrômica realçada deverá ser o padrão da gestão das IST, para os grupos com comportamentos de maior risco. As ISTs são geralmente assintomáticas; devido às elevadas taxas de mudança de parceiros sexuais, característica dos MARGs, os membros destes grupos estão em maior risco de contrair e transmitir ISTs. A integração de aconselhamento na gestão das IST pode também contribuir para a adopção de práticas sexuais seguras.

É necessário desenvolver protocolos sobre a gestão síndrômica realçada de ISTs para os MARGs. Além disso, é necessário estabelecer capacidades para providenciar a gestão síndrômica realçada a um número limitado de locais fora de Dili, onde existem populações significativas de MARGs. É necessário promover o acesso a esses serviços.

Como foi estabelecido no Plano de Acção 2004-2008 do Segundo Congresso Nacional das Mulheres, iniciativas de sensibilização à questão do género serão realizadas para abordar as doenças de transmissão sexual e o HIV/SIDA.

2.4.3.3. Serviços de Laboratório

Os serviços de laboratório são um componente chave para a distribuição de serviços para o HIV. A Estrutura Política de Saúde de Timor-Leste identifica o Laboratório Nacional, anexado ao Hospital Nacional em Dili, como sendo o ponto de referência central para todos os serviços laboratoriais.³⁹ Os laboratórios que dão maior apoio ao

³⁸ Ministério da Saúde, *Resposta Compreensiva expansiva ao HIV e SIDA em Timor-Leste*, submissão ao Fundo Global para Lutar contra SIDA, Tuberculose e Malária, Ministério da Saúde, Dili, Junho de 2005.

³⁹ Ministério da Saúde de Timor-Leste, *Estrutura Política de Saúde Timor-Leste*, Ministério da Saúde, Junho de 2002, p45.

diagnóstico da malária e da tuberculose estão localizados em cada distrito. Existe também um número de laboratórios privados não regulamentados.

A capacidade das infraestruturas em geral, no laboratório nacional, é inadequada em relação ao espaço, equipamento e competências de recursos humanos. Contudo, muitas dessas lacunas estão a ser colmatadas através da assistência de doadores internacionais.

A capacidade laboratorial para o diagnóstico de ISTs bacteriológicas e de susceptibilidade antimicrobial é actualmente altamente inadequada. Devido à alta susceptibilidade da infecção por HIV na presença de ISTs bacteriológicas (reconhecida acima na alta prioridade proposta para a gestão sindrómica realçada para os MARGs), é essencial que isto seja re-avaliado.

A vigilância do HIV e ISTs requer sistemas de informação laboratorial. É necessário que a estrutura regulamentar prescreva o acesso a tal informação de laboratórios privados, através de acordos de licença. Tal estrutura é também necessária para garantir a qualidade nos sectores privado e público. Futuros mecanismos de qualidade precisam ser estabelecidos para garantir que funções de gestão básica são implementadas de forma adequada, tais como controlo de inventário e aprovisionamento de necessidades.

2.4.3.4. Aprovisionamento e Fornecimento de Medicamentos e outros Produtos

A gestão clínica do HIV e outras funções estratégicas encontram-se dependentes de uma infraestrutura que assegure a qualidade do aprovisionamento, do armazenamento e da distribuição de medicamentos e de outros produtos (ex: preservativos, reagentes para testes de HIV). É prioritário que se desenvolva a capacidade de gestão nesta área. É necessário desenvolver protocolos e procedimentos compreensivos, melhorar os sistemas de gestão, e aumentar a capacidade dos recursos humanos.

O envolvimento não regulamentado, pelo sector privado, cria riscos significativos relacionados com o fornecimento de produtos abaixo do padrão e com o marketing sem ética (ex: desonesto ou enganador). É necessário estabelecer uma estrutura regulatória para governar o envolvimento do sector privado nesta área.

2.4.3.5. Segurança de sangue

Para minimizar a transmissão do HIV através de transfusões de sangue são necessários testes adequados ao sangue fornecido. Actualmente, em Timor-Leste, as infraestruturas são inadequadas para facilitar o nível de doações de sangue requerido para satisfazer as necessidades. Consequentemente, o sistema é muito dependente das doações de sangue das famílias dos pacientes. Isto envolve o risco de transmissão residual accidental de HIV devido ao tempo reduzido em que é feita a doação. O aumento das doações voluntárias de sangue podem reduzir esse risco.

Ferimentos acidentais causados por agulhas, em estruturas de cuidados de saúde, são um risco à transmissão do HIV, assim como de outras doenças infecciosas. A adopção

de procedimentos universais de controlo de infeções irá minimizar tal risco. Protocolos e mecanismos de garantia de qualidade devem ser desenvolvidos e implementados, e é necessário ministrar formação a todos os funcionários que trabalhem em estruturas de saúde.

A disponibilidade de Profilaxia Pós-Exposição (Post-Exposure Prophylaxis – PEP) em locais onde ocorrem ferimentos causados por agulhas, pode reduzir a probabilidade de infeção por HIV. A disponibilidade de PEP pode, também, aumentar o conforto dos trabalhadores da saúde que estão em contacto com pacientes infectados por HIV, e assim aumentar a qualidade dos cuidados. As restrições de recursos limitam a capacidade para providenciar PEP em locais onde os pacientes infectados por HIV recebem tratamento. É necessário desenvolver protocolos e ministrar formação para a prestação de PEP.

3. MEDIDAS ORGANIZATIVAS

As medidas organizativas estão descritas para a coordenação, o desenvolvimento de capacidades e a informação estratégica. É necessário estabelecer estas medidas para que ocorra uma implementação eficaz da estratégia.

3.1. Planeamento e Coordenação

As medidas de coordenação são estruturadas por:

- Liderança do Ministério de Saúde na coordenação estratégica;
- Tomada de decisão participativa;
- Parceria na implementação.

Timor-Leste é uma nação soberana e o Ministério da Saúde é parte da arquitectura administrativa pública, através da qual essa soberania é exercida. O Plano de Desenvolvimento Nacional de Timor-Leste identifica, especificamente, a prevenção do HIV/SIDA e a promoção da saúde reprodutiva como prioridades de saúde a serem atingidas através de:⁴⁰

- Fornecimento de Informação, Educação e Comunicação (IEC) tendo como alvo grupos vulneráveis e indivíduos;
- Disponibilidade de teste e aconselhamento voluntários;
- Encorajamento da participação comunitária e do trabalho com organizações sociais, religiosas e de mulheres;
- Desenvolvimento das capacidades dos funcionários da saúde e grupos comunitários;
- Desenvolvimento de estruturas legais e políticas;
- Desenvolvimento de serviços de apoio;
- Trabalho de advocacia com as principais partes interessadas, tais como igrejas e organizações de mulheres;
- Criação de consciência sobre IST e outros problemas de saúde reprodutiva;
- Educação sexual nas escolas, nas estruturas de saúde, nos centros juvenis e através dos órgãos de comunicação social;
- Promoção dos benefícios do planeamento familiar;
- Detecção antecipada, diagnóstico e tratamento do cancro da mama, cancro cervical, IST/HIV.

O Ministério da Saúde é o recipiente principal e o alocador de fundos para o HIV/SIDA/ISTs, assim como um fornecedor chave de serviços.

Os princípios descritos nesta estratégia, baseados nos do Plano de Desenvolvimento Nacional, providenciam uma estrutura na qual tal liderança é exercida.

Com o Ministério da Saúde a ter um papel de liderança na coordenação da estratégia, a tomada de decisão participativa será um princípio orientador, de acordo com o Plano de Desenvolvimento Nacional, e necessário para alcançar os objectivos desta

⁴⁰ Comissão do Plano de Timor-Leste, *Op. Cit* ppl 158-159.

estratégia. Responder de forma eficaz ao HIV/SIDA/ISTs requer uma resposta multi-sectorial. Requer também uma tomada de decisão que integre conhecimentos especializados que existam dentro e fora do governo. O envolvimento de pessoas com HIV em todos os aspectos da estratégia, incluindo a tomada de decisão, é também um princípio desta estratégia.

Outra necessidade para uma coordenação eficaz é o estabelecimento de parcerias entre os diferentes sectores e agências. Uma estratégia eficaz para o HIV requer que pessoas com diferentes conhecimentos e experiências, trabalhem juntas. Agências governamentais, organizações não governamentais, organizações religiosas e agências internacionais, têm todos diferentes forças que devem ser combinadas para criar uma estratégia mais eficaz. As decisões de implementação devem ser baseadas no conhecimento de quais as estratégias com resultados mais eficazes, mas serem equilibradas pelo objectivo de criação de capacidades/competências em Timor-Leste. Para garantir a transparência e responsabilidade, as actividades a serem financiadas fora das funções centrais dos departamentos governamentais deverão ser sujeitas a processos de concurso aberto.

3.1.1. Análise da Situação

- Fraca liderança trans-sectorial;
- Fracas estruturas consultivas;
- Colaboração limitada entre e dentro dos sectores;
- Ausência de envolvimento das pessoas infectadas por HIV;
- Planeamento, revisão, monitorização e avaliação não sistemáticos;
- Ausência de envolvimento dos distritos fora de Dili no programa nacional.

3.1.2. Objectivos de Planeamento e Coordenação

- Implementar processos de tomada de decisão que facilitem o envolvimento dos sectores;
- Garantir que as melhores perícias e experiências disponíveis são utilizadas na tomada de decisão;
- Aumentar a colaboração entre e dentro dos sectores;
- Garantir que o planeamento, a implementação, a revisão, a monitorização e a avaliação ocorrerão de forma sistemática e transparente;
- Facilitar o envolvimento de pessoas infectadas por HIV no planeamento e na coordenação;
- Facilitar o envolvimento dos distritos no planeamento e coordenação a níveis nacionais e distritais.

3.1.3. Medidas organizativas

Em baixo são discutidas as medidas específicas relacionadas com o estabelecimento da Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA e dos sistemas gerais para o planeamento e coordenação. Contudo, outros componentes desta estratégia também

endereçam os objectivos acima descritos (acção multi-sectorial (2.3) e programa de advocacia, programa de conexão nacional/distrital, e programa para pessoas infectadas por HIV, assim como monitorização e avaliação (4.0).

3.1.3.1. Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA

Esta estratégia propõe o estabelecimento de uma Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA (National HIV/AIDS Commission – NAC) como a estrutura consultiva principal ao nível nacional. Os seus membros serão de natureza multi-sectorial e especializados. Subcomités e grupos de trabalho especializados, criados com base numa comunidade alargada, serão patrocinados pela NAC para desenvolverem recomendações sobre políticas, guias e protocolos específicos, requeridos para a implementação do programa.

Termos de Referência da Comissão Nacional de Luta contra o HIV/SIDA

- Aconselhar o Governo de Timor-Leste, através do Ministério da Saúde, sobre todos os assuntos relacionados com o HIV/SIDA;
- Monitorar e informar sobre a implementação do Plano Estratégico Nacional;
- Aconselhar sobre os factores com impacto na implementação do Plano Estratégico Nacional;
- Identificar e aconselhar sobre mudanças demográficas, sociais, comportamentais, culturais ou outras, que ocorram durante a vida da estratégia, que possam ter impacto na prossecução de metas e objectivos;
- Estabelecer subcomités e grupos de trabalho para providenciar conselhos especializados sobre áreas políticas, procedimentos e guias específicos;
- Facilitar parcerias entre sectores na implementação do plano estratégico;
- Promover o Plano Estratégico Nacional, através de fóruns públicos, órgãos de comunicação social e outras estruturas.

Representação necessária

- Peritos em gestão de projecto e nos componentes da estratégia (prevenção, serviços clínicos, VCT, formação, pesquisa social, saúde pública, monitorização/avaliação);
- Pessoas dos grupos com comportamento de maior risco;
- Pessoas infectadas por HIV;
- Trans-sectorial (sectores governamentais, não governamentais, privados);
- Trans-sectorial (saúde, educação, forças armadas, outros).

Presidente: Ministro da Saúde.

Frequência de reuniões: trimestral.

O papel da NAC é de aconselhamento, e não de programar coordenação e implementação. Inputs para tal aconselhamento devem ser elaborados por uma variedade de agências envolvidas na resposta ao HIV/SIDA/ISTs em Timor-Leste. Não é prático nem desejável, devido a recursos limitados, que se replique tal perícia dentro das infraestruturas organizativas da NAC. Contudo, uma pequena função secretarial é necessária para atingir as necessidades administrativas, nomeadamente equipamento/espço de escritório, gestão de projectos e apoio secretarial.

3.1.3.2. Planeamento e Administração

É da responsabilidade do Ministério da Saúde garantir o estabelecimento geral da administração necessária para a implementação do Plano Estratégico Nacional. Isto inclui a disponibilização de fundos, a monitorização financeira e de performance, e a integração de sistemas. Isto deverá ocorrer de acordo com as seguintes necessidades de planeamento:

- Plano Estratégico Nacional para cinco anos;
- Plano de implementação nacional para cinco anos;
- Plano anual de negócios;
- Revisão estratégica a médio prazo;
- Planos distritais para três anos (retificação e continuação sujeitos aos resultados da revisão).

Como foi discutido acima, este planeamento deverá ocorrer com base na tomada de decisão participativa.

Decisões tomadas em relação às alocações de fundos para implementação de programas/projectos deverão estar de acordo com os princípios de responsabilidade e transparência.

3.2. Desenvolvimento de Capacidades

O desenvolvimento de capacidades, particularmente em relação aos recursos humanos, mas também de políticas e sistemas, é necessário para uma eficaz implementação da estratégia. É necessária formação para funcionários empregados para trabalhar com o HIV e ISTs, voluntários e principais intermediários (ex: líderes religiosos, órgãos de comunicação social).

Durante os próximos cinco anos, a resposta estratégica ao HIV será expandida de forma significativa. O nível do financiamento irá aumentar. O número e a variedade de organizações envolvidas irão aumentar. Assim, irá também aumentar o número de pessoas empregadas, assim como o de pessoas participando voluntariamente.

A secção 3.1. descreve direcções alargadas sobre planeamento e coordenação para apoiar uma resposta de realce. Esta secção concentra-se nas implicações nos recursos humanos.

3.2.1. *Análise da situação*

- Existe um número significativo de funcionários do Ministério da Saúde e de algumas ONGs com competências centrais sobre prevenção, educação e VCT;
- Existem lacunas a nível distrital em relação à capacidade dos recursos humanos na prevenção, educação e capacidade para VCT;
- Variável capacidade clínica;
- As competências centrais em planeamento e gestão de programa/projectos não se encontram bem definidas;
- Minистраção de formação, algumas vezes estrategicamente (i.e., competências centrais claramente definidas, em relação aos papéis funcionais; necessidade de formação quantificada, maximizando a abrangência), mas geralmente providenciada de forma *ad hoc*;
- A formação é geralmente genérica e, conseqüentemente, não se adequa da melhor forma ao contexto no qual as técnicas aprendidas serão aplicadas.

3.2.2. *Programas*

É necessário desenvolver uma abordagem sistemática para a implementação de formação. Isto irá envolver:

- Identificação das necessidades dos recursos humanos em cada um dos componentes e das áreas de programas organizativos da estratégia;
- Definição das competências exigidas;
- Identificação das lacunas relacionadas com capacidades;
- Avaliação da formação ministrada actualmente, comparando-a com as competências definidas e as habilidades necessárias para colmatar lacunas relacionadas com as capacidades;
- Identificação de outras oportunidades para colmatar essas lacunas;
- Priorização das necessidades identificadas e contractação da formação para colmatar tais necessidades.

Planos de formação específicos deverão ser desenvolvidos, com base nas análises acima enunciadas, sobre:

- Prevenção e educação;
- VCT;
- Serviços clínicos;
- Trabalho sectorial;
- Vigilância;
- Informação estratégica;
- Gestão de programas/projectos.

Para evitar duplicação e garantir o uso adequado dos recursos disponíveis, deverá ocorrer a procura activa de oportunidades para colaboração com outras áreas políticas. Por exemplo, o Ministério da Saúde adoptou a Estratégia Nacional para Promoção de Saúde, que prioriza o desenvolvimento de capacidades dentro dos serviços providenciados pelo Ministério e em organizações de base comunitária. Isto cria uma

estrutura para parcerias entre o Ministério e sectores não governamentais, para formação em promoção da saúde.

Nesta estratégia são definidas prioridades imediatas para serem implementadas onde as capacidades são actualmente limitadas (ex: vigilância-sentinela, monitorização de comportamentos). Iniciativas para implementar tais prioridades deverão incluir processos para desenvolver capacidades para futura implementação em Timor-Leste.

3.3. Informação Estratégica

Existem lacunas significativas na informação estratégica que serve de base à tomada de decisão nos programas. Tais lacunas existem em domínios tradicionais de saúde pública, tais como vigilância e epidemiologia, mas estendem-se à monitorização de comportamentos, pesquisa social e estudos de avaliação.

3.3.1. Análise da situação

- A vigilância de rotina existente providencia informação inadequada sobre incidência e prevalência de HIV/IST, e padrões da doença:
 - Não reflecte os elevados níveis de auto-diagnóstico e tratamento;
 - Ocorre no contexto da gestão sindrómica e, assim, não reflecte a infecção não sintomática;
 - Revela limitada informação sobre factores demográficos e de risco;
- O uso da vigilância de rotina providencia alguma informação para observar os indicadores de algumas mudanças nos padrões da doença (ex: geográficos, sexo/género, idade);
- A vigilância ad hoc, nos MARGs, limita a capacidade para identificar prontamente as mudanças significativas nos padrões da doença e avaliar as intervenções do programa;
- Ausência de estudos sobre comportamentos sexuais, na população em geral, dificulta a identificação apropriada dos padrões de intervenções de risco e dos alvos;
- A monitorização de comportamentos, assim como a predisposição para os factores de risco (ex: conhecimento, atitudes, níveis de teste), não são sistemáticos entre os MARGs, reduzindo dessa forma a capacidade de observação de mudanças nos padrões de risco, a avaliação das intervenções e a modificação dos programas, se necessário;
- Estudos de exploração sobre os riscos comportamentais, na população em geral, largamente inexistente;
- Ausência de pesquisa qualitativa descrevendo factores culturais especificamente relevantes a Timor-Leste (ex: curandeiros, papéis do género, etc.) que possam ter impacto na estratégia;
- São desconhecidas diferenças dentro da população que possam contribuir para o risco (ex: situação de emprego, história familiar/étnica).

3.3.2. *Objectivos da Informação Estratégica*

- Aumentar a capacidade de vigilância de rotina, para providenciar informação adicional relevante à monitorização dos padrões da doença em relação ao HIV e IST;
- Estabelecer um sistema de vigilância sentinela, num número limitado de áreas, para monitorar a incidência e vigilância dentro da população e dos MARGs;
- Monitorar as mudanças nos factores e comportamentos de risco dos MARGs;
- Estabelecer indicadores de base sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos, para a população em geral;
- Identificar factores culturais e sociais/demográficos, específicos de Timor-Leste, associados a comportamentos de risco.

3.3.3. *Programas*

A informação estratégica será recolhida através de:

- Vigilância de rotina;
- Vigilância sentinela;
- Estudos comportamentais;
- Pesquisas sociais.

A informação estratégica será também recolhida através de processos de monitorização e avaliação.

A qualidade e a extensão da informação estratégica disponível irão melhorar durante o período de cinco anos desta estratégia. As prioridades imediatas são a vigilância sentinela e os estudos comportamentais.

3.3.3.1. *Vigilância de rotina*

Timor-Leste encontra-se no processo de estabelecer um sistema de vigilância de rotina para todas as áreas de doença. A vigilância de rotina é uma função central do sistema de saúde para o planeamento estratégico, para a distribuição de serviços de saúde, assim como para responder ao aumento súbito de doenças específicas. Existe uma clara evidência de que os actuais esforços para criar esta capacidade estão a resultar no desenvolvimento de um sistema funcional de vigilância da doença. Expectativas irrealistas, de que a vigilância de rotina pode contribuir para fornecer informação relevante à estratégia para o HIV e IST, não devem minar o desenvolvimento sistemático da mesma.

O desenvolvimento constante do sistema de vigilância de rotina irá, com o passar do tempo, melhorar a qualidade da informação disponível, relevante para o HIV e ISTs. Relatórios relacionados com diagnóstico ficarão mais completos, providenciando dessa forma uma fonte de informação mais fiável para a monitorização e tendências nos padrões da doença. À medida que ocorre um aumento na capacidade para identificar aumentos súbitos de doenças, poder-se-á ter em consideração a

praticabilidade e a rentabilidade do integramento desse seguimento de contacto na vigilância de HIV e IST.

O envolvimento dos serviços de saúde do sector privado necessita mais investigação. Devido ao estigma geralmente associado às ISTs, muitas pessoas poderão estar à procura de tratamento nos sectores privados, por causa das percepções relacionadas com a falta de confidencialidade no sector público.

3.3.3.2. Vigilância sentinela

A secção 2.4.3. desta estratégia propõe que a gestão sindrómica realçada se torne o padrão para cuidados de saúde para os MARGs. Isto é provável que ocorra somente num número limitado de locais. A inclusão do historial sexual e conseqüente teste para as infecções assintomáticas, do aconselhamento, e de diagnósticos laboratoriais, na gestão sindrómica realçada e em relatórios padrão, providencia a estrutura para a vigilância sentinela, que pode ser usada para monitorar a incidência e prevalência.

Esta estratégia propõe também a prestação de VCT para o HIV às mulheres grávidas. Um número limitado de locais pode ser seleccionado para que se possa incluir também a vigilância realçada de IST. Isto poderá ser usado como uma estrutura para a vigilância sentinela nas mulheres grávidas, o que providenciaria um indicador substituto para monitorar a incidência e vigilância para a população em geral.

3.3.3.3. Estudos comportamentais

Um estudo comportamental de linha de base deverá ser conduzido para a população em geral, o que iria também incluir indicadores de conhecimentos e atitudes. Um estudo desse tipo é necessário para estabelecer uma imagem clara dos padrões de risco existentes em Timor-Leste. É pouco provável que uma análise de custo-benefício possa justificar a repetição frequente deste tipo de estudo – enquanto os níveis de risco poderão mudar significativamente, como resultado de intervenções intensivas de prevenção, a distribuição relativa do risco pela população tem pouca probabilidade de sofrer mudanças rápidas. Contudo, poderá ser praticável repetir esse tipo de estudo após cinco anos de avaliação da implementação da estratégia.

Estudos de monitorização de comportamentos dos MARGs deverão ser realizados regularmente. Tais estudos irão incluir, também, indicadores de conhecimentos e atitudes. Os níveis de risco são mais elevados, as mudanças dos padrões de risco ocorrem mais rapidamente, e estas populações são pontes de transmissão importantes para a população mais alargada. As intervenções de prevenção e educação propostas são mais intensivas, e deverão ser avaliadas rigorosamente.

3.3.3.4. Pesquisa social

Além dos estudos comportamentais, outras pesquisas sociais são necessárias para informar o planeamento estratégico, assim como para o planeamento e avaliação de

projectos. Isto inclui planeamento geográfico e várias formas de pesquisa qualitativa, assim como estudos de avaliação.

A pesquisa para o planeamento geográfico é necessária quer para o planeamento estratégico geral, quer para o planeamento de projectos. Planeamentos geográficos do risco (ex: elevado número de trabalhadores sexuais nos distritos fronteiriços, relacionado com a movimentação populacional para atravessar a fronteira) e de vulnerabilidade (ex: movimento populacional relacionado com padrões de trabalho sazonais) deverão ocorrer ao nível nacional, para informar o planeamento sobre intervenção e alocação de recursos. O planeamento geográfico do risco mais específico (ex: locais de aliciamento para trabalhos sexuais) deverá ocorrer em consonância com o planeamento de projectos.

A pesquisa social, geralmente de natureza mais qualitativa, é necessária para desenvolver um melhor entendimento dos factores cultural e social, relacionados com risco e vulnerabilidade. Pesquisas qualitativas realizadas no desenvolvimento de projectos (ex: testes de material para campanhas) podem também contribuir para um entendimento mais abrangente dos factores associados ao risco.

4. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

Os processos de monitorização e avaliação são necessários por razões de responsabilidade e transparência, assim como para a modificação do programa.

4.1. Monitorização

Como foi discutido na secção 3.1., o financiamento central e a necessidade de relatórios de desempenho deverão ser padronizados pelas agências financiadoras. Isto irá incluir indicadores de desempenho que possam ser comparáveis pelas organizações financiadas e agregadas por razões de avaliação. Espera-se que estas necessidades sejam consistentes com as estruturas já implementadas pela maioria das agências (ex: orçamentos detalhados, marco miliário, cronologia dos eventos) e que indicadores específicos possam ser integrados (ex: indicador/marco miliário de desempenho – ex: número de grupos alvo alcançado dentro de um determinado período de tempo). Um conjunto de indicadores esboço é descrito nos Apêndices 1-3.

Os dados sobre distribuição dos serviços clínicos também providenciam informação estratégica que pode ser usada para o planeamento do programa, assim como para a monitorização e avaliação. Medidas padronizadas devem ser estabelecidas para monitorar actividades tais como dados de utilização e eficácia dos serviços. Estas medidas deverão ser integradas numa estrutura de melhoramento da qualidade que permita aos serviços padronizarem os seus desempenhos em relação a outros serviços, e modificar medidas de distribuição, quando desejável.

Um relatório, que conjugue relatórios produzidos e agregue dados sobre indicadores padrão, deverá ser produzido anualmente. Isto irá providenciar transparência e responsabilidade pública, assim como facilidade no melhoramento da qualidade.

4.2. Avaliação

A avaliação será conduzida numa estrutura que mede:

- O processo – foram alcançados os resultados da actividade/projecto? (ex: o número de grupos alvo foi alcançado?);
- O impacto – foram alcançados os objectivos do programa? (ex: mudanças de comportamentos de risco, consistência de tratamento);
- O resultado – foi alcançada a meta da estratégia? (ex: minimização da transmissão de HIV, redução de morbidez/mortalidade).

As medidas de processo serão recolhidas como parte do financiamento padrão e das exigências de desempenho do programa. Além disso, pedir-se-á a oficiais distritais de projectos para o HIV que providenciem um relatório anual sobre os indicadores específicos do processo (ex: número de agências onde os recursos de impressão estão disponíveis.)

O impacto será medido através de actividades implementadas para recolher informação estratégica.

As medidas de resultados estarão disponíveis através da vigilância de rotina.

Uma avaliação geral do programa deverá ocorrer dois anos depois do início da estratégia, com 5 anos de duração, e quando esta finalizar.

Apêndice 1: Indicadores esboço para Prevenção e Educação

A. Impacto

Indicador	Fontes de informação
% de grupos populacionais alvo (população em geral, juventude, MARGs) que praticam sexo seguro	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas; Venda de preservativos; vigilância de IST
% de grupos populacionais alvo com sintomas de IST que procuram tratamento nas clínicas de saúde	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas
% de grupos populacionais alvo que sabem como prevenir do HIV	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas
% de grupos populacionais alvo que sabem como usar o preservativo	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas
% de grupos populacionais alvo que consideram o HIV como sendo um risco pessoal sério se não praticarem sexo seguro	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas
% de grupos populacionais alvo que consideram o HIV como uma ameaça significativa ao desenvolvimento de Timor-Leste	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas
% de grupos populacionais alvo que não realizariam práticas discriminatórias contra pessoas com HIV	Pesquisa populacional; pesquisas em clínicas de saúde anónimas; Documentação de práticas discriminatórias
% de jovens que estão confiantes nas suas capacidades para resistirem à pressão para terem relações sexuais quando escolhem não ter	
Frequência de teste de IST pelos MARGs	Vigilância sentinela
Consciência de infecção assintomática de IST/HIV pelos MARGs	Pesquisas populacionais aos MARGs

B. Processo

Indicador	Fontes de informação
Número de agências/locais onde recursos de impressão estão disponíveis para os clientes	Relatórios distritais
Número de agências a implementar programas de educação	Relatórios distritais
Disponibilidade de recursos de informação a nível de suco/subdistrito	Relatórios distritais
Implementação de um programa educacional público multi-sectorial, em	Relatórios distritais

cada distrito	
Nível de cobertura exacta pelos órgãos de informação sobre o HIV/ISTs em Timor-Leste	
% de escolas a implementarem educação de competências de vida, para jovens	Relatórios de agências implementadoras
Número de centros juvenis onde a educação de competências de vida é implementada	Relatórios de agências implementadoras
Número de locais frequentados por trabalhadores sexuais onde projectos de educação alargada é implementada	Relatórios distritais
Implementação de projectos específicos para forças armadas, polícia, clientes de trabalhadores sexuais, trabalhadores temporários	Informação da NAC; relatórios distritais

Apêndice 2: Indicadores esboço para VCT

A. Impacto

Indicador	Fontes de informação
Frequência de teste de IST pelos MARGs	Pesquisas de comportamento dos MARGs; vigilância de pesquisa
% de MARGs que já foram alguma vez testados ao HIV	Pesquisas de comportamento dos MARGs; vigilância de pesquisa
% de MARGs testados ao HIV depois de exposição de risco ao HIV	Pesquisas de comportamento dos MARGs; vigilância de pesquisa
% de grávidas testadas ao HIV	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
% de clientes de VCT que melhoraram os conhecimentos e as competências para reduzir o risco de transmissão de HIV/IST	Pesquisas de comportamento dos MARGs; medição de mudanças contra pontos de referência do programa de melhoramento de qualidade
Redução de comportamentos de risco por clientes de VCT	Pesquisas de comportamento dos MARGs; vigilância de pesquisa
% de pessoas diagnosticadas com HIV sem doenças oportunistas	Sistema de vigilância do HIV

B. Processo

Indicador	Fonte de informação
Serviços de VCT disponíveis em todos os serviços de saúde pública	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
VCT oferecido a todas as mulheres grávidas	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
Protocolo padrão desenvolvido para prestação de VCT a todas as mulheres grávidas	Protocolo distribuído pelo MS
Protocolo padrão desenvolvido para prestação de VCT aos MARGs	Protocolos distribuídos pelo MS
Protocolos padrão para providenciar VCT à população em geral	Protocolos distribuídos pelo MS
Consistência com protocolos padrão	Sistema de melhoramento da qualidade
Serviços de VCT, de alvo nos MARGs, disponível em todos os distritos	Sistema de Informação de Gestão de Saúde

Apêndice 3: Indicadores esboçados para os Serviços clínicos

A. Impacto

Indicador	Fontes de informação
% de pessoas com HIV sobrevivendo x anos após diagnóstico	Sistema de Informação de Gestão de Saúde (base de dados observados sobre HIV)
% de pessoas com HIV com doenças oportunistas	Sistema de Informação de Gestão de Saúde (base de dados observados sobre HIV)
% de pessoas diagnosticadas com HIV em terapia antiretroviral	Sistema de Informação de Gestão de Saúde (base de dados observados sobre HIV)
% de pessoas curadas, diagnosticadas com IST curável	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
Exactidão de diagnósticos laboratoriais ao HIV e ISTs	Auditoria externa
Frequência de falta de drogas essenciais e produtos disponíveis (número e % de locais relatando falta de drogas e materiais)	Relatório anual
Número de infecções por HIV a ocorrer através do uso de produtos de sangue, em procedimentos médicos	Sistema de vigilância
Número de ferimentos causados por agulhas	Sistema de Informação de Gestão de Saúde
Número de trabalhadores de cuidados de saúde infectados por HIV através de exposição ocupacional	Sistema de vigilância

B. Processo

Indicador	Fontes de informação
Prestação de serviços clínicos de qualidade compreensiva para o HIV, em Dili	Participação no sistema de garantia de qualidade (ex: Projecto Treat Asia)
Protocolos/sistemas estabelecidos para prestação de tratamento ARV e monitorização dos pacientes fora de Dili	Sistema de informação de gestão de Saúde
Capacidade disponível para tratamento de doenças oportunistas	Sistema de informação de gestão de saúde
Protocolos desenvolvidos para início de terapia ARV, incluindo regulamentos sobre drogas	Protocolos distribuídos pelo MS
Protocolos de confidencialidade sobre o	Protocolos distribuídos pelo MS

paciente desenvolvidos	
Protocolos de cuidados partilhados, desenvolvidos para pacientes co-infectados por tuberculose	Protocolos distribuídos pelo MS
Protocolos desenvolvidos para gestão de mulheres grávidas com HIV	Protocolos distribuídos pelo MS
Comité permanente de Serviços clínicos do HIV, estabelecido sob a NAC	Relatório da NAC
Gestão sindrómica de IST disponível em todos serviços de saúde pública	Sistema de informação de gestão de Saúde
% de serviços de saúde pública obedecendo a protocolos operacionais padrão para gestão sindrómica de IST	Sistema de melhoramento de qualidade
Protocolos de gestão sindrómica de IST, revistos e modificados, se necessário	Protocolos distribuídos pelo MS
% de MARGs a receberem gestão sindrómica realçada de IST como padrão de cuidados	Pesquisas comportamentais; vigilância sentinela
Protocolos de gestão sindrómica realçada, desenvolvidos para MARGs	Protocolos distribuídos pelo MS
Estrutura regulatória estabelecida para a prestação de serviços laboratoriais pelo sector privado	Relatório do comité permanente clínico da NAC
Sistemas desenvolvidos para aumentar o diagnóstico de ISTs bacteriológicas e microbiais	Relatório do comité permanente clínico da NAC
Protocolos e sistemas para o aprovisionamento e fornecimento de medicamentos e outras comodidades revistos e modificados, se necessário	Relatório de Revisão
Estrutura regulatória estabelecida para o envolvimento do sector privado no fornecimento de medicamentos e outras comodidades	Relatório de Revisão
Aumento do número de locais para doações e armazenamento de sangue	Sistema de informação de gestão de saúde
Protocolos de controlo universal de infeções desenvolvidos	Protocolos distribuídos pelo MS
Profilaxia Pós-Exposição para trabalhadores de cuidados de saúde disponível através do hospital nacional	Base de dados observacionais de HIV