



# DIÁRIO

## *da Assembleia Nacional*

IX LEGISLATURA (2010-2014)

6ª SESSÃO LEGISLATIVA

### **REUNIÃO DA 5ª COMISSÃO ESPECIALIZADA PERMANENTE DE 5 DE AGOSTO DE 2013**

**Presidente:** Ex.<sup>mo</sup> Sr. António Ramos

**Secretário:** Ex.<sup>mo</sup> Sr. Hélder das Neves

#### **SUMÁRIO**

O Sr. Presidente declarou aberta a reunião às 9 horas e 40 minutos.

A 5.<sup>a</sup> Comissão «Comissão dos Direitos Humanos, Género e Cidadania» auscultou algumas pessoas ligadas à Luta Contra o HIV/SIDA, em São Tomé e Príncipe, para uma reflexão profunda.

Para além dos Srs. Coordenador do Programa Nacional de Luta Contra SIDA (Bonifácio Sousa), Director Executivo da ASPF (António Amado Vaz), Sra.

Diretora do Instituto Nacional de Igualdade e Equidade de Género (Ernestina Menezes) e Presidente de Associação de Apoio à Vida (Celso Fernandes), também fizeram o uso da palavra os Srs. Deputados Maria das Neves (MLSTP/PSD), José António (ADI), Hélder das Neves (MLSTP/PSD) e Martinho Domingos (ADI).

O Sr. Presidente encerrou a reunião quando eram 12 horas e 30 minutos.

O Sr. **Presidente**: — Srs. Deputados, existe quórum, pelo que declaro aberta a reunião.

*Eram 9 horas e 40 minutos.*

*Estavam presentes os seguintes Srs. Deputados:*

Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe/Partido Social-Democrata (MLSTP/PSD):

**António Ramos**  
**Arlindo Barbosa**  
**Hélder das Neves**  
**Maria das Neves**

Acção Democrática independente (ADI):

**José António**  
**Martinho Domingos**

Partido de Convergência Democrática (PCD):

**Firmino João Raposo**

O Sr. **Presidente**: — Não iniciamos o nosso trabalho na hora marcado, mas esse nosso encontro, essa nossa reflexão que pensamos fazer, não vai perder a sua importância, tendo em consideração que no nosso país adoptamos uma política nacional da luta contra o HIV/SIDA e fizemos muitas coisas e nesse momento pensamos que há uma necessidade de fazer uma reflexão da luta contra o SIDA.

Espero que daí possa sair recomendações, não definimos mesmo ao nível da Comissão o que vamos discutir, o que vamos adoptar, porque é uma discussão aberta e espero que cada um tem trazido algo para sustentar as suas afirmações ou para enriquecer o nosso debate.

Por isso mesmo, convidamos o Sr. Coordenador do Programa Nacional de Luta Contra o Sida, o Dr. Bonifácio, o Presidente de Associação de Apoio à Vida, o Sr. Celso Fernandes, o Presidente da Associação sâo-tomense de Planeamento Familiar e a Sra. Directora do Instituto Nacional de Igualdade e Equidade de Género, a Dra. Ernestina Neves.

Como disse atrás, adoptamos a política nacional contra o HIV/SIDA e havia algumas actividades que devíamos cumprir, não se cumpriu e assim queria sugerir aos presentes que adoptássemos uma forma de trabalhar. Será que vamos em primeiro lugar ouvir o Sr. Coordenador para nos situar da situação?

Eu queria sugerir, seria bom que ouvíssemos Dr. Bonifácio e depois fazermos considerações, mas de qualquer forma a promotora foi a Sra. Deputada Maria das Neves e não sei o que é que a senhora sugere. Ou faz a introdução sobre isso e depois poderemos seguir com os nossos trabalhos.

Tem a palavra a Sra. Deputada Maria das Neves.

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — Sr. Presidente, queria saudar o Sr. Director do Programa de Luta Contra o Sida, a Sra. Directora do Instituto de Género, o Sr. Responsável pela ONG Associação de Apoio à Vida e os Srs. Deputados.

De facto este encontro surge na sequência de algumas preocupações manifestadas por algumas pessoas que vêm trabalhando neste projecto de luta contra o SIDA, no sentido de saber se era possível termos alguma iniciativa legislativa para travar alguns males que, segundo elas, vêm enfermando a nossa sociedade. Um dos males que dizem que tem havido uma certa tendência, estou a reportar o que me disseram, e para que depois o Sr. Director do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA, na sua explanação, tenha em consideração também. Têm dito que há várias pessoas que, uma vez identificadas que são afectadas ou infectadas, são os potenciais seropositivos que dizem publicamente que não vão ficar com isso conservado só para si e que vão também expandir, porque também foram vítimas.

E outra questão são as mães que dizem que tem havido um grande esforço para interditar as mães infectadas de não amamentarem as crianças, mas tem-se constatado que há uma tendência de as pessoas mesmo infectadas amamentarem crianças e provocarem assim tanto as potenciais ou os potenciais seropositivos.

Tendo em conta que em Cabo Verde há uma legislação que foi aprovada neste sentido, como forma de prevenir e ajudar a combater esse mal, a tendência foi de nós também aconselharmos, enquanto Deputados, a seguirem a mesma senda, no sentido de termos iniciativa legislativa para interditar isso.

Claro que em Cabo Verde fez-se isso, são duas realidades completamente distintas, e dissemos que não podíamos avançar em ter uma iniciativa legislativa sem saber de facto qual é caso de São Tomé, se de

facto há necessidade de haver uma legislação, como é que estamos, se se tem conseguido travar, se a doença está a expandir-se consideravelmente.

Eu mandei pedir isso porque é um tipo de lei que Cabo Verde tem e que regula os aspectos ligados a prevenção, tratamento e controlo do HIV/SIDA. A nossa tendência, caso seja necessário, o que fazer? Como fazer? Esta é uma preocupação da 5ª Comissão, enquanto Comissão de Direitos Humanos, Género e Cidadania. É uma preocupação da Rede das Mulheres Parlamentares, enquanto mães, enquanto mulheres. Tanto é que por tratar de Segunda-feira, algumas já tinham alguma agenda preenchida, porque a ideia era a Rede também participar nesse encontro de hoje, ouvir essa reflexão, mas como a Rede depois tem uma visita programada ao Projecto de Luta Contra o SIDA, nessa altura poder-se-á abordar esta questão.

A ideia é de sabermos como é que está o nosso estado de concreto e se justifica ou não avançarmos para a lei que regula os aspectos ligados à prevenção ou se não se justifica; o que é que o Programa de Luta Contra o SIDA espera dos parlamentares; que contribuição é que podemos dar? A ideia é de estarmos todos juntos para que possamos debelar essa situação.

**O Sr. Presidente:** — Tem a palavra o Sr. Bonifácio Sousa.

**O Sr. Coordenador do Programa de Luta Contra o SIDA (Bonifácio Sousa):** — Muito obrigado a todos.

Caros Deputados, como a Sra. Deputada Maria das Neves disse, o Programa, através da Associação das Mulheres Seropositivas de São Tomé e Príncipe, aquando de um seminário que teve lugar em Cabo Verde, trouxe alguns subsídios e um deles é o que a Sra. Deputada Maria das Neves levantou, que é a questão de uma lei, o que se pode fazer para reforçar também a nossa situação em questões de leis e sobretudo com relação à prevenção da transmissão mãe/filho. Portanto, é um assunto que nos preocupa, mas antes de me inteirar precisamente nesse aspecto, vou fazer uma breve apresentação dos resultados que nós até então conseguimos, desde 2005 até 2012, como sendo resultados de seguimento e avaliação.

Vou tentar ser muito breve, passo para a fase de apresentação e depois daí poderemos discutir. Como eu disse, há um resultado desde 2005 até Dezembro de 2012. No Programa temos um plano estratégico, que neste momento está-se a preparar a sua validação, um plano estratégico que compreende o período de 2013 a 2017, com três grandes objectivos: um deles é de reduzir o risco da infecção pelo HIV/SIDA, o outro é de diminuir a vulnerabilidade a infecção e o último é diminuir o grande impacto da epidemia, que sabemos que acarreta custos para o nosso país.

Situação epidemiológica, como podem ver, nós temos um estudo de prevalência datado de 2008/2009, feito através de inquérito demográfico sanitário que diz que a nossa prevalência nacional é de 1,5%. Esse mesmo estudo foi feito, mas não na sua completude em 2001, só que os resultados não foram muito conclusivos. Portanto, tomámos como referência o primeiro estudo da prevalência que é este de 2008/2009. Neste momento, estamos a preparar o segundo estudo, através da MIX, que teremos possivelmente o resultado no final deste ano, em que poderemos fazer uma comparação, de forma a saber se realmente a prevalência nacional está a aumentar, diminuir ou se está estabilizada. Portanto, no final de 2012, taremos realmente o resultado de outro estudo que nos permita fazer comparações.

Com relação às mulheres grávidas, como podem ver e como ilustra aqui, as mulheres grávidas são o resultado de estudo sentinel que fazemos todos os anos. A mulher grávida faz parte desse grupo, em que tivemos um resultado como podem ver aqui, em 2005 havia 1,5% das mulheres grávidas que estavam infectadas pelo HIV/SIDA, quando para 2005 essa prevalência baixou para 0,5%, em 2011 e em 2012 o resultado baixou para 0,3%. Portanto, através das mulheres grávidas notamos uma tendência de diminuição da infecção de 1,5% para 0,3% e em 2012 há um sinal de diminuição, apenas nesse grupo que é das mulheres grávidas.

Também podemos constatar que outro grupo considerado grupo de risco são as profissionais de sexo que, em 2008, a prevalência era de 4,2% para 2,8% em 2009. Em 2011/2012 das profissionais de sexo estudada, não se registou um caso positivo. É um caso que realmente é um bom indicador, apesar de não encontrar positivas nesse grupo, não quer dizer que as profissionais do sexo todas são negativas. Apenas queremos dizer que, do grupo das profissionais do sexo que foram estudadas em 2011/2012 os testes de HIV foram todos negativos. Este ano queremos que realmente, quanto mais conseguirmos, em termos numéricos, aumentar o número das profissionais do sexo para o estudo, melhor será o resultado.

Estamos a evidenciar todos esforços juntamente com o Instituto de Género para que realmente, no estudo de sentinel 2013, possamos duplicar em termos de números a quantidade das trabalhadoras de sexo, de forma que possamos fazer uma boa ligação. Mas seja como for, é um bom indicador.

Com relação a militares recrutas, também são feitos testes de HIV no momento das incorporações. Isto quer dizer que todos os anos todos os mancebos, antes de serem militares, fazem testes do HIV. Nos anos 2011 e 2012 não houve nenhum caso com relação aos militares recrutas, mas isso não quer dizer que ao nível dos oficiais e graduados não haja positividade. Fez-se um estudo de prevalência a nível dos oficiais e graduados, tivemos apenas um caso que foi detectado positivo.

Um outro indicador que acho importante, que responde ao grande objectivo que é de diminuir o impacto da epidemia, tem a ver com as taxas de cobertura.

Nós, com relação às grávidas, a taxa de cobertura em 2011 era 50%, em 2012 atingimos 60,4%, mas ainda precisamos trabalhar muito para conseguirmos uma taxa de 85%, que é a nossa meta até 2017.

Com relação a taxa de cobertura de TAR, nós partimos em 2011 com 48% para 53,4% em 2012 e também queremos atingir, até 2017, 85% a 90% a taxa de cobertura. O ideal seria 100%, mas não queremos ser tão ambiciosos, porque realmente esses indicadores não dependem só da nossa vontade, dependem do nível de sensibilização das nossas pessoas com relação aos vários factores, considerados intrínsecos e extrínsecos, que influenciam muito directamente no comportamento das pessoas que vêm fazendo TAR.

Portanto, esses são indicadores que temos aqui. Temos várias actividades e uma delas no âmbito de prevenção que é a distribuição de preservativos. Temos uma meta a chegar, de 1,5 milhão de preservativos distribuídos durante o ano, mas nem todos os anos a gente consegue essa meta.

Como podem ver, em 2011/2012, houve uma redução do número de preservativos distribuídos. Antes havia uma ONG que se encarregava desse trabalho, porque é uma actividade subvencionada através do Fundo Global. Como sabemos, o Fundo Global hoje já não é o mesmo Fundo Global de ontem, as situações complicaram e a ONG disse que já não está à altura, por razões alheias, para dar continuidade a esse trabalho. E como também estamos a trabalhar no sentido de preparar para amanhã, de forma que nós próprios poderemos assegurar essa actividade, então descentralizamos essa actividade para os distritos sanitários, como forma de assegurarem essa actividade.

Em 2013 tomamos alguma medida para podermos inverter essa tendência e esperamos que realmente consigamos atingir 1,5 milhão de preservativos como meta que estabelecemos por ano. Isto é com relação à distribuição em termos de género.

A distribuição de preservativos masculinos e femininos, como se pode ilustrar, há uma tendência muito reduzida em termos de utilização do femidom, que à semelhança dos outros países não foi muito bem aceito e há ainda muita dificuldade hoje no seu uso.

Com relação à segurança transfusional, podemos dizer que é uma actividade que asseguramos e até hoje podemos dizer que todo o sangue, uma vez doado, atestado para esses quatro抗ígenos (dizemos as quatro doenças) a partir daí podemos garantir uma transfusão segura em termos de 100%, tanto para o HIV, como para a Hepatite B e Hepatite C. Esse é um indicador estável, como podem ver no quadro melhorou-se muito em 2008, quando comparávamos em 2011/2012 e assim hoje estamos numa meta de 100%.

Tipo de doadores. Como podem ver, a transmissão do HIV por via sanguínea também em São Tomé e Príncipe é um caso real. Nos anos 2004/2005, havia uma prevalência de 2,4% neste grupo e esforços foram feitos para poder acabar, sobretudo com os doadores remunerados, porque eram considerados como um grupo de risco e não foi fácil. Mas em 2011/2012 conseguimos realmente acabar com essa história de doadores remunerados, de forma a garantir a segurança transfusional. Mas nós ainda nos confrontamos com o problema de doadores familiares. Muito embora haja uma tendência de diminuição, ainda é um caso real a história de doadores familiares.

Estamos a envidar todos esforços através das campanhas de doação de sangue feita pelas ONG Cruz Vermelha e a equipa do banco de sangue, envolvendo as seitas religiosas, neste domínio, de forma que possamos criar um banco de sangue. Uma vez criado um banco de sangue, vai diminuir significativamente a história de transfusão familiar. O gráfico ilustra aquilo que já tínhamos abordado.

Com relação a mulheres grávidas infectadas pelo HIV, como podem ver, essa tabela diz que em termos de cobertura geográfica, estamos a 100%. Quer dizer que qualquer mulher em determinados lugares, mesmo fora da cidade ou num centro periférico, se quiser ter acesso ao serviço da transmissão mãe/filho que chamamos de PTNF, ela é servida. Mesmo em Porto Alegre ou em Santa Catarina esse serviço está disponível. Por essa razão é que falamos que o acesso geográfico em termos desse serviço é a 100%. O que queremos é uma cobertura dentro do pacote de transmissão mãe/filho. Isso quer dizer o quê? Todas as mulheres grávidas que foram testadas positivamente têm que fazer todo o pacote para impedir que o seu filho venha a estar infectado. Temos em termos de estimativa por ano cerca de 6 500 grávidas e todas elas foram testadas pelo HIV, o que é bom. Mas o que temos como dificuldade é que algumas testadas positivamente perdem-se pelo caminho, não fazem aquele pacote de PTNF e implica que os filhos continuam a nascer infectados pelo HIV/SIDA e faz com que a transmissão por essa via ainda constitua alguma preocupação para a nossa realidade.

Relativamente a 2011, tivemos 24 grávidas que foram captadas numa estimativa de 36 infectadas. Em 2012, conseguimos captar 31 num estimado de 37 grávidas que se esperava. E temos como perdas em 2012 seis grávidas que não conseguimos apanhar, e elas só são diagnosticadas talvez 6 meses a um ano no serviço de Pediatria, quando os meninos já estão infectados. Mas é necessário que se faça algo para poder evitar que essa mãe se perca e que passe a infecção para o seu filho. É todo o nosso trabalho. Nós ao nível de actividades, face a essa situação, introduzimos a política de busca activa. O que é que é isso de busca activa? Busca activa significa que uma mãe que foi atestada positivamente, deve seguir consultas pré-natais e caso não venha, o técnico de saúde deve ir à sua casa solicitar porque é que ela não veio, mesmo que ela se tenha deslocado. Isso acontece muito face à mobilidade da nossa gente, que hoje está aqui e amanhã está lá da tia, depois de amanhã está com outro tio e assim temos que envidar todo esforço,

de forma que consigamos captá-la para que ela possa estar dentro do pacote PTNF, para evitar a transmissão da infecção para o seu filho.

Essa estratégia foi feita e montada. Vamos agora ver em termos de resultados, ainda este ano, se realmente vai haver grandes resultados nesse domínio, mas é uma actividade que, seguramente, depende da responsabilidade, da boa vontade e do grau da consciencialização dos técnicos de Saúde para o efeito.

Estes são os quadros das outras doenças sexualmente transmissíveis, sem ser o HIV/SIDA. Como sabemos, existem uma dúzia delas com que também estamos a trabalhar, porque se conseguirmos dar uma boa resposta e tratá-las, estaremos a prevenir também o HIV. Portanto, uma IST bem tratada serve de prevenção para o HIV, mas em termos numéricos podem ver aqui que há uma redução significativa. Os números de casos estão a diminuir. É uma distribuição por distrito, por serviço, mas o que podemos concluir é que há uma redução do número de casos de IST, tanto diagnosticado que consequentemente serão tratados. Esse é o gráfico que ilustra isso.

Em termos de género, como vêem, são mais as mulheres que estão infectadas, mas o problema não é esse. São mais as mulheres que buscam os serviços de Saúde e, portanto, há um tabu com relação a IST, em que os homens dificilmente vão a busca de serviço de Saúde, tratando-se assim de uma forma não convencional. Podem tratar-se nos serviços dos que praticam medicinas tradicionais. Temos essa história de medicamentos que vedem aí na rua pública e as pessoas auto medicam-se e tomam medicamento de uma forma indiscriminada, o que faz com que ao nível dos serviços de Saúde recorrem muito poucos homens para poderem tratar IST.

Com relação ao aconselhamento e testagem, é uma actividade que implementamos e achamos de capital importância, porque isso nos ajuda a conhecer a nossa casa. Se conseguirmos testar toda a população, teríamos realmente um bom caminho para sabermos em que situação estamos com relação ao HIV e depois para darmos um bom seguimento e um bom tratamento.

Vocês sabem que ainda nos confrontamos com o problema de mortalidade pelo HIV/SIDA, porque as pessoas são diagnosticadas tarde e chegam aos serviços de Saúde na fase terminal e dificilmente, mesmo com anti-retroviral, tentamos recuperar a pessoa e ela acaba por falecer 1 ou 2 semanas depois da terapia anti-retroviral.

Agora, o que é que aconselhamos e o que é que queremos? Que quanto mais as pessoas forem testadas, melhor seria o resultado mesmo em termos de seguimento e de mortalidade. Ainda este ano, vamos introduzir uma nova estratégia, a Estratégia DIPS (despistagem por iniciativa do prestador de SAÚD) e isso significa que todo o pessoal que vai ao nosso centro de Saúde buscar um serviço, oferecemos um teste anti HIV. Existem metodologias próprias para esse efeito, mas o objectivo é que a gente consiga despistar. Não estamos mal neste parâmetro, porque fazemos a testagem nas comunidades, em conjunto com a Associação Apoio à Vida, há uma grande adesão das pessoas em fazerem os testes. Esse é um bom início, é um bom indicador. As pessoas hoje estão muito mais sensibilizadas em fazerem os testes, muito mais com conhecimento sobre o HIV do que outrora, o que nos facilita muito o trabalho mesmo ao nível do terreno e ao nível do serviço de Saúde. Portanto, temos um terreno que podemos considerar fértil em questões de testagem e que se pode muito bem esperar.

Só para referir que esse é o quadro da situação de co-trimoxazol, portanto, as pessoas doentes tomam o cotri para prevenir algumas infecções oportunistas. Com relação a manejo de casos temos aí o número de pessoas que neste momento estão a fazer o TAR até Dezembro de 2012. O TAR significa terapia com anti-retroviral. Até Dezembro de 2012, temos 296 pessoas que vêm fazendo TAR com anti-retroviral, para um número estimado de 500. Quer dizer que estamos ainda 50% como eu disse atrás. Queremos chegar à nossa meta de 85%. Quer dizer que todo o pessoal com critério monológico ou clínico para fazer terapia anti-retroviral e querímos que elas fossem submetidas à terapia anti-retroviral. E assim reduziríamos óbitos por SIDA e conseguiríamos chegar, até 2015, segundo o grande desafio da ONU-SIDA, a zero óbito. O grande desafio da ONU-SIDA é que até 2015 ninguém morra por SIDA, mas sabemos que é um desafio muito ambicioso. Para São Tomé e Príncipe não vai ser real, porque ainda nos confrontamos com muitos problemas que vão influenciar esse indicador. Há problemas com questões de estigma de discriminação, há muita gente que acredita que a medicina tradicional cura o SIDA; há muita gente que ainda tem vergonha e receio e assim se escondem. Portanto, ainda há esse problema. Há também algumas seitas religiosas que também influenciam as pessoas a não fazerem a terapia anti-retroviral, dizendo que só rezando, cura. E assim temos ainda alguns problemas que temos que ultrapassar, de forma que possamos garantir, até 2017, que ninguém venha morrer de SIDA.

Há um trabalho ainda por fazer com relação a este aspecto. Esta é a distribuição por esquema terapêutico das pessoas que estão a fazer anti-retroviral. Temos esquema de primeira linha, esquema de segunda linha e há vários esquemas.

Com relação a óbitos, como eu tinha dito, o nosso problema é de reduzir o número de óbitos até zero, mas não vamos conseguir ainda. Como podem ver nessa tabela, em 2011, tivemos um total de 13 óbitos, quando em 2012 os óbitos aumentaram para 25. E como podem ver, 60% desses óbitos foi porquê? Ou provaram o coquetel ou não o provaram. Se o provaram foi por apenas 1 ou 2 semanas. Quer dizer que as pessoas chegam ou ainda continuam chegando tarde ao serviço de Saúde e acabam falecendo 1 semana depois do diagnóstico, 2 semanas depois do início do TAR. O que nós querímos é que todos eles

entrasssem na terapia anti-retroviral precocemente, diagnóstico e tratamento precoce, para evitar essas situações. Criamos equipas de educadores terapêuticos, que são pessoas que vão fazer o acompanhamento directo das pessoas que estão a fazer o TAR, de forma que a adesão possa ser boa. Porque se uma pessoa doente não tiver uma boa adesão, aí o sucesso terapêutico vai ser muito difícil.

Há alguns factores que realmente apontaram para esse declínio. Um deles tem a ver, não estou a falar dos 60% aqueles que chegaram 1 semana ou 2 semanas depois, mas sim estou a falar, por exemplo, daquelas 8 ou 10 que já viam em tratamento. Do estudo que fizemos para conhecermos quais foram as causas, uma dela tinha a ver com questões de cesta básica, que jogou um papel muito importante na componente adesão desses mesmos doentes. A cesta básica é um assunto que no ano passado só se conseguiu uma vez, este ano até então não se conseguiu, é um problema que o Programa vive. É um problema que está ao nível do Ministério da Saúde e que realmente vai influenciar muito nesse indicador redução de mortalidade e vai mexer muito com o grande desafio que a ONU-SIDA estabeleceu, até 2015 a 2017, garantirmos zero óbito. A questão da cesta básica, como podem ver, joga um papel muito importante na questão da adesão, mas criamos ao nível de todo o serviço, em todos distritos, uma equipa de educadores terapêuticos que foram formados e que estão a trabalhar neste sentido, de forma que possamos fazer com que eles aumentem adesão, evitem óbitos e que se consiga, quiçá até 2017, pelo menos não zero, mas reduzir a 5 ou 2 óbitos por ano.

A mortalidade com relação ao sexo, portanto, não há assim grande diferença significativa em termos de homens e mulheres. Mesmo em termos de infecção há países que os dados apontam para uma feminização, mas em São Tomé e Príncipe essa diferença não se constatou. O estudo do IDS, em 2008/2009, aponta para uma infecção na mulher de 1,7 e para homem 1,3, isto significa que não existe diferença significativa com relação a estes dois grupos.

Temos a distribuição de óbitos por centros de tratamento. Em Água Grande, no ano passado, morreram oito pessoas e grande parte deles foram atendidos no Hospital Ayres de Menezes e é por essa razão que intensificamos e reforçamos a equipa ao nível do centro hospitalar, criando uma equipa multidisciplinar para dar cobertura a essa situação. Temos dois psicólogos, cindo enfermeiro que fazem ETP e queremos que, através dessa equipa multidisciplinar ao nível do hospital central, dar uma outra cobertura aos doentes, de forma a evitarmos caso de perdido de vista, caso de abandono e consequentemente óbitos por SIDA.

Com relação a casos de tuberculoses, sabemos que é uma das infecções oportunistas não só no Continente Africano, também nós cá em São Tomé não fugimos à regra. Todos os doentes com a tuberculose são testados por HIV, como podem ver. Há uma prevalência de 13% de doentes com tuberculoses que são infectados pelo HIV e essa co-infecção faz com que a mortalidade seja maior, porque contribui muito na taxa de mortalidade. No ano passado, tivemos 13 doentes com tuberculose infectados pelo HIV e em 2012 tivemos 18 com HIV, e é um número que gradualmente se vai aumentando, na medida em que a gente vai conseguindo diagnosticar casos de TB, consequentemente também vamos captar casos de co-infecção com relação a esta matéria. São casos novos de SIDA e todos os anos, taxativamente, calculamos um número de doentes. Temos uma média de 40 doentes novos por ano que vão surgindo. Também há uma média de 100 novos casos de pessoas vivendo com o HIV-SIDA por ano. Temos 40 que são novos casos com critérios clínicos e critérios himenológicos para fazer a terapia. E temos 100 casos como média de pessoas que vivem com HIV-SIDA. Foram diagnosticados naquele ano e uns têm critérios para fazerem terapia e outros ainda não o têm. Esta é a situação epidemiológica apenas dos confirmados por ano.

Esta é a situação da sífilis nas mulheres grávidas e também é uma DST, como podem ver na tabela, que está a aumentar no seio das mulheres grávidas. Portanto, outrora tínhamos uma prevalência de 0,4; 0,9 e no ano passado o estudo sentinel reportou que a prevalência foi de 1,6, que é uma situação que também ao nível das mulheres grávidas nos preocupa. Existem estratégias para atender essa situação e ainda este ano vamos reforçá-la para que realmente todas as mulheres grávidas estejam curadas por sífilis, porque tem cura e a mulher grávida pode correr o risco de ter crianças recém-nascidas com sífilis, o chamado sífilis neonatal. Mas é uma situação que tem cura e que se pode evitar.

Ao nível do Programa Saúde Reprodutiva, juntamente com o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA, estamos agora a preparar uma nova estratégia de abordagem a essas mulheres grávidas e o que nos dificulta é como fazer o pré-natal dos pais. Portanto, se a mulher grávida aparece com sífilis, significa que o seu parceiro também está infectado. Agora, como fazê-los vir para que possam receber o tratamento? Essa é uma abordagem que precisa ser estudada e quem sabe a implementação da lei sobre PTNF pode ajudar-nos a fazer a busca activa dos pais. Esta é uma questão que temos que ver em conjunto qual seria o melhor passo para que os pais possam usufruir do serviço pré-natal, porque pré-natal não é só para a mulher, é também para os pais, mas em São Tomé os pais não buscam esses serviços, mesmo que notificado. Mesmo que se mande a mulher dizer ao seu marido para vir porque assim, assim, assim, ele não vem. E qual é a estratégia que adoptamos? Já que eles não vêm, então remetemos uma receita e fazemos entender a mulher para entregar ao marido, para que ele possa fazer o tratamento, mas não podemos garantir se faz a medicação. Porque o ideal seria fazer o tratamento *in loco*, para garantirmos que os dois ou três foram tratados.

Como podem ver, essa nossa actividade tem custo. São orçamentos que se faz, esses são todos os nossos parceiros na luta contra o HIV/SIDA. Tem o Fundo Global com o valor que tem, o Instituto Marquês Vale Flor, a OMS, o Brasil, o Banco Mundial, a UNICEF, a ONG ASPAF, Médicos do Mundo e o contributo também do Estado. Portanto, com relação aos parceiros, esses custos cada vez está a diminuir com a crise mundial, os parceiros estão a ter maior dificuldade no cumprimento da verba, portanto, estamos a ter dificuldades. Ainda este ano a situação tende a agravar e podemos discutir isso posteriormente.

As principais forças e fraquezas que constatamos. As forças são ainda alguns parceiros que estão disponíveis para nos apoiar. Temos centros de tratamentos disponíveis em 100% nos distritos e ainda garantimos um serviço gratuito, muito embora com alguma deficiência. Temos a sobrevivência aceitável dos doentes após o início do tratamento do HIV; temos a implementação de uma ronda do Fundo Global que foi aprovada, muito embora com problemas graves de financiamento.

Quanto às fraquezas, registamos ainda uma fraca gestão da cadeia do aprovisionamento de gestão do stock; temos uma comissão de luta contra o HIV/SIDA que não funciona, existe só por nome; há atraso de desbloqueamento de fundo por parte do Fundo Global. Temos agora a ronda 10 e já há 6 meses que não se consegue desbloquear o fundo por razões alheias à nossa vontade, estamos à espera; fraca dotação do OGE, temos, por exemplo, problemas com o orçamento para este ano. O Governo colocou uma rubrica de 100 000 dólares do fundo de Nigéria para a compra de ARV, mas que até então este dinheiro está interrogado e não se sabe quando é que vai cair. Estamos com problemas de medicamentos e da cesta básica, como disse atrás, e outros problemas que temos, estando nós à espera que a Nigéria dê o valor para que realmente algumas actividades possam ser cobertas com este financiamento.

Tanto é que se fez uma mesa redonda, alguns parceiros vieram e elaboramos alguns projectos, submetemos-los e estamos à espera, se realmente haverá alguma luz com relação aos projectos da saúde que se submeteu aos parceiros que estiveram cá, nos dias 10 e 11 de Julho.

Outra fraqueza tem a ver com o problema de isolamento geográfico, que faz com que o produto demore muito mais tempo a chegar, o que pode contribuir para a rotura do stock e também para o problema da pobreza, que todos nós sabemos.

Ameaças. Há ameaça do Fundo Global. Estamos a ver a tendência deste fundo, que mais dia, menos dia vai deixar mesmo de existir, porque da forma como está, tudo indica que o Fundo Global está a viver problemas sérios de financiamento.

Temos o aumento de casos de abandono do TAR por falta da cesta básica, é uma constatação, muito embora consigamos criar educadores terapêuticos a nível de todos os serviços, sem aquela componente de cesta básica. Pela motivação, vai ser um bocado difícil a gente tentar convencer os pacientes, quando eles se queixam da fome. O medicamento dá fome e acelera o metabolismo, mas temos que os obrigar, «mesmo não comendo, toma o medicamento». Portanto, a questão da cesta básica é muito importante.

Desafios e perspectivas. Maior engajamento do Governo na reflexão para a sustentabilidade de futuros medicamentos e outros consumíveis. Esse é um assunto sério que o Governo e o País têm que começar a arranjar forma de garantir essa sustentabilidade, porque não podemos continuar só à espera dos parceiros. Eles fazem aquilo que fazem, ora dão, ora não dão e temos que assumir, sobretudo os medicamentos. Pode não haver outros consumíveis, mas medicamentos têm que existir. A ruptura de medicamentos é uma situação grave, porque são doentes crónicos e que precisam de tomar o remédio todos os dias e para o resto da vida. Temos como desafio continuar com os parceiros que já existem.

Um outro grande desafio é assegurar pelo menos dois zeros. O que é que isso de «dois zeros»? Crianças de mães seropositivas, temos que assegurar que nenhuma delas nasça infectada e também temos que assegurar que ninguém morra de SIDA. Portanto, são desafios até 2015 e no nosso plano estratégico alongamos esse desafio para 2017, tendo em conta que 2015 é já amanhã e, portanto, não estamos à altura de responder esse grande desafio da ONU/SIDA até 2015.

Conclusão. O apelo da cooperação internacional na luta contra o HIV/SIDA, como sabemos, é imprescindível, tendo em conta a nossa situação financeira. O nosso país vive de doações, mas temos que fazer um esforço.

Um outro aspecto importante é que temos que procurar a forma de garantir a sustentabilidade, sobretudo dos medicamentos, alimentos e alguns consumíveis que está a ser, ao nosso ver, frágil e que precisa de regressar. Esse problema deve ser objecto de uma séria reflexão interna e junto aos parceiros. Há essa vontade do País e vejo essa preocupação e esperamos que realmente a gente consiga ter um futuro melhor.

É tudo quanto tenho para apresentar como ponto de situação do HIV/SIDA e estou disponível para qualquer tipo de perguntas e podemos aprofundar questões pontuais.

O Sr. Presidente: — Não sei se há comentários em relação a essa questão.

Tem a palavra a Sra. Deputada Maria das Neves, para uma intervenção.

A Sra. Maria das Neves (MSLTP/PSD): — Sr. Presidente, queria saudar os senhores responsáveis do ASPF que acabam de chegar e felicitar o Sr. Director do Programa de Luta Contra o HIV/SIDA pela brilhante exposição que acabou de fazer. Julgo que nos trouxe aqui elementos preocupantes que devem merecer toda a nossa reflexão.

Gostaria de ressaltar aqui alguns aspectos, alguns até agradáveis e outros preocupantes e se calhar começava pelos agradáveis. Vi num dos quadros que mostrou que, em termos de óbitos, sobretudo em 2011 e 2012, os distritos mais longínquos não registraram casos de óbito, nomeadamente Lembá, Pagué e Caué, se é que fiz bem a leitura.

Agora, a minha preocupação é, portanto, não se registou casos de óbitos porque não se teve dados em relação a isso, ou porque não existem? Ou porque nesses distritos a situação está ser muito mais controlada do que em Água-Grande e Mé-Zóchi? Essa é uma das preocupações.

A segunda é que notei que, embora haja essas medidas, anualmente há casos de SIDA. O Director falou aqui em termos de 40 casos por ano, estava a ver aqui no quadro também que 2012 foram 56, se a memória não me falha. Portanto, quer dizer que, embora tivesse havido todo esse esforço, continuamos a registar anualmente novos casos de SIDA, e é essa parte que me preocupa. Porque há tanta prevenção e há tanta coisa que se está a fazer, distribuição de preservativos em quase todos e restaurantes e bares e mesmo assim continuamos a ter novos casos. O que é que se pode fazer para travar, para evitar o surgimento de novos casos?

Outra coisa que é preocupante são os custos. Neste contexto de crise e tendo em conta as dificuldades com que os parceiros se deparam, o financiamento está a escassear-se e mesmo o desbloqueamento de verba tem tido dificuldades. Mencionou aqui o caso do fundo da Nigéria, que já está orçamentado, quer dizer que já foi aprovado, mas que até então não se conseguiu desbloquear. Isso faz-me reportar a um outro aspecto que disse aqui, quando fez referência aos desafios, porque pôs como desafio «continuidade dos parceiros existentes». Julgo que o desafio devia ser «procura de novos parceiros». Porque já temos os parceiros tradicionais, que sabemos que estão cá e que pouco a pouco estão a dar, portanto, isso para nós já não é um desafio, eles estão aqui. Logo, o que estamos a tentar ver é se eles vão continuar a dar na mesma proporção, ou se vamos discutir o aumento neste contexto de crise.

Vi há dias que novos embaixadores chegaram, a Austrália é um dos países que veio e que disse que está disposto a colaborar connosco. Se calhar ainda não temos esse financiamento, mas o desafio é procurarmos novos parceiros que estejam sensíveis e sensibilizados com a causa, para poder ajudar-nos a custar essas despesas, enquanto continuamos de mãos estendidas, enquanto não tivermos outras alternativas.

Também fala de um grande desafio, que é «zero criança infectada, de mãe para filho» e «zero óbito em 2015». Estamos em 2013 e, portanto, dentro de mais ano e pouco devemos ter isso. Como é que a gente consegue controlar, sobretudo essa questão de transmissão de mães para filhos, quando acabou de nos dizer aqui que há algumas mães que fogem a esse controlo? Mesmo identificadas, depois elas praticamente desaparecem e não se consegue controlá-las. Portanto, essas são as potenciais transmissoras. Se a gente não controlar, não sabemos onde estão, nem como é que estão a seguir os tratamentos, elas serão as potenciais transmissoras da infecção para os filhos. Assim, o nosso desafio de «zero criança infectada» poderá não ser cumprido até 2015.

É isso que nesta primeira fase gostaria de levantar.

O Sr. Presidente: — Tem a palavra o Sr. Coordenador, para abordar as questões que foram levantadas.

O Sr. Coordenador do Programa de Luta Contra o HIV/SIDA: — Com relação à primeira questão que coloca, em relação ao óbito, é verdade que no Distrito de Caué e na Região Autónoma do Príncipe, onde não se registraram óbitos, o manejo dos casos tem sido bem feito, não só em termos de qualidade de manejo de casos, como também o número de doentes que esses distritos têm em tratamento. Isso fez com que realmente não houvesse óbitos nesses distritos.

Com relação à Água Grande, sabemos que é o distrito mais populoso e é onde existe maior número de casos. Por esta razão, foi nesse distrito onde tivemos 18 óbitos. Só para salientar que grande parte são pessoas que, ou foram a busca da medicina tradicional, ou por medo e por vergonha mantiveram-se em casa até que a situação se agravou. Quando os familiares vêem que a pessoa já está à beira da morte é que levam para o Hospital Ayres de Menezes, que é a única porta de entrada. Lá são diagnosticados, mas infelizmente não sobrevivem, mesmo introduzindo a terapia anti-retroviral, porque nesta fase é difícil recuperar o paciente.

Por esta razão, fazemos sempre o apelo de começar a terapia anti-retroviral numa fase precoce, numa fase em que, em termos de critério clínico imunológico, ainda é possível salvar a vida, sem que o paciente corra o risco de vida nesta circunstância.

Como disse atrás, face a essa situação, criamos uma equipa multidisciplinar ao nível do hospital para dar uma melhor abordagem a esses pacientes, de forma que a gente consiga responder a isso. No hospital, um doente de SIDA chega e numa semana, se conseguiu recuperar, ele recebe alta e com instruções dele voltar tal dia para consultas, ele vai e já não volta. Se não houver uma equipa para ir para lá saber porque é que ele não voltou, o estado dele vai fazer o quê? Vai agravando-se e quando ele retoma ao banco de urgências, pela segunda ou pela terceira vez, fica de vez.

Temos uma equipa de visita domiciliar constituída por uma enfermeira e uma psicóloga, que faz o seguimento dos doentes em casa. Mensalmente, essa equipa vai prestar todos cuidados médicos e não só a esses pacientes doentes que estão impossibilitados de ir a consultas, envolvendo também os seus familiares. Nesse momento, temos 13 pacientes com visitas domiciliar. Isso quer dizer que em 2013 são 13 óbitos que vamos evitar. Se não existisse essa equipa com esse cuidado, de certeza que até finais de 2013 acabariam por falecer.

Estamos a envidar todos esforços para que realmente possamos criar essa equipa de visita domiciliar em todos os distritos, mas a única coisa que nos impõe é a questão do financiamento, porque a equipa de visita domiciliar estava sob a responsabilidade de Médicos do Mundo, no âmbito de um projecto que foi elaborado, mas infelizmente o

projecto terminou na semana passada. Agora, o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA assumiu essa actividade e vai realizá-la, mesmo com essas dificuldades. É um dos projectos que submetemos a essa mesa redonda e não só e quem sabe poderá haver algum financiador que queira pegar no projecto e avançar, estamos à espera. Tudo isto como forma de podermos reduzir a taxa de mortalidade.

Com relação à segunda pergunta, sobre novos casos. É verdade que é nossa vontade detectar mais casos. Estamos com uma prevalência de 1,5% e, segundo o espectro, 1,5%, extrapolando pela população sexualmente activa, podemos estar entre 1500 e 2000 pessoas a viver com o HIV/SIDA em São Tomé e Príncipe. O quê que o Programa quer? Quer tê-los todos dentro do Programa para fazer o seguimento e estamos ainda a metade desta captura. Quer dizer, se a gente conseguir em cada ano captar mais, é bom para darmos essa cobertura que queremos. Temos que expandir a testagem e levá-la a todos os níveis para podermos ver se os captamos e introduzimos nesse programa de seguimento e tratamento. Esta é a nossa preocupação.

Com relação aos desafios. Concordo plenamente com a Deputada Maria das Neves. Um dos grandes desafios é conseguir novos parceiros. Tanto é que estamos a ver se, com esta mesa redonda, conseguimos mais um ou dois para cobrirmos alguns *gaps* que temos em relação a algumas actividades. Mas se esse que já temos seguro está a querer ir-se, que é o caso do Fundo Global, é um parceiro seguro, mas também está a viver problemas sérios. Temos, por exemplo, a UNICEF que reduziu quase em 50% aquilo que dava; o Instituto Marquês Vale Flor, com o projecto «Saúde para Todos», também reduziu; a OMS agora só faz assistência técnica. Portanto, quase todos esses parceiros que outrora ajudavam, reduziram o seu apoio.

Agora, a outra questão que a Sra. Deputada Maria das Neves levantou, com a qual concordo plenamente, tanto é que já fiz referência, é os «dois zeros» até 2015. Isso é altamente ambicioso e não o vamos conseguir até 2015, tanto é que no nosso plano estratégico colocamos essa meta quiçá até 2017.

Ao nível de crianças, «zero criança» é uma forma de dizer, mas não vamos, nem nenhum país consegue zero, mas há uma taxa que consideramos de «taxa de eliminação», através de um percentual e se o conseguirmos, estaremos perante uma taxa de eliminação. Essa taxa não quer dizer que, em números absolutos, não haja uma criança infectada, é a questão de denominação, mas temos que lutar para isso.

A história do projecto de lei que a Sra. Deputada levantou aqui e que foi a nossa proposta ao nível do Programa Nacional de Luta Contra o HIV/SIDA, juntamente com a representante da Associação das Mulheres Positivas que esteve no colóquio em Cabo Verde, concordamos e estamos à espera daquele *input* de produzirmos lei sobre a PTMF, a lei que responsabiliza as mulheres grávidas. Elas têm que saber que, se estão infectadas, têm que tomar medicamentos para prevenir a transmissão mãe/filho. Quem não quiser fazer os testes e não quiser tomar medicamentos, estou a falar em relação às mulheres ainda na idade fértil, não engravidada. Se engravidar, tem que cumprir com as normas do protocolo nacional. Que é uma vida que estamos a salvar e é possível salvar essa vida. Portanto, tem que haver uma lei que responsabilize a mulher grávida infectada a cumprir todo o pacote de PTMF para que a sua criança não nasça infectada.

A outra lei que é importante e também já existem vários modelos para ser adaptada em São Tomé e Príncipe, é a lei sobre a estigmatização e discriminação. São essas duas leis importantes que temos. Agora, a lei que penaliza qualquer um, em termos de, por exemplo, a pessoa está infectada e teve relações sexuais com outrem, sabendo ou não, e depois o outro apresenta uma queixa-crime, porque tal fulano o infectou, isso é um bocado complicado, porque como demonstrar que uma pessoa infectou a outra? Há países que têm essa lei, mas que, em termos práticos, pelo contrário criou outra situação. Se é uma lei que penaliza, então muita gente já não vai fazer os testes. Se não se faz o teste, à partida não se sabe qual é o estado serológico e se se infecta alguém, essa pessoa acusa que alguém o infectou, mas em termos de operacionalidade é muito difícil saber-se. Há países que adoptaram esta lei, caso de Moçambique, mas que em termos práticos não funciona e teve outras consequências negativas.

O que queremos é que mais gente faça testes, porque a despistagem contribui para conhecermos a nossa situação e a partir daí podermos fazer, ou seguimento e tratamento, se a pessoa estiver infectada, ou se reforçar mais as medidas de prevenção. Agora, se muita gente não faz os testes, é pior, porque quando não o faço e tenho medo de fazê-lo estarei numa situação de risco permanente. O que adianta *transar* sem camisinha se não sei o meu ponto de situação? Mas quando já sei e conheço o meu estado serológico e que faço de rotina dois a três testes por ano, aqui adquiro um comportamento mais responsável. Porque sei que em todos os anos tenho que fazer testes e então tenho que saber como devo comportar. Mas quando uma pessoa diz que nunca fez testes, essa pessoa se nunca fez testes e nem está interessada em conhecer o seu estado serológico, é mais um comportamento de risco.

Tanto é que havia um projecto-lei que deu entrada, por volta dos anos 2006/2007, na Assembleia e ficou por aqui...

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — Como é que é?

O Sr. **Coordenador do Programa de Luta Contra o HIV/SIDA**: — Já houve um anti-projecto-lei que estava com um jurista, mas não se sabe em que pé ficou. Só sei que não andou. Mas o que é pertinente e necessário, realmente, é que produzimos a lei sobre a PTMF, uma lei que responsabiliza as mulheres grávidas, como em Cabo-Verde. Para elas funciona e, à semelhança, também temos que produzir uma lei e também a lei sobre estigma e discriminação, porque há pessoas que ainda são discriminadas; há empresários que ainda têm a tendência de conhecer o estado serológico da pessoa para depois oferecer o trabalho; pode haver também o problema do despedimento em função do conhecimento pelo patrão do estado serológico do trabalhador. Portanto, justifica a gente ter uma lei que proteja

os PVV neste domínio. Agora, outra lei que vai penalizar qualquer cidadão, do meu ponto de vista, vai ser muito, difícil.

**O Sr. Presidente:** — O Dr. Bonifácio deu o seu ponto de vista que não deve haver uma lei para punir pessoas mal-intencionadas, mas há pessoas que lidam com isso no dia-a-dia e nos podem informar ainda melhor. Porque já vi um caso concreto de uma menina — o Sr. Bonifácio sabe porque falei consigo directamente — que sabe que estava doente e foi viver com um indivíduo que nunca teve mulher, porque estava grávida. O marido continua a castigá-la, porque ela também engravidou-se, mas sabia que era seropositiva.

Há outros casos também de jovens que tentam mandar para um centro para fazer análises, que custa cerca de 50 000 dobras, se a memória não me falha e, como lá não exige o Bilhete de Identidade, ela pode mandar uma outra pessoa dar um outro nome, recebe o resultado negativo e pode apresentar ao futuro marido, «olha, está aí, eu não tenho nada, estou boa».

Portanto, por trás disto, há muitas coisas que gostaria de ouvir de outras pessoas, para explicar com mais detalhes.

Tem a palavra a Sra. Deputada Maria das Neves, para uma intervenção.

**A Sra. Maria das Neves (MSLTP/PSD):** — Era só para complementar. Há uma coisa que me tem preocupado, porque já se ouve há algum tempo esse fenómeno «catorzinha» e dizem as más-línguas que a virgindade é uma forma de curar o SIDA. Há muitos homens, não posso confirmar, porque não conheço, mas dizem que há homens que procuram as «catorzinhas», precisamente, porque assim eles sentem-se curados e isso faz também aumentar o fenómeno da pedofilia que sabemos que existe no nosso país.

Queria saber se isso de facto tem alguma relação e se na lei a gente não pode pôr alguma coisa para penalizar e combater essa situação.

**O Sr. Presidente:** — Quero ainda reforçar esta questão.

Isso acontece, geralmente, porque os homens têm uma idade chamada de «idade de crise». A partir dos 45 a 50 anos dizem «já estou a morrer» e têm tendência de aproveitar. Não é só o problema de «catorzinhas», é o problema de crise e ela nos influencia, de uma maneira ou de outra.

Nas mulheres, se a memória não me falha, a partir dos 29, 30, 31 a 35 anos também é o período de crise, que tentam experimentar, porque estão a passar dessa idade e querem aproveitar também.

Vou passar a palavra ao Dr. António Amado Vaz.

**O Sr. Director Executivo da ASPF (António Amado Vaz):** — Sr. Presidente, antes de tudo gostaria de agradecer a esta Comissão pelo convite que nos fez. Infelizmente, recebi tarde a convocatória e não houve a possibilidade de vir antes, mas como já tinha prometido que estaria aqui na primeira oportunidade, cá estou.

Ouvi com atenção a primeira questão, sobre a problemática...

**O Sr. Presidente:** — Não era a primeira questão, falei da experiência vivida de uma senhora que estava infectada e estava a espalhar isso e que contactei o Director do Programa. Estava bem aflito, porque estava a infectar muitos jovens.

**O Sr. Director Executivo da ASPF:** — O ponto de vista da ASPF, vou tratar de falar mais daquilo que pensamos. é que a lei de protecção ligadas ao trabalho e à questão da marginalidade, tudo que mexe com a vida ou com a possibilidade da pessoas perder o emprego, ou problemas sociais ligados a pessoas, vivendo com o HIV/SIDA, deve haver uma lei específica, mas quando extrapola ou passa para o cidadão comum é muito difícil conseguirmos provas, ela pode ser vista como um caso civil normal, tendo em conta que há a intenção de alguém agredir, ou afectar o outro, independentemente da doença. Depois cria o problema que o Dr. Bonifácio falou, que em alguns países foi uma coisa que, de uma maneira ou de outra, afectou os programas de luta contra o SIDA. Agora, no caso específico nosso, penso que é necessário reforçarmos o que são as campanhas de publicidade, de sensibilização e fazer com que as pessoas se apercebam que têm direitos e deveres.

O Dr. Bonifácio falou e vou reforçar, creio que a Assembleia tem um papel muito importante, pelo menos na possibilidade de termos uma lei de protecção às pessoas que vivem com o HIV/SIDA, porque temos assistido e é prática em São Tomé as embaixadas não aceitarem dar vistos só pelo facto de não se entregar o documento que prova que não se está doente, ou que não se é seropositivo. Isso na prática não tem valor, porque a pessoa pode entregar um documento que diz que está tudo bem, como aconteceu com um estudante nosso, que um dia antes de viajar entrou em despedidas e acabou se infectando e foi com o vírus. As análises laboratoriais têm valor, mas para esses casos específicos não têm muito valor prático. Geralmente os testes de aconselhamento e de testagem voluntaria são feitos gratuitamente e os doentes não têm que pagar, mas os casos de análise laboratorial para efeitos de consulta ou seguimento médico normal, os doentes pagam, como qualquer uma, algumas clínicas, com excepção, creio, do hospital. Era um preço mais simbólico, mas creio que actualmente é gratuito.

No nosso caso específico, no caso da ASPF, na clínica, para análise laboratorial, as pessoas pagam 50 000 dobras, por uma questão de sustentabilidade da própria associação, mas quando é teste para conhecer o seu estado serológico, portanto, os testes que fazemos nas unidades móveis, são totalmente gratuitos.

Uma outra questão que também gostaria de trazer aqui, que é muito importante, é a problemática ligada à sensibilização na rádio e na televisão. As nossas rádios e a nossa televisão cobram preços exagerados, são à volta de 50 a 60 milhões para um programa de um ano. No nosso caso, temos um acordo, que era de 4 milhões por mês, que de um dia para outro, por decisão de um director, simplesmente foi aumentado para 16 milhões por programa. Até retiveram o dinheiro lá, porque nem sequer continuamos o programa. Suspendemo-lo e temos a situação que temos hoje em dia, os programas são passados em pequenos *pots*, ou em pequenas notas e não um programa educativo para termos um alcance, a longo prazo, daquilo que seria a medição do nível de compreensão das pessoas em relação à problemática do HIV/SIDA.

Um outro problema que também acho que a Assembleia poderia ter algum papel importante para ajudar a resolver junto ao Governo é a problemática da isenção dos medicamentos e dos quites que as instituições recebem. Mesmo as instituições estatais têm que pagar as Alfândegas, quando deviam ter isenção, da mesma forma que é feita a isenção para produtos de luta contra o paludismo. Portanto, imaginem que um parceiro oferece preservativos e testes de SIDA e a Alfândega e a ENAPORT cobram taxas que são altas, porque trata-se de plásticos, principalmente no caso dos preservativos. Então, o parceiro simplesmente diz: «olha, se temos que vos dar os preservativos e pagar a taxa, é impossível».

Há esse problema e penso que a Assembleia tem um papel importante nisso e, talvez, sensibilizar o Governo para, ou legislar, ou por um decreto ministerial dar isenção, principalmente aos preservativos, que são traduzidos na tabela alfandegária como materiais plásticos e poluentes e, portanto, as taxas são altíssimas e saem quase o dobro do preço do produto.

Outra questão que também achamos importante trazer aqui é a possibilidade dessa Comissão fazer encontros, ou trabalhos com as várias ONG que têm trabalhado na comunidade. Encontro e visitas em comissões, ou em sessões de forma a não só conhecer a realidade no terreno, mas também de apoiar. Temos aqui representantes de pessoas que vivem com o HIV/SIDA, eles têm feito vários projectos em colaboração com a Associação e com outras instituições e há sempre boas perspectivas. Houve um pacote financeiro que seria para essas associações promoverem actividades que pudessem ajudar os seus membros e, infelizmente, segundo as últimas informações que tivemos, tudo isso foi retirado do orçamento. Não sei se é bem isso, mas depois o Director do Programa poderá dizer como é que ficou isso no actual orçamento. De uma maneira ou de outra cria problemas no terreno, porque trata-se de sensibilizar as pessoas para darem a cara, para passarem a mensagem, porque as pessoas têm que, primeiro, aceitar a doença e depois poder falar dela abertamente. Quando não há estímulos, não há como apoiar essas pessoas, elas preferem retirar-se e muitas delas sentem-se, por uma questão até psicológica, amarguradas com a vida e o que pensam primeiramente é transmitir a doença, quer dizer, disseminá-la, em vez de contribuir no esforço geral para a disseminação da doença.

Portanto, acho que a sociedade tem um papel importante na estimulação dessas pessoas, ir buscar outros tipos de emprego, ou outra forma de vida. Creio que é muito importante partirmos para uma estratégia na qual toda a sociedade apoia e todos possamos, de uma maneira ou de outra, contribuir para o bem-estar das pessoas que vivem com o HIV/SIDA.

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — O senhor não nos falou do fenómeno «catorzinha»!

O Sr. **Director Executivo da ASPF**: — Ah, sim, a questão de «catorzinhas».

*Risos.*

Esse fenómeno, a tradição, principalmente nos países da África Austral, onde teoricamente o HIV/SIDA tem índices muito altos, há a crença de que, estando com uma pessoa virgem, por ser uma doença que é adquirida mais por promiscuidade, ou seja, uma pessoa de sangue puro, de sangue novo, vai ajudar, ou vai contribuir para que a doença desapareça, mas isso são crenças que muitas delas são por tradições culturais ligadas à feitiçaria africana desta zona. Então, infelizmente, em São Tomé, principalmente pessoas que vieram do Gabão, que nem é da zona, que já vêm com essa de que as jovens virgens ajudam, ou curam a doença. É pura crença, tendo em conta que se jovem virgem tiver contacto sexual com uma pessoa doente, ou um seropositivo, ela é a pessoas que vai, infelizmente, infectar-se, tendo em conta que vai haver mais sangramento e mais possibilidade de troca de sangue. Como sabe, nem em todas relações sexuais a pessoa pode adquirir o vírus do SIDA. A pessoa pode ter relações sexuais com um seropositivo, mas a probabilidade pode ser baixa, depende de vários outros factores. Normalmente, passamos a informação de que todo contacto sexual com seropositiva, ou com doente do SIDA passa a doença, porque, imagina, se a gente vai tratar de uma situação específica de como se desenvolve o vírus, como passa de uma pessoa para outra, a população vê o problema que temos hoje com o passar da informação, seria muito mais complicado. A verdade é que nem toda relação a pessoa adquire o vírus. Portanto, quando há relações nas quais há mais traumas e há mais possibilidade de troca de sangue, aumentando também a possibilidade de a pessoa infectar-se. Portanto, o problema maior é para as «catorzinhas» e creio que já existe uma lei que mais ou menos protege, de uma maneira geral, as menores de idade, mas a problemática ligada ao HIV/SIDA e a virgindade é algo que é necessário trabalhar-se, sensibilizar as pessoas e passar a informação de que é uma falsa solução e que urge mudar esse hábito e essa maneira de estar na sociedade.

O Sr. Presidente: — O Sr. António Amado falou de «catorzinhas», mas suponho também que haja «catorzinhos».

*Risos gerais.*

Vamos passar a palavra à Sra. Ernestina Menezes, para uma intervenção.

A Sra. Directora do Instituto Nacional da Igualdade e Equidade de Género (Ernestina Menezes): — Sr. Presidente, era só para agradecer a 5.ª Comissão, sobretudo por nos ter convidado a participar nesta sessão.

A questão que a Sra. Deputada Maria das Neves levantou, sobre a legislação, ao nível da nossa instituição e dos encontros que temos tido com outras associações, já se havia levantado, porque entendemos que uma criança não pode estar a depender da boa vontade da sua mãe de decidir se ela vive ou não. Com todos os encargos que isso acarreta para o Estado, acho que há realmente uma necessidade de se criar uma legislação que obriga as mulheres grávidas a seguirem todo tratamento. É verdade que temos que fazer isso e encontrar uma forma mais discreta para evitar que elas depois desapareçam, porque também existe essa possibilidade, como fez referência o Dr. Bonifácio. Normalmente quando já sabem que são portadoras e engravidam-se, estão a agir de má-fé, porque acredito que essa é uma forma de irresponsabilidade e um pouco de má-fé da parte da mãe para com o seu filho, falta de amor e elas podem simplesmente não aparecer nos serviços. Então, temos que ter todo cuidado e acredito que ao nível do PTMF eles saberão como tratar disso, mas a questão é que há toda necessidade de precavermos essa situação.

Relativamente à questão das pessoas infectadas que contaminam a outra propositadamente, francamente estou a reflectir sobre isso, porque realmente acontece esse fenómeno que o Dr. Bonifácio avançou, mas acho que também se tem que encontrar uma forma, talvez seja a que o Dr. António levantou, de vermos ao nível da nossa legislação como é que a pessoa pode ser punida, mas há uma necessidade de realmente responsabilizar, porque sabemos que há pessoas que fazem isso de uma forma deliberada. Já me chegou várias informações, até porque as pessoas confundem-se e dizem «vocês estão a responder para as mulheres, existe essa e aquela situação, o que vão fazer?». Deram-me o endereço, tentei várias vezes entrar em contacto com a dita moça, que dizem que é muito bonita e muito vistosa, para conversar em termos de apoio psicológico, porque acho que está a precisar. Quando começa a ter esse comportamento é porque talvez esteja a precisar de um apoio, mas não consegui encontrá-la. Não sei se ela desconfiou de alguma coisa, mas todas as vezes que marcamos ela não apareceu.

Também soube de pessoas que foram fazer testes com nomes falsos, porque o parceiro ou a parceira exigiu um teste, então pediu outra pessoa para fazer esse teste em seu nome e apresentou. São pequenos casos, mas é verdade que temos que encontrar uma forma de tentar resolver isso.

Outra questão que queria ver com o Dr. Bonifácio é o facto de as mulheres serem o maior número de contaminação. A que se deve isso? Será a nossa promiscuidade? Como é que vamos driblar isso? Ou será, simplesmente, como havia protelado, o facto de que as mulheres serem as que mais se apresentam às consultas? Venho chamando atenção para isso, porque ao nível do nosso país também não temos serviços especializados para homens, porque as mulheres quando fazem uma consulta de ginecologia o médico pede; quando vão, por essa questão natural, ao PMI, o médico pede, e os homens não têm um centro. Essa é uma questão que acho que devíamos debater, para que se possa fazer a sensibilização dos homens, porque se tivéssemos um centro de atendimento ao homem para serviços específicos de urologia, tratamentos rotineiros, mesmo para o estado de saúde reprodutivo do homem, não só da família, talvez se teria mais facilidade em captar esses homens, que para mim andam por aí e como são muito assintomáticos em muitas coisas, acabam não aparecendo.

Então, queria entender se são as cifras que indicam que há mais mulheres infectadas por haver mais mulheres que homens, ou se há mais mulheres infectadas por causa da nossa promiscuidade cultural, de os homens terem várias mulheres.

Não sei até que ponto a 5.ª Comissão nos pode apoiar, porque recordo-me que há 3 anos preparamos uma campanha publicitária para passar na televisão, durante 1 ano, alguns spots que teriam a duração de 30 segundos e pediram-me 100 milhões para que essa campanha passasse. Seriam apenas 30 segundos e passaria duas vezes por dia, durante a programação. Isso foi até o Conselho de Ministros e não se conseguiu que se fizesse com que o spot passasse durante 30 segundos. Somos radio-ouvintes e não se percebe porque é que passa tanta música, que não têm letra nenhuma – as músicas são-tomenses não têm letra nenhuma e mesmo maior parte das estrangeiras as letras não dizem nada, não passam de batuques e músicas electrónicas – que não se cria um espaço para divulgação desses pequenos spots, nem que fosse 10 minutos por dia e seria destinado às instituições. Haveria uma instituição que coordenasse aquele espaço de acordo com a necessidade. Porque tudo isso que estamos a falar não terá impacto se não tivermos a sensibilização. Mesmo se formos fazer a lei, se não houver uma grande sensibilização ela pode ser muito mal interpretada.

O Dr. Bonifácio e o Dr. António são pessoas que estão no terreno, pelo facto de serem políticos e saberem como é difícil chegar às pessoas e como trabalhá-las. Através da rádio e da televisão seria muito mais fácil.

Vejo como uma preocupação o que se cobra por programa, são cerca de 1 milhão por minuto, por spot. Se quisermos fazer um spot que passe 20 dias temos que pagar 20 milhões e somos instituição do Estado, muitas de nós e outras ONG que não têm como ir a busca desse financiamento. Só para dizer que, por exemplo, o Instituto do Género neste momento, todas as actividades que estamos a fazer, ou é por um parceiro, ou é um esforço coordenado, porque nos atribuíram uma verba para este ano que não existe, quer dizer, o fundo de financiamento não existe e estamos com uma fonte de financiamento inexistente, o que implica que durante este ano não podemos

fazer nada. Isso passou a todos os níveis, do Ministério, do Conselho de Ministros e da Assembleia, é um facto consumado. Há 4 meses que venho tentando reverter essa situação que não consigo.

Quero pedir encarecidamente aos Srs. Deputados que levantem pelo menos essa problemática de se criar um espaço, nem que fosse 10 minutos por dia, para que as instituições de caracteres sociais pudessem passar as promoções, porque estar a pagar 1 milhão por minuto para nós é quase impossível.

O Sr. **Presidente**: — Antes de passar a palavra aos nossos convidados, gostaria de passar a palavra ao Sr. Deputado José António, que está a pedir há muito tempo.

O Sr. **José António** (ADI): — Sr. Presidente, antes de mais gostaria também de felicitar o Dr. Bonifácio pela brilhante apresentação, acho que foi bastante elucidativa e nos permitiu ter o ponto da situação relativa à questão do HIV/SIDA em São Tomé e Príncipe, neste momento. No entanto, falou da questão de transmissão propositada e, do meu ponto de vista, é muito difícil resolver-se com uma legislação. Ela de facto ajuda, mas se calhar o mais importante é apostarmos na prevenção, como dizia a Dr. Ernestina.

Reparem, o Dr. Bonifácio fez aqui referência à questão da média por ano de novos casos de HIV/SIDA, temos em atenção aquela explicação toda que deu, se formos ver, ter 40 novos casos em média por ano, há falta de outras informações complementares para se ter de facto a informação real. É um sinal de que a prevenção está aquém das expectativas, porque, como sabemos todos, a saúde tem duas vertentes, que é a preventiva e a curativa e se apostarmos e investirmos bem na parte preventiva, diminuiremos o custo com a parte curativa. Acho que os técnicos da saúde sabem isso melhor.

Outra questão, falou-se do custo com *spot* publicitário, sabemos que é real, o custo é elevado. Porquê não apostarmos mais na sensibilização junto da própria comunidade? É o que se fazia antes, investia-se muito mais na sensibilização junto das comunidades. Por exemplo, as ONG, as associações e organizações juvenis, recordo-me que apoiavam muito nesta questão. Acho que se calhar o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA não deveria, digamos, optar apenas pela sensibilização junto das comunidades, deve também avançar pelos *spots* publicitários, mas tendo em atenção que é muito caro e o Programa tem problemas com o financiamento, deveria apostar nessa sensibilização junto da comunidade, no meu ponto de vista.

Também não sei até que ponto as igrejas podem ajudar nesse sentido, porque sabemos que todos os dias as igrejas estão com a sua comunidade religiosa, também pode ser uma forma de o Programa, convidando esses representantes das igrejas, no sentido de sensibilizá-los para que eles também sensibilizem os seus fiéis, no sentido de aumentarmos o nível de sensibilização. Isso para mim também seria uma saída.

Falou da questão o abandono das pessoas que, inicialmente, têm sido acompanhadas e inclusive usam anti-retrovirais, mas depois abandonam. Depois no fim apercebi-me porque se calhar, como o doutor, não há tal cesta básica que pudesse garantir que essas pessoas tivessem uma alimentação razoável. Como sabem, quando as pessoas estão a ser medicadas, aumenta a necessidade de ter uma alimentação mais equilibrada, comem mais. Assim sendo, não tendo garantia dessa cesta básica, se calhar fogem e não voltam a aparecer para serem de facto acompanhadas. A minha proposta é aumentarmos a sensibilização junto das organizações juvenis e várias ONG que temos aqui e tentar ir até essas organizações, no sentido de ver se elas podem continuar a colaborar, porque faziam isso antes.

Outra questão que também queria ver aqui tem a ver com a distribuição de preservativos. Dos dados que se tem, a transmissão do vírus é mais frequente nos casos de relações sexuais, porque doutor fez referência aqui que por transfusão sanguínea é quase seguro.

Fez também aqui referência que a transmissão neo-natal, ou seja, de mãe para filho, quando as pessoas vão ao hospital há atenção do sector no sentido de fazer com que se evite, ou que diminua esses casos, mas no que se refere às relações sexuais, aqui as autoridades têm pouca possibilidade de controlar.

A questão da colocação de preservativos em vários lugares é verdade, todos encontramos preservativos em quase todos os lugares, mas colocá-los só também não chega. É preciso sensibilizar as pessoas para a utilização do preservativo em caso de relações sexuais.

É a minha contribuição.

O Sr. **Presidente**: — Tem a palavra o Dr. António, para uma intervenção.

O Sr. **Director Executivo da ASPF**: — Era só um ponto sobre a problemática de passarmos mensagens na televisão, principalmente. Penso que na televisão, não sei, há um problema que até me preocupa, porque quando se passa a telenovela no horário nobre, num horário específico em que toda a família está concentrada na televisão, penso que há várias telenovelas que passam ao longo o dia e, na hora nobre, creio que devia ser para coisas de interesse públicos, entre elas publicidades e programas ligados à prevenção da saúde, de maneira geral e, no específico, do HIV/SIDA. Porque a maioria das instituições que trabalham nesta área têm um ou outro apoio financeiro na produção, mas o grande problema é na transmissão, que é mesmo que a televisão faz. Pega em telenovelas do canal livre e coloca. Portanto, pode receber gratuitamente das instituições pequenos *spots* e passar. Simplesmente substituir talvez um dia ou dois programas como as telenovelas e passar isso, sem custos. A televisão sempre reclama que tem custos, mas no caso específico de *spots* feitos por instituições várias, não tem custo para a TV. Portanto, é um falso problema que sempre se levanta.

A outra questão que se levantou também há pouco tempo é a de sensibilização com jovens nas comunidades. Infelizmente, a nossa sociedade está a mudar e as pessoas deixaram ou já não querem fazer trabalhos voluntários. Digo isto por experiência própria. A ASPF sempre trabalhou com voluntários que trabalhavam gratuitamente. Uma ou outra vez, quando tínhamos condições, dávamos um lanche, mas hoje em dia, mesmo garantindo lanches, os jovens dizem «olha, tem que haver algum dinheiro ou um subsidiozinho», senão não vão para o terreno. Portanto, é um problema sério que se põe.

Temos um outro problema, temos grupos de jovens, que está a aumentar, que são seropositivos, rapazes e raparigas que não vêem problema em dizer: «algum me pegou, vou sacar dinheiro e vou resolver o meu problema» e vão à luta, como quem diz: «vou passar a doença e ainda vou catar dinheiro». Tenho jovens que trabalham connosco que são seropositivos e conhecemos casos que dizem mesmo: «doutor, o que é que a gente vai fazer?». Então, ou se cria mecanismos para que as ONG e instituições de caris sociais tenham algum apoio das empresas no País e canalizá-los para essas acções – não sei se a Lei de Mecenato já avançou e se já o permite – para talvez poder mobilizar jovens, pelo menos na época escolar, fazer grandes campanhas de sensibilização e tratar de, não só mudar a mentalidade dos jovens em situação já de risco, aqueles que são doentes e seropositivos, mas também, de uma maneira ou outra, conseguir que haja uma participação para jovens, de forma a podermos mudar a mentalidade e maneira de estar hoje em dia. Penso que há uma perda de valores na nossa sociedade, os jovens dizem «agora é necessário a gente resolver o problema e o dinheiro é que conta» e aquilo que é voluntário e que é de caris social está-se a perder. Por isso é que apostar na sensibilização é necessário, como disse o Sr. Deputado, mas é necessário vermos também que tem custos e que há necessidade de sensibilizar os jovens para acções de prevenção no futuro.

**A Sra. Directora do Instituto Nacional da Igualdade e Equidade de Género:** — Queria fazer um complemento daquilo que o Dr. António falou, relativamente à questão das igrejas.

Pelo menos ao nível da instituição em que estou ligada, fizemos várias tentativas com as igrejas, vários debates com os pastores e os padres, mas o que saia como preconceito da boca deles retraiu-nos, porque eram coisas que sabemos que, se for ao terreno, vão ainda estragar todo o trabalho ou uma grande parte, ao nível do trabalho com o SIDA. Então, nos retraimos quanto à utilização da igreja nessa questão específica do SIDA. A questão da violência e da prostituição, isso tudo bem, mas na questão do SIDA, a experiência não foi lá muito boa. Tem que se ter muita prudência quanto a isso.

**O Sr. Presidente:** — Tem a palavra a Sra. Deputada Maria das Neves, para uma intervenção.

**A Sra. Maria das Neves (MLSTP/PSD):** — Queria reagir a algumas coisas que foram ditas aqui, uma delas é em relação às igrejas.

De facto na questão do SIDA é muito difícil a gente contar com a sensibilização das igrejas, porque elas estão contra o uso dos preservativos. Não há dúvida que reconhecem que é um mal que se tem que debelar, mas nesse aspecto de facto há pouca sensibilização. Sendo assim, só se for para fazer passar a mensagem.

O Dr. Bonifácio dizia que, em relação à responsabilização das mulheres grávidas, é possível fazer-se a lei, também em relação à estigmatização, mas em relação à transmissão é complicado. Julgo que, por uma questão psicológica, também pode ajudar. Vejo aqui nesta lei de Cabo Verde, em relação a transmissão, está um artigo que diz, «Quem transmitir, voluntariamente o VIH será punido nos tipos legais incriminadores deste comportamento, previsto no código penal vigente». Estamos a referir-nos ao caso de Cabo Verde. O que é que queriam dizer com isso? Que a partir do momento que a pessoa saiba que quem transmitir, voluntariamente, é penalizado, psicologicamente pode ter algum impacto. Ouvi dizer que há pessoas que nas bancadas dos cinemas põem agulhas infectadas só para poder dar cabo dos outros. Se calhar pode ser difícil de controlar, concordo plenamente, mas pode também funcionar como uma acção dissuasora, psicologicamente, para que as pessoas não cometam esse tipo de crime.

Outra questão, quando o Dr. Bonifácio falava do sífilis, referiu-se que os homens não aderem e não acompanham muito essa questão do pré-natal e que isso tem sido mais para as mulheres, se bem entendi. De facto aqui na nossa sociedade acho que é muito complicado, porque se quisermos que um homem acompanhe essa fase pré-natal, vamos ter homens que, se calhar, terão que acompanhar *n* casos...

*Risos gerais.*

Porque a promiscuidade é tão grande, que há homens que são capazes de ter três a quatro filhos durante o ano, ou mais. Já houve casos de homens que num só dia tiveram três filhos com mulheres diferentes, portanto, para a nossa sociedade precisamos de fazer muita sensibilização.

Temos um exemplo com a Lei da Violência Doméstica, fizemo-la, ela foi aprovada, mas não quisemos que ela ficasse engavetada e o que é que fizemos? Pedimos o apoio do PNUD que nos ajudou a reproduzir 20 000 exemplares dessa lei. Então, a questão é: fazer lei sobre o SIDA e não deixar na gaveta é fazer essas brochuras e disseminá-las por todos os cantos.

Ainda há dias fui convidada por um grupo de jovens, 120 escuteiros que estavam num acampamento, que me pediram que fosse lá falar sobre a violência doméstica, fui e me fiz acompanhar da lei.

Portanto, terminou o debate distribui essa lei para todos que lá estavam. O que significa dizer que cada um, quando for a casa, leva isso e se o pai não sabia que existia essa lei, fica a saber, toma conhecimento, sabe que o crime de violência doméstica é um crime público, saberá que eles podem denunciar. A mensagem pode passar se houver de facto muita sensibilização.

Por isso, tem que ser uma acção conjunta entre o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA, a ASPF, Associação Apoio a Vida, INPG, a 5ª Comissão, a Rede das Mulheres Parlamentares. Se a gente quiser de facto fazer um trabalho conjunto, julgo que poderá sortir efeito. O que é necessário é começar, porque se quisermos de facto debelar a situação e atingir essa meta de zero, não em 2015, porque está muito próximo, mas podemos até prolongar essa meta, julgo que num trabalho conjunto poderemos conseguir.

Julgo que aqui também a 5.ª Comissão, mesmo na discussão do orçamento e outras coisas temos que ver como defender a questão do orçamento para esse tipo de programa que, de acordo com o Dr. Bonifácio, está a se escassear. O Governo também tem responsabilidade nessa matéria, pode ajudar a reforçar a verba.

A questão de televisão, feliz ou infelizmente a Televisão e a Rádio continua sendo empresas públicas, pertencem ao Estado sãotomense. Se estamos a falar de um mal que tem que ser debelado, julgo que se pode encontrar sensibilidade também no sentido de se reduzir os custos. Claro que se tem que pagar aos profissionais que trabalham nessas instituições, pode-se ver em termos de custos, mas reduzir. Não falar em termos de milhões, estou a ouvir falar de tantos milhões. É algo que não tem fins lucrativos, é necessário para a sociedade, estamos com um fenómeno de degradação de valores bastante acentuado, se há instituições com vontade de ajudar a debelar a situação, porquê para a sensibilização tem-se que gastar tanto dinheiro?

Suponho que para essas reflexões se devia convidar também a comunicação social a estar aqui presente, porque eles também têm um papel muito importante. Por isso, julgo que nos nossos próximos encontros, nesse tipo de reflexão, devíamos convidar também os órgãos de comunicação social a estarem presentes, porque podemos daí mesmo começar a sensibilizá-los no sentido de também ajudarem na divulgação e sensibilização desses assuntos cruciais para o desenvolvimento do nosso país.

O Sr. **Presidente**: — Eu tinha essa ideia e tive o cuidado de perguntar à Sra. Deputada se convidaríamos a comunicação social ou não.

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — Quando o Sr. Presidente falou sobre a comunicação social, entendi que fosse para fazer cobertura. Não disse que era para o debate. Para a cobertura estamos nessa fase preliminar, para saber se vale a pena ou não, e era preciso ouvir esses profissionais. Depois disso vamos começar a fazer barulho, mas para a reflexão poderiam estar.

O Sr. **Presidente**: — Tem a palavra o Sr. Celso Fernandes.

O Sr. **Presidente da Associação Apoio à Vida** (Celso Fernandes): — Bom dia a todos, agradeço pelo convite que nos fizeram.

Gostaria de dizer que o Dr. Bonifácio explicou quase tudo que poderia explicar, é coordenador e conhece melhor do que eu.

Venho em nome da Associação Apoio à Vida, sou Presidente da Associação e lá somos cinquenta e tal membros, todos seropositivos, também estou incluído, somos pessoas carentes, não temos ninguém de renome e somos desempregados.

O Dr. Bonifácio já falou da cesta básica que ajuda muito, porque a pessoa que vive com o HIV/SIDA e faz anti-retrovirais necessita de muito apoio. Quando digo apoio, é de um modo em geral. A fazer medicação exige alimentação e se as pessoas não trabalham, nem têm apoios familiares, têm pessoas que os familiares isolaram, isso tem que ser bem falado, porque com o anterior governo havia uma quantia de 500 milhões para ser transferida para a conta da Associação juntamente com os deficientes físicos, mas depois com a queda do governo não foi orçado para a Associação, mas sim para os deficientes físicos.

Eu tirei o meu dinheiro e fui fazer um projecto de criação de gado para a Associação, já tinha um terreno para criar trabalho para as pessoas que vivem com o HIV/SIDA, um projecto bem elaborado que pedi ao próprio director da Pecuária para elaborar e hoje tudo ficou assim.

A Associação é a primeira e única em São Tomé e Príncipe, por isso fico um pouco triste. Somos a primeira e única no País, mas não estamos a ver o apoio que merecemos. Eu pessoalmente já dei cara, vou ao terreno, não estou a fazer isso para ganhar qualquer coisa, mas estou a ajudar São Tomé e Príncipe e, falando bem, ajudo o Ministério da Saúde, mas vejo que a Associação não está a ser bem vista.

Recebemos um espaço agora no Centro de Endemias, mas não temos um computador. Uma e única Associação em São Tomé e Príncipe com um espaço já há 4, 5 anos, sou Presidente já há 2, 3 anos, já corri quase todo o lado à procura de um computador e não consegui. Tirei dinheiro, fiz uma mesa e duas cadeiras e um lugar para arquivo, mas não temos um computador.

Qual é a vontade que a Associação vai ter para ajudar contra a discriminação, sensibilização, essas coisas todas? Temos que começar a pegar nas coisas para trabalhar. As pessoas da Associação são

pessoas que vivem com o HIV, são pessoas que podiam estar no terreno, mas somos nós que ficamos na retaguarda com o nome da Associação Apoio à Vida, mas estamos meses, anos sem nenhum apoio.

O anterior governo falou de empréstimos, uma serie de coisas, mas não vimos. Também estávamos a contar só com aquela quantia que era para cair na conta da Associação, mas não chegou a cair. Não sei se é porque o governo caiu, mas depois que veio outro governo não estamos dentro e assim não temos como trabalhar. Vamos trabalhar como?

Somos uma e única Associação e não estamos a ver apoio. As pessoas que estão na Associação a maioria fazem medicação com anti-retroviral e são desempregadas. Para fazer essa medicação temos que ter uma boa alimentação, somos desempregados e não temos como alimentar-nos bem, ficamos sem palavra.

O Sr. **Presidente**: — Obrigado Sr. Celso Fernandes, é uma preocupação grande, mas quero dizer que foi a Assembleia que introduziu esse dinheiro no orçamento. Cortamos no dinheiro de viagens e pusemos para deficientes físicos e para a Associação Apoio à Vida, mas o nosso país tem problemas de financiamento e já na saída do Dr. Patrice Trovoada é que começou a cair dinheiro e não houve tempo. Com a queda do Governo do Dr. Patrice Trovoada, houve o novo orçamento que foi feito a pressa, por isso talvez não houve atenção em relação a esse caso, mas espero que não cruzem os braços, voltem ainda a falar disso, talvez se poderá dar-vos maior atenção.

Tem a palavra o Sr. Deputado Hélder das Neves.

O Sr. **Hélder das Neves** (MLSTP/PSD): — É para complementar a Sra. Deputada Maria das Neves com relação a algumas leis que fazemos aqui na Assembleia e se engaveta.

Na Lei da Violência Doméstica sei que há alguns artigos que pune severamente o parceiro que afecta o outro propositadamente. É nesse sentido que há necessidade de publicitar essa lei, não só implementá-la de forma a punir os infractores que vierem a ser apanhados nesses casos.

O Sr. **Presidente**: — Tem a palavra o Sr. Deputado Martinho Domingos.

O Sr. **Martinho Domingos** (ADI): — Estamos aqui para tentar facilitar esta questão dos portadores do SIDA e o alastramento dessa doença em São Tomé e Príncipe. Certamente que não podemos fazer nenhum sem as pessoas que trabalham ligado ao processo.

Os técnicos, pelo menos todos que me antecederam, mostraram que estão dentro da matéria e podem fazer muito para inverter a situação em São Tomé e Príncipe, mas depende também do financiamento, porque há custos. O nosso objectivo é para que eles nos convençam para fazer leis para certas questões, como foi dito aqui em relação à transmissão de mãe para o filho, de estigma e discriminação, nesse sentido acho que poderemos fazer algo. Acho que nos convenceram a avançar com isso.

Embora de mãe para filho é um bocado complicado, se vamos ver a nível nacional a cobertura que têm feito, não sei se tem chegado a todos os pontos de São Tomé e Príncipe, se todas as mulheres têm feito consultas pré-natais para ver as condições das mães.

Depois a lei que podemos vir a fazer pode pôr em causa certamente o número de mulheres que têm procurado esse serviço. É uma questão que teremos que discutir calmamente e ver se faz sentido avançarmos.

Acho que teremos que fazer a lei sobre estigma e discriminação. Se relacionarmos com a lei dos deficientes físicos, podemos basear nesta lei, vendo mesmo os portadores do HIV para responsabilizar o Estado em partes para contribuir nesse sentido.

Poderemos estudar calmamente o caso do desemprego e ver qual é a possibilidade que poderemos ter.

Há outras questões que poderemos tentar ver nesse caso de sensibilização. Acho que o PNLS (Programa Nacional de Luta contra o Sida) e outras instituições podem tentar fazer um programa a nível nacional, envolver muitas instituições e órgãos de soberania para tentarmos levar a cabo e ter algum efeito.

Depois do programa podemos tentar fazer análise, ver o que conseguimos e tentar passar para outro nível. Para dizer que estamos preocupados com essa questão e é por isso que no âmbito da 5.ª Comissão pedimos a presença dos técnicos ligados ao assunto, para tentarmos analisar.

O Sr. **Presidente**: — Tem palavra o Dr. Bonifácio Sousa.

O Sr. **Coordenador Nacional de Luta Contra o SIDA**: — Vou esclarecer algumas questões que foram levantadas. Vou começar pela questão da televisão, da rádio e da actividade de sensibilização como proposta que fez o Sr. Deputado José António Miguel.

É verdade que a sensibilização junto da comunidade em termos de custo é muito superior quando comparada com uma transmissão a nível da TVS. Ela envolve combustível, acessórios, pagamento de subsídio de pessoal afecto a essa actividade, o custo é muito superior. Tanto é que temos uma equipa nacional constituída por várias ONG; temos o PNLS, Associação Apoio à Vida, ASPF, Médicos do Mundo,

formamos uma equipa nacional e fazemos acções de sensibilização no terreno e fazemos isso todos os anos.

No dia 21 de Junho, dia da música, fizemos sensibilização, conseguimos testar por volta de 200 pessoas, em que apanhamos um positivo, mas é uma actividade que para ter sustentabilidade é necessário que haja um financiamento garantido.

Estamos a fazer essa actividade a nível do ano todo com um financiamento da Saúde Reprodutiva que de vez enquanto aparece e há momento que não aparece. Actividade programada para um ano, num ano fazímos 2, 3 trimestres por falta de financiamento. No ano passo conseguimos, através desta actividade, cobrir todo o País a nível de acções de comunicação para mudança de comportamento e testagem em que testamos por volta de 5 000 pessoas.

Chamamos isso de testagem voluntária, o GATV, depois tem a testagem que se faz dentro da instituição de saúde. De vez em quando também convidamos a TVS para o terreno para tirar algumas imagens, mas aí é que está o problema. Todo o spot que a gente produz e que negociamos com a TVS, só passa uma vez. O que significa um spot passar uma vez?

Ultimamente, produzimos uma dramatização sobre questões de violação sexual, que sabemos que é um problema grave em São Tomé e Príncipe e cada dia tem vindo a aumentar e que é um grande risco de aumento da transmissão do VIH e não só, nessas circunstâncias. Além de formarmos os técnicos, produzimos algoritmos para dar cobertura. Com a equipa de «Nós por Cá» produzimos uma peça, levei a peça à TVS e só passou uma e única vez. Numa negociação o senhor da TVS disse que cada minuto custaria 1 milhão e a dramatização tem 15 minutos. Iria custar 15 milhões por cada transmissão, isso é impossível. Depois o senhor disse que por se tratar de Estado com Estado, não sei quê, haverá uma redução. Mesmo com essa redução que ele fez tínhamos que pagar 6 milhões por semana.

Um outro detalhe é que o programa não tem dinheiro para dar resposta, os financiadores é que nos dão dinheiro para cobrir algumas actividades, mas essa questão de spot através da TVS dizem que não. Dizem que é do Estado cabe ao Estado assumir.

Houve um acordo que se fez com o Ministério da Saúde e a Comunicação Social há 2 ou 3 anos que deixou de funcionar, o acordo foi abaixo. Leva-se um spot para passar na Rádio, eles exigem dinheiro e a TVS, como sabemos, muito mais.

No dia 1 de Dezembro, dia mundial do SIDA, falamos, eles garantem passar 2, 3 dias, depois disso nada mais, a peça fica produzida, não é questão de produção, é questão de passar, como disse o Dr. António Amado Vaz.

Em quantos momentos as novelas passam durante o dia? Ainda que passassem uma ou duas vezes por semana, durante 10 ou 15 minutos. O que é que a TVS ganha com as novelas? Não ganham nem gastam nenhum dinheiro.

Já se consegue com os financiadores criar uma verba para produzir as peças e a Televisão só tem a responsabilidade de passá-las como contributo do Estado na Luta Contra o VIH/SIDA. Estamos a falar de SIDA e não só, mas exigem dinheiro e o programa não tem dinheiro. No OGE alocou-se verba numa rubrica que não existe.

Os financiadores dizem que despesas com o pessoal, passagem de spots e essas coisas todas ficam a cargo do Estado. O Estado também tem que assumir. Só para dizer que a actividade de sensibilização no terreno o custo é muito superior, mas mesmo assim estamos a fazê-lo. Ultimamente, em função disso, criamos uma rede denominada «VIH São Tomé e Príncipe» e essa rede já tem estatuto, já tem tudo e está na fase para que o Ministro da Saúde reconheça a rede. É uma conjugação de esforço de todos aqueles que estão envolvidos na Luta Contra o VIH/SIDA, para tentar realizar algumas actividades que achamos importantes que não temos meios agora para o fazer.

Na rede há quem dá cinco litros de combustível, três, dois litros, de forma a sairmos para o terreno, com a Associação Apoio à Vida que joga um papel importante.

Qual é o papel da Associação Apoio à Vida nessa equipa de sensibilização no terreno? Os Srs. Deputados podem não ter visto, mas podem ouvir falar que as pessoas vão para o terreno e dão o seu testemunho. Dizem que têm SIDA, vivem com isso, que é bom fazer o teste.

As pessoas vão, tanto é que há pessoas que nem acreditam que eles estão infectados e os mesmos são obrigados a fazer o teste para justificar, quando a população questiona sobre o seu testemunho.

Como consequência disso, aumentou muito a adesão das pessoas ao teste, hoje em dia muita gente já o faz.

Ultimamente, estivemos no Parque Popular, trabalhamos até quase 1 hora da madrugada, no festival do dia 21. Eu, a minha equipa, PNLS e a Associação Apoio à Vida. Eu pessoalmente fui fazer os testes. A procura era muito superior para o número de técnicos que estavam a fazer os testes. Eu tinha que ir, como dizem os brasileiros, pôr mão na massa. Fizemos 91 testes no Parque no dia do festival. Médicos do Mundo trabalhou à frente do Ministério da Saúde e igrejas também estão connosco. Temos duas igrejas na luta contra o SIDA, uma é a Igreja Adventista do 7.º Dia, tanto é que criamos um gabinete, constitui ponto de notícia, há um gabinete de testagem, onde as pessoas daquela Igreja fazem o teste, há camisinhas, muito embora a igreja aposte na fidelidade, mas há preservativos, porque dentro da igreja também há pessoas infectadas. Há preservativos, há testes, há acções de sensibilização dentro da Igreja Adventista do Sétimo

Dia. A Igreja Adventista fez CMC e testagem em Riboque Capital, o PNLS esteve no Parque Popular e a ASPF foi à Vila de Batepá. É uma equipa formada pelas ONG que vão ao terreno fazer o trabalho de sensibilização e testagem voluntária. A Cruz Vermelha também vai fazer parte dessa equipa que também tem vindo a fazer este trabalho.

Há uma ONG denominada Rede Cristã na Luta Contra o VIH/SIDA, mas só que essa rede devia envolver várias ceitas religiosas, mas essa rede só está formada por uma ceita que aceitou e que está levando o trabalho avante, que é a Igreja Evangélica. Já fizemos testagens na Igreja Evangélica, em várias filiais da Igreja Evangélica. A Igreja Católica é só em termos de representatividade.

Há algumas ceitas que não aderiram, são aquelas que dizem que fazem milagres, que curam, são ceitas mais difíceis de serem trabalhadas. Com as Igrejas Adventista do Sétimo Dia e Evangélica já organizamos e só falta criar um posto de atendimento a nível da Igreja Evangelista, porque a Adventista já o tem, de forma que as pessoas possam fazer os testes, os casos são captados e vão sendo seguidos a nível do serviço de Saúde, distribuição de preservativos e todo esse processo.

Só a título somatório, em 2010 fizemos 19 000 testagem e apanhamos 80 positivos. Se calculássemos em termos percentuais, estaríamos numa prevalência de 0,8%. Este ano, como disse, vamos conhecer a nossa prevalência, porque estamos agora no mix, vai-se fazer a prevalência e os resultados estarão disponíveis em finais de Dezembro. Isto é com relação a igrejas e com CMC nas comunidades.

Há uma pergunta que a Dra. Ernestina Menezes levantou, se haveria mais mulheres infectadas. Segundo o estudo do IDS, eu disse que não haveria diferenças significativas em termos de prevalência com relação ao sexo masculino e o sexo feminino, mas o que se nota no terreno é que são mais as mulheres, não só no terreno como nos serviços de Saúde, que buscam os serviços de saúde e testagem. A procura do serviço de saúde e a procura de testagem na comunidade é feita mais pelas mulheres. Depois dia-a-dia mesmo pode-se ver. Num centro de Saúde vê-se 15 mulheres para 2, 3 homens, mas sabemos que quem morre mais são os homens em relação às mulheres, porque os homens não procuram os serviços de Saúde.

Com relação a infecção, pelo menos no estudo do IDS em São Tomé e Príncipe, não há diferença. Não podemos dizer que há uma tendência de feminização, porque uma está 1,7 e outra está em 1,3.

Falou-se de leis, concordo plenamente com a Dra. Maria das Neves, se bem que vai ser difícil a gente poder provar a intuição da criminalidade num seropositivo, mas num dos projectos-lei podemos introduzir um artigo que vai penalizar alguém que voluntariamente infectou o outro. Não criar uma lei separada só para era situação, mas introduzir o artigo num dos projectos, sobretudo no projecto do PTMF, da mãe grávida. Pode-se introduzir que qualquer acção voluntária de passar a infecção a outrem deve ser punida, isso concordo plenamente. Agora, a questão de poder provar isso já é um outro problema.

Realmente é possível, porque temos pessoas registadas no nosso programa. Se alguém vier queixar de que tal fulano o infectou propositadamente e sabemos que esse fulano está registado no nosso programa, é uma prova de que ele passou propositadamente a infecção. Estabelece em que período teve o relacionamento. Se o indivíduo está registado no nosso programa há mais de 5 anos e o parceiro vem com uma queixa que se relacionou com ele e ficou infectado, mas há outra coisa. Ele(a) poderá dizer que antes de envolver-se com ela(e) não sabia o seu estado serológico. E como é que a gente vai provar isso? Ele(a) tinha que fazer o teste antes de se envolver. A questão de provar é um bocado complicado, mas realmente temos que introduzir um artigo que penalize casos desse tipo.

Todo o nosso problema prende-se com a falta de financiamento. Fizemos actividades de CMC, fizemos o trimestre dois, produzimos o relatório, mas não há dinheiro para dar continuidade ao arranque. Queremos já no sábado partir para o terreno, mas não temos combustível e estamos a ver entre rede o que cada um pode dar. Da outra vez ASPF já contribui, mas também está com problemas, todos nós estamos com problema, mas estamos a tentar ver como realizar essa actividade.

Temos visita domiciliar que deve partir duas vezes para não sei onde, ainda que seja Santa Catarina, Guadalupe, Mato Cana, para ir ver os doentes. Mas o Combustível, pneus! Eu tenho pessoas que apoiam no programa já há 2 anos que não recebem nenhum incentivo, mas disseram que já chega. Estou a tentar ver com o Ministro da Saúde, para arranjar um incentivo, porque eles vinham a trabalhar com o subsídio do Fundo Global. Este Fundo na altura dava um subsídio às pessoas, mas desde 2009 que a nova vertente do Fundo Global não paga subsídio a ninguém, nem cumprimento das actividades. Já estamos num semestre que não desbloquearam ainda verba para o cumprimento das actividades. Essas pessoas estão ligadas ao manejo de casos, significa que estão ligadas directamente aos doentes. Dão medicamentos, assistem os doentes, essas coisas todas e há 2 anos que não recebem nenhum tostão, estão a trabalhar gratuitamente, é mesma coisa como coordenador. Como coordenador não recebo nenhum centavo. O meu salário é apenas de técnico como médico, há 2 anos. Mas estamos a trabalhar. Toda essa exigência do Fundo Global e outros parceiros, estamos lá, mas não estamos a receber incentivos. Queremos que as coisas possam andar, criamos estruturas, criamos equipas. Sabemos como é que é em São Tomé, como disso o Dr. António Amado Vaz, hoje em dia as pessoas não querem fazer nada sem receber algo em troca. E lidar com doentes crónicos não é fácil, tem-se que ter muita paciência, muito tempo disponível para poder lidar com essas pessoas, está aí o Sr. Celso Fernandes que o diga, não é fácil e sem dinheiro vai ser um bocado

difícil. Temos estrutura, temos equipa, temos tudo em termos de estratégia, o que nos falta é como fazer funcionar, falta-nos dinheiro.

O Sr. Presidente: — Tem a palavra a Sra. Deputada Maria das Neves.

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — Sr. Presidente, antes de mais, eu queria saudar o Sr. Presidente da Associação Apoio à Vida, pelo seu dinamismo, coragem, pela forma como defende esta causa e dizer que estamos cá precisamente para dar apoio, na perspectiva de encontrarmos todos a melhor saída para o nosso país.

Justifica de facto que a gente tenha essa lei. Só na mesma lei estão todos os aspectos da responsabilização das mães, de acabar com a discriminação. Vejo aqui artigos muito importantes, «Acesso a cargos públicos ou electivos. «A ninguém poderá ser negado, sob qualquer forma, o direito de se candidatar a uma função electiva ou uma função pública com base na sua seropositividade, confirmada ou suposta»; «Acesso a crédito e aos seguros. A ninguém pode ser recusado o acesso a crédito e aos empréstimos, assim como os de seguro por doença, acidente, de vida, com base na sua seropositividade confirmada ou suspeita». «Impedimento aos direitos de deslocação e alojamento», há uma série de coisas que ajudam a acabar com a discriminação. «A ninguém pode ser recusado o acesso ao serviço no estabelecimento de saúde público privado, nem pagar um preço mais elevado pelo mesmo serviço devido ao seu estado serológico ao VIH». A questão de acesso ao estabelecimento do ensino. Julgo que é uma lei que se adoptarmos poderá ajudar muito a acabar com a questão de estigmatização e discriminação dos seropositivos. Daí o que é necessário é que haja consenso e julgo que esta é uma primeira reflexão que se começou. A Rede das Mulheres Parlamentares brevemente irá fazer uma visita ao Programa Nacional de Luta Contra o SIDA com esse mesmo propósito, na perspectiva de recolher elementos, porque aqui há a 5.<sup>a</sup> Comissão, há a Rede das Mulheres Parlamentares, alguém tem que ter iniciativa para que depois se possa analisar, mas é uma questão que tem que envolver toda gente, toda a sociedade, de modo a podermos debelar essa situação. Julgo que valeu a pena este encontro.

O Dr. Bonifácio falava muito da questão de custo. Julgo que é uma questão também de coordenação das ajudas. Vemos tanta gente envolvida, porque quer ajudar a acabar com o paludismo, muitos financiamentos porque quer ajudar a acabar com a pobreza, isso também é uma forma de acabar com a pobreza.

O Sr. Celso Fernandes dizia aqui que têm projectos, só falta financiamento. Portanto, no âmbito do Projecto de Luta Contra a Pobreza podia-se também encontrar um financiamento para ajudar, porque eles estão disponíveis para trabalhar com a Saúde e disse que estão todos desempregados.

Julgo que é uma questão de coordenação das ajudas e o Parlamento também tem um papel importante. Quando se estiver a discutir aqui os vários financiamentos dos parceiros, saber como ajudar também a reorientar esses financiamentos, de modo a que se possa encontrar financiamento para essas causas que são muito importantes e que todos temos que contribuir para ajudar a debelar a situação.

Como é que o Programa de Luta Contra o SIDA não tem dinheiro para pôr combustível, para ir ao terreno? Se calhar a Rede das Mulheres Parlamentares, quando for fazer a visita lá, vai levar a comunicação social para o Sr. Director dizer essas coisas publicamente, para ver se conseguimos sensibilizar outras pessoas para que possa começar a encarar isso a sério.

O Sr. **Coordenador Nacional de Luta Contra o SIDA**: — Director do CNE. É uma instituição que tem um director, sou apenas o coordenador.

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — Ok. Mas a visita vai ser só com o Coordenador ou com o Director? Porque estamos a incidir sobre o SIDA.

O Sr. **Coordenador Nacional de Luta Contra SIDA**: — Com o Programa.

A Sra. **Maria das Neves** (MLSTP/PSD): — Com o Programa. Que o Coordenador do Programa nos ajude também. Costuma-se dizer que «água mole em pedra dura, tanto bate até que fura». Se todos começarmos a bater, a gente vai encontrar alternativas e julgo que com a colaboração de todos poderemos ter a lei que possa ajudar também nessa situação.

O Sr. Presidente: — Tem a palavra o Sr. Deputado José António Miguel.

O Sr. **José António** (ADI): — Mais uma vez, agradeço os nossos convidados, sobretudo o Dr. Bonifácio, pela forma tão clara como explica as coisas, também o Sr. Presidente da Associação Apoio à Vida. Por acaso, ficamos todos muito sensibilizados, há toda a necessidade de dar mais apoio a essas instituições, também a ASPF.

O Dr. Bonifácio está de acordo comigo, quando fala da questão de sensibilização, porque não vamos sensibilizar apenas as pessoas que eventualmente devem recorrer aos centros para fazerem testes de forma voluntária, não vamos sensibilizar as ONG no sentido de mobilizar as outras pessoas, mas vamos

sobretudo sensibilizar as pessoas que têm cabeça mais dura ainda. Se o Programa não tem apoio financeiro, é porque falta sensibilização também. As pessoas que devem decidir, mobilizar recursos para apoiar o Programa precisam estar sensibilizados. Muitas vezes, temos por hábito entregar toda a responsabilidade aos coordenadores, aos directores dos programas e das instituições, sem analisarmos que o problema do SIDA não é de Luta Contra o HIV/SIDA, não é o problema do Dr. Bonifácio, que é o Coordenador do Programa.

Daí que falo também da questão de sensibilização, é preciso sensibilizar a todos os níveis. Tal como estamos cá, se calhar o próprio Governo precisa estar sensibilizado. Eu e o meu colega estávamos a falar do Festival Gravana e quando o doutor falou disso dei conta logo. É preciso aproveitarmos todas as ocasiões para passarmos essas mensagens. É verdade que envolve custos, mas temos que aproveitar.

A questão do desporto. Todos os fins-de-semana temos campos de jogos com futebol, futsal, por aí fora. Se tivéssemos possibilidades, em termos financeiro, daí que falo outra vez na questão de sensibilização, aproveitaríamos sempre essas ocasiões para passarmos a mensagem. Disse a Sra. Deputada a bocado, «água mole em pedra dura, tanto bate até que fura».

**O Sr. Presidente:** — Tem a palavra o Sr. Deputado Martinho Domingos.

**O Sr. Martinho Domingos (ADI):** — Foi dito aqui a questão do spot publicitário, isenção dos produtos ligados ao SIDA. Já vimos que o Programa é do Estado. Então, estas instituições ligadas ao Estado devem estar também sensibilizadas. É um pedido que foi feito à 5.ª Comissão, a possibilidade de ajudar nesse sentido e não sei o que podemos fazer para juntos à comunicação social, mesmo junto ao Governo, vermos essas questões de isenção.

É uma pergunta que deixo ficar e não sei qual é o tratamento que podemos dar.

**O Sr. Presidente:** — Tem a palavra a Sra. Deputada Maria das Neves.

**A Sra. Maria das Neves (MLSTP/PSD):** — Na base dessa reflexão, fiquei com a plena sensação de que há necessidade de avançarmos para a feitura da lei. Queria aqui já lançar um desafio ao Sr. Coordenador do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA, à Sra. Directora do INPG, ao Sr. Responsável da ASPF, ao Sr. Presidente da Associação Apoio à Vida, no sentido de colaborarem connosco na feitura dessa lei.

Julgo que vamos recolher o vosso subsídio, porque são pessoas que estão mais dentro do assunto. Fazemos leis, mas sem os vossos *inputs* não podemos fazer.

O Coordenador do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA deu-nos aqui bastantes elementos, porque a gente precisa fazer uma nota explicativa bem profunda. Se poder facultar-nos algum dados, seria bastante bom. Depois de termos esses dados vamos recolher o vosso subsídio para ler, mas uma vez tendo um primeiro *draft* da lei, gostaria de sugerir que tivéssemos um encontro outra vez aqui, ainda mais alargado, envolvendo também a Rede das Mulheres Parlamentares, para que junto reflectirmos, porque não se vai fazer uma cópia da lei de Cabo Verde. Vamos sim fazer a lei baseada na nossa realidade, ver o que nos interessa e o que não nos interessa para termos uma lei que seja consensual antes de submeter a Assembleia Nacional, para que ela seja aprovada.

**O Sr. Presidente:** — Quero dizer que vamos trabalhar todos nessa legislação.

Tem a palavra o Sr. António Amado Vaz.

**O Sr. Director Executivo da ASPF:** — Entendi o que disse a Dra. Maria das Neves e gostaria de dizer que a ASPF tem uma Comissão Jurídica que também trabalhou bastante numa proposta de lei de Moçambique e outra que veio, creio, de Portugal. Temos o prazer, ainda nesta semana, de fazer a entrega dessas duas cópias que a nossa Comissão está a trabalhar, talvez poderá contribuir, tem lá também bastante subsídio. Gostaria que a Comissão tivesse nessa problemática de HIV/SIDA um papel muito importante de advocacia e promover, não só para a lei, mas também, pelo menos, trimestralmente encontro onde pudessem estar todas as instituições que lidam com essa problemática que penso ser muito importante para o contributo e desenvolvimento do País.

Também aproveito já esse momento para dizer que ouvi atentamente o pedido que foi feito pela Associação Apoio à Vida. Eu comprometo-me em disponibilizar até finais de Agosto, talvez no aniversário da ASPF, um computador, não prometo que seja novo, mas vamos fazer um esforço para, durante o aniversário da ASPF, oferecer um computador à Associação Apoio à Vida e aproveito para convidar Vossas Excelências a estarem no acto central do 18.º aniversário da ASPF, que será no dia 24 de Agosto.

**O Sr. Presidente:** — Quero dizer que a legislação não é um patamar que vamos atingir, é um passo, que todos compreendam isso, mas vamos trabalhar nisso. Falou-se aqui de fazer sensibilização. A sensibilização não é só para os doentes. O que entendi na intervenção do Sr. Deputado José António é que podemos fazer sensibilização mesmo para os órgãos de comunicação social e ele tem toda a razão. Eu também tenho tido problemas na transmissão do programa «Prevenção e Segurança Rodoviária», mas

consegui contornar isso namorando um técnico da rádio que passou a gostar e passei a fazer o programa grátis. Toda gente tem que fazer trabalho de casa, falando com os diversos sectores, não é só mandar o documento.

Em relação ao projecto, penso que teremos oportunidade de falar com o Ministro da Agricultura e vermos essa situação, mas seria bom, não sei como é que está esse projecto, se já apresentou ou não ao Ministério da Agricultura, porque há agora essa questão de criação de gado. Tem que ter a associação devidamente reconhecida, no último caso tem que alterar o estatuto da associação, para se enquadrar também nesse aspecto, tem que afinar todos esses aspectos. Mais tarde, porque provavelmente vamos chamar o Sr. Ministro da Agricultura, podemos fazer qualquer corredor em relação a isso, mas temos que ter as coisas à mão, coisas concretas e fidedignas.

Em relação às Alfândegas, sabe-se que o Governo não pode de um dia para outro reduzir impostos, existe a Lei SAFE, tem que haver boa vontade. Não sei explicar isso muito bem, mas de qualquer forma o Governo não pode tomar decisão de um dia para outro, mas podemos questionar alguma coisa e, por último, tem que haver o envolvimento de todos.

São pequenas anotações que tomei e espero que possamos trabalhar nesse aspecto para melhorar.

Tem a palavra o Dr. Bonifácio Sousa.

**O Sr. Coordenado Nacional de Luta Contra o SIDA:** — O Presidente da 5.ª Comissão levantou alguns problemas que numa zona há uma jovem infectada que supostamente estaria a envolver-se de uma forma intencional com os outros jovens. Informou-me, tomei conhecimento, não posso fazer nada, o senhor como Deputado da zona, com conhecimento, não pode fazer nada e ficamos nós os dois a ver e passou-se. Estava a ver se é possível, dentro da lei que vamos criar, introduzir um artigo sobre a notificação dos parceiros.

**A Sra. Maria das Neves (MLSTP/PSD):** — Notificação?

**O Sr. Coordenado Nacional de Luta Contra SIDA:** — Sim. Notificação dos parceiros. A jovem está registada no Programa, assim que ela é registada, notifico o seu parceiro de uma forma obrigatória e o mesmo terá x dia para aparecer. Se não aparecer, a entidade, pessoal ou policial, vai lá à busca. Chama-se notificação obrigatória dos parceiros, com relação às DST, se é possível introduzir.

Temos que pensar nessa questão, uma vez que estamos a trabalhar esta lei, porque realmente o Sr. Deputado diz, tomei conhecimento, mas não posso fazer nada. É deputado lá da zona, mas não pode fazer nada. Mas, havendo uma lei sobre notificação obrigatória, automaticamente o Programa ou onde ela está a seguir notifica e solicita que traga a parceira para poder informar ao parceiro e dar seguimento ao mesmo.

**O Sr. Presidente:** — Obrigado Dr. Bonifácio. Isso é uma fase muito avançada, ainda estamos na fase preliminar. A lei vai ser admitida, vai para as comissões para ser trabalhada. Estamos numa fase ainda muito primitiva, mas tarde poderemos fazer isso.

O certo é que estive aflito, porque o parceiro é marido de uma senhora que conheço, é minha família, não sabia como defendê-lo. Não podia informá-la, portanto, vivia uma situação de aflição.

Podemos tratar desses pormenores mais tarde, mas de qualquer forma é importante que faça isso por escrito para analisarmos.

Não havendo mais nada, gostaria de agradecer a todos que deram o seu contributo para o enriquecimento desta reflexão, já criamos mais ou menos base para podermos seguir e seria bom que todo mundo, directa ou indirectamente, desse a sua contribuição.

Muito obrigado e até a próxima.

Declaro encerrada a reunião.

*Eram 12 horas e 30 minutos*