



Ministério da Saúde e  
da Segurança Social



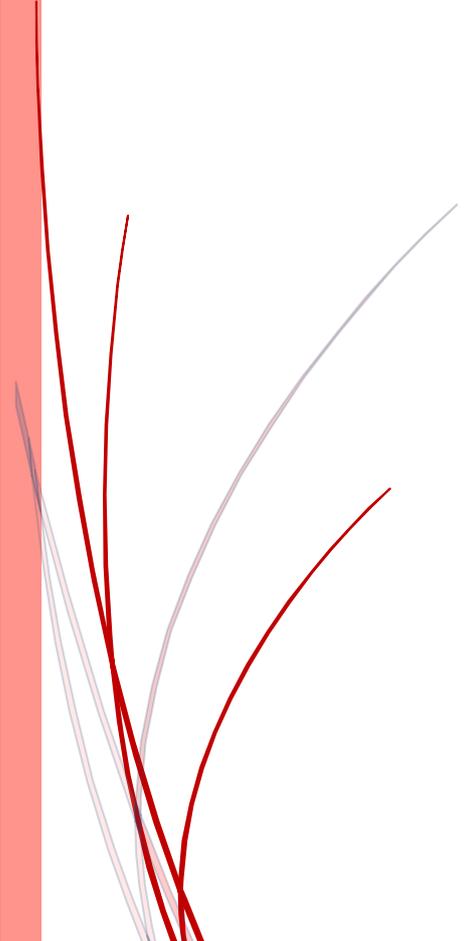
**Fonds mondial**

de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme



**ESTUDO BIO COMPORTAMENTAL SOBRE A  
VULNERABILIDADE DAS PESSOAS COM DEFICIENCIA  
FACE AO VIH / SIDA EM CABO VERDE**

**RELATÓRIO DE CABO VERDE**





### Alguns Indicadores VIH-Sida em Cabo Verde

Indicadores	Pessoas com deficiência (2018)	Usuarios de drogas (2017)	Trabalhadoras de sexo (2017)	Homens que fazem sexo com (2017)	População geral (≥15 anos) (2005, 2012)	Fonte
<b>Prevalência do VIH</b>	2,3%	3,1%	4,6%	6,1%	0,8%	CCS-SIDA /INE, MS
- Feminino	1,7%	4,2%	4,6%	-	1,1%	
- Masculino	3,5%	3,1%	-	6,1%	0,4%	
<b>População que já ouviu falar de VIH/SIDA</b>	89,4%	98,8%	98%	98,8%	99%	CCS-SIDA /INE, MS
- Feminino	91%	98,2%	98%	-	99,9%	
- Masculino	89,4%	98,6%	-	98,8%	99,8%	
<b>Conhecimento correto e rejeição de crenças erradas</b>	47,5%	25,2%	45,1%	50,8%	56,7%	CCS-SIDA /INE, MS
- Feminino	49,0%	37,5%	45,1%	-	63,6%	
- Masculino	44,7%	24,5%	-	50,8%	49,7%	
<b>Percentagem que declarou ter relações sexuais por troca de dinheiro/recompensa</b>	9,9%	22,4%	90%	79,2%	4,5%	CCS-SIDA /INE, MS
- Feminino	6,4%	23,3%	90%	-	-	
- Masculino	16,1%	29,3%	-	79,2%	4,5%	
<b>Percentagem que já fez teste e recebeu resultado nos últimos 12 meses</b>	33,9%	37,1%	45,1%	50%	35,6%	CCS-SIDA /INE, MS
- Feminino	32,3%	47,4%	45,1%	-	47,3%	
- Masculino	39,2%	36,1%	-	-	27,8%	



## *Siglas e Abreviaturas*

<b>ACD</b>	Associação Cabo-verdiana dos Deficientes
<b>ACS</b>	Associação Cabo-verdiana dos Surdos
<b>ADEF</b>	Associação dos Deficientes de São Vicente
<b>ADEVIC</b>	Associação dos Deficientes Visuais de Cabo Verde
<b>APIMUDE</b>	Associação das Mulheres Deficientes
<b>APONTE</b>	Associação de Promoção da Saúde Mental
<b>CCSSIDA</b>	Comité de Coordenação de Combate ao SIDA
<b>CNEPS</b>	Comité Nacional de Ética para a Pesquisa em Saúde
<b>CNPD</b>	Comissão Nacional de Protecção de Dados
<b>CIDPD</b>	Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência
<b>HI</b>	Humanité & Inclusion
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IDSR</b>	Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva
<b>IST</b>	Infeções Sexualmente Transmissíveis
<b>MSSS</b>	Ministério da Saúde e Segurança Social
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o SIDA
<b>OPD</b>	Organização de Pessoas com Deficiência
<b>PcD</b>	Pessoas com Deficiência
<b>PVVIH</b>	Pessoas que vivem com VIH
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>WG</b>	Washington Group



## Conceitos e Definições Básicas Norteadores do Estudo

<b>Agregado familiar</b>	Entende-se por agregado familiar uma pessoa ou um grupo de pessoas ligadas ou não por laços de parentesco, que vivem habitualmente na mesma casa e cujas despesas são suportadas parcial ou totalmente em conjunto.
<b>Analfabeto</b>	O analfabetismo é a qualidade de analfabeto, uma palavra de origem latina (analphabētus) que se refere àquelas pessoas que não sabem ler nem escrever. Porém, o termo costuma ter um uso mais extenso e é usado para fazer alusão aos indivíduos que carecem de instrução elementar em alguma disciplina.
<b>Área rural</b>	É toda a parte do território nacional não incluída na classificação urbana. Todas as aldeias são consideradas como pertencendo à área rural.
<b>Área urbana</b>	É considerada área urbana as cidades capitais, cidades dos municípios e vilas cujo o aglomerado seja igual ou superior a 2000 habitantes e que possuam infraestruturas básicas, como: escolas, estradas, Centro de Saúde, Posto Policial, etc.
<b>Coerção</b>	Aplicação da força para restringir, impedir, forçar ou intimidar alguém a fazer algo.
<b>Confidencial</b>	Manter a informação privada ou secreta. Confidencialidade implica garantir que a informação seja mantida em privado ou secreta e não seja partilhada ou revelada a outros. Confidencialidade está geralmente associada ao sentimento de confiança, ou a crença de que se contares a alguém alguma coisa privada ou secreta, ele não partilhará esta informação com outros sem a sua permissão.
<b>Consentimento</b>	Acordo voluntário ou permissão. Consentimento escrito significa dar permissão por escrito e consentir significa dar permissão verbal.
<b>Consentimento Informado</b>	Acordo voluntário ou permissão que é dada pelo inquirido mediante um documento escrito após ter total conhecimento sobre o âmbito está envolvido, como por exemplo, riscos e benefícios.
<b>Deficiência</b>	De acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, uma pessoa com deficiência, também identificada pela sigla <b>Pc</b> , é aquela que possui impedimentos de longo prazo, sejam eles de natureza física, mental, intelectual, auditiva ou sensorial, que prejudiquem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade com as demais pessoas. Entretanto, a convenção considera que a deficiência não está na limitação física da pessoa, mas na relação que ela possui com o meio em que convive, que podem impedir sua plena participação na sociedade. Desta forma, ela propõe um modelo social baseado na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), da <b>Organização Mundial da Saúde (OMS)</b> , que descreve situações relacionadas com a funcionalidade e a acessibilidade do ser humano.
<b>Discriminação</b>	<b>Discriminação relacionada</b> ao VIH refere-se ao tratamento desigual e injusto (por ação ou omissão) de um indivíduo baseado em seu estado VIH real ou percebido. A discriminação, no contexto do VIH, também inclui o tratamento desigual daquelas populações mais afetadas pela epidemia. Discriminações relacionadas ao VIH normalmente baseiam-se em atitudes e crenças estigmatizantes em relação a comportamentos, grupos, sexo, doenças e morte. A discriminação pode ser institucionalizada através de leis, políticas e práticas que focam negativamente em pessoas que vivem com o VIH e grupos marginalizados.
<b>Discriminação</b>	Discriminação envolve tratar alguém de uma maneira diferente, injusta, desonesta ou prejudicial, geralmente com base no facto de ele pertencer, ou achar-se que pertence a um grupo particular. Muitas vezes é vista como sendo resultado final do processo de estigmatização. "Discriminação consiste em ações ou omissões que derivam do estigma e é dirigido a indivíduos que são estigmatizados."
<b>Estigma</b>	O estigma refere-se às crenças, atitudes e sentimentos negativos em relação às pessoas considerada com vulnerável a diversas situações com por exemplo o VIH, a deficiência etc. ).



<b>Estigma interno</b>	Estigma interno, também referido como estigma "sentido" ou "auto-estigmatização", é usado para descrever a forma como as pessoas vivendo com VIH se sentem a si próprios e especificamente se elas têm um sentimento de vergonha por serem pessoas vivendo com VIH. Estigma interno pode levar a baixa auto-estima, um sentimento de desvalor e depressão. O estigma interno pode também resultar na retirada da pessoa vivendo com VIH dos contactos sociais e íntimos, ou excluir-se do acesso a serviços e oportunidades por medo de ter o seu estado revelado ou ser discriminada por causa do seu estado.
<b>Incapacidade</b>	Serve como um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho.
<b>Órfão</b>	É a condição social de uma criança, com idade inferior a 18 anos cujo pai e/ou mãe faleceram. No uso comum também são adotadas as locuções órfão de pai e órfão de mãe.
<b>Pensão Social</b>	Um prestação monetária garantida pelo estado para indivíduos vulneráveis (incluindo idosos e PcDs) pertencente ao Regime não Contributivo do sistema de segurança social, assegurado pelo Estado de Cabo Verde, num montante de 5.000\$00 (Cinco Mil Escudos), equivalente a 50 euros.
<b>Populações-chave</b>	São as populações que apresentam níveis elevados de vulnerabilidade e/ou de risco de contaminação e transmissão de VIH, assim como as que apresentam maiores taxas de mortalidade e/ou morbidez dentro de um contexto epidemiológico definido. Em geral, as populações-chave apresentam índices de acesso ou de uso dos serviços significativamente inferiores aos do restante da população. Dependendo do tipo de epidemia e do contexto do país, alguns grupos populacionais talvez demandem atenção explícita (por exemplo, pessoas que injetam drogas, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgénero).
<b>Proteção Social</b>	De acordo com a OIT (2000), o termo “proteção social” refere-se ao conjunto de medidas públicas que uma sociedade oferece aos seus membros, para os proteger de dificuldades económicas e sociais que sejam causadas pela ausência ou uma redução substancial do rendimento do trabalho como resultado de várias contingências (doença, maternidade, acidentes de trabalho, desemprego, invalidez, velhice e morte do provedor); fornecimento de cuidados de saúde e o fornecimento de benefícios para famílias com crianças. Portanto, no geral, a proteção social deverá ser associada a instituições públicas, regime regulamentar e iniciativas destinadas a proteger indivíduos, agregados familiares e quaisquer outras unidades de relevância.
<b>Rejeição sexual</b>	Recusa por um parceiro sexual de se envolver em qualquer forma de atividade sexual.
<b>Residência habitual</b>	Considera-se que uma pessoa é residente habitual em uma determinada habitação se viveu nesta habitação pelo menos 6 dos últimos 12 meses.
<b>Responsável pelo agregado familiar</b>	Devido à diversidade de critérios possíveis, a indicação do responsável pelo agregado é da responsabilidade do agregado familiar. Por isso, o responsável pelo agregado é a pessoa a quem os demais membros do agregado reconhecem como tal. Pode ser um homem ou uma mulher. Se existir dúvida considerar-se-á como responsável a pessoa que tenha a maior responsabilidade económica do agregado e, em última instância, a pessoa com a idade mais avançada que esteja no poder de todas as suas faculdades.
<b>Serviços de saúde sexual e reprodutiva</b>	Serviços de saúde sexual e reprodutiva são serviços de cuidados de saúde e aconselhamento, que contribuem para a saúde sexual e bem-estar, através de prevenção e resolução dos seus problemas. Estes serviços incluem informação acerca de assuntos de saúde sexual e reprodutiva, acesso a métodos de planeamento familiar seguros, efetivos, a preços acessíveis, aceitáveis; cuidados no pré-natal, gravidez e parto; cuidados e aconselhamento relativo a infeções sexualmente transmissíveis, incluindo VIH; e serviços de prevenção e solução de problema de saúde sexual e reprodutiva.
<b>Teste de Despistagem</b>	Métodologia utilizada para diagnóstico de uma infeção e/ou doença. É comumente usado em referência a diagnóstico do VIH.
<b>Vulnerabilidade</b>	Pessoa em situação de desigualdade de oportunidades, exclusão social, desemprego ou emprego precário e outros fatores sociais, culturais, políticos e económicos que fazem com que uma pessoa esteja mais suscetível a danos sociais, de saúde, económicos, etc.



## ÍNDICE

<i>Alguns Indicadores VIH-Sida em Cabo Verde</i> .....	1
<i>Siglas e Abreviaturas</i> .....	2
<i>Conceitos e Definições Básicas Norteadores do Estudo</i> .....	3
<i>Sumário / Resumo</i> .....	10
<b>I. ENQUADRAMENTO GERAL DO ESTUDO</b> .....	11
1. <i>Introdução</i> .....	11
1.1 <i>Introdução</i> .....	11
1.2 <i>Situação do VIH e da Deficiência em Cabo Verde</i> .....	12
1.3 <i>Justificação do Estudo Bio-Comportamental</i> .....	14
1.4 <i>Objetivo-Geral</i> .....	15
1.5 <i>Objetivos Específicos</i> .....	15
<b>II. METODOLOGIA</b> .....	16
2.1 <i>Tipo de Estudo</i> .....	16
2.2 <i>Área de Estudo</i> .....	16
2.3 <i>População-alvo do inquerito</i> .....	17
2.4 <i>Tamanho da Amostra e Amostragem</i> .....	17
2.5 <i>Organização e Recolha de Dados</i> .....	21
2.6 <i>Recolha de dados Quantitativos</i> .....	22
2.7 <i>Método de Laboratório para a Despistagem do VIH</i> .....	24
<b>III. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	25
<b>IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	26
4.1 <i>Recolha de dados Qualitativos</i> .....	26
4.2 <i>Gestão, tratamento e Análise de Dados</i> .....	27
4.2.1 <i>Gestão e Tratamento de dados Quantitativos</i> .....	27
4.2.2 <i>Análise de dados Quantitativos</i> .....	27
4.2.3 <i>Tratamento e Análise de dados Qualitativos</i> .....	29
4.3 <i>Perfil dos Inquiridos</i> .....	30
4.3.1 <i>Características sociodemográficas das pessoas com deficiência</i> .....	30
4.3.2 <i>Vida Associativa</i> .....	37
4.3.3 <i>Posse de Rendimento das PcDs Inqueridas</i> .....	38
4.3.4 <i>Fonte de rendimento por pessoas com deficiência</i> .....	39
4.3.5 <i>Distribuição de rendimento por Concelho</i> .....	41



---

4.3.6	Consumo de Álcool e outras Drogas.....	41
4.4	Prevalência de VIH nas pessoas com deficiência segundo as principais características .....	45
4.5	Conhecimento de VIH/SIDA .....	48
4.5.1	Conhecimento da Doença e da sua Gravidade .....	48
4.5.2	Conhecimento e falsas crenças sobre o VIH/Sida.....	57
4.5.3	Conhecimento sobre caracter Assintomático do VIH .....	58
4.5.4	Conhecimento sobre a transmissão do VIH de mãe para o seu filho .....	60
4.5.5	Conhecimento sobre a transmissão do VIH por via sexual.....	62
4.5.6	Conhecimento sobre a transmissão do VIH por transfusão sanguínea.....	63
4.5.7	Outras das Formas de transmissão de VIH segundos os inquiridos.....	64
4.5.8	Conhecimentos de meios de prevenção e falsas crenças sobre o VIH/Sida.....	65
4.6	Conhecimento, Acessibilidade e Utilização do Preservativo Masculino e feminino .....	67
4.6.1	Razões por uso do preservativos .....	72
4.7	Conhecimento, Acessibilidade e Utilização do Preservativo Feminino .....	73
4.7.1	Proporção de inquiridos que já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon segundo as características .....	74
4.7.2	Uso do preservativo feminino .....	75
4.8	Perceção dos Riscos .....	79
4.8.1	Perceção dos Riscos Pessoais.....	79
4.8.2	Perceção da Vulnerabilidade no Seio do Grupo.....	83
4.9	Violência, Estigmatização, Discriminação.....	84
4.10	Sexualidade e Comportamentos Sexuais de Risco.....	89
4.10.1	Relações sexuais em troca de dinheiro.....	96
4.11	Mudanças de Comportamentos .....	97
4.12	Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Prevenção e Cuidados.....	99
4.12.1	Participação em Atividades de Prevenção do VIH/Sida .....	99
4.12.2	Acessibilidade aos Serviços e Prevenção e Cuidados de VIH .....	102
4.13	Conhecimento da Lei de Orientação Social e da Lei sobre VIH.....	105
4.14	Infeções Sexualmente Transmissíveis.....	107
V.	Limitações do Estudo .....	108
VI.	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	109
VII.	Bibliografia .....	116
VIII.	ANEXOS.....	117



## Listas de Tabela

<i>Tabela 1: Efetivo de pessoas com deficiência previsto por Concelho.</i>	18
<i>Tabela 2: Número de Agregado familiar previsto por Concelho.</i>	18
<i>Tabela 3 : Síntese de coleta de dados Qualitativos</i>	26
<i>Tabela 4: Características sociodemográficas das pessoas com deficiência</i>	30
<i>Tabela 5: Posse de rendimento de acordo com o tipo de limitação funcional.</i>	38
<i>Tabela 6: Distribuição das PcD que consumiram álcool e outras drogas ao longo da vida, por Concelho.</i>	41
<i>Tabela 7: Características das PcDs que consomem álcool ao longo da vida</i>	42
<i>Tabela 8: Prevalência de VIH entre as pessoas com deficiência por principais características</i>	46
<i>Tabela 9: Proporção das PcDs que já ouviram falar do VIH de acordo com seu perfil.</i>	50
<i>Tabela 10: Distribuição das pessoas com deficiências em acreditar na existência de VIH</i>	52
<i>Tabela 11: Distribuição dos respondentes de acordo com seu conhecimento da existência de VIH por tipo de limitação e por Concelho.</i>	53
<i>Tabela 12: Proporção das pessoas com deficiência que acham que VIH tem cura.</i>	54
<i>Tabela 13: Você acha que o VIH tem cura por limitação e por concelho</i>	55
<i>Tabela 14: Distribuição das pessoas segundo as características sociodemográficas sobre o conhecimento do carácter incurável do VIH.</i>	56
<i>Tabela 15: Distribuição dos inquiridos segundo conhecimento do carácter assintomático do VIH/Sida</i>	59
<i>Tabela 16: Distribuição dos inquiridos segundo conhecimento da transmissão do VIH das mulheres seropositiva para o seu filho</i>	60
<i>Tabela 17: Ao ter relações sexuais desprotegidas com PvVIH.</i>	62
<i>Tabela 18: Ao receber a transfusão de sangue contaminado com o vírus da SIDA</i>	63
<i>Tabela 19: Distribuição de pessoas com deficiências segundo conhecimento de proteção contra a VIH/Sida</i>	65
<i>Tabela 20: Por que você não conseguiria obter um preservativo numa situação de urgência</i>	70
<i>Tabela 21: Você já usou o preservativo.</i>	71
<i>Tabela 22: Proporção de inquiridos que já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon segundo as características</i>	74
<i>Tabela 23: Uso do preservativo feminino pelo menos uma vez</i>	75
<i>Tabela 24: Posicionamento sobre uso do femidon segundo as características</i>	77
<i>Tabela 25: Acessibilidade do lugar ou pessoa que pode obter facilmente preservativo feminino de acordo com as características.</i>	78
<i>Tabela 26: Grau de risco que você tem para contrair a SIDA segundo as características</i>	80
<i>Tabela 27 : Características das PcD com vida sexual</i>	90
<i>Tabela 28: Alguma vez fez teste de despistagem de VIH</i>	97
<i>Tabela 29: Você já participou de uma atividade de prevenção de SIDA</i>	99
<i>Tabela 30: Essa participação permitiu que você melhor compreenda o que é a SIDA e como melhor se proteger</i>	100
<i>Tabela 31: Existência de estruturas para os cuidados, apoios e prevenção contra o VIH</i>	103



## Lista de Quadros

<i>Quadro 1: Síntese de dados recolhidos no terreno</i> .....	27
<i>Quadro 2: Síntese da coleta de dados</i> .....	28
<i>Quadro 3: Distribuição dos inquiridos por tipo de limitação funcional e Concelho</i> .....	34
<i>Quadro 4: Distribuição das pessoas com deficiência de grau de severidade 3 por concelho e sexo</i>	35
<i>Quadro 5: Distribuição das pessoas com deficiência de grau de severidade 4 por concelho e sexo</i>	36
<i>Quadro 6: Distribuição das pessoas com deficiência por tipo de deficiência e por grau de severidade 3</i> .....	36
<i>Quadro 7: Distribuição das pessoas com deficiência por tipo de deficiência e por grau de severidade 4</i> .....	37
<i>Quadro 8: Repartição dos inquiridos por tipo de limitação funcional e pertença à uma Organização/Associação</i> .....	37
<i>Quadro 9: Distribuição de pessoas com deficiência que já ouviram falar do VIH por tipo de limitação</i> .....	48
<i>Quadro 10: Distribuição de pessoas com deficiência que já ouviram falar do VIH por tipo de limitação e por concelho</i> .....	49
<i>Quadro 11: Frequência das respostas dadas sobre a prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho por características selecionadas</i> .....	61
<i>Quadro 12: Acesso urgentes do preservativo</i> .....	68
<i>Quadro 13: Se você precisar de preservativos urgentes, você conseguiria por idade</i> .....	69
<i>Quadro 14: Razões por uso do preservativos</i> .....	72
<i>Quadro 15: Quanto tempo você precisa caminhar a pé até ao ponto de distribuição de preservativo mais próximo</i> .....	72
<i>Quadro 16: Proporção de inquiridos que já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon por concelho</i> .....	73
<i>Quadro 17: Precepção dos inquiridos sobre a ameaça do SIDA no seio das PcDs</i> .....	83
<i>Quadro 18: Idade da primeira relação sexual</i> .....	91
<i>Quadro 19: Como você foi informado sobre a existência desse lugar</i> .....	97



## ***Lista de Figuras***

<i>Figura 1: Mapa de Cabo Verde com destaque para os concelhos do estudo</i> .....	16
--	----

## ***Lista de Gráficos***

<i>Gráfico 1: Frequência da incapacidade declarada</i> .....	34
<i>Gráfico 2: Fonte de rendimento por pessoas com deficiência</i> .....	39
<i>Gráfico 3: Distribuição de rendimento por Concelho</i> .....	41
<i>Gráfico 4: Frequência de consumo de álcool nos últimos 30 dias</i> .....	44
<i>Gráfico 5: Tipos de drogas consumidas nos últimos 30 dias</i> .....	45
<i>Gráfico 6: Fontes de informação sobre VIH-sida</i> .....	50
<i>Gráfico 7: Percepção da sida como doença crónica</i> .....	57
<i>Gráfico 8: As formas de contrair o VIH-SIDA</i> .....	65
<i>Gráfico 9: Nível de conhecimento dos meios de prevenção</i> .....	67
<i>Gráfico 10: Informação sobre o preservativo</i> .....	68
<i>Gráfico 11: Por que você não conseguiria obter um preservativo numa situação de urgência</i> .....	69
<i>Gráfico 12 : grau de risco em contrair o VIH?</i> .....	81
<i>Gráfico 13: Grau de risco em contrair VIH por concelho</i> .....	82
<i>Gráfico 14: Motivo pelo qual as PcDs consideram ter baixo risco em contrair o VIH</i> .....	83
<i>Gráfico 15: Na sua opinião, quais são as pessoas que mais correm o risco de contrair a VIH/Sida</i>	84
<i>Gráfico 16: Por causa de sua deficiência, você já foi vítima de violência</i> .....	86
<i>Gráfico 17: Natureza do último caso de violência contra você</i> .....	87
<i>Gráfico 18: Em que contexto você participou dessa atividade de sensibilização</i> .....	100
<i>Gráfico 20: Como você foi informado sobre a existência dessas estruturas</i> .....	103
<i>Gráfico 21: Em caso afirmativa, última visita a uma estrutura de de saúde</i> .....	104
<i>Gráfico 22: Por que motivo foi para essa estrutura de saúde</i> .....	104
<i>Gráfico 23: Por quais fontes você foi informado sobre a lei relativa ao do VIH / SIDA?</i> .....	105
<i>Gráfico 24: Principais áreas cobertas por esta lei</i> .....	106



---

## *Sumário / Resumo*

**Introdução**

**Metodologia**

**Resultados**

**-Características dos inquiridos**

**-prevalencia do VIH**

**-conhecimento dos inquiridos sobre VIH- Sida**

**Sexualidade e comportamentos de riscos das pessoas com deficiencia**

**Conclusão**



---

## **I. ENQUADRAMENTO GERAL DO ESTUDO**

### ***1. Introdução***

#### ***1.1 Introdução***

A ONUSIDA considera que as pessoas com deficiência são uma das populações à margem das intervenções e dos serviços de saúde. Apesar de existirem poucos estudos e dados disponíveis para esta população, documentos da Organização das Nações Unidas (ONU), considera que as pessoas com deficiência são vulneráveis, estão à margem das intervenções e dos serviços de saúde e que a sua prevalência vem aumentando devido ao envelhecimento das populações, traumas, acidentes, aumento das doenças crônicas, incluindo o VIH-Sida (UNAIDS, 2017; WHO 2011). Estudos apontam que pessoas com deficiências e famílias que incluem pessoas com deficiência têm condições sociais e económicas menos favoráveis quando comparadas com indivíduos e famílias sem deficiência, sendo que, custos adicionais são necessários para um padrão de vida equivalente ao das pessoas sem deficiência (The GAP Report, 2014).

A ONU, entidades governamentais de alguns países, Organizações Não Governamentais (ONG's) e entidades filantrópicas vêm produzindo estudos, relatórios, leis, regulamentos e outros documentos no intuito de conhecer essa população, relacionar fatores de vulnerabilidade e perspetivar ações de empoderamento, prevenção, inclusão e reabilitação, favorecendo a dignidade e qualidade de vida dos mesmos.

Em relação ao VIH-Sida, são escassos os estudos e dados disponíveis para esta população a nível global. Cabo Verde insere-se no grupo de países em que se desconhece a relação entre a deficiência e o VIH-Sida, situação compartilhada com os demais países da nossa sub-região. Assim, no âmbito do projeto regional “VIH e deficiência” da Humanité & Inclusion (HI), com o financiamento do Fundo Global para VIH, Tuberculose e Paludismo, realizou-se o primeiro estudo bio comportamental sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência face ao VIH-SIDA em seis países de África Ocidental (Senegal, Guiné-Bissau, Cabo-Verde, Mali, Burkina Faso e Níger). Em Cabo Verde, o estudo foi realizado pelo Secretariado Executivo do CCS-SIDA, no âmbito da assinatura de um acordo de parceria com a Humanité Inclusion.

O presente relatório procura descrever os resultados do I Estudo bio comportamental face ao VIH em Cabo Verde, fruto de uma investigação combinada entre os aspectos quantitativos (epidemiológicos e biológicos) com os qualitativos (comportamentais) sobre o VIH-SIDA, de modo a conhecer a situação, e subsidiar intervenções de prevenção e cuidados, mais adaptadas às necessidades das pessoas com deficiência.



O relatório, estrutura-se na primeira parte com uma breve introdução, que caracteriza a situação do VIH-SIDA e da deficiência em Cabo Verde, seguido de objectivos e metodologia do estudo. Na segunda parte apresenta os resultados, as discussões, conclusões e recomendações.

### ***1.2 Situação do VIH e da Deficiência em Cabo Verde***

O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II), realizado em Outubro de 2005, através de uma amostra representativa da população de Cabo Verde, dos 15 aos 49 anos de idade, para as mulheres, e dos 15 aos 59 anos, para os homens, indicou uma prevalência da infecção VIH de 0.8% na população geral. Entretanto, essa taxa apresenta uma variação a nível dos sexos e mostra que a infecção afecta mais os homens do que as mulheres, 1.1% e 0.4%, respectivamente, apesar dos dados de notificação do Ministério da Saúde e Segurança Social (MSSS) revelarem o contrário.

O perfil epidemiológico do VIH em Cabo Verde revela-se como sendo concentrado, com uma prevalência na população geral de 0,8%. Com efeito, a seroprevalência obtida nas grávidas, aponta um valor abaixo de 1%, durante vários anos consecutivos, e os dados do nível de infecção VIH nas populações chave em 2016, demonstram uma prevalência de 6,1% em homens que fazem sexo com homens, 3,1% em usuários de drogas e 4,6 em profissionais de Sexo (ESCS, 2016).

Em termos de grupo etário, os dados do IDSR II revelam que os grupos mais afectados pela infecção VIH são dos 25 – 29 anos, com cerca de 2%, e dos 45 – 49 anos, com cerca de 2.5%, valores correspondentes a mais do que o dobro da prevalência nacional. Os jovens dos 15 – 24 anos apresentam uma seroprevalência de cerca de 0.3%, valor abaixo da nacional.

Quanto à distribuição geográfica, o IDSR II, indica que o VIH está presente em todas as ilhas e concelhos do país, destacando-se a ilha de Santiago e o concelho da Praia como as regiões mais afectadas pela epidemia, situando-se as respectivas taxas de seroprevalência em 1.2% e 1.7%, respectivamente, valores superiores ao verificado a nível nacional. Contudo, as ilhas do Sal, Boavista e S. Vicente, por serem de maior vocação turística, podem apresentar certos factores de vulnerabilidade face ao VIH, que devem ser levados em devida conta (INE, 2005).

Os dados mais recentes quanto a infeção pelo VIH e Sida em Cabo Verde são do Relatório Estatístico de 2016 publicado pelo MSSS, demonstra que foram notificados em 2016, 381 casos de VIH, perfazendo uma taxa de deteção de 71,7 por 100.000 habitantes. Destes, 50,7% são do sexo feminino, 26,7% e 13,5% ocorreram nas faixas etárias de 25a 34 anos e 35 a 44 anos, respetivamente. Os dois tipos de vírus, VIH-1 e VIH-2 circulam no país, sendo detetados nesse ano 292 (76,6%) casos de VIH-1, 48 (12,6%) de VIH-2, 22 (5,8%) co-infectados pelo VIH-1 e VIH-2. A Ilha de Santiago registrou a maioria dos novos casos



(68,8%), sendo desses 55,3% referentes ao concelho da Praia e 23,7% ao concelho de Santa Catarina. A ilha de São Vicente contabiliza 19,5% dos novos casos. De 1987 a 2016, os casos cumulativos situam-se em 5654 casos diagnosticados positivos, 2160 casos de SIDA e 1157 óbitos (MSSS, 2016).

Relativamente à transmissão mãe filho, os dados apontam para uma taxa estimada de 3% (Relatório Global, 2015). Esta situação, está relacionada com a boa cobertura dos serviços de prevenção da transmissão vertical e do esforço do país na implementação da estratégia de eliminação do VIH de mãe para filho no horizonte 2020.

De referir que em 2018 foi realizado o IDSR III e os dados se encontram na fase de validação.

O Governo de Cabo Verde compromete-se no horizonte 2020, através do seu IV Plano Estratégico Nacional de luta contra a Sida, respeitar os direitos humanos das PVVIH e outras populações vulneráveis, reduzir a dinâmica das novas infecções em 30% garantindo os meios de prevenção, do diagnóstico e tratamento de VIH de modo que as estratégias da ONUSIDA e os objectivos de desenvolvimento sustentável para o VIH-SIDA sejam alcançados.

Cabo Verde ratificou a CDPD em 2011, tendo a mesma, entrado para o ordenamento jurídico nacional através da Resolução 148/VII/2011 de 24 de Janeiro. Com a ratificação da Convenção Cabo Verde reassumiu o compromisso na promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência e na sua inclusão social.

De acordo com o Censo 2010, Cabo Verde possui uma população total de 491.683 pessoas, sendo 243.403 homens e 248.280 mulheres e 61,8% vivem no meio urbano.

De acordo com os dados do Censo de 2010, existem 104.432 pessoas com pelo menos uma incapacidade (mobilidade, visão, audição, cognição, autonomia e a comunicação), equivalente a 21,2% da população. A maioria é do sexo feminino (58,0%), implicando num total de 60.570 mulheres para 43.862 homens (42,0%).

Em relação aos dados referentes às crianças com deficiência, o Censo 2010 aponta para entre os 0-4 anos a população com deficiência é de 20,5%, sendo 20,4% homens e 20,6% mulheres. A partir dos 5 anos a prevalência de incapacidade aumenta quanto maior é a faixa etária. Na faixa etária de 5 a 9 anos 10,6 % da população possui alguma deficiência, sendo 11,1% homens e 10,0% mulheres. Entre os 10-14 anos a taxa de prevalência é de 12,2%, sendo 10,9% homens e 12,2% mulheres. Na faixa etária de 15 a 19 encontra-se 12,8% da população, sendo 10,9% homens e 14,6% mulheres.

No que se refere às formas/tipos de incapacidades mais comuns, destaca-se a visão, de memória, mobilidade e auditivas com maior prevalência (visão 13,2%, memória 5,5%, mobilidade 5,0% e auditiva 4,4%).



Ao analisar a população com incapacidade de grau severa, o Censo de 2010 aponta para um efetivo de 32841 pessoas totalizando 6,7% da população geral e 31,4 do total de pessoas com alguma incapacidade. Afeta mais os homens, a proporção é similar no meio rural e urbano, mas varia em relação aos concelhos. S. Miguel em Santiago tem a menor proporção (3,7%), enquanto Brava e Porto Novo apresentam-se como os concelhos com as maiores proporções de população com incapacidade de grau severa (11,0% e 9,8% respetivamente) (INE, 2010).

As pessoas com deficiência continuam sendo as principais vítimas da pobreza e da exclusão social, vivendo em situação de risco e de marginalidade, o que compromete seriamente a sua formação e a sua integridade física e social<sup>1</sup>.

Em Cabo Verde, o Governo criou um Programa Nacional de Luta Contra a Pobreza (PNLP), um programa público encarregue da redução da pobreza. Lançado em 1997 como uma resposta do governo aos compromissos do país na Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Social (Copenhaga, 1995), a iniciativa foi inicialmente constituída para reduzir a pobreza de maneira sustentável, promover a coesão social e aumentar a participação dos cidadãos em todos estes esforços. Com efeito, o PNLN não é um programa no sentido tradicional do conceito, mas é uma estrutura institucional que administra iniciativas de redução de pobreza há mais de uma década. O programa incluiu uma iniciativa de três componentes, que abrangia: i) Projeto A: Desenvolvimento do Setor Social (PDSS); ii) Projeto B: Luta contra a pobreza no setor rural (PLPR); iii) Projeto C: Promoção socioeconómica de grupos em desvantagem (PSGD).

### ***1.3 Justificação do Estudo Bio-Comportamental***

Ao nível da região da África Ocidental, os dados do ONUSIDA em 2013 mostram uma taxa média de prevalência do VIH de 2,3% na região da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO).

Em Cabo Verde, vários estudos realizados de 2010 a 2016, em populações chave alvo demonstraram uma prevalência VIH que situa entre 3 a 6 vezes maior do que na população geral. Entretanto, a nível das pessoas com deficiência, o país, não dispunha de dados sobre a prevalência de VIH-SIDA nesta sub-população, o que não permitia o desenvolvimento de medidas preventivas.

---

<sup>1</sup> A nível constitucional, muito embora a Constituição da República tenha sido objeto de revisão em 2010, manteve-se inalterados os direitos das pessoas com deficiência no que toca à sua proteção por parte da família, da sociedade e dos poderes públicos (artigo 76º).



---

Este estudo bio-comportamental sobre VIH e deficiência, enquadra-se nos desafios do Plano Estratégico Nacional VIH 2017-2020, visando obter as evidências e estimar a prevalência do VIH entre as pessoas que vivem com deficiência, a fim de orientar a sua inclusão nos programas de prevenção e de cuidados.

### ***1.4 Objetivo-Geral***

O objetivo geral do estudo é apoiar a implementação do Plano Estratégico Nacional contra o VIH-SIDA, contribuindo para estimação da prevalência VIH em Pessoas com deficiência em Cabo Verde e sua análise com os fatores de vulnerabilidade e os riscos associados.

### ***1.5 Objetivos Específicos***

O estudo tem entre outros objetivos;

- Determinar a prevalência da infeção pelo VIH entre as pessoas com deficiência;
- Avaliar o nível de qualidade dos conhecimentos, das atitudes e dos comportamentos de risco relatados face ao VIH;
- Descrever e analisar os fatores de vulnerabilidades das pessoas com deficiência face ao VIH;
- Analisar a violência contra as pessoas com deficiência, incluindo as violências sexuais e especialmente contra as mulheres com deficiência;
- Analisar as condições de acesso para as pessoas com deficiência aos serviços de prevenção, cuidados e de apoio relacionados com a SSR e face ao VIH;
- Analisar o nível de conhecimento das pessoas com deficiência sobre os seus direitos, a Convenção sobre Direitos das pessoas com deficiência (CDPD) e da legislação existente sobre o VIH.



## II.      **METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de Estudo**

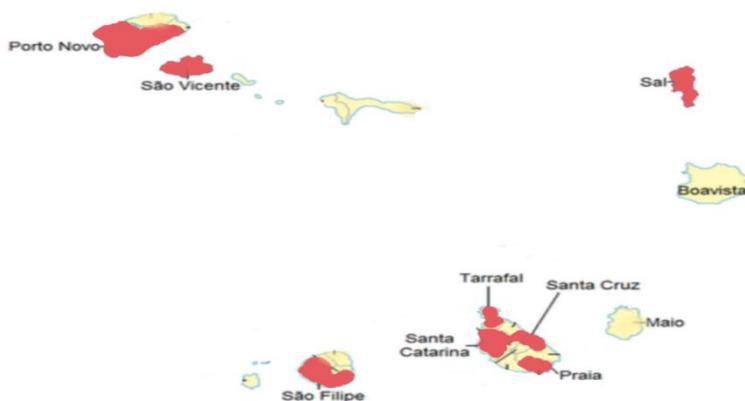
Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo transversal que combinou uma pesquisa qualitativa de base comportamental e quantitativa com base em dados socio-epidemiológicos incluindo a despistagem do VIH. A pesquisa foi efetuada entre Maio e Outubro de 2018 sendo que a fase preparatória decorreu nos meses de Maio e Junho, a recolha dos dados entre Junho e Agosto e o tratamento dos mesmos durante os meses de Setembro e outubro.

A abordagem quantitativa consistiu em aplicar um questionário comportamental às pessoas com deficiência elegíveis, seguido de um teste de VIH. A abordagem qualitativa consistiu em entrevistas individuais semi-estruturadas e discussões em grupos focais com as PcD, OPDs e Delegacias de Saúde a fim de prestar testemunhos sobre o conhecimento, atitudes e praticas em relação ao VIH, violência e estigma no contexto da deficiência.

### **2.2 Área de Estudo**

O Campo de investigação foi selecionado de acordo o número de pessoas com deficiência recenseadas em 2010 e sua localização geográfica de modo a haver uma representatividade nacional. Foram cobertas 5 das 9 ilhas, e 8 dos 22 Concelhos do país (Fig. 1) com proporção de pessoas com deficiência maior ou igual a 5%, a saber:

- Concelhos da Praia, Tarrafal, Santa Catarina e Santa Cruz - Ilha de Santiago;
- Concelho de São Vicente - Ilha de São Vicente;
- Concelho de Porto Novo - Ilha de Santo Antão;
- Concelho do Sal - Ilha do Sal e
- Concelho de São Filipe - Ilha do Fogo.



**Figura 1:** Mapa de Cabo Verde com destaque para os concelhos do estudo.



### 2.3 População-alvo do inquerito

A população estudada é constituída por pessoas com deficiência que consentiram por escrito participar no estudo, homens ou mulheres, com idade compreendida entre 15 e 69 anos, identificadas de acordo com a metodologia Washington Group (WG) ou seja declaram ter o grau 3 e 4 de incapacidade (memória ou concentração, autonomia, comunicação, visão, audição e mobilidade).

O grau de limitação funcional foi determinado pela pessoa, que no momento do inquérito, respondeu ao grau "3 - sim, muitas dificuldades" ou grau "4- não consegue fazê-lo de modo nenhum " para pelo menos uma das seguintes perguntas:

- Você tem dificuldades para caminhar, ou subir escadas ou mover as mãos e os braços ou mover outra parte do corpo ou carregar objetos?
- Você tem dificuldade em ver mesmo se você usa óculos?
- Você tem dificuldade para ouvir, mesmo que você usa um aparelho auditivo?
- Você tem dificuldades para comunicar para fazer compreender e ser entendido por outras mesmo na sua língua habitual?
- Você tem dificuldades em cuidar de si como lavar-se e vestir?
- Você tem dificuldades em aprender, concentrar, entender ou lembrar das coisas?

### 2.4 Tamanho da Amostra e Amostragem

Para calcular a dimensão da amostra foi utilizada a seguinte formula :  $n = \frac{[DEFF * Np(1 - p)]}{[d^2 / (Z_{(1 - \alpha/2)}^2 * (N - 1) + p * (1 - p))]}$ , com 95% de confiança e 2% de margem de erro. Numa primeira fase, através dos dados do Censo 2010, foram seleccionados os concelhos com maior número de pessoas com incapacidade. Numa segunda fase, foram seleccionados os Distritos de Recenseamento (DR) proporcional ao número de agregados com deficiência, nível 3 e 4 e com 15 anos ou mais. Por fim, foram inquiridos os agregados dos DR's seleccionados, até atingir o número mínimo.



A tabela 1 mostra o número de DR, população a cobrir e agregados familiares que foram visitados em 8 municípios selecionados para o estudo. Tendo em conta uma eventual recusa e potencial existência de pessoas com deficiência sem agregado familiar, fez-se um ajuste a 510 pessoas.

*Tabela 1: Efetivo de pessoas com deficiência previsto por Concelho.*

Concelho	Número de pessoas incapacidade segundo censo 2010	Peso de amostra e 2 %	Tamanho de Amostra inicial (n)
Porto Novo	1769	2%	35
São Vicente	5944	2%	122
Sal	1689	2%	36
Tarrafal	1712	2%	35
Santa Catarina	2606	2%	53
Santa Cruz	1495	2%	35
Praia	7819	2%	158
São Filipe	1538	2%	36
<b>Total</b>	<b>24572</b>	<b>2%</b>	<b>510</b>

Segundo o Censo 2010, a prevalência das pessoas com incapacidade severa de todas as dimensões é de 6.7% em todos os tipos e graus na população cabo-verdiana. Supondo que um décimo (1/10) dessas pessoas com deficiência são elegíveis para estudo (com 15 ou mais anos e com deficiência de grau 3 ou 4), isso equivale a 6,7 pessoas elegíveis por 1000 habitantes, portanto, para um domínio de estudo. Para uma amostra ajustada de 510 foi calculada atingir cerca de 27.193 pessoas em 6043 agregados familiares distribuídos em 73 domínios de recenseamento(DR).

*Tabela 2: Número de Agregado familiar previsto por Concelho.*

Concelho	Tamanho de Amostra inicial (n)	população a cobrir	Domínios de Recenseamento a cobrir	Número de agregado familiar a visitar(n)
Porto Novo	35	1152	5	256
São Vicente	122	5540	18	1232
Sal	36	2462	5	547
Tarrafal	35	1221	5	271
Santa Catarina	53	3010	8	669
Santa Cruz	35	1755	4	390
Praia	158	10656	23	2368
São Filipe	36	1397	5	310
<b>Total</b>	<b>510</b>	<b>27193</b>	<b>73</b>	<b>6043</b>

Estes DRs foram extraídos na base sondagem do INE e delemitados através de mapas cartográficos.



## 2.4.1 Metodologia Quantitativa

A abordagem quantitativa consistiu em aplicar um questionário socio-epidemiológico e comportamental às pessoas com deficiência elegíveis, seguido da colheita de sangue para a despistagem do VIH.

A análise dos dados quantitativos e do inquérito serológico, foi realizada com base no programa IBM SPSS. Para o estudo epidemiológico foram utilizadas as variáveis relacionadas ao tempo, pessoa e lugar. O tempo compreendeu o tempo em que o estudo decorreu, isto é, ano de 2018; as variáveis ligadas à pessoa foram as que estão contempladas nos questionários e o lugar diz respeito aos espaços geográficos do estudo e demais variáveis que constam nos instrumentos de recolha.

Para a reflexão e elaboração de hipóteses explicativas em relação aos resultados, recorreu-se a recursos que descrevem as condições políticas, socioeconômicas e culturais de Cabo Verde, a partir de documentos oficiais e de estudos realizados no país, em questões relacionadas ao VIH/Sida e deficiência. Os resultados do II Inquérito Demográfico e da Saúde Reprodutiva foram importantes para análise da prevalência do VIH e o comportamento das pessoas face ao VIH/Sida, para essa população específica.

Os trabalhos de terreno tiveram lugar de 10 de Junho a 10 de Agosto de 2018 que incluiu a recolha de dados para identificação da PcD, o preenchimento do questionário, a colheita de sangue e o teste VIH. O prazo foi alargado até a semana de 30 de Setembro de 2018 para o tratamento de dados e elaboração dos relatórios preliminares.

## 2.4.2 Metodologia Qualitativa

A abordagem qualitativa consistiu em entrevistas individuais semi-estruturadas<sup>2</sup> a OPDs (Organizações de Pessoas com Deficiência), às Delegacias de Saúde dos Concelhos abrangidos pelo estudo e discussões em grupos focais<sup>3</sup> com as PcDs, a fim de prestar testemunhos sobre o conhecimento sobre o VIH, no contexto da deficiência.

---

<sup>2</sup> As **entrevistas semi-estruturadas** combinam **perguntas abertas e fechadas**, onde o **informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto**. O pesquisador segue um **conjunto de questões previamente definidas**, mas ele o faz num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O **entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” ao tema ou tenha dificuldades com ele**. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

<sup>3</sup> As **entrevistas com grupos focais** é uma técnica de recolha de dados cujo objetivo principal é **estimular os participantes a discutir sobre um assunto de interesse comum, ela se apresenta como um debate aberto sobre um tema. Os participantes são escolhidos a partir de um determinado grupo cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa** (utilizada com um grupo de pessoas que já se conhecem previamente ou então com um grupo de pessoas que ainda não se conhecem). A discussão em grupo se faz em reuniões



Da mesma forma, realizaram-se também Histórias de Vida<sup>4</sup> (entrevistas aprofundadas) com as PcDs vítimas de violência e suas famílias, de modo a conhecer o nível e a tipologia de violência que as PcDs passam.

Essas entrevistas foram marcadas antecipadamente, com o apoio do CCS-Sida, e o consultor especialista em Ciências Sociais e Humanas teve de se deslocar aos concelhos abrangidos pelo estudo para entrevistar os público-alvos. O consultor recorreu ao guião da entrevista previamente cedido pelo CCS-Sida, com o auxílio de um gravador e um caderno de campo. Gravaram-se todas entrevistas, que, ulteriormente, foram transcritos *ipsis verbis*, para a sua análise cuidada, segundo a fala dos entrevistados, utilizando uma grelha de entrevistas para a análise de conteúdo das mesmas.

Como as entrevistas visam captar dados subjetivos, foram respeitados os três momentos imprescindíveis que dizem respeito à recolha de dados para a pesquisa: (i) a *pesquisa bibliográfica/documental*; (ii) a *observação no terreno*<sup>5</sup>; (iii) e a técnica de recolha de dados através das *entrevistas* (junto das fontes de informação).

A entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo, para **obter informações**, ou seja, **recolher dados objetivos e subjetivos**.<sup>6</sup> O objectivo é **ter uma narrativa natural**. Fazer com que o pesquisado lembre parte de sua vida, suscitar a memória do pesquisado, enviando sinais de entendimento e de estímulo, com gestos, acenos de cabeça, olhares e também sinais verbais como de agradecimento, de incentivo. Os entrevistados notaram que o pesquisador esteve atento, escutando a sua narrativa,

---

com um pequeno número de informantes, ou seja, de **6 a 8 participantes**. Geralmente, conta com a presença de um moderador que intervém sempre que achar necessário, tentando focalizar e aprofundar a discussão.

<sup>4</sup> **História de vida (HV)**, uma entrevista em profundidade na qual o pesquisador constantemente interage com o informante. Sua principal função é **retratar as experiências vivenciadas por pessoas, grupos ou organizações**. Existem dois tipos de Histórias de Vida: a **completa**, que **retrata todo o conjunto da experiência vivida** e a **tópica**, que **focaliza uma etapa ou um determinado setor da experiência em questão** (MINAYO, 1993). A HV tem como ponto principal **permitir que o informante retome sua vivência de forma retrospectiva**. Muitas vezes durante a entrevista acontece a liberação de pensamentos reprimidos que chegam ao entrevistador em tom de confiança. Esses relatos fornecem um material extremamente rico para análise. Neles se encontram o reflexo da dimensão coletiva a partir da visão individual.

<sup>5</sup> **A observação no Terreno/trabalho de Campo**: A observação é também considerada **uma recolha de dados para conseguir informações sob determinados aspectos da realidade**. Ajuda o pesquisador a **“identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento”** (LAKATOS, 1996:79). A observação **obriga também o pesquisador a ter um contato mais direto com a realidade**. Esta técnica é denominada **observação assistemática**, onde o **pesquisador procura recolher e registar os fatos da realidade sem a utilização de meios técnicos especiais, ou seja, sem planeamento ou controlo**. Geralmente este tipo de observação é empregado em estudos exploratórios sobre o campo a ser pesquisado.

<sup>6</sup> **Dados objetivos** podem ser obtidos também através de fontes secundárias tais como: **censos, estatísticas**, etc. **Dados subjetivos** poderão ser obtidos através da **entrevista, relacionam-se com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados**.



---

procurando intervir o mínimo possível para não quebrar a sequência de pensamento do entrevistado.<sup>7</sup>

O pesquisador levou sempre em conta o facto de que no momento da entrevista ele estava a conviver com *sentimentos, afetos pessoais, fragilidades*, por isso todo respeito à pessoa entrevistada. Cada um dos entrevistados faz parte de uma singularidade, cada um deles têm uma história de vida diferente, têm uma existência singular. Durante todo o processo da pesquisa o pesquisador teve de ler nas entrelinhas, ou seja, foi **capaz de reconhecer as estruturas invisíveis que organizam o discurso do entrevistado**. Esteve sempre **alerta pois, o entrevistado poderia tentar impor sua definição de situação de forma consciente ou inconsciente**. Ou tentar passar uma imagem diferente dele mesmo.

## 2.5 Organização e Recolha de Dados

### 2.5.1 Reuniões de informação e mobilização de organizações de pessoas com deficiência e preparação administrativa

Durante a fase preparatória, a HI delineou um plano de comunicação dirigida a diversos atores (poder central local e comunitário) no sentido de lhe informar sobre a realização do estudo. Assim foram comunicadas formalmente os ministérios que trabalham direta ou indiretamente com aspetos do âmbito do estudo sobre a realização do mesmo e realizou-se encontros com as autoridades sanitárias, entidades públicas e da sociedade civil, nomeadamente os Delegados de Saúde, as associações comunitárias de pessoas com deficiência entre outras. Igualmente foram produzidos e divulgados Spots televisivos e radiofónicos, anunciando a importância do estudo e a colaboração das famílias e das pessoas com deficiência nos sítios selecionados.

Uma forte mobilização social foi feita a nível comunitário com a distribuição de camisolas, chapéus, folhetos e desdobráveis.

### 2.5.2 Recrutamento, formação e Criação das equipas de Recolha de dados

Para o estudo foram recrutados 11 equipas de terreno compostas de 22 inquiridores, 11 técnicos de laboratório, 5 supervisores, 2 Intérpretes gestual e 4 consultores. O método de concurso através da lista restrita para os consultores e para os técnicos de laboratório e inquiridores foi por ajuste directo, considerando a especificação de trabalho, a experiência

---

<sup>7</sup> Isto permitiu ao consultor/entrevistador estar alerta para dois casos de possíveis abusos sexuais em duas PcDs visuais, sendo uma do sexo feminino e outro do sexo masculino. No primeiro caso, veio confirmar-se a suspeição, foi vítima de abuso sexual cujo agressor foi o próprio pai. No segundo caso, há uma forte suspeição que também o adolescente tenha sido vítima de abuso sexual ou outro abuso de um familiar próximo.



de trabalho com grupos vulneráveis e ou a pertença à rede de PVVIH e ou viver com a deficiência. Após a formação do pessoal durante uma semana, os contratos foram assinados.

A formação decorreu durante 5 dias, de 4 a 9 de Junho de 2018, com um dia para o inquérito piloto e contou a participação de 45 pessoas. Preocupou-se durante toda a formação com a clarificação de conceitos, o conhecimento detalhado da metodologia WG, das ferramentas de recolha de dados, saber as técnicas e os procedimentos para a recolha e a qualidade de dados, as técnicas de comunicação, as normas éticas e a protecção de dados. Todos os conteúdos abordados foram vivenciados em simulações na sala seguido de comentários para a melhoria sobretudo nos aspectos de postura, atitude perante o inquirido e registos nos tabletes.

Um manual para inquiridores e um para supervisores, foram elaborados com objectivo de apoiar as equipas sobre os procedimentos, atitudes e orientações sobre a recolha e qualidade de dados.

Os técnicos de laboratório foram treinados sobre os procedimentos da recolha de amostras, as normas de biossegurança, a codificação das amostras, o controle de qualidade e os registos na planilha e nos tabletes.

O exercício piloto, realizado em Achada de Santo António, permitiu a toda a equipa, testar as ferramentas, corrigir algumas falhas identificadas sobretudo, nos agregados familiares com muitas crianças e com espaços exíguos, as perguntas de salto nos tablets, a comunicação entre o inquiridor e o inquirido e a delimitação dos domínios de recenseamento.

## **2.6 Recolha de dados Quantitativos**

### **2.6.1 Recolha para Identificação de Pessoas com Deficiência**

A identificação de pessoas com deficiência foi feita no agregado familiar com recurso ao questionário curto desenvolvido pelo WG que selecciona as incapacidades relatadas de graus de severidade 3 e 4. Este questionário curto, validado a nível internacional para a Identificação de pessoas que vivem com deficiência, abrange qualquer dimensão da deficiência e em diferentes graus de severidade, incluindo a visão, a locomoção, a comunicação, a audição e a cognição.

No agregado familiar, após o recenseamento das pessoas com a idade entre 15 a 69 anos, coloca-se a cada um dos membros presentes as seis perguntas do WG que são: *i) você tem dificuldades para caminhar, ou subir escadas ou mover as mãos e os braços ou mover outra parte do corpo ou carregar objetos?; ii) você tem dificuldade em ver mesmo se você usa óculos?; iii) você tem dificuldade para ouvir, mesmo que você usa um aparelho auditivo?; iv) você tem dificuldades para comunicar para fazer compreender e ser entendido por outras mesmo na sua língua habitual?; v) você tem dificuldades em cuidar de*



---

*si como lavar-se e vestir?;vi) você tem dificuldades em aprender, concentrar, entender ou lembrar das coisas?*

Para cada uma das perguntas correspondem as quatro modalidades de respostas dadas a saber (1) *Não, sem dificuldade*; (2) *Sim, algumas dificuldades*; (3) *Sim, muitas dificuldades* e (4) *Não consegue fazê-lo de modo nenhum*.

Uma pessoa que respondeu , pelo menos, uma vez, (3) - sim, muitas dificuldades ou (4) - não consegue fazê-lo de modo nenhum " para uma das 6 perguntas do questionário WG foi identificada por ter uma limitação funcional de grau de severidade 3 ou 4, isto é elegível ao inquérito.

Em cada Área de Enumeração de amostra, e previamente delimitada pelos agentes da pesquisa, todas as famílias foram visitadas.

Em cada agregado familiar que consentiu, foi aplicado o questionário "agregado familiar" para identificar todos os membros do agregado e este permitiu a listagem dos membros da família, o sexo, e as suas respectivas idades.

No final do censo dos membros da família, o questionário *Washington Group* foi aplicado a cada membro com idade maior ou igual a 15 anos para a identificação de pessoas com deficiência no grau de severidade 3 e 4 elegíveis para o estudo bio comportamental.

Em cada casa do agregado familiar visitado o inquiridor codificou com as etiquetas do estudo "Casa com PcD" onde havia pessoa elegível e "Casa sem PcD" onde não havia pessoa elegível para o estudo.

### **2.6.2 Recolha de dados sociodemoGráficos e Comportamentais sobre VIH**

As pessoas elegíveis, identificadas pelo questionário curto de WG, foram convidadas a participar na pesquisa comportamental. Os inquiridores bem identificados, explicaram os termos de consentimento esclarecido, deram informações sobre o estudo, o seu desenvolvimento, suas vantagens e desvantagens, o direito de aceitar, de recusar a participar, ou parar o processo a qualquer momento, enquanto enfatiza o carácter anónimo e confidencial. Após as informações e sensibilização prestadas pelos inquiridores, e depois de se criar um clima aberto e de confiança, as pessoas deram por escrito o seu consentimento. Um questionário individual foi aplicado dentro das normas de sigilo e de confidencialidade das informações recolhidas. No final de cada entrevista, a aplicação da recolha de dados, gerava um código único anónimo, composto pelos dígitos de distrito de recenseamento, de agregado familiar e do indivíduo entrevistado.

As pessoas com deficiência auditiva, foram entrevistadas com apoio de familiares de confiança e ou de intérprete em linguagem gestual.



No final da recolha de dados comportamentais, o inquiridor, acionava o técnico de laboratório da sua equipa, que sempre ficava perto do local, para receber o código único gerado da aplicação e fazer a recolha de sangue para a pesquisa biológica.

### **2.6.3 Colheita, Transporte e Tratamento de Amostras Biológicas**

A colheita de sangue para a despistagem do VIH foi realizada no decurso do inquérito comportamental, após a identificação dos casos elegíveis ao estudo, por uma equipe de profissionais que compreendia enfermeiros e técnicos de laboratórios devidamente capacitados para essa atividade e respeitando os princípios éticos e as normas de biossegurança. Ao participante era solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que uma vez assinado seguia-se o aconselhamento pré-teste. Cada amostra foi identificada com o mesmo código atribuído ao inquérito comportamental, possibilitando o cruzamento dos dados e garantindo o anonimato durante o processamento, diagnóstico e levantamento do resultado.

O sangue foi colhido por punção venosa, utilizando o sistema de vácuo em tubos vacutainer com EDTA de 3mL. Essas amostras foram transportadas para laboratórios previamente selecionados para separação do plasma, diagnóstico e armazenamento.

## **2.7 Método de Laboratório para a Despistagem do VIH**

O despiste do VIH foi realizada segundo a estratégia II da OMS, que consiste na utilização de um teste rápido de elevada sensibilidade para diagnóstico de casos positivos (triagem), seguido de um outro teste rápido de elevada especificidade para confirmação e diferenciação do tipo viral. No presente estudo foi utilizado o teste “Alere Determine VIH 1/2” para triagem e o “SD-Bioline VIH-1 e 2” para confirmação da positividade e diferenciação viral. Todos os testes foram utilizados respeitando estritamente as instruções dos fabricantes.

Todo o lixo biológico produzido durante os trabalhos laboratoriais foi inativado para posterior recolha e transporte para sua correta eliminação.

O levantamento do resultado foi feito mediante a apresentação do cartão de confirmação de realização do teste, identificado pelo código anonimo e único no Serviço de Saúde indicado, a partir da 4<sup>a</sup> semana e até ao 3<sup>o</sup> mês após a amostragem. No ato de entrega foi realizado o aconselhamento pós-teste, pelo técnico responsável. A entrega dos resultados positivos foi feita por um equipa multidisciplinar incluindo técnicos de saúde e membros da Rede de PVVIH.



### **2.7.1 Supervisão e Controlo de Qualidade**

Em todos os municípios, o inquérito foi seguido por uma equipe de supervisores das atividades de terreno, zelando para uma estreita comunicação entre os envolvidos, o cumprimento dos procedimentos, das normas de biossegurança e dos princípios éticos, a fim de garantir a qualidade dos dados e a satisfação dos inquiridos, da equipe de terreno, da equipe técnica, das organizações e demais profissionais envolvidos.

O controlo de qualidade dos testes de diagnóstico do VIH esteve a cargo do Laboratório Nacional de Referência (LNR).

Cerca de 11% das amostras, sendo todos os casos positivos e 56 amostras negativas aleatórias, foram selecionadas do universo de amostras de todos os municípios para controle de qualidade. Foram utilizados o teste ELISA de 4ª geração, seguido do mesmo teste usado para confirmação e discriminação do tipo de vírus (“SD-Bioline VIH1 e 2”). Houve concordância de 100% entre os resultados do LNR e dos laboratórios de despistagem.

## **III. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O protocolo de estudo foi elaborado pela equipa técnica, com apoio da HI e foi aprovado pelo Comité de Pilotagem do estudo numa reunião realizada a 09 de outubro de 2017.

O SE-CCS-SIDA, submeteu o Protocolo do estudo ao Comitê Nacional de Ética para Pesquisa em Saúde (CNEPS) e foi aprovado através da deliberação nº 57/2017 de 31 de Outubro de 2017. Ainda, foi submetido um pedido de tratamento de dados e as ferramentas de estudo, à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) para apreciação de acordo com a Lei nº41/VIII/2013 de 17 de setembro.

Os dados recolhidos comportamentais e biológicos, foram identificados por códigos únicos e de forma anónima. Os dados qualitativos de entrevistas foram recolhidos mediante autorização dos participantes em atribuindo-lhes identificação fictícia no relatório do estudo. Toda a equipa do estudo assinou o termo de confidencialidade. A participação no estudo foi de forma livre e voluntária. Cada participante, após a leitura do consentimento informado, assinou o termo de consentimento. Para os casos de menor de idade, foi pedido o consentimento aos pais e ou tutores.

Para facilitar a comunicação das pessoas com deficiência auditiva e visual foram gravados em áudio e transcrito em braile, os termos de consentimento informado e o questionário, e um álbum seriado sobre as IST/VIH foi adaptado para a comunicação com as pessoas com deficiência auditiva, bem com a interpretação da língua gestual.

As ferramentas do estudo foram testadas durante o inquérito piloto, para garantir que as perguntas não firam as suscetibilidades e causem eventuais perturbações nos indivíduos.



Os aspectos de comunicação no agregado familiar e com as PcD, foram suficientemente detalhados durante a formação, inquérito piloto e durante toda a fase de recolha de dados.

Os contactos de SE-CCS-SIDA, da equipa técnica, das delegacias de saúde, da CNEPS e da CNPD foram disponibilizadas aos participantes para caso de eventuais necessidades de informações complementares sobre o estudo. Todos os participantes que aderiram ao teste de VIH receberam o aconselhamento pré-teste. Todos os que aceitaram receber os resultados dos testes receberam-nos mediante o aconselhamento pós teste, nos locais desejados quer sejam, a própria residência e ou nos centros de saúde.

## IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Recolha de dados Qualitativos

Na Região Santiago Norte visitamos 3 Delegacias de Saúde: Tarrafal, Assomada e Santa Cruz. Na ilha do Sal não se realizou nenhuma entrevista com uma OPD, dado que não existe nenhuma Associação de Pessoas com Deficiência ou em prol das PcDs. Realizaram-se 6 Grupos Focais das 16 solicitadas com pessoas seleccionadas com diversos tipos de deficiência (visão, audição, física, mental, etc;). Apesar de haver poucas OPDs em Cabo Verde, e algumas lidarem somente com crianças, que estão fora da Metodologia Washington Group, consideramos que os 6 Focus Group realizados forneceram informações suficientes para o estudo e compreensão da situação das PcDs face ao risco do VIH. Normalmente, numa investigação, quando se chega aquilo que em Sociologia, ou Ciências Sociais, se chama de ‘**Ponto de Saturação**’, não faz sentido recolher mais informações porque não acrescentam mais nada.

*Tabela 3 : Síntese de coleta de dados Qualitativos*

Tipo de entrevistas	Concelho Previsto	Praia	Santiago Norte <sup>1</sup>	São Vicente	Sal <sup>1</sup>	Santo Antão	Total
Entrevista com OPDs		5		1	-		6
Grupos Focais		5		1	-		6 <sup>1</sup>
Entrevistas com Delegacias de Saúde <sup>8</sup>		1	3	1	1		6
Entrevistas com Familiares de PcDs (Vítimas de violência sexual e física <sup>9</sup> )		-	-	3	3		6
Entrevista com Centro de Proteção de Crianças com Deficiência		-	-	1	1		2
Entrevista com representante e voluntário da ADEF em Porto Novo (Santo Antão)		-	-	-	-	1	1
<b>Total previsto Por concelho</b>		<b>11</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>27</b>

<sup>8</sup> Foram realizadas 6 entrevistas com as Delegacias de Saúde: Ilha de Santiago (Praia, Assomada, Tarrafal e Santa Cruz); ilha de São Vicente (Mindelo) e ilha do Sal (Espargos).

<sup>9</sup> Entrevista realizada em Porto Novo (Santo Antão)



## 4.2 Gestão, tratamento e Análise de Dados

### 4.2.1 Gestão e Tratamento de dados Quantitativos

Os dados foram coletados em aparelhos android usando uma aplicação baseada na web e responsivo, isto é, adaptada ao ecrã do dispositivo, e que segue os princípios da OWASP (Open Web Application Security Project) que tem como propósito mitigar a existência de eventuais falhas de segurança para que o produto final seja de boa qualidade. Esta aplicação web, permitia registo de dados de forma centralizada na cloud. Cada inquiridor, supervisor, técnicos de laboratórios e administrador tinham acesso a uma área restrita reservada da aplicação, conforme as suas tarefas definidas.

O controlo da verificação da lógica e da coerência, foi feito em etapas à medida que os dados entravam no servidor. A validação de perguntas de salto, e de completude foi verificada no local e a nível central, mediante os mapas dos registos efetuados pelos inquiridores.

Os dados recolhidos através da aplicação web, foram analisados utilizando o SPSS.

O Quadro 3 apresenta a síntese dos dados coletados no terreno com a totalidade de Número de DRs abrangidos, Número de agregado familiar visitado e Número de indivíduos ilegíveis inquiridos de acordo com o concelho de estudo.

*Quadro 1: Síntese de dados recolhidos no terreno*

Concelho	Número de DR	Numero de agregado familiar visitado	Número de Indivíduos inquiridos (15-69 anos)
Porto Novo	5	317	1191
São Vicente	18	855	3028
Sal	5	550	2182
Tarrafal	5	407	1475
Santa Catarina	8	697	2782
Santa Cruz	4	405	1613
Praia	23	1976	6881
São Filipe	5	342	1312
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>5549</b>	<b>20464</b>

### 4.2.2 Análise de dados Quantitativos

Nota-se que ab initium a população-alvo estimada para o estudo foi de 510 inquiridos. No entanto, como demonstra a quadro 3, foram inquiridos um total de 682 PcDs que participaram na componente sócio comportamental, dando o seu consentimento. Deste total, 653, que corresponde a 95,7% participaram na componente biológico, isto é, 4,3% dos



inquiridos recusaram participar no teste de despistagem, correspondendo a um valor abaixo do esperado (5,0%).

A taxa de recusa não é uniforme no país, sendo que houve concelhos (Sal e S. Vicente) onde não houve recusa em fazer o teste e concelhos que apresentaram taxas de recusa acima da proporção nacional. No concelho de Tarrafal foi de 9,7% sendo maior do que o dobro da média nacional, seguido de Porto Novo com 9,5%. Na ilha de Santiago, os concelhos de Sta. Cruz e Praia apresentaram valores acima da nacional (6,5% e 6,3% respetivamente), conforme apresentado na tabela 5. Segundo relatos da equipe de terreno a maioria das recusas estão relacionadas com o medo da picada das agulhas por parte das PcDs, enquanto que a aceitação poderá estar relacionado a uma maior abertura e consciencialização por parte das PcDs ou dos familiares presentes, abordagem assertiva, maior capacidade de negociação, ou outros fatores relacionados aos PcDs, familiares e inquiridores.

Para a análise dos dados quantitativos recorreu-se à medida de frequência das diferentes variáveis coletadas no inquérito sociodemográfico e bio-comportamental, ora tendo como base variáveis ligadas à pessoa como o sexo dos inquiridos; ora variáveis ligadas ao espaço como concelho. As variáveis “Tipo de limitação Funcional”, “Consumo de álcool” foram amplamente estudada nas categorias de espaço e pessoa a fim de melhor compreender a situação dos diferentes tipos de deficiência e sugerir propostas de intervenção para a melhoria da qualidade de vida da PcD. A prevalência do VIH constituiu uma característica de análise aprofundado nas diferentes dimensões relacionadas à pessoa e ao espaço. O conhecimento sobre VIH/Sida, sobre o preservativo, o acesso e sua utilização foram outras variáveis de análise, cruzamento e comparação.

*Quadro 2: Síntese da coleta de dados*

Concelho	Número de participantes da componente sócio-comportamental	Número de Participantes da componente biológico	Porcentagem que recusou fazer o teste de VIH
Porto Novo	46	42	9,5%
São Vicente	137	137	0,0%
Sal	36	36	0,0%
Tarrafal	34	31	9,7%
Santa Catarina	51	50	2,0%
Santa Cruz	49	46	6,5%
Praia	285	268	6,3%
São Filipe	44	43	2,3%
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>653</b>	<b>4,44%</b>

A violência, a estigmatização e a discriminação, apesar da sua complexidade de análise a nível quantitativo, foi importante para identificar o tipo de violência mais praticado à PcD,



quem comumente comete atos de violência e onde acontece, que atitudes são comuns às PcDs após caso de violência e as razões para a não tomada de atitudes contra o caso de violência. A sexualidade e Comportamentos foram também analisadas. Sempre que possível as variáveis de estudo foram cruzadas com a prevalência do HIV, conhecimento, acesso a bens e serviços e demais categorias previstas no inquérito, tentando encontrar hipóteses, fatores de vulnerabilidade e medidas de associação.

### 4.2.3 Tratamento e Análise de dados Qualitativos

Durante as entrevistas foi utilizado, pelo pesquisador, um gravador e um caderno de apontamentos. É sabido que, em alguns casos, a presença do gravador, como instrumento de pesquisa, pode causar inibição e constrangimento aos entrevistados. Noutros casos, o entrevistado poderá assumir um papel que não é o seu, assumir um personagem que nada tem a ver com ele. Felizmente, com as PcDs entrevistadas não foi isso que aconteceu. As entrevistas correram bem, foram muito participativas, com frontalidade, confidencialidade e abertura. As PcDs falaram da sua realidade, apontando constrangimentos e soluções para a melhoria da sua situação.

As entrevistas foram registadas/gravadas, transcritas e analisadas. Recorreu-se à técnica de **análise de conteúdo**, usualmente utilizadas pelas Ciências Sociais para a exploração de documentos.<sup>10</sup>

Seguimos algumas regras básicas: *análise inicial dos documentos* para uma apreensão global das suas características e avaliação das possibilidades de análise; a *determinação dos objetivos da análise* de acordo com a justificação do estudo; e finalmente, a *determinação das regras de codificação* que nos leva a ver a redação como unidade de enumeração ou de contagem.

Procurou-se desvendar o verdadeiro significado das mensagens. Deu-se também muita importância aos contextos em que ocorrem as relações, o que permite compreender mais facilmente o significado, as causas e os efeitos das mensagens e assim, poderem realizar-se interferências mais ricas.

Deste modo, para se compreender as mensagens que se pretendem transmitir da entrevista que é realizada, **construiu-se uma grelha** constituída por: **categorias**, onde se inserem **os temas que rodearam a entrevista** e que, geralmente, seguem o mesmo padrão do guião de entrevista, tendo até os mesmos termos que o guião; **as sub-categorias**, que especificam e diluem os temas que são explicitados nas categorias, e que tornam a análise

---

<sup>10</sup> É “uma técnica de investigação que visa a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.” A análise de conteúdo não possui um carácter quantitativo, mas *qualitativo*. O importante não é a descrição dos conteúdos das mensagens, mas sim as ideias que elas nos podem transmitir e ensinar, isto é, tentar obter o significado mais puro das mensagens. (Berelson: 1954).



da entrevista um pouco mais fácil de perceber; e, os indicadores juntamente com as unidades de registo dão a conhecer as ideias apresentadas pelos entrevistados em mais pormenor, de modo a que o leitor possa perceber por inteiro o que foi dito na entrevista, sem ter que a ler na íntegra.

Quanto à análise das entrevistas, num **primeiro momento**, foi feita uma leitura fluante da transcrição da entrevista que permitiu posteriormente categorizar os dados brutos em unidades de registo. Optou-se por efetuar uma **codificação** recorrendo a letras e números, em que as letras permitem separar as respostas dos entrevistados. Os **números são as várias unidades de registo dentro de cada resposta**. Permitiu assim separar as várias ideias considerando o discurso dos entrevistados.

Posteriormente, foi construída uma **Grelha de Análise de Conteúdo** para sistematizar todas as unidades de registos em categorias específicas. **Estas categorias e subcategorias foram definidas com base nas presentes no Guião da Entrevista**. Esta grelha é um instrumento bastante importante porque permitiu fazer uma leitura mais sistemática e objetiva das entrevistas, onde estão expressas todas as ideias e opiniões dos entrevistados. Foi a partir desta leitura da grelha que se realizou, em primeiro lugar, uma síntese dos resultados obtidos, e posteriormente fazer uma análise e interpretação desses mesmos resultados.

### 4.3 Perfil dos Inquiridos

#### 4.3.1 Características sociodemográficas das pessoas com deficiência.

A tabela 4 apresenta as características sociodemográficas das pessoas com deficiência de acordo com o sexo

*Tabela 4: Características sociodemográficas das pessoas com deficiência*

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Efetivo	%	Efetivo	%	Efetivo	%
<b>Grupo de idade</b>						
15 - 19 anos	40	72,7	15	27,3	55	8,1
20 - 24 anos	31	59,6	21	40,4	52	7,6
25 - 29 anos	36	62,1	22	37,9	58	8,5
30 - 39 anos	62	56,4	48	43,6	110	16,1
40 - 49 anos	85	66,9	42	33,1	127	18,6
50 - 59 anos	100	65,8	52	34,2	152	22,3
60 anos e +	88	68,8	40	31,3	128	18,8
<b>Idade média das pessoas com deficiência (anos)</b>	<b>43,6±15,8</b>		<b>42,8±15,1</b>		<b>43,3±15,6</b>	
<b>Idade mediana das pessoas com deficiência (anos)</b>	<b>46</b>		<b>44</b>		<b>45</b>	
<b>Estado civil</b>						



Solteiro	319	61,8	197	38,2	516	75,7
Casado(a)/ união de facto	106	73,1	39	26,9	145	21,3
Divorciado(a) / Separado (a)	5	62,5	3	37,5	8	1,2
Viúvo / (a)	12	92,3	1	7,7	13	1,9
<b>Idade média do 1º casamento</b>	<b>27,2±10,1</b>		<b>29,3±11,2</b>		<b>27,7±10,</b>	
<b>Nível de Escolaridade</b>						
Sem habilitação	134	73,6	48	26,4	182	26,7
Ensino Básico	159	59,8	107	40,2	266	39,0
Ensino Secundário 1º Ciclo	49	50,5	48	49,5	97	14,2
Ensino Secundário 2º Ciclo	48	70,6	20	29,4	68	10,0
Ensino Secundário 3º Ciclo	29	72,5	11	27,5	40	5,9
Ensino Profissional	2	50,0	2	50,0	4	0,6
Bacharelato	3	100,0	0	0,0	3	0,4
Licenciatura	18	81,8	4	18,2	22	3,2
<b>Pertença à organização/Associação</b>						
Sim	38	69,1	17	30,9	55	8,1
Não	404	64,4	223	35,6	627	91,9
<b>Rendimentos</b>						
Sim, regulares	197	63,5	113	36,5	310	45,5
Sim, irregulares	92	66,2	47	33,8	139	20,4
Sem Rendimentos	153	65,7	80	34,3	233	34,2
<b>Nacionalidade</b>						
Cabo-verdiana	440	65,2	235	34,8	675	99,0
Não Cabo-verdiana	2	28,6	5	71,4	7	1,0
<b>Total</b>	<b>442</b>	<b>64,8</b>	<b>240</b>	<b>35,2</b>	<b>682</b>	<b>100,0</b>

A tabela 4 mostra que os inquiridos mais representados no estudo, segundo a metodologia de WG, são os do sexo feminino com 64,8%, de acordo com os dados do Censo 2010 que aponta para uma maior proporção de mulheres (58,0%) entre as pessoas com alguma incapacidade. Nota-se no entanto, que em algumas faixas etárias, mormente na dos 15-19 anos, a percentagem dos inquiridos do sexo feminino é quase três vezes mais (72,7% para as mulheres e 27,3% para os homens). A **idade média** das PcDs é de 43,3 anos. A idade média das PcDs é de 43,34 anos. Os inquiridos mais representados se encontram na faixa etária dos 50-59 anos com 22,3%, e na de 20-39 anos com 16,1%. Nota-se que as faixas etárias de 40-49 anos, com 18,6%, e a de 60 anos e +, com 18,8%, possuem valores similares. As faixas etárias menos representadas no estudo são as 15-19 anos com 8,1%, e a de 20-24 anos com 7,6%.

Verifica-se que 75,7% dos inquiridos são solteiros, o que é revelador das dificuldades que uma PcD tem para iniciar e manter um relacionamento, sobretudo, por causa do estigma ou discriminação. Cerca de 21,3% dos inquiridos é casado, 1,2% é divorciado/separado, e 1,9% viúvos.



Quanto ao **nível de escolaridade**, os dados mostram que cerca 89,9% não passou do Ensino Secundário 2º Ciclo, 26,7% não têm nenhuma habilitação académica, 39,0% estudou até o Ensino Básico, 14,2% o Ensino Secundário 1º Ciclo e 10,0% o Ensino Secundário 2º ciclo. É interessante notar que 3,2% das PcDs inquiridas tem uma licenciatura.

Em Cabo Verde PcDs não conseguem integrar-se muito bem no sistema de ensino e a maioria fica pelo caminho. Grande parte não usufrui do Direito à Educação como os outros cidadãos que não possuem algum tipo de deficiência. Porém, nota-se, como se verificou nas entrevistas com os líderes das OPDs e com as Delegacias de Saúde, e durante os Grupos Focais, que todos reconhecem que a baixa educação das PcDs e a pobreza constituem sérios obstáculos a uma vida digna dessas pessoas, assim como as oportunidades que possam surgir na vida delas. Na verdade as dificuldades e deficiências mais encontradas nesse estudo não representam fatores que justificam a baixa escolaridade, mas sim dificuldades do sistema educativo em fazer da escola um lugar modelo de socialização, aceitação e desenvolvimento das PcD, bem como a escassez de profissionais preparados e recursos pedagógicos disponíveis para atender essa população.

Relativamente à proteção social no setor da educação, o Governo criou a FICASE. A FICASE é uma instituição pública encarregue de promover a ação social para a melhoria da educação, em vários âmbitos. A FICASE é o resultado da união de três entidades que existiam em Cabo Verde e que partilhavam naturezas e âmbitos semelhantes: o Instituto Cabo-verdiano de Ação Social Escolar (ICASE), o Fundo de Apoio ao Ensino e à Formação (FAEF) e o Fundo de Apoio à Edição de Manuais Escolares (FAEME). A FICASE foi instituída em 2009 através do Decreto-lei nº 46/2009, de 23 de Novembro, tendo os seus Estatutos sido posteriormente publicados em Junho de 2010, tornando-se assim uma fundação pública, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial.

Quanto à **vida associativa**, observa-se, que uma percentagem muito baixa, 8,1%, pertence a uma associação. Quando analisamos essa baixa percentagem dos que fazem parte da vida associativa, notamos que a maioria é do sexo feminino, 69,1%. É importante frisar que as mulheres sofrem da dupla discriminação, por serem mulheres e PcDs, o que agrava as suas vulnerabilidades como pessoas, levando-as a ver nas associações um recurso estratégico importante para as suas vidas (apoio, convívio, amparo, etc). Isso ficou patente nas entrevistas realizadas.

Relativamente os **rendimentos**, verifica-se que 45,5% tem **rendimentos regulares**, sendo as mulheres as mais representadas (63,5%). 20% dos inquiridos tem **rendimentos irregulares**. Também aqui verifica-se uma maior presença dos inquiridos do sexo feminino (66,2%). É interessante notar que 34,2% dos inquiridos **não tem rendimentos**, sendo a maioria do sexo feminino (65,7%).



Em termos de habitação 92,7%, dos inquiridos vive numa família, o que revela um indicador muito importante face às vulnerabilidades socioeconómicas por que passam. Os dados mostram que 6,3% das PcDs inquiridas vive sozinho/a numa habitação.

Em Cabo Verde deu-se um certo avanço no setor da habitação. O plano reconhece a elaboração do plano Casa para Todos, cujo objetivo é reduzir o défice de habitação com 9.000 unidades antes de 2013, sendo que destas, 1.000 são nas zonas rurais. Além disso, o governo estabeleceu o Fundo de Habitação de Interesse Social (FHIS) com o objetivo de aumentar o acesso a melhores condições habitacionais para os grupos vulneráveis, sobretudo agregados familiares com chefes de família femininos.

Atualmente, com a criação da Direção Geral da Inclusão Social (DGIS), o enfoque virou para a “Família e Políticas Públicas, com destaque para quatro programas: rendimento social e inclusão; crianças, Pessoas com Deficiência e idosos. O rendimento social e inclusão, trata-se de uma pensão mínima, transitória, dirigida a chefes de família que se encontram fora de trabalho por algum motivo. Já se trabalhou o Cadastro Social Único, sendo que nos outros projectos está-se a fazer a montagem do sistema de cuidados para com as crianças e os idosos. Dentro do sistema dos cuidados, existem os serviços a ser prestados aos adolescentes e às famílias, visando trabalhar a questão da gravidez na adolescência e as perdas que esta situação pode ter na vida de um jovem.

Respondendo à questão sobre **desde quando vivem com esta limitação funcional**, nota-se que 52,9% afirma que desde **a Idade Adulta**, 30,1% na **Infância/Adolescência** e 17,0% de **Nascença**. As únicas regiões que destacaram maior percentagem de deficiência adquirida na adolescência são os concelhos de São Filipe no Fogo (40,9%) e Santa Cruz (49,0%). É interessante notar que grande parte da deficiência foi adquirida ou piorou na idade adulta, o que leva a cogitar sobre as possíveis causas. Em Cabo Verde existem casos de doenças que por causa do diagnóstico tardio ou falta de condições de tratamento no país tendem a piorar. Nota-se também que a pobreza, as dificuldades de acesso às informações contribuem também para piorar a situação, assim como outras doenças crónicas (Acidente Vascular Cerebral) e disponibilidade dos serviços de apoio.

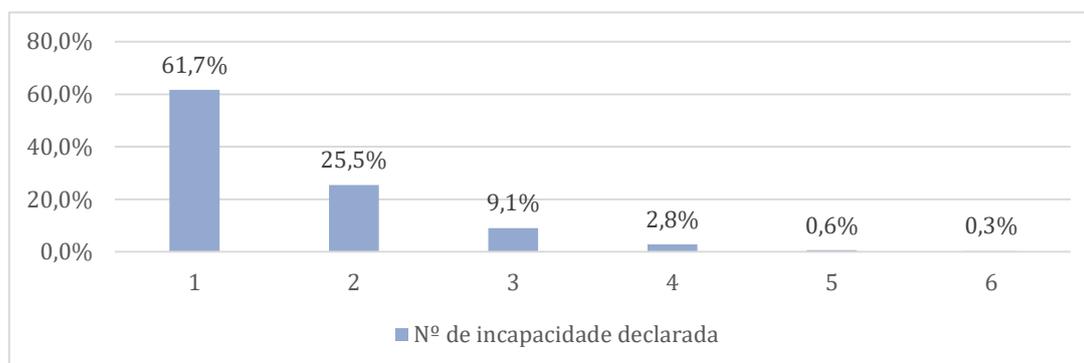
Esses dados poderão confirmar que idade, acidentes, doenças e outros fatores decorrentes da vida social podem ser desencadeadores no aparecimento de deficiência.

### **Tipos e gravidade das limitações funcionais relatadas**

No que concerne às incapacidades declaradas, de acordo com a gráfico 1 apresentam duas incapacidade, 9,1% declararam ter três incapacidades, 2,8% ter quatro incapacidades e 1,0 % dos inquiridos declarou ter cinco incapacidades.



**Gráfico 1: Frequência da incapacidade declarada**



**Quadro 3: Distribuição dos inquiridos por tipo de limitação funcional e Concelho**

Concelhos		Tipo de Limitação Funcional						Total	
		Física	Visual	Comunicação	Audição	Mental	Intelectual		Incapacidade Múltipla
Porto Novo	Nº	17	8	0	0	2	5	14	<b>46</b>
	%	37	17,4	0	0	4,3	10,9	30,4	<b>100</b>
S. Vicente	Nº	33	32	0	6	2	1	63	<b>137</b>
	%	24,1	23,4	0	4,4	1,5	0,7	46	<b>100</b>
Sal	Nº	20	5	0	0	1	1	9	<b>36</b>
	%	55,6	13,9	0	0	2,8	2,8	25	<b>100</b>
Tarrafal	Nº	13	1	1	0	0	4	14	<b>34</b>
	%	38,2	2,9	2,9	0	0	11,81	44,1	<b>100</b>
Santa Catarina	Nº	13	3	2	1	4	3	25	<b>51</b>
	%	25,5	5,9	3,9	2	7,8	5,9	49	<b>100</b>
Santa Cruz	Nº	7	8	0	2	3	32	26	<b>49</b>
	%	14,3	16,3	0	4,1	1,1	11,2	53,1	<b>100</b>
Praia	Nº	84	66	0	4	3	32	96	<b>285</b>
	%	29,5	23,2	0	1,4	1,1	11,21	33,7	<b>100</b>
São Filipe	Nº	12	14	0	1	0	4	13	<b>44</b>
	%	27,3	31,8	0	2,3	0	9,1	29,5	<b>100</b>
<b>Total Ponderada</b>	Nº	<b>199</b>	<b>137</b>	<b>3</b>	<b>14</b>	<b>121</b>	<b>36</b>	<b>261</b>	<b>682</b>
	%	<b>29,2</b>	<b>20,1</b>	<b>0,4</b>	<b>2,1</b>	<b>1,8</b>	<b>8,2</b>	<b>38,3</b>	<b>100</b>

Quanto ao tipo de limitação funcional, 61,7% apresentam uma deficiência e 38,3% incapacidade múltipla, como apresentado na tabela 6. Sta. Cruz, Sta. Catarina, S. Vicente e Tarrafal são os concelhos em que a proporção de incapacidade múltipla supera a média nacional (53.1%, 49.0%, 46,0% e 44,1% respetivamente). Dentre os que apresentam uma deficiência a limitação física é a mais prevalente (47,3%), seguida da visual (32,5%) e intelectual (13,3%).

Comparando os concelhos em estudo, nota-se que em todos os concelhos o tipo de limitação funcional mais predominante são a física (29,2%), a incapacidade múltipla



(38,3%) e a visual (20,1%). Fazendo uma análise entre os que apresentam uma deficiência o concelho do Sal apresenta a maior taxa de limitação física (74,1%), seguida de Tarrafal com 68,4%. A limitação visual é mais frequente em S. Vicente (43,2%) e S. Filipe (45,2). Sta Catarina e Tarrafal são os únicos concelhos com indivíduos com limitação de comunicação. Sta. Cruz e S. Vicente têm as maiores proporções de limitação auditiva; Sta. Catarina e Porto Novo de limitação mental e Tarrafal e Praia da intelectual.

Em relação à Incapacidade Múltipla, pode-se ver que os concelhos de Santa Cruz com 53,1%, de Santa Catarina com 49,0%, S. Vicente com 46,0% e do Tarrafal com 44,1%, estão acima do total ponderado (38,3%).

Respondendo à questão **há quantos anos você tem limitação funcional**, por concelho, verifica-se que a 52,9%, i.e., a maioria, responde que na Idade Adulta; 30,1% na Infância/Adolescência e 17,0% à Nascimento. Porém, ao desagregarmos os dados, vemos que em S. Vicente, à **Nascimento** corresponde a 32,1%, Porto Novo 26,1%, Santa Catarina 37,5% e Santa Cruz 20,4%, acima da percentagem do total dos inquiridos. Os concelhos onde a limitação funcional foi adquirida na **Infância/Adolescência**, destacam-se S. Filipe com 40,9%, Santa Cruz com 49,0%, Sal com 38,9% e Porto Novo com 26,1%, acima da percentagem do total dos inquiridos.

**Quadro 4:** Distribuição das pessoas com deficiência de grau de severidade 3 por concelho e sexo

Concelho	n	Grau de severidade Nivel 3					
		Efetivo	%	Feminino	%	Masculino	%
Porto Novo	46	33	71,7	18	54,5	15	45,5
São Vicente	137	111	81,0	65	58,6	46	41,4
Sal	36	29	80,6	18	62,1	11	37,9
Tarrafal	34	24	70,6	10	41,7	14	58,3
Santa Catarina	51	26	51,0	11	42,3	15	57,7
Santa Cruz	49	41	83,7	31	75,6	10	24,4
Praia	285	265	93,0	200	75,5	65	24,5
São Filipe	44	34	77,3	26	76,5	8	23,5
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>563</b>	<b>82,6</b>	<b>379</b>	<b>67,3</b>	<b>184</b>	<b>32,7</b>

Quando analisada a distribuição de PcDs por Concelho, por sexo e por grau de severidade 3, nota-se de acordo com quadro 7 que 82,6% dos inquiridos declaram limitação de grau 3, sendo 67,3% do sexo feminino e 32,7% do sexo masculino. Os Concelhos onde as PcDs mais declaram limitações de grau 3 são: Praia (93,0%), Santa Cruz (83,7%), São Vicente (81,0%) e Sal (80,6%). Da mesma forma, nota-se que os concelhos onde as mulheres estão maior proporção são: São Filipe (76,5%), Praia (75,5%) e Santa Cruz (75,6%). No caso dos inquiridos do sexo masculino, o destaque vai para os concelhos de Tarrafal (58,3%), Santa Catarina (57,1%), Porto Novo (45,5%) e S. Vicente (41,4%).



**Quadro 5: Distribuição das pessoas com deficiência de grau de severidade 4 por concelho e sexo**

Concelho	n	Grau de severidade Nível 4					
		Efetivo	%	Feminino	%	Masculino	%
Porto Novo	46	9	19,6	5	55,6	4	44,4
São Vicente	137	17	12,4	10	58,8	7	41,2
Sal	36	4	11,1	3	75,0	1	25,0
Tarrafal	34	7	20,6	5	71,4	2	28,6
Santa Catarina	51	19	37,3	8	42,1	11	57,9
Santa Cruz	49	5	10,2	3	60,0	2	40,0
Praia	285	11	3,9	3	27,3	8	72,7
São Filipe	44	5	11,4	3	60,0	2	40,0
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>77</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>51,9</b>	<b>37</b>	<b>48,1</b>

Verifica-se também, conforme os resultados do quadro 8, que 11% das PcDs inquiridas têm o grau de severidade 4 (não consegue fazê-lo de modo nenhum), sendo 51,9% do sexo feminino e 48,1% do sexo masculino. Os concelhos onde as PcDs estão muito acima da proporção do total inquirido são: Santa Catarina (37,3%), Tarrafal (20,6%) e Porto Novo (19,6%). Os concelhos onde as mulheres mais sofrem do grau de severidade 4 são: Sal (75,0%), Tarrafal (71,4%), Santa Cruz (60,0%), São Filipe (60,0%), S. Vicente (58,8%), Porto Novo (55,6%). No caso dos homens, os concelhos onde os inquiridos do sexo masculino mais sofrem do grau de severidade , podemos destacar: Praia (72,7%) e Santa Catarina (57,9%).

Segundo os resultados do quadro 9, praticamente, todos os tipos de deficiência, menos a Comunicação, em muito menor escala, estão no grau de severidade 3 (sim, com muitas dificuldades). Nota-se que o grau de severidade nos tipos de deficiência como Física, Visual Mental e Incapacidade Múltipla é maior nas PcDs do sexo feminino, enquanto o grau de severidade nos tipos de deficiência como Audição, Comunicação e Intelectual é mais acentuada nos indivíduos do sexo masculino.

Quando cruzados os dados concernentes ao tipo de deficiência e o grau de severidade 4 (Não consegue fazê-lo, de modo algum), notamos que a Comunicação se destaca pelo grande nível de dificuldade, sendo a percentagem igual entre os dois sexos (50%).

**Quadro 6: Distribuição das pessoas com deficiência por tipo de deficiência e por grau de severidade 3**

Tipo de limitação funcional	n	Grau de severidade Nível 3					
		Efetivo	%	Feminino	%	Masculino	%
Física	199	155	77,9	96	61,9	59	38,1
Visual	137	111	81,0	81	73,0	30	27,0
Comunicação	3	1	33,3	0	0,0	1	100,0
Audição	14	12	85,7	4	33,3	8	66,7
Mental	12	9	75,0	5	55,6	4	44,4
Inteletual	56	44	78,6	15	34,1	29	65,9
Incapacidade múltipla	261	231	88,5	178	77,1	53	22,9
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>563</b>	<b>83</b>	<b>379</b>	<b>67,3</b>	<b>184</b>	<b>32,7</b>



Quanto à outras limitações funcionais, concernentes ao grau de severidade 4, repara-se que a Física com 60%, a Visual com 71,4% e a mental com 100%, é mais forte nas PCds do sexo Feminino. Já a tipologia de Limitação funcional no grau 4 que mais afeta os homens é a Intelectual com 62,5% e Incapacidade Múltipla com 62,1%.

**Quadro 7: Distribuição das pessoas com deficiência por tipo de deficiência e por grau de severidade 4**

Tipo de limitação funcional	n	Grau de severidade Nível 4					
		Efetivo		Feminino		Masculino	
			%		%		%
Física	199	20	10,1	12	60,0	8	40,0
Visual	137	14	10,2	10	71,4	4	28,6
Comunicação	3	2	66,7	1	50,0	1	50,0
Audição	14	2	14,3	1	50,0	1	50,0
Mental	12	2	16,7	2	100,0	0	0,0
Intelectual	56	8	14,3	3	37,5	5	62,5
Incapacidade múltipla	261	29	11,1	11	37,9	18	62,1
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>77</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>51,9</b>	<b>37</b>	<b>48,1</b>

Quando cruzamos as variáveis concernentes à distribuição do tipo de deficiência por grau de severidade múltipla, referentes aos 6% das PcDs inquiridas que sofrem de um grau de severidade múltipla, sendo 59,5% do sexo feminino e 40,5% do sexo masculino, notamos que as PcDs mais afetadas pela severidade múltipla 3 e 4 são as com limitação Física com 12,1%; com limitação Visual com 8,8%; com limitação Mental com 8,3%, e as PcDs com limitação intelectual com 7,1%. As mulheres com limitação Visual (75,0% e Física (58,3%) padecem mais deste tipo de severidade, enquanto nos homens destacam-se a limitação Mental (75,0%) e Física (41,7%).

### 4.3.2 Vida Associativa

Apesar de 8,1% dos inquiridos PcDs afirmarem pertencer a uma associação (OPD, ONG, Associação, Religiosa, Associação Comunitárias, etc), um número francamente muito baixo face às oportunidades e potencialidades que a vida associativa pode favorecer, destacam-se os 3,2% que pertence a uma Associação Religiosa e 2,3% que pertence a uma OPD.

**Quadro 8: Repartição dos inquiridos por tipo de limitação funcional e pertença à uma Organização/Associação**

Tipo de limitação funcional	n	Vida associativa	
		efetivo	% ponderada
Física	199	13	6,5
Visual	137	12	8,8
Comunicação	3	0	0,0
Audição	14	2	14,3
Mental	12	1	8,3
Intelectual	56	6	10,7
Incapacidade Múltipla	261	21	8,0
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>55</b>	<b>8,1</b>



De acordo com o quadro 11 8,1% dos inquiridos pertencem a uma Organização/Associação. Os com limitação de audição (14,3%) e intelectual (10,7%), apresentam valores mais elevados, o que poderá estar relacionado à existência de Organização/Associação direcionada a esse tipo de limitação, como a Associação de Surdos e de cuidados com pessoas com paralisia cerebral, Síndrome de Down e outras incapacidades no âmbito cognitivo, como o caso da Associação Acarilhar e Colmeia que nos últimos anos tem desenvolvido um trabalho extensivo, visando o cuidado e o desenvolvimento das pessoas afetadas e suas famílias. Por outro lado, esperava-se encontrar um número maior de pessoas com limitação visual e física integrados numa Associação, uma vez a existência de Associações como a Adevic para os com deficiência visual, ADEF para os com deficiência física e a Associação de Promoção da Inclusão das mulheres com deficiência (APIMUD).

#### 4.3.3 Posse de Rendimento das PcDs Inqueridas

*Tabela 5: Posse de rendimento de acordo com o tipo de limitação funcional.*

Tipo de limitação funcional	N	Rendimentos				Sem Rendimentos	
		Sim, regulares		Sim, irregulares			
		efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Física	199	115	57,8	33	16,6	51	25,6
Visual	137	53	38,7	34	24,8	50	36,5
Comunicação	3	0	0,0	1	33,3	2	66,7
Audição	14	2	14,3	7	50,0	5	35,7
Mental	12	6	50,0	1	8,3	5	41,7
Intelectual	56	20	35,7	14	25,0	22	39,3
Incapacidade Múltipla	261	114	43,7	49	18,8	98	37,5
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>310</b>	<b>45,5</b>	<b>139</b>	<b>20,4</b>	<b>233</b>	<b>34,2</b>

Relativamente à questão de posse de renda, de acordo com o tipo de limitação funcional, a tipologia de limitação que afirma ter rendimentos regulares, a maioria (45,5%), destacam-se a Física (57,8%) e a Mental (50,0%). Quanto à limitação física, maioritariamente devido a acidentes, sendo que muito deles de trânsito e laborais, conforme se pode ver no gráfico 2, a fonte mais comum entre as PcD inquiridas é a pensão social.

Constata-se que 20,4% das das PcDs inqueridas têm rendimentos irregulares. Destes destacam-se os que têm limitação Auditiva (50,0%), os que têm limitação de tipo Comunicativo (33,3%). Verifica-se também que 34,2% das PcDs inqueridas não têm rendimentos. Neste caso, destacam-se as PcDs com limitação na Comunicação (66,7%), as com limitação de foro Mental (39,3%) e as com Incapacidade Múltipla (37,5%). Poderíamos ainda destacar a visual (36,5%) e a limitação relativa à Audição (35,7%), ambos acima do total ponderado daqueles que não têm rendimentos. Conclui-se que das PcDs inquiridas,

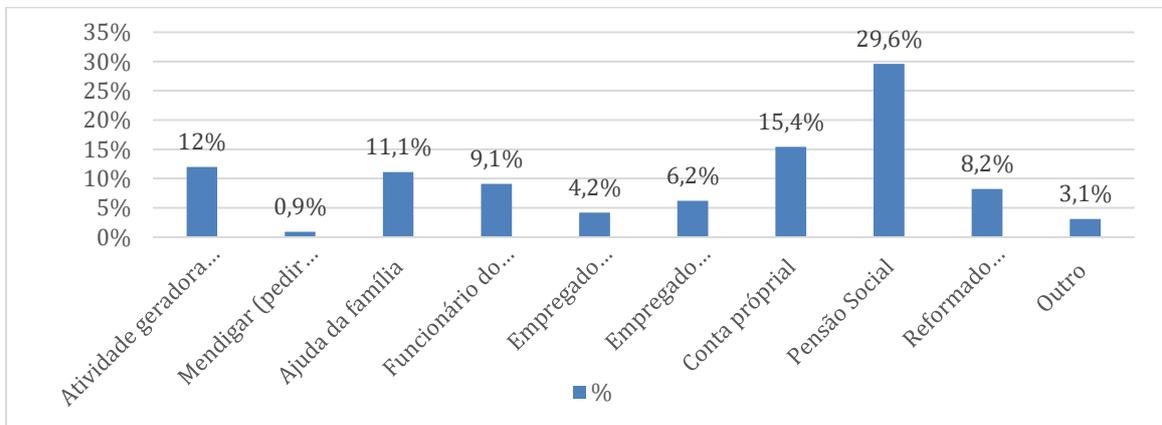


grande parte vive numa situação de vulnerabilidade e com pouca proteção, uma vez que mais da metade (54,5%) não tem rendimentos ou são irregulares.

#### 4.3.4 Fonte de rendimento por pessoas com deficiência

Os dados do gráfico 2, fontes de rendimento por PcDs, demonstram que 29,6% vive da Pensão Social, 15,4% vive por conta própria, 12,0% vive de uma AGR (Atividade Geradora de Rendimento), 11,1% vive da ajuda da família, 9,1% é Funcionário do Estado, 8,2% é Reformado, 6,2% é Empregado Privado (Informal), 4% é Empregado Privado (Formal), 3,1% vive de outro (fontes diversas) e menos de 1% vive a mendigar (esmolas).

*Gráfico 2: Fonte de rendimento por pessoas com deficiência*



Uma boa parte dos entrevistados considera que viver com uma deficiência, leve a grave, priva-os de certos benefícios, serviços, oportunidades em comparação com outras pessoas não-deficientes na vida em geral e na saúde em particular, como demonstrado no trecho a seguir, proferido por uma pessoa com limitação mental durante a pesquisa qualitativa. «Vemos pessoas que estudam se têm uma perturbação mental a universidade pede para suspender a matrícula. Uma pessoa com perturbação mental tem direitos, às vezes só se preocupa com a sua questão mental . O acesso ao emprego nem se fala (protegido ou desprotegido) ... se abandona o trabalho levantam um processo» (A PONTE)

Face a estas situações de vulnerabilidades, os sucessivos governos de Cabo Verde, desde a década de 1990, e sobretudo a partir de 2001 têm vindo a assumir o compromisso de governar com forte sentido de justiça social, promover a solidariedade, a inclusão e a igualdade, para que todos os cabo-verdianos possam beneficiar dos progressos que o país vem realizando. Uma das componentes essenciais da política social é a protecção social dos cabo-verdianos.

O sistema de segurança social de Cabo Verde é regido pela Lei N.º 131/V/2001 de 22 de Janeiro de 2001, que estabelece três regimes diferentes, a saber, a Rede de Segurança, a Proteção Social Obrigatória e a Proteção Social Complementar. Quanto ao Regime de



Proteção social, houve progressos com a extensão do Regime de Proteção Social Obrigatório: serviços domésticos e trabalhadores por conta própria. Cabo Verde, na sua busca pelo desenvolvimento e crescimento sócio-económico, tem vindo a dar um particular destaque às políticas sociais em articulação com as políticas macro-económicas. O país dispõe de um regime de segurança social alicerçado no princípio geral de que "todos contribuem para todos". É um regime que vive, idealmente, do rendimento gerado por si próprio, através das contribuições dos seus utentes.

O sistema de segurança social cabo-verdiano tem dois regimes: o contributivo, gerido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o não contributivo, a cargo do Centro Nacional de Pensões Sociais (CNPS), ambos sob a tutela do Ministério do Trabalho, Formação Profissional e Solidariedade Social. Além de assegurar a gestão do pagamento das pensões sociais, o CNPS é responsável ainda pela Base de Dados dos Pensionistas e pelo Fundo Mutualista

O Estado garante a pensão nos seguintes casos: i) Indivíduos pobres, que não usufruam de qualquer cobertura de Previdência Social, com 60 ou mais anos de idade; ii) Indivíduos com mais de 18 anos, quando se encontra em comprovada situação de invalidez; iii) Ao cônjuge sobrevivente, o companheiro (a) ou herdeiro legal do pensionista falecido, com o qual vivia em comunhão de habitação.<sup>11</sup>

Relativamente à proteção social, o resultado mais importante foi o aumento significativo do número de contribuintes inscritos na proteção social. O número total de trabalhadores que contribuem aumentou em 5,1%, sendo que o número total de beneficiários aumentou em 3,1%. Do lado não contributivo, a criação do Centro Nacional de Pensões Sociais (CNPS) foi um dos marcos fundamentais dos últimos anos. O número de beneficiários no programa era de 22.946 pessoas durante 2009, na altura em que a pensão social estava estabelecida em 4.500 Escudos por mês.

A Estratégia para o Desenvolvimento da Proteção Social de Cabo Verde (EDPS) foi lançada em 2005 por um período inicial de três anos (2006-2008). A Estratégia foi inicialmente concebida como um meio de contribuir para a redução da pobreza e da desigualdade social, atuando com especial ênfase nos riscos que aumentam a pobreza ou a vulnerabilidade, em concertação com outras políticas sociais. Resumindo, a EDPS visava

---

<sup>11</sup> Actualmente este regime abrange cerca de 22.950 pessoas, que recebem mensalmente 5.000 escudos. Isto representou um esforço financeiro do Governo equivalente a mais de 1 bilhão de escudos em 2009. Nota-se que em dois anos, o valor da Pensão sofreu três actualizações: de 3.150.\$00 em 2007, passou para 3.500.\$00 em 2008 e para 4.500.\$00 em 2009. Até o primeiro semestre de 2010, o Governo preconiza um valor que chegará aos 5.000.00

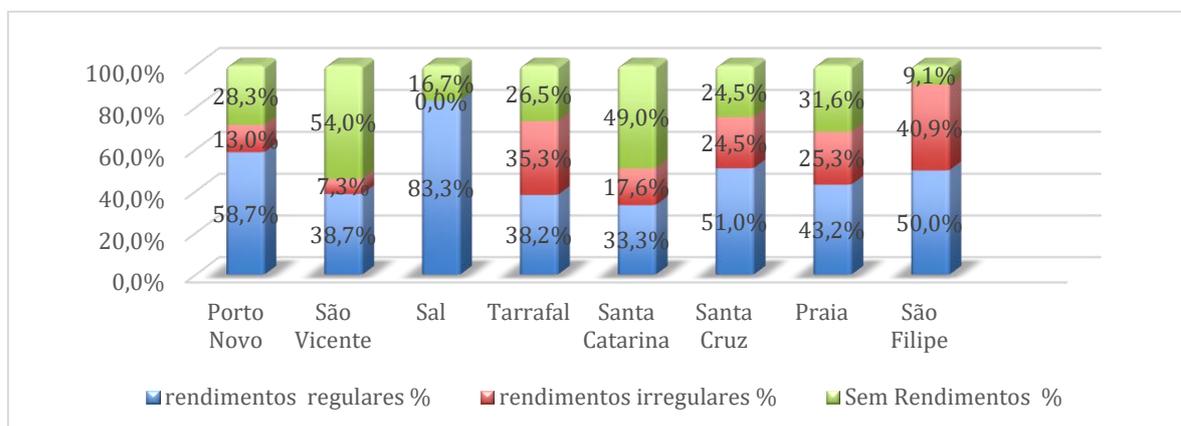


ajudar famílias e comunidades vulneráveis a melhorar a gestão dos seus riscos e a garantir o apoio básico às pessoas que viviam em extrema pobreza ou vulnerabilidade.

#### 4.3.5 Distribuição de rendimento por Concelho

Os concelhos onde grande parte das PcDs constituem uma franja sem rendimentos, destacam-se S. Vicente (54,0%) e Santa Catarina (49,0%), acima da proporção total dos inquiridos. Por outro lado, os concelhos onde verificamos maior percentagem de PcDs com rendimento, sobressaem Sal (83,3%), Porto Novo (58,7%), Santa Cruz. (51,0%). Sal é o concelho com maior proporção de limitação física entre as PcDs inquiridas no concelho, o que justifica a grande proporção de pessoas com rendimentos, tendo em conta o Gráfico 2 que evidencia maior proporção de rendimentos entre os com limitação física.

*Gráfico 3: Distribuição de rendimento por Concelho*



#### 4.3.6 Consumo de Álcool e outras Drogas

Quanto aos resultados concernentes ao consumo de álcool e outras drogas ao longo da vida, por concelho, nota-se que cerca de 58,8% das PcDs inquiridas consumiu álcool e 7,8% consumiu droga ao longo da vida. O consumo do álcool ao longo da vida está presente em todos os concelhos sendo que apenas os concelhos de Tarrafal, Sta. Catarina e S. Filipe apresentam proporção inferior em relação à totalidade dos inquiridos.

Em Cabo Verde, o consumo de álcool e o consumo abusivo de álcool afeta quase na totalidade das famílias caboverdeanas, afigurando-se como um problema de saúde pública e motivando uma ação ao mais alto nível da governação do país. Em 2015 a Presidência da República lançou a Campanha “Menos álcool, mais vida” a fim de chamar atenção aos desajustes provocados pelo álcool e sensibilizar os governantes, parceiros empresas e a população geral na necessidade de atitudes urgentes, acertivas e decisivas frente ao consumo abusivo.

*Tabela 6: Distribuição das PcD que consumiram álcool e outras drogas ao longo da vida, por Concelho.*



Concelho	n	Consumo de Alcool		Consumo de droga	
		efetivo	%	efetivo	%
Porto Novo	46	31	67,4	2	4,3
São Vicente	137	92	67,2	13	9,5
Sal	36	22	61,1	1	2,8
Tarrafal	34	12	35,3	0	0,0
Santa Catarina	51	20	39,2	1	2,0
Santa Cruz	49	28	57,1	8	16,3
Praia	285	173	60,7	26	9,1
São Filipe	44	23	52,3	2	4,5
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>401</b>	<b>58,8</b>	<b>53</b>	<b>7,8</b>

Em Cabo Verde, todas as ocasiões de alegria, festividade ou tristeza são pretexto para o consumo, que recebe um caráter social e de total aceitação social. Por outro lado tem maior proporção de perturbações ligadas ao uso de álcool quando comparada à média africana de 5,1%; tem a mais alta proporção de mortes associadas ao álcool entre os países lusófonos africanos (3,6%); as famílias reservam a mesma percentagem (2%) do seu orçamento para as despesas com a saúde para o consumo de bebidas alcoólicas, sendo em muitos casos o dobro que a família reserva para as despesas com a educação; Mais de um terço de doentes do Hospital Psiquiátrico está relacionado com o uso abusivo do álcool; é a droga lícita mais consumidas por adolescentes no Ensino Secundário e o primeiro contato com bebidas alcoólicas se situa entre 7 e 17 anos de idade (Campanha Menos Alcool, Mais Vida).

Além da realidade preocupante do uso de álcool pelas famílias caboverdeanas, em relação às PcDs, isso pode ser agravado por comportamentos abusivos e estigmatizantes praticados contra às PcD. Como se observou ao longo do trabalho de terreno (entrevistas) junto das OPDs, Delegacias de saúde e mesmo durante os Grupos Focais, a população tem por hábito oferecer bebidas às PcDs. Existe uma prática nefasta de oferecer álcool (bebidas) às PcDs, tornando-as assim mais vulneráveis.

Relativamente, ao consumo de droga, destacam-se os Concelhos de Santa Cruz, S. Vicente e Praia, onde 16,3, 9,5 e 9,1% entre o total de inquiridos por concelho já usaram droga ao longo da vida, respetivamente.

*Tabela 7: Características das PcDs que consomem álcool ao longo da vida*

Caraterísticas	Efetivos	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	215	48,6
Masculino	186	77,5
<b>Grupo de idade</b>		
15 - 19 anos	17	30,9
20 - 24 anos	29	55,8
25 - 29 anos	34	58,6
30 - 39 anos	79	71,8



40 - 49 anos	86	67,7
50 - 59 anos	88	57,9
60 anos e +	68	53,1
<b>Estado civil atual</b>		
Solteiro	294	57,0
Casado(a)/ união de facto	95	65,5
Divorciado(a) / Separado (a)	6	75,0
Viúvo / (a)	6	46,2
<b>Nível de Estudos</b>		
Sem Habilitação	68	37,4
Ensino Básico	167	62,8
Ensino secundário 1º Ciclo	66	68,0
Ensino secundário 2º Ciclo	47	69,1
Ensino secundário 3º Ciclo	36	90,0
Ensino Profissional	4	100,0
Bacharelato	2	66,7
Licenciatura	11	50,0
<b>Rendimentos</b>		
Sim, regulares	182	58,7
Sim, irregulares	87	62,6
Não	132	56,7
<b>Organização/Associação</b>		
Sim	37	67,3
Não	364	58,1
<b>Tipo de limitação</b>		
Física	122	55,7
Visual	93	56,6
Comunicação	0	2,9
Audição	9	17,7
Mental	8	15,8
Inteletual	32	27,1
Incapacidade múltipla	137	38,3

Ao cruzarmos algumas variáveis com o consumo do álcool ao longo da vida, conforme os dados da tabela 7, verificamos que, nas PcDs, há uma maior tendência para o consumo do mesmo nos inquiridos do sexo masculino (77,5%), do que os do sexo feminino (48,6%), como diagnosticado na população geral principalmente na faixa etária acima dos 25 anos, e observado também entre as PcDs (Campanha Menos Álcool, Mais Vida).

Nota-se um maior consumo do álcool a partir da faixa etária dos 30-39 anos, sendo que 71,8% dos inquiridos nesta faixa responderam que consomem e 67,7% na faixa etária dos 40-49 anos.

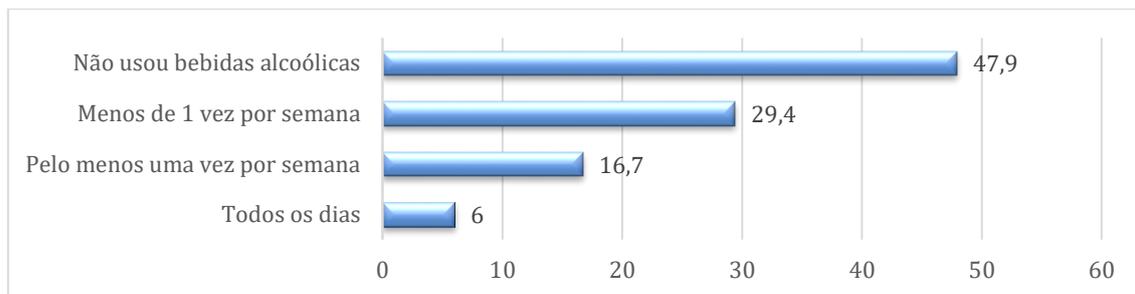
Os divorciados/separados são os que mais consomem álcool (75,0%), seguidos dos casados (65,5%). Quanto ao nível de estudo, destaca-se os extremos (sem habilitação e com licenciatura) as PcDs que menos consomem álcool. É interessante notar também que as PcDs com rendimentos irregulares (62,6%), consomem mais álcool do que aqueles com rendimento regular (58,7%) e os que não têm rendimentos (56,7%).



Paradoxalmente, os PcDs que não pertencem a uma associação/organização consomem menos álcool (58,1%) do que aqueles que pertencem a uma associação (67,1%). Quanto ao tipo de limitação, aqueles que consomem álcool ao longo da vida, destacam-se os que possuem uma limitação visual (56,6%), limitação física (55,7%), Incapacidade Múltipla (38,3%) e limitação intelectual (27,1%).

Nota-se que 52,1% das PcDs inqueridas consumiram álcool nas últimas 4 semanas. Quando analisamos por concelho, verificamos que a situação é mais grave no Porto Novo com 61,3%; Praia com 58,4%, Tarrafal com 58,3%, e S. Vicente com 55,4%, valores acima do total da proporção dos inquiridos, sendo que as PcDs de que Porto Novo, S. Vicente e Praia, também são as que mais consumiram álcool ao longo da vida (tabela 5). Os concelhos com menor consumo de álcool nas últimas 4 semanas são Sal com 22,6%, S. Filipe com 26,1% e Santa Cruz com 35,9%

**Gráfico 4:** Frequência de consumo de álcool nos últimos 30 dias (%)



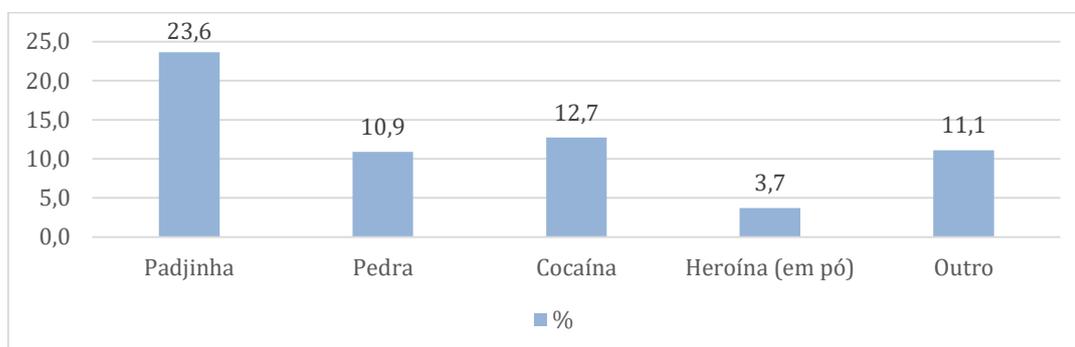
Verifica-se também que 48% das PcDs inqueridas já ficou alguma vez embriagada. Os concelhos onde uma maior percentagem de PcDs alguma vez ficou embriagado são Tarrafal com 83,3%; Santa Catarina com 70,0% Porto Novo com 58,1% e S. Filipe com 52,2%.

Quanto ao consumo de drogas, 7,8% das PcDs inqueridas responderam que já consumiram algum tipo de drogas ao longo da vida. Nos últimos 30 dias as drogas mais consumidas foram a padjinha<sup>12</sup> (23,6%), cocaína (2,7%), outras drogas, incluindo o tabaco (11,1%).

<sup>12</sup> Commumente conhecido por cannabis ou marijuana.



**Gráfico 5: Tipos de drogas consumidas nos últimos 30 dias**



#### **4.4 Prevalência de VIH nas pessoas com deficiência segundo as principais características**

A componente biológica do estudo, que consistiu na despistagem do VIH na população inquirida, revela uma prevalência da infeção entre as PcD de 2,3%, como demonstra a tabela 8. Esse valor é preocupante uma vez que é superior ao último estudo serológico do VIH realizado em Cabo Verde que determinou uma taxa de prevalência de 0,8% na população geral (IDSRII, 2005) e superior à seroprevalência obtida nas grávidas, que é inferior a 1%. No entanto ela é inferior à prevalência encontrada nas populações chave, como homens que fazem sexo com homens (6,1%), profissionais de Sexo (4,6%) e em usuários de drogas (3,1%) (ESCS, 2016). A maioria dos casos positivos estão relacionados à infeção pelo VIH-1 (86,7%), obedecendo ao padrão nacional, que segundo o último Relatório Estatístico divulgado pelo MSSS aponta para uma proporção de 76,6% de infeção pelo VIH-1 na totalidade dos casos diagnosticados em 2016 (Relatório Estatístico 2016, MSSS).

Assim como no IDSRII a prevalência entre os homens (3,5%) é maior do que entre mulheres (1,7%). Em relação à faixa etária, a Tabela 8 mostra que há um predomínio da infeção entre os inquiridos na faixa etária de 40 - 49 anos (3,4%) e 30 - 39 anos (2,8%), idades jovens também mais prevalente entre os casos diagnosticados anualmente nos serviços de saúde, e que demandam estratégias de prevenção e cuidados que garantam o acesso ao diagnóstico, tratamento, monitoramento, serviços e informação específicas para as PcD. Não há registo de casos entre as PcDs casadas ou em união de fato, nem entre os divorciados ou separados. No total de casos positivos (15), 14 (93,3%) são solteiros.



**Tabela 8: Prevalência de VIH entre as pessoas com deficiência por principais características**

Características		Estado Serológico				
		N	Seropositivo/a		Seronegativo/a	
			efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Feminino	422	7	1,7	415	98,3
	Masculino	231	8	3,5	223	96,5
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Grupo de idade	15 - 19 anos	53	0	0,0	53	100,0
	20 - 24 anos	50	1	2,0	49	98,0
	25 - 29 anos	57	1	1,8	56	98,2
	30 - 39 anos	109	3	2,8	106	97,2
	40 - 49 anos	119	4	3,4	115	96,6
	50 - 59 anos	145	3	2,1	142	97,9
	60 anos e +	120	3	2,5	117	97,5
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Estado civil atual	Solteiro	499	14	2,8	485	97,2
	Casado(a)/ união de facto	134	0	0,0	134	100,0
	Divorciado(a) / Separado (a)	7	0	0,0	7	100,0
	Viúvo / (a)	13	1	7,7	12	92,3
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Nível de Estudos	Sem habilitação	175	5	2,9	170	97,1
	Ensino Básico	248	7	2,8	241	97,2
	Ensino Secundário 1º Ciclo	95	0	0,0	95	100,0
	Ensino Secundário 2º Ciclo	68	2	2,9	66	97,1
	Ensino Secundário 3º Ciclo	39	1	2,6	38	97,4
	Ensino Profissional	4	0	0,0	4	100,0
	Bacharelato	3	0	0,0	3	100,0
	Licenciatura	21	0	0,0	21	100,0
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Rendimentos	Sim, regulares	295	10	3,4	285	96,6
	Sim, irregulares	133	2	1,5	131	98,5
	Não	225	3	1,3	222	98,7



	Total	653	15	2,3	638	97,7
organização/Associação	Sim	55	1	1,8	54	98,2
	Não	598	14	2,3	584	97,7
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Consumo de alcool	Sim	384	10	2,6	374	97,4
	Não	269	5	1,9	264	98,1
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Tipo de Virus	VIH1	653	13	2,0	636	97,4
	VIH2	653	2	0,3	2	0,3
	Total	653	15	2,3	638	97,7
Tipo de limitação	Física	185	4	2,2	181	97,8
	Visual	133	1	0,0	132	99,2
	Comunicação	3	0	0,0	3	100,0
	Audição	13	0	0,0	13	100,0
	Mental	11	1	9,1	10	90,9
	Intelectual	55	1	1,8	54	98,2
	Incapacidade múltipla	253	8	3,2	245	96,8
	<b>Total</b>	<b>653</b>	<b>15</b>	<b>2,3</b>	<b>638</b>	<b>97,7</b>

Em relação ao nível de escolaridade é interessante notar que não foram encontrados casos positivos entre as PcDs com níveis de estudo mais avançados, que constituiu também a população com maior conhecimento sobre o VIH/Sida e uso de preservativo. Isso poderá estar associado a maior acesso a informações, participação a atividades de sensibilização, e atitudes preveníveis frente ao VIH/Sida. Por outro lado, isso aponta à necessidade de estratégias de prevenção direcionada para a população com deficiência com baixo nível de estudo e informação acessível tendo em conta limitações principalmente quanto à audição e visual. No entanto, nas pessoas com deficiência mental e múltipla que encontramos os valores mais elevados de casos positivos, sendo 9,1% e 3,2% respetivamente.

O concelho com maior prevalência do VIH é Praia com 4,9%, seguido São Filipe com 2,3% e de Santa Catarina com 2,0% .

A incapacidade múltipla poderá configurar-se como um fator de vulnerabilidade à infeção, corroborando com a necessidade já apresentada de medidas específicas de prevenção e cuidados às PcDs. Nota-se também que dentre os casos positivos 20,0% não conheciam um lugar onde poderiam fazer o teste VIH, apesar de todos afirmarem já terem ouvido falar sobre o VIH ou uma doença chamada Sida e acreditarem na sua existência.

Quando questionado sobre o grau de risco para contrair a Sida, todos os que foram diagnosticados positivos responderam risco moderado, não sabe ou não tem risco, sendo que 57,1% disseram que não sabe ou não tem risco. No entanto, 71,4% acha que a Sida é uma ameaça moderada



ou elevada no seio das PcDs, 93,3% acha que podemos nos proteger contra a Sida e 73,3% não sabe ou acha que o VIH não tem cura.

A prevalência do VIH é maior entre a população de estudo com rendimentos regulares (3,4%); que não pertence a nenhuma organização ou associação (2,3%) e entre os que consomem álcool (2,6%). Mais uma vez, esses dados sugerem existência de grupos mais vulneráveis à infeção pelo VIH entre as PcDs, e a necessidade de ações concretas, diferenciadas e direcionadas a certos grupos.

Face às vulnerabilidades por que passam as PcDs, o programa do Governo da IX Lgislatura (2016-2021) estabelece como um das prioridades a colocação dos cuidados de dependentes, ou seja, crianças, pessoas idosas e pessoas com Deficiência no centro da agenda das políticas de inclusão social e de apoio às famílias.<sup>13</sup>

O plano faz referência ao direito das PcDs ao tratamento e cuidados adequados dos idosos a uma velhice digna. Fala também da figura do cuidador das PcDs e dos idosos. O Sistema nacional de cuidados, a nível do plano de serviços de Cuidados irá funcionar na lógica de intergação do sistema de protecção social que irá da cobertura às PcDs. Os cuidadores terão formação para tal. O Plano destaca também o *Projeto Cabo Verde Solidário com a Deficiência*, que irá proporcionar subsídios para Assistentes Pessoais não-familiares (nas áreas de cuidados de saúde, higiene, reabilitação. Pretende-se também reforçar os investimentos em equipamentos de reabilitação e integração das PcDs.

## 4.5 Conhecimento de VIH/SIDA

### 4.5.1 Conhecimento da Doença e da sua Gravidade

Conforme revelam os resultados do quadro abaixo, quando analisamos o tipo de deficiência, assim como o tipo de limitação com as informações sobre o VIH, o SIDA e os IST, notamos que grande parte das PcDs têm acesso às referidas informações (89,4%). Os únicos que têm menos acesso a esse tipo de informações são as PcDs com limitação na *Comunicação* (66,7%) e com incapacidade múltipla (77,4%).

*Quadro 9: Distribuição de pessoas com deficiência que já ouviram falar do VIH por tipo de limitação.*

Tipo de limitação funcional	n	Sim		Não	
		Efetivo	%	Efetivo	%
Física	199	198	99,5	1	0,5
Visual	137	134	97,8	3	2,2
Comunicação	3	2	66,7	1	33,3
Audição	14	14	100,0	0	0,0
Mental	12	10	83,3	2	16,7
Inteletual	56	50	89,3	6	10,7
Incapacidade Múltipla	261	202	77,4	59	22,6

<sup>13</sup> Ministério da Família e Inclusão Social, Plano Nacional de Cuidados, Praia, 2017,p3.



<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>
--------------	------------	------------	-------------	-----------	-------------

Quanto aos outros tipos de limitação, a maioria dos inquiridos tem acesso a informações sobre VIH, Sida e IST. Mesmo assim, verifica-se há uma grande necessidade de se adaptar as campanhas de sensibilização às PcDs, mormente a disponibilização dos recursos em Braille, língua gestual, etc.

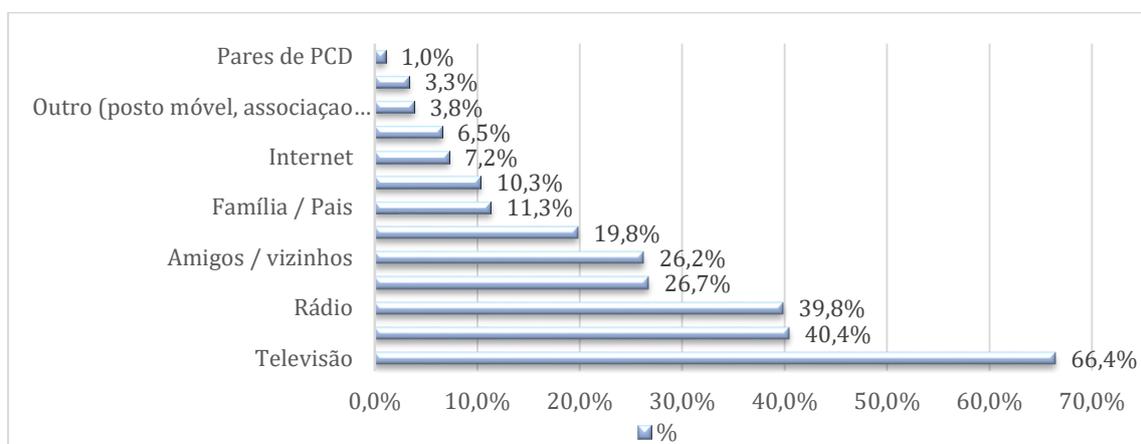
*Quadro 10: Distribuição de pessoas com deficiência que já ouviram falar do VIH por tipo de limitação e por concelho*

Concelhos		Distribuição das PcDs que ouviram falar de VIH/SIDA por tipo de limitação e por concelho						
		Física	Visual	Comunicação	Audição	Mental	Intelectual	Incapacidade Múltipla
Porto Novo	Nº	21	13	5	3	9	10	13
	%	47,7	29,5	11,4	6,8	20,5	22,7	29,5
S. Vicente	Nº	54	49	18	23	11	19	41
	%	48,2	43,8	43,8	20,5	9,8	17,0	36,6
Sal	Nº	25	8	1	0	4	4	7
	%	75,8	24,2	3,0	0,0	12,1	12,1	21,2
Tarfal	Nº	18	2	4	1	0	6	6
	%	75,0	8,3	16,7	100,0	0,0	25,0	25,0
Santa Catarina	Nº	22	6	6	3	6	5	13
	%	61,1	16,7	19,4	8,3	16,7	13,9	36,1
Santa Cruz	Nº	27	24	24	4	0	18	22
	%	60,0	53,3	2,2	8,9	0,0	40,0	48,9
Praia	Nº	147	111	10	23	14	84	86
	%	53,3	40,2	3,6	8,3	5,1	30,4	31,2
São Filipe	Nº	22	22	3	5	0	4	11
	%	45,0	55,0	7,5	12,5	0,0	10,0	27,50
<b>Total Ponderada</b>	<b>Nº</b>	<b>332</b>	<b>235</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>44</b>	<b>150</b>	<b>199</b>
	<b>%</b>	<b>54,4</b>	<b>38,5</b>	<b>8,0</b>	<b>10,2</b>	<b>7,2</b>	<b>24,6</b>	<b>32,6</b>

Os resultados concernentes à proporção de pessoas com deficiência que já ouviu falar de VIH/SIDA por tipo de limitação e por concelho, revelam que os tipos de limitação que apresentam os valores mais baixos são: Limitação Mental (7,2%); Comunicação (8,0%) e Audição (10,2%). Nota-se que urge um trabalho aprofundado de sensibilização sobre os riscos de VIH/SIDA no seio das PcDs. Isso foi notório durante a pesquisa de campo (entrevistas). Tanto as OPDs como as Delegacias de Saúde reconhecem que nunca fizeram um trabalho de sensibilização directamente virado para as PcDs.



**Gráfico 6: Fontes de informação sobre VIH-sida**



Quanto às fontes de informação sobre o VIH, os dados apontam que os 66,4% dos inquiridos acedem às informações através da televisão, Rua (40,4%), rádio (39,8%), Estuturas de saúde (26,7%), Amigos/Vizinhos (26,2%), Escola/Formação (19,8%), Família/Pais (11,3%), Jornais/Cartazes (10,3%), Internet (7,2%), Chat/Conferências/Seminários (6,5%), Outro (Posto Móvel, Associação Comunitária, Palestra) com 3,8%, e Pares de PcDs (1,0%). Nota-se que, apesar da pergunta ter resposta múltipla, o associativismo (OPDs) está a funcionar muito abaixo da sua potenciabilidade em termos de sensibilização e formação. Os meios de comunicação social, como a televisão e a rádio figuram como as principais fontes de informação, bem como provavelmente cartazes e outdoors disponíveis nas vias de circulação (rua).

**Tabela 9: Proporção das PcDs que já ouviram falar do VIH de acordo com seu perfil.**

		Você já ouviu falar sobre o VIH ou uma doença chamada SIDA?				
		Sim		Não		
		n	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	240	208	86,7	32	13,3
	Feminino	442	402	91,0	40	9,0
	Total	682	610	89,4	72	10,6
Grupo de idade	15 - 19 anos	55	43	78,2	12	21,8
	20 - 24 anos	52	36	69,2	16	30,8
	25 - 29 anos	58	52	89,7	6	10,3
	30 - 39 anos	110	98	89,1	12	10,9
	40 - 49 anos	127	117	92,1	10	7,9
	50 - 59 anos	152	140	92,1	12	7,9
	60 anos e +	128	124	96,9	4	3,1
Total	682	610	89,4	72	10,6	
Estado civil atual	Solteiro	516	445	86,2	71	13,8
	Casado(a)/ união de facto	145	144	99,3	1	,7



	Divorciado(a) / Separado (a)	8	8	100,0	0	0,0	
	Viúvo / (a)	13	13	100,0	0	0,0	
	<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>	
Nível de Estudos	Sem Habilitação	182	142	78,0	40	22,0	
	Ensino Básico	266	240	90,2	26	9,8	
	Ensino secundário 1º Ciclo	97	92	94,8	5	5,2	
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	68	100,0	0	0,0	
	Ensino secundário 3º Ciclo	40	39	97,5	1	2,5	
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0	
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0	
	Licenciatura	22	22	100,0	0	0,0	
	<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>	
	Rendimentos	Sim, regulares	310	281	90,6	29	9,4
		Sim, irregulares	139	131	94,2	8	5,8
		Não	233	198	85,0	35	15,0
<b>Total</b>		<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>	
organização/Associação	Sim	55	51	92,7	4	7,3	
	Não	627	559	89,2	68	10,8	
	<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>	
Você já consumiu álcool em sua vida?.	Sim	401	384	95,8	17	4,2	
	Não	281	226	80,4	55	19,6	
	<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>	
Tipos de limitações	Física	199	198	99,5	1	0,5	
	Visual	137	134	97,8	3	2,2	
	Comunicação	3	2	66,7	1	33,3	
	Audição	14	14	100,0	0	0,0	
	Mental	12	10	83,3	2	16,7	
	Inteletual	56	50	89,3	6	10,7	
	Múltipla	261	202	77,4	59	22,6	
	<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>610</b>	<b>89,4</b>	<b>72</b>	<b>10,6</b>	

Nota-se pelos resultados da Tabela acima, através das respostas dos inquiridos que em Cabo Verde, grosso modo, já se fez um enorme trabalho de sensibilização sobre o risco do VIH/Sida. Grande parte das pessoas já ouviram falar do VIH/Sida, mais de 78,0%. Cerca de 91,0% dos inquiridos do sexo feminino já ouviu falar do VIH, ao passo que dos do sexo masculino, somente 86,7% já ouviu falar do VIH. As faixas etárias mais bem esclarecidas quanto a este assunto são as que estão no intervalo de 60 anos e + (96,9%), 50-59 anos (92,1%), 40-49 anos (92,1%). Há necessidade de se reforçar o trabalho de sensibilização na população mais jovem, mormente as faixas etárias dos 20-24 anos, em que 30,8% nunca ouviu falar do VIH e de 15-19 anos em que 21,8% também nunca ouviu falar do assunto.



Da mesma forma, há uma grande necessidade do reforço da sensibilização junto daqueles que não têm habilitação e nenhum tipo de rendimento, dado que 22,0% e 15,0% nunca ouviu falar do assunto, podendo constituir um dos grupos mais vulnerável à infeção. Quanto ao tipo de limitação, a proporção de que nunca ouviu falar sobre VIH/Sida é de 33,3% dentre os com uma limitação funcional no campo da comunicação, 22,6% com limitação múltipla, 16,7% entre os com limitação mental e 10,7% com limitação intelectual.

**Tabela 10: Distribuição das pessoas con deficiencias em acreditar na existência de VIH**

Caraterísticas		n	acredita na existência de VIH			
			Sim		Não	
			efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	208	195	93,8%	13	6,3
	Feminino	402	384	95,5%	18	4,5
Grupo de idade	15 - 19 anos	43	39	90,7%	4	9,3
	20 - 24 anos	36	36	100,0%	0	0,0
	25 - 29 anos	52	50	96,2%	2	3,8
	30 - 39 anos	98	96	98,0%	2	2,0
	40 - 49 anos	117	110	94,0%	7	6,0
	50 - 59 anos	140	133	95,0%	7	5,0
	60 anos e +	124	115	92,7%	9	7,3
Estado civil atual	Solteiro	445	424	95,3%	21	4,7
	Casado(a)/ união de facto	144	135	93,8%	9	6,3
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	8	100,0	0	0,0
	Viúvo / (a)	13	12	92,3	1	7,7
Nível de Estudos	Sem Habilitação	142	128	90,1	14	9,9
	Ensino Básico	240	230	95,8	10	4,2
	Ensino secundário 1º Ciclo	92	87	94,6	5	5,4
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	68	100,0	0	0,0
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	37	94,9	2	5,1
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0
	Licenciatura	22	22	100,0	0	0,0
Rendimentos	Sim, regulares	281	267	95,0	14	5,0
	Sim, irregulares	131	124	94,7	7	5,3
	Não	198	188	94,9	10	5,1
organização/Associação	Sim	51	51	100,0	0	0,0
	Não	559	528	94,5	31	5,5
Consumo de álcool	Sim	384	368	95,8	16	4,2
	Não	226	211	93,4	15	6,6
Tipos de limitações	Física	198	187	94,4	11	5,6
	Visual	134	131	97,8	3	2,2
	Comunicação	2	1	50,0	1	50,0
	Audição	14	12	85,7	2	14,3
	Mental	10	9	90,0	1	10,0
	Intelectual	50	49	98,0	1	2,0



Múltipla	202	190	94,1	12	5,9
<b>Total</b>	<b>610</b>	<b>579</b>	<b>94,9</b>	<b>31</b>	<b>5,1</b>

É interessante notar que, de acordo com a Tabela 9, quando questionados se acreditam na existência de VIH, mais de 90% dos inquiridos, analisados os diferentes aspectos do seu perfil, responde afirmativamente que acreditam na existênciade VIH. É um resultado que revela que a nível nacional fala-se e sensibiliza-se sobre o VIH e os riscos para a saúde e vida humana.É preocupante a proporção de indivíduos de 15 a 19 que não acredita na existência do VIH, podendo denotar pouco acesso dessa população às informações,quer seja por dificuldades da limitação, pouca adesão ao sistema educativo e outros meios de conhecimento, bem como devido aos avanços quanto ao tratamento e monitoramento dos casos de VIH/Sida, levando à cronicidade da infeção, diminuição de casos de doença e morte, e consequentemente ao descrédito da sua existência. Outro reparo que se faz tem a ver com o alerta para se reforçar o trabalho junto dos PcDs com limitação a nível da Comunicação, por causa das dificuldades que têm no acesso às informações.

*Tabela 11: Distribuição dos respondentes de acordo com seu conhecimento da existência de VIH por tipo de limitação e por Concelho.*

Concelhos		Distribuição dos respondentes de acordo com seu conhecimento da existência de VIH por tipo de limitação e por concelho						
		Física	Visual	Comunicação	Audição	Mental	Intelectual	Incapacidade Múltipla
Porto Novo	Nº	4	2	1	1	0	1	3
	%	80,0	40,0	20,0	20,0	0,0	20,0	60,0
S. Vicente	Nº	5	11	3	2	2	2	4
	%	27,8	61,1	61,1	11,1	11,1	11,1	22,2
Sal	Nº	6	1	1	0	2	2	2
	%	66,7	11,1	11,1	0,0	22,2	22,2	22,2
Tarrafal	Nº	1	0	0	0	0	0	0
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santa Catarina	Nº	2	0	0	0	0	1	0
	%	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0
Santa Cruz	Nº	2	1	1	1	0	3	2
	%	50,0	25,0	0,0	25,0	0,0	75,0	50,0
Praia	Nº	41	21	3	6	2	24	24
	%	61,2	31,3	4,5	9,0	3,0	35,8	35,8
São Filipe	Nº	4	22	0	1	0	1	1
	%	16,7	66,7	0,0	16,7	0,0	16,7	16,7
Total Ponderada	Nº	62	40	8	11	6	34	36
	%	54,9	35,4	7,1	9,7	5,3	30,1	31,9



Os resultados concernentes ao conhecimento da existência de VIH por tipo de limitação e por concelho, revelam, através dos valores do Total ponderado, que de facto há um enorme défice de conhecimento da existência de VIH no seio das PcDs. Os dados apontam que grande parte dos PcDs tem um fraco conhecimento da existência do VIH.

Apesar de 54,9% das PcDs com o tipo de limitação física terem conhecimento sobre a existência, grande parte das PcDs com outros tipos de limitação, nos vários concelhos, não tem um conhecimento aceitável da existência do VIH. É o caso das PCDs com limitação Audição (9,7%), Comunicação (7,1%) e Mental (5,3%). Isto é revelador que as campanhas de sensibilização não estão direcionadas para esse público-alvo, e que algo deve ser feito urgentemente para fazer chegar as informações, em vários formatos, a essa população vulnerável. A sensibilização, normalmente, é feita de forma generalizada, sem ter em conta as limitações dessa população específica.

**Tabela 12:** Proporção das pessoas com deficiência que acham que VIH tem cura.

Concelho	QA308. Você acha que o VIH tem cura?						
	n	Sim		Não		Não sabe afirmar	
		efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Porto Novo	44	5	11,4	33	75,0	6	13,6
São Vicente	112	18	16,1	55	49,1	39	34,8
Sal	33	9	27,3	18	54,5	6	18,2
Tarafal	24	1	4,2	19	79,2	4	16,7
Santa Catarina	36	3	8,3	26	72,2	7	19,4
Santa Cruz	45	4	8,9	27	60,0	14	31,1
Praia	276	67	24,3	169	61,2	40	14,5
São Filipe	40	6	15,0	30	75,0	4	10,0
Total Ponderada	610	113	18,5	377	61,8	120	19,7

Apesar de grande parte das PcDs considerar que o VIH não tem cura, se somarmos a percentagem dos que consideram que tem cura e dos que não sabem afirmar (38,2%), notamos que existe ainda um grande trabalho a ser feito no seio dessa população-alvo, de modo a reforçar a prevenção.

Quando foi perguntado ao um responsável de saúde se numa situação de seropositividade das PcDs elegíveis e em tratamento com o ARV, se aderem e cumprem as normas de tratamento, as orientações e se respeitam o calendário das consultas, tivemos o seguinte relato:

*É igual aos que não são deficientes, são as mesmas dificuldades do ser humano em si em termos de aceitar ou não o tratamento. De aceitar-se a doença ou o tratamento. Normalmente, cumprem as orientações e o calendário. O problema está em aceitar a doença a partir do momento cumpre. O que existe no caso de PcDs vitimizam mais uma desgraça em cima de mim, não é negação, mas uma diminuição da própria pessoa, depois vem a luta, a aceitação, caem lá em baixo ... a aceitação é mais lenta, depois lutam. Porque muitas vezes, a forma como acontece a infecção, foram*



*aproveitados e negligenciados isso diminui a confiança e auto-estima e aceitação da doença. Quando não aparecem nós temos contactos e acabamos por chegar a essas pessoas. Só quando saem da ilha e do país. Alguns vão da Praia a Boavista. Se o doente desaparece liga-se a outras delegacias. Agora não se perde as pessoas. E quando encontramos vão com desculpas. Sem tratamento pode ficar doente de sida.*

**Tabela 13: Você acha que o VIH tem cura por limitação e por concelho**

Tipo de limitação	Poto Novo		São Vicente		Sal		Tarrafa I		Santa Catarina		Santa Cruz		Praia		São Filipe		Total Ponderada	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Física	4	80,0	5	27,8	6	66,7	1	100,0	2	66,7	2	50,0	41	61,2	4	16,7	62	54,9
Visual	2	40,0	11	61,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	25,0	21	31,3	22	66,7	40	35,4
Comunicação	1	20,0	3	61,1	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	4,5	0	0,0	8	7,1
Audição	1	20,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	6	9,0	1	16,7	11	9,7
Mental	0	0,0	2	11,1	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	0	0,0	6	5,3
Intelectual	1	20,0	2	11,1	2	22,2	0	0,0	1	33,3	3	75,0	24	35,8	1	16,7	34	30,1
Incapacidade Múltipla	3	60,0	4	22,2	2	22,2	0	0,0	0	0,0	2	50,0	24	35,8	1	16,7	36	31,9

Uma percentagem considerável, acima dos 25%, em quase todos os concelhos, não sabe dizer se tem cura para o VIH.

Relativamente à questão se “acha que uma pessoa infetada com o VIH e que parece saudável pode transmitir o vírus?”, nota-se que cerca de 83,1% dos inquiridos considera que sim, 12,3% não sabe afirmar e 4,6% considera que não.

As OPDs e as Delegacias de saúde consideram que as PCDs com deficiência mental não têm discernimento para procurar apoio. Muitas vezes, existem muitas dificuldades para a família trazer os deficientes. O stress de faltar o trabalho, várias vezes pode pôr o emprego em risco. Se a família tiver uma PcD em casa tem dificuldades em trazê-lo à consulta. Mesmo uma pessoa em cadeiras de rodas se tiver algum problema às vezes não pede ninguém para o levar ao hospital. A deficiência está ligado à pobreza. Existem muitos exames que não temos no hospital. Quanto à vulnerabilidade face ao VIH Primeiro, nós não temos os dados que nos mostram isso; constituem vulnerabilidade porque não têm discernimento, podem ser violados ou induzidos a prostituir-se, são presas fáceis. Existem vários parceiros que os podem violar. As PcD motora nem tanto, embora vulnerável, sem se puder defender-se mas pode denunciar. ..Sim, pelos mesmos motivos; podem ser usados para o sexo, são vulneráveis, pode ser que a vulnerabilidade se traduza na doença em si. Para além das PcDs, existem muitos que usam álcool/drogas.. tudo isso os torna vulnerável. Perdem lucidez.



**Tabela 14:** Distribuição das pessoas segundo as características sociodemográficas sobre o conhecimento do carácter incurável do VIH

		Você acha que o VIH tem cura						
		Sim		Não		Não sabe afirmar		
		n	efetivo	%	o	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	208	47	22,6	125	60,1	36	17,3
	Feminino	402	66	16,4	252	62,7	84	20,9
Grupo de idade								
	15 - 19 anos	43	10	23,3	23	53,5	10	23,3
	20 - 24 anos	36	7	19,4	26	72,2	3	8,3
	25 - 29 anos	52	16	30,8	23	44,2	13	25,0
	30 - 39 anos	98	19	19,4	63	64,3	16	16,3
	40 - 49 anos	117	19	16,2	76	65,0	22	18,8
	50 - 59 anos	140	18	12,9	95	67,9	27	19,3
	60 anos e +	124	24	19,4	71	57,3	29	23,4
Estado civil atual								
	Solteiro	445	83	18,7	275	61,8	87	19,6
	Casado(a)/ união de facto	144	25	17,4	88	61,1	31	21,5
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	1	12,5	7	87,5	0	0,0
	Viúvo / (a)	13	4	30,8	7	53,8	2	15,4
Nível de Estudos								
	Sem Habilitação	142	18	12,7	81	57,0	43	30,3
	Ensino Básico	240	46	19,2	151	62,9	43	17,9
	Ensino secundário 1º Ciclo	92	18	19,6	57	62,0	17	18,5
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	17	25,0	43	63,2	8	11,8
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	10	25,6	23	59,0	6	15,4
	Ensino Profissional	4	0	0,0	2	50,0	2	50,0
	Bacharelato	3	0	0,0	2	66,7	1	33,3
	Licenciatura	22	4	18,2	18	81,8	0	0,0
Rendimentos								
	Sim, regulares	281	51	18,1	184	65,5	46	16,4
	Sim, irregulares	131	24	18,3	89	67,9	18	13,7
	Não	198	38	19,2	104	52,5	56	28,3
organização/Associação								
	Sim	51	14	27,5	31	60,8	6	11,8
	Não	559	99	17,7	346	61,9	114	20,4
Consumo de álcool								
	Sim	384	77	20,1	234	60,9	73	19,0
	Não	226	36	15,9	143	63,3	47	20,8
Tipos de limitações								
	Física	198	36	18,2	125	63,1	37	18,7
	Visual	134	27	20,1	91	67,9	16	11,9
	Comunicação	2	0	0,0	1	50,0	1	50,0
	Audição	14	5	35,7	5	35,7	4	28,6
	Mental	10	0	0,0	8	80,0	2	20,0
	Intelectual	50	9	18,0	33	66,0	8	16,0
	Múltipla	202	36	17,8	114	56,4	52	25,7
	Total	610	113	18,5	377	61,8	120	19,7



A Tabela 14, que analisa as respostas referentes à pergunta sobre se o VIH tem cura, cruzando os vários perfis dos respondentes, mostra que 61,8% dos inquiridos, acredita que o VIH não tem cura. 62,7% do sexo feminino e 60,1% do sexo masculino. A percentagem mais alta dos que consideram que o VIH não tem cura advém dos divorciados (87,5%), dos que tem Licenciatura (81,8%), seguido dos que estão na faixa etária dos 20-24 anos (72,2%). Em relação ao tipo de limitação, 65,5% das PcDs Visuais, 61,7% das PcDs Físicas e 59,0% das PcDs com limitação Mental consideram que o VIH não tem cura.

O interessante a se observar na tabela 14 é o facto de a maioria considerar que o VIH não tem cura. O facto de grande parte considerar que o VIH ainda não ter cura é per se um factor de prevenção. Porém, 38,2% dos respondentes não sabe ou acha que o VIH tem cura. Os indivíduos com idade entre 25 – 29 anos (55,8%) e 15 – 19 anos (46,6%) são os que tem as maiores proporções dos que não sabem ou acham que VIH tem cura. Há margem para se reforçar o trabalho de sensibilização e política de prevenção junto dessa população alvo.

*Gráfico 7: Percepção da sida como doença crónica*



Quando questionados sobre a cronicidade da Sida, ou seja, uma doença que pode ser controlada por medicamentos, permitindo manter a vida mais longa e em boa saúde”, nota-se que a maioria, cerca de 60,7% compartilha esta opinião; 22,6% não tem nenhuma opinião, e 16,7% não compartilha esta opinião. Isso demonstra o conhecimento da população quanto à possibilidade de tratamento eficaz existente e o aumento da esperança de vida dos seropositivos ao VIH. No entanto, como referido anteriormente, poderá estar na base de alguma descrença quanto à realidade da infeção e da doença.

#### **4.5.2 Conhecimento e falsas crenças sobre o VIH/Sida**

No que concerne ao Conhecimento do VIH (Dúvida sobre a existência de SIDA, o conhecimento de estuto serológico VIH, os modos de transmissão, os meios de proteção, crenças, a experiência pessoal sobre a SIDA), grande parte das PcDs que tomaram parte nos



Grupos Focais reconhece que se transmite através das relações sexuais, se a pessoa for seropositiva, se tiver cortes, ferida, na barbearia com lâminas, seringas de pessoas infectadas. Que a grávida deve declarar sobre a gravidez, e que a criança não pode ser amamentada. No que concerne à proteção uma das formas é não ter relações sexuais sem proteção – usar o preservativo. Evitar usar materiais cortantes, material infectado, ser fiel e ter um único parceiro(a).

Durante as entrevistas de grupo, algumas mulheres afirmaram terem medo de homem com muitas mulheres. *Os homens bem vestidos (basofos) podem ter sida. Tem medo porque a sida só aumenta. Através da relação sexual, contacto com material infectado (tesoura, corta unha). Transmissão de sangue.*

Surgiram alguns dúvidas sobre este assunto: “Uma senhora perguntou se o mosquito transmite SIDA. *Outros pensam que basta uma pessoa ter sida para infectar o outro. Que se o homem não ejacular na mulher não apanha sida. Que se tiver sexo no mar não apanha sida. Uma PcD religiosa disse que o preservativo não é bom, que cada homem deve ser fiel ao seu conjuge, que as condutas desenfreadas é que levam à doença. Que nem todos andam de acordo com a lei*”.

Muitos também acreditam que as PcD são mais vulneráveis à infeção pelo VIH do que as pessoas que não têm deficiência. *Existem exemplos de perturbação bipolar – fica tão exacerbado sexualmente, e acha que é Deus que o protege. Toxicopdependência para sustentara o consumo... é vulnerável. As pessoas abusam deles. (A PONTE)*

Alguns estilos de vida, ou riscos adotados pelas PcD pode expo-las à infeção pelo VIH. Por exemplo, ter vários parceiros por causa das dificuldades económicas, sustento, torna-os mais susceptíveis a infeção. O problema da toxicodependência para sustentar o consumo. *A doença mental torna-os mais vulneráveis, não conseguem prever os riscos. Muitas vezes, são facilmente influenciáveis. Não fazem depistagem. Descobrem tardiamente a doença. Os doentes mentais são muito vulneráveis, muitas vezes não trabalham.. são mais vulneráveis.*

*Sobre as crenças, há pessoas que dizem que sem camisinha é melhor. Muçulmanos não usam preservativos. Os bipolares são vulneráveis, neste caso pacientes com doença mental e seropositivas.*

#### **4.5.3 Conhecimento sobre caracter Assintomático do VIH**

Os resultados da tabela abaixo revelam que 67,5% dos inquiridos consideram que uma pessoa infetada com o vírus de sida pode parecer saudável e não ter sintomas. Isto é um aspecto interessante que ajuda na prevenção, mormente no uso do preservativo, dado que a fase inicial da doença, durante o tratamento, e mesmo durante todo o decurso da infeção a pessoa pode permanecer sem sintomas da infeção, sem a doença e com aspeto saudável.



**Tabela 15: Distribuição dos inquiridos segundo conhecimento do carácter assintomático do VIH/Sida**

		Você acha que uma pessoa infetada com o vírus de sida pode parecer saudável e não ter sintomas						
		Sim		Não		Não sabe afirmar		
		n	efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	208	131	63,0	36	17,3	41	19,7
	Feminino	402	281	69,9	64	15,9	57	14,2
Grupo de idade	15 - 19 anos	43	28	65,1	7	16,3	8	18,6
	20 - 24 anos	36	26	72,2	4	11,1	6	16,7
	25 - 29 anos	52	35	67,3	6	11,5	11	21,2
	30 - 39 anos	98	67	68,4	13	13,3	18	18,4
	40 - 49 anos	117	78	66,7	23	19,7	16	13,7
	50 - 59 anos	140	100	71,4	21	15,0	19	13,6
	60 anos e +	124	78	62,9	26	21,0	20	16,1
Estado civil atual	Solteiro	445	293	65,8	74	16,6	78	17,5
	Casado(a)/ união de facto	144	104	72,2	20	13,9	20	13,9
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	7	87,5	1	12,5	0	0,0
	Viúvo / (a)	13	8	61,5	5	38,5	0	0,0
Nível de Estudos	Sem Habilitação	142	80	56,3	29	20,4	33	23,2
	Ensino Básico	240	171	71,3	32	13,3	37	15,4
	Ensino secundário 1º Ciclo	92	55	59,8	19	20,7	18	19,6
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	48	70,6	14	20,6	6	8,8
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	33	84,6	3	7,7	3	7,7
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0
	Bacharelato	3	2	66,7	1	33,3	0	0,0
	Licenciatura	22	19	86,4	2	9,1	1	4,5
Rendimentos	Sim, regulares	281	185	65,8	59	21,0	37	13,2
	Sim, irregulares	131	97	74,0	17	13,0	17	13,0
	Não	198	130	65,7	24	12,1	44	22,2
organização/Associação	Sim	51	43	84,3	6	11,8	2	3,9
	Não	559	369	66,0	94	16,8	96	17,2
Consumo de álcool	Sim	384	280	72,9	51	13,3	53	13,8
	Não	226	132	58,4	49	21,7	45	19,9
Tipos de limitações	Física	198	137	69,2	30	15,2	31	15,7
	Visual	134	105	78,4	18	13,4	11	8,2
	Comunicação	2	0	0,0	1	50,0	1	50,0
	Audição	14	11	78,6	1	7,1	2	14,3
	Mental	10	6	60,0	2	20,0	2	20,0
	Inteletual	50	33	66,0	12	24,0	5	10,0
	Múltipla	202	120	59,4	36	17,8	46	22,8
	<b>Total</b>		<b>610</b>	<b>412</b>	<b>67,5</b>	<b>100</b>	<b>16,4</b>	<b>98</b>



Há um enorme trabalho de sensibilização a ser feito junto dos PcDs com limitação funcional na Comunicação, com incapacidade múltipla e mental, pois representam as que responderam “Sim” em menor proporção. Igualmente os indivíduos com idade entre 15 a 19 anos, são os que representam a menor proporção nas diferentes faixas etárias estudadas, confirmando, mais uma vez, a necessidade de uma atenção especial às PcDs nesta faixa etária. O Quadro acima, mostra os resultados, quando questionado sobre as formas de transmissão do VIH/Sida do conjunto dos respondentes.

#### 4.5.4 Conhecimento sobre a transmissão do VIH de mãe para o seu filho

A maioria dos inquiridos, 73,0% acredita que o VIH pode ser transmitido de mulher seropositiva para o seu filho, como mostra a tabela 25. O caso mais preocupante são as PcDs com limitação de tipo Comunicação, que não souberam responder (100,0%) esta questão. Isso pode ter a ver com o défice de comunicação com esta população-alvo, que tem uma enorme dificuldade em compreender as mensagens.

*Tabela 16: Distribuição dos inquiridos segundo conhecimento da transmissão do VIH das mulheres seropositiva para o seu filho*

		Transmitido de de mulher seropositiva para o seu filho						
		Sim		Não		Não sabe afirmar		
		n	efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	208	136	65,4	23	11,1	49	23,6
	Feminino	402	309	76,9	36	9,0	57	14,2
Grupo de idade	15 - 19 anos	43	27	62,8	5	11,6	11	25,6
	20 - 24 anos	36	32	88,9	1	2,8	3	8,3
	25 - 29 anos	52	36	69,2	7	13,5	9	17,3
	30 - 39 anos	98	70	71,4	11	11,2	17	17,3
	40 - 49 anos	117	86	73,5	13	11,1	18	15,4
	50 - 59 anos	140	102	72,9	15	10,7	23	16,4
	60 anos e +	124	92	74,2	7	5,6	25	20,2
Estado civil atual	Solteiro	445	326	73,3	41	9,2	78	17,5
	Casado(a)/ união de facto	144	102	70,8	17	11,8	25	17,4
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	6	75,0	1	12,5	1	12,5
	Viúvo / (a)	13	11	84,6	0	0,0	2	15,4
Nível de Estudos	Sem Habilitação	142	91	64,1	14	9,9	37	26,1
	Ensino Básico	240	165	68,8	27	11,3	48	20,0
	Ensino secundário 1º Ciclo	92	70	76,1	8	8,7	14	15,2
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	61	89,7	3	4,4	4	5,9
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	35	89,7	2	5,1	2	5,1
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0
	Bacharelato	3	2	66,7	1	33,3	0	0,0
	Licenciatura	22	17	77,3	4	18,2	1	4,5
Rendimentos	Sim, regulares	281	205	73,0	33	11,7	43	15,3
	Sim, irregulares	131	110	84,0	9	6,9	12	9,2
	Não	198	130	65,7	17	8,6	51	25,8



organização/Associação	Sim	51	39	76,5	5	9,8	7	13,7
	Não	559	406	72,6	54	9,7	99	17,7
Consumo de álcool	Sim	384	296	77,1	31	8,1	57	14,8
	Não	226	149	65,9	28	12,4	49	21,7
Tipos de limitações	Física	198	140	70,7	21	10,6	37	18,7
	Visual	134	111	82,8	9	6,7	14	10,4
	Comunicação	2	0	0,0	0	0,0	2	100,0
	Audição	14	13	92,9	0	0,0	1	7,1
	Mental	10	6	60,0	1	10,0	3	30,0
	Intelectual	50	34	68,0	7	14,0	9	18,0
	Múltipla	202	141	69,8	21	10,4	40	19,8
	<b>Total</b>	<b>610</b>	<b>445</b>	<b>73,0</b>	<b>59</b>	<b>9,7</b>	<b>106</b>	<b>17,4</b>

A proporção dos que NSA (não sabe responder) é relativamente mais elevada nas idades mais jovens, e dos que residem no concelho do Porto Novo. Quanto às diferentes formas de transmissão apresentadas, as respostas evidenciam mais conhecimento durante a amamentação e pouco conhecimento das PcDs em diferentes faixas etárias e concelhos da transmissão durante a gravidez e durante o parto.

**Quadro 11:** Frequência das respostas dadas sobre a prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho por características selecionadas

Características sociodemográficas	Durante a gravidez		Durante o parto		Durante a amamentação		NSA		Total	
	efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%	Efetivo	%	efetivo	%
Grupo etário										
15 - 19 anos	11	42,3	6	23,1	13	50,0	5	19,2	26	74,3
20 - 24 anos	15	48,4	13	41,9	19	61,3	6	19,4	31	58,5
25 - 29 anos	14	40,0	20	57,1	29	82,9	0	0,0	35	55,6
30 - 39 anos	26	37,1	30	42,9	39	55,7	8	11,4	70	68,0
40 - 49 anos	49	58,3	35	41,7	45	53,6	5	6,0	84	62,7
50 - 59 anos	62	62,0	40	40,0	49	49,0	8	8,0	100	62,9
60 anos e +	57	62,0	33	35,9	36	39,1	15	16,3	92	65,2
Concelho										
Porto Novo	9	32,1	8	28,6	13	46,4	6	21,4	28	77,8
São Vicente	33	44,0	37	49,3	39	52,0	10	13,3	75	63,0
Sal	10	52,6	7	36,8	15	78,9	2	10,5	19	55,9
Tarrafal	6	40,0	10	66,7	7	46,7	2	13,3	15	60,0
Santa Catarina	14	77,8	13	72,2	13	72,2	0	0,0	18	45,0
Santa Cruz	12	35,3	11	32,4	24	70,6	0	0,0	34	72,3
Praia	124	57,9	65	30,4	89	41,6	25	11,7	214	70,6
São Filipe	26	74,3	26	74,3	30	85,7	2	5,7	35	41,7
Total	234	53,4	177	40,4	230	52,5	47	10,7	438	63,7

Pode-se considerar, pelos resultados, que cerca de 63,7% das PcDs em todos os concelhos acreditam que o VIH pode ser transmitido de uma mulher seropositiva para o seu filho durante a gravidez, durante o parto e durante a amamentação, contra 36,3% que NSA



(não sabe responder). Da mesma forma, nota-se que cerca de 60,7% das PCDs de todas as faixas etárias acreditam também que o VIH pode ser transmitido através dos três momentos apontados.

#### 4.5.5 Conhecimento sobre a transmissão do VIH por via sexual

A grande maioria das Pcds inquiridas, cerca de 92,0% acredita que pode contrair VIH ao ter relações sexuais desprotegidas com PvVIH. O único grupo que está abaixo do total ponderado, e que suscita um reforço em termos de sensibilização, informação e consciencialização, são as Pcds com limitação ao nível de Comunicação, sendo que 50,0% acredita que pode contrair VIH se tiver relações sexuais desprotegidas com PvVIH.

*Tabela 17: Ao ter relações sexuais desprotegidas com PvVIH.*

		Ao ter relações sexuais desprotegidas com PvVIH				
		Sim			Não	
		n	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	208	187	89,9	21	10,1
	Feminino	402	374	93,0	28	7,0
Grupo de idade	15 - 19 anos	43	39	90,7	4	9,3
	20 - 24 anos	36	35	97,2	1	2,8
	25 - 29 anos	52	48	92,3	4	7,7
	30 - 39 anos	98	87	88,8	11	11,2
	40 - 49 anos	117	111	94,9	6	5,1
	50 - 59 anos	140	131	93,6	9	6,4
	60 anos e +	124	110	88,7	14	11,3
Estado civil atual	Solteiro	445	407	91,5	38	8,5
	Casado(a)/ união de facto	144	134	93,1	10	6,9
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	8	100,0	0	0,0
	Viúvo / (a)	13	12	92,3	1	7,7
Nível de Estudos	Sem Habilitação	142	122	85,9	20	14,1
	Ensino Básico	240	220	91,7	20	8,3
	Ensino secundário 1º Ciclo	92	85	92,4	7	7,6
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	67	98,5	1	1,5
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	39	100,0	0	0,0
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0
	Licenciatura	22	21	95,5	1	4,5
Rendimentos	Sim, regulares	281	261	92,9	20	7,1
	Sim, irregulares	131	124	94,7	7	5,3
	Não	198	176	88,9	22	11,1
organização/Asociação	Sim	51	50	98,0	1	2,0
	Não	559	511	91,4	48	8,6



Consumo de álcool	Sim	384	361	94,0	23	6,0
	Não	226	200	88,5	26	11,5
Tipos de limitações	Física	198	182	91,9	16	8,1
	Visual	134	133	99,3	1	,7
	Comunicação	2	1	50,0	1	50,0
	Audição	14	14	100,0	0	0,0
	Mental	10	9	90,0	1	10,0
	Inteletual	50	48	96,0	2	4,0
	Múltipla	202	174	86,1	28	13,9
<b>Total</b>		<b>610</b>	<b>561</b>	<b>92,0</b>	<b>49</b>	<b>8,0</b>

#### 4.5.6 Conhecimento sobre a transmissão do VIH por transfusão sanguínea

A transmissão do vírus por transfusão sanguínea é aceite pela maioria das PcDs como uma das formas de transmissão, permanecendo alguns grupos com resultados destonantes. Por exemplo, chama a nossa atenção o fato de que 22,7% dos licenciados responderem “Não” a essa questão. Fica a dúvida se acham que a transmissão por transfusão não pode ocorrer, ou se o conhecimento de que todo o sangue doado para transfusão é sujeito ao despiste de VIH e o fato de em Cabo Verde não termos registo de transmissão de VIH por essa via, fez com que houvesse essa quantidade de resposta negativa nesse grupo. Essa forma de transmissão também é desconhecida por uma proporção considerável de PcDs, do sexo masculino, em idade acima de 60 anos, divorciado ou separado, sem habilitação, sem rendimentos, que não consome álcool e nas com limitação na comunicação, mental e incapacidade múltipla.

*Tabela 18: Ao receber a transfusão de sangue contaminado com o vírus da SIDA*

		Ao receber sangue contaminado com o vírus da SIDA			
		Sim		Não	
		efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	180	86,5	28	13,5
	Feminino	363	90,3	39	9,7
Grupo de idade	15 - 19 anos	38	88,4	5	11,6
	20 - 24 anos	32	88,9	4	11,1
	25 - 29 anos	48	92,3	4	7,7
	30 - 39 anos	86	87,8	12	12,2
	40 - 49 anos	107	91,5	10	8,5
	50 - 59 anos	125	89,3	15	10,7
	60 anos e +	107	86,3	17	13,7
Estado civil atual	Solteiro	392	88,1	53	11,9
	Casado(a)/ união de facto	131	91,0	13	9,0
	Divorciado(a) / Separado (a)	7	87,5	1	12,5
	Viúvo / (a)	13	100,0	0	0,0



Nível de Estudos	Sem Habilitação	113	79,6	29	20,4
	Ensino Básico	215	89,6	25	10,4
	Ensino secundário 1º Ciclo	86	93,5	6	6,5
	Ensino secundário 2º Ciclo	66	97,1	2	2,9
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	100,0	0	0,0
	Ensino Profissional	4	100,0	0	0,0
	Bacharelato	3	100,0	0	0,0
	Licenciatura	17	77,3	5	22,7
Rendimentos	Sim, regulares	248	88,3	33	11,7
	Sim, irregulares	125	95,4	6	4,6
	Não	170	85,9	28	14,1
organização/Associação	Sim	47	92,2	4	7,8
	Não	496	88,7	63	11,3
Consumo de álcool	Sim	354	92,2	30	7,8
	Não	189	83,6	37	16,4
Tipos de limitações	Física	182	91,9	16	8,1
	Visual	128	95,5	6	4,5
	Comunicação	0	0,0	2	100,0
	Audição	14	100,0	0	0,0
	Mental	5	50,0	5	50,0
	Intelectual	43	86,0	7	14,0
	Múltipla	171	84,7	31	15,3
	<b>Total</b>		<b>543</b>	<b>89,0</b>	<b>67</b>

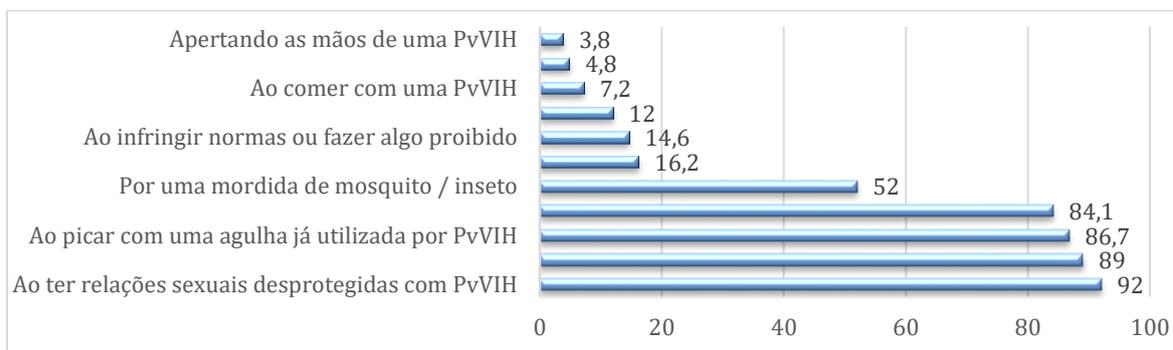
Os resultados da tabela acima também revelam que a grande maioria dos inquiridos, mais de 89,0%, acredita que pode contrair VIH ao receber a transfusão de sangue contaminado com o vírus da SIDA.

#### **4.5.7 Outras das Formas de transmissão de VIH segundos os inquiridos**

Os resultados do gráfico 6 revelam que a grande maioria dos inquiridos, conhece as principais formas de transmissão do VIH, com destaque para a sexual e a sanguínea. No entanto, destaca-se a permanência de falsas crenças e de conceitos errados quanto à transmissão do VIH, fatores esses, que podem suscitar discriminação e estigmatização em relação VIH/Sida, colocando a PcD em risco e contribuindo para a perpetuação de atitudes e comportamentos discriminatórios. Como exemplo citamos o fato de que 52,0% acredita na transmissão por mosquito, 16,2 ao lavar no mesmo balde de água de uma PvVIH, ao infringir normas (14,6%), entre outros.



**Gráfico 8: As formas de contrair o VIH-SIDA(%)**



Ao serem perguntados «de que forma pode-se contrair o VIH-SIDA?», 92,0% responde “Ao ter relações sexuais desprotegidas com PvVIH”; 89% «ao receber transfusão de sangue contaminado com o vírus da Sida” 84,1% “cortando com uma lâmina já utilizada pela PvVIH”; 86,7% “Ao picar com uma agulha já utilizada pela PvVIH”; 52,0% “Por uma mordida de mosquito/inseto”; 16,2% “Ao lavar no mesmo balde de água que uma PvVIH”; 14,6% “Ao infringir normas ou fazer algo proibido”; 7,2% “Ao comer com uma PvVIH”; 4,8% “Por feitiçaria/bruxaria”; 3,8% “Apertando as mãos de uma PvVIH”.

Convém ter estratégias de sensibilização e de informação que cotemplem o contingente dos 10%, ou mais, em algumas categorias, que responderam não a esta questão. Destacamos por exemplo as PcDs sem habilitação, com limitação funcional e incapacidade múltipla, figurando-se como grupos vulneráveis, pelo que alvos de ações direcionadas e específicas.

#### **4.5.8 Conhecimentos de meios de prevenção e falsas crenças sobre o VIH/Sida**

Os resultados da Tabela abaixo mostram também que grande parte das PcDs (88,3%) dos inquiridos acreditam que podemos nos proteger contra o SIDA. Há necessidade de se reforçar a sensibilização junto dos PcDs sem habilitação, sem rendimentos, com limitação funcional na Comunicação, Mental e incapacidade múltipla.

**Tabela 19: Distribuição de pessoas com deficiências segundo conhecimento de proteção contra a VIH/Sida**

		Na sua opinião podemos nos proteger contra a SIDA?					
		Sim		Não		Não sabe afirmar	
		n	%	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	222	86,0	191	1,8	27	12,2
	Feminino	412	89,6	369	2,4	33	8,0



Grupo de idade	15 - 19 anos	49	40	81,6	0	0,0	9	18,4
	20 - 24 anos	41	34	82,9	1	2,4	6	14,6
	25 - 29 anos	52	48	92,3	0	0,0	4	7,7
	30 - 39 anos	101	88	87,1	6	5,9	7	6,9
	40 - 49 anos	122	111	91,0	2	1,6	9	7,4
	50 - 59 anos	144	128	88,9	2	1,4	14	9,7
	60 anos e +	125	111	88,8	3	2,4	11	8,8
Estado civil atual	Solteiro	469	404	86,1	14	3,0	51	10,9
	Casado(a)/ união de facto	144	136	94,4	0	0,0	8	5,6
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	8	100,0	0	0,0	0	0,0
	Viúvo / (a)	13	12	92,3	0	0,0	1	7,7
Nível de Estudos	Sem Habilitação	156	117	75,0	9	5,8	30	19,2
	Ensino Básico	250	223	89,2	3	1,2	24	9,6
	Ensino secundário 1º Ciclo	92	87	94,6	0	0,0	5	5,4
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	67	98,5	0	0,0	1	1,5
	Ensino secundário 3º Ciclo	39	38	97,4	1	2,6	0	0,0
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0
	Licenciatura	22	21	95,5	1	4,5	0	0,0
Rendimentos	Sim, regulares	288	262	91,0	11	3,8	15	5,2
	Sim, irregulares	134	125	93,3	1	,7	8	6,0
	Não	212	173	81,6	2	,9	37	17,5
organização/ Associação	Sim	52	50	96,2	1	1,9	1	1,9
	Não	582	510	87,6	13	2,2	59	10,1
Consumo de álcool	Sim	390	362	92,8	7	1,8	21	5,4
	Não	244	198	81,1	7	2,9	39	16,0
Tipos de limitações	Física	198	191	96,5	3	1,5	4	2,0
	Visual	136	129	94,9	3	2,2	4	2,9
	Comunicação	3	0	0,0	0	0,0	3	100,0
	Audição	14	13	92,9	1	7,1	0	0,0
	Mental	11	7	63,6	0	0,0	4	36,4
	Inteletual	51	46	90,2	2	3,9	3	5,9
	Múltipla	221	174	78,7	5	2,3	42	19,0
<b>Total</b>		<b>634</b>	<b>560</b>	<b>88,3</b>	<b>14</b>	<b>2,2</b>	<b>60</b>	<b>9,5</b>

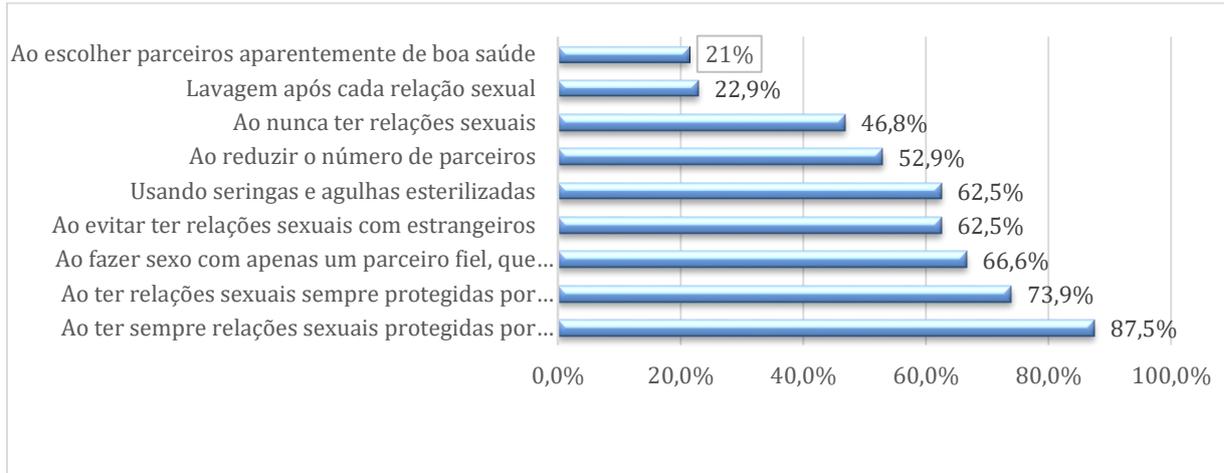
É interessante notar, quando o assunto tem a ver com as atitudes e comportamentos a adotar em prol de um(a) pessoa membro da família ou a alguém no seu redor que vive com VIH, que se, por um lado, as PcDs defendem a não discriminação, e o acolhimento amigável como se acolhe qualquer pessoa, não discriminar, por outro lado demonstram também o medo e a preocupação da sociedade.

*A doença é perigosa, mas se a pessoa toma remédio fica normal. A nossa sociedade discrimina muito. Se uma pessoa apanha VIH, as pessoas ficam a olhar para outra pessoa de outra forma. A família discrimina. Há pouco tempo uma jovem suicidou-se porque tinha VIH, a família*



*não deixava usar o copo, comer e ela se suicidou. Havia uma outra jovem de Achadinha que foi discriminada e começou a drogar-se e se suicidou... ficou desorientada. Foi na Ponta Tchitcharo... muita gente tem VIH, a mãe tinha. (Grupo Focal com Mulheres PCDs, na Cidade da Praia).*

**Gráfico 9: Nivel de conhecimento dos meios de prevenção(%)**



De acordo com o gráfico 7 a maioria das PCDs que responderam sobre as formas de prevenção contra o VIH conhece as principais formas de prevenção. No entanto entre 20% a 60% relataram formas de prevenção baseadas em falsas crenças, estereótipos e preconceitos. Por exemplo lavagem após relação sexual, aparência saudável do parceiro e/ou evitar relações com estrangeiros.

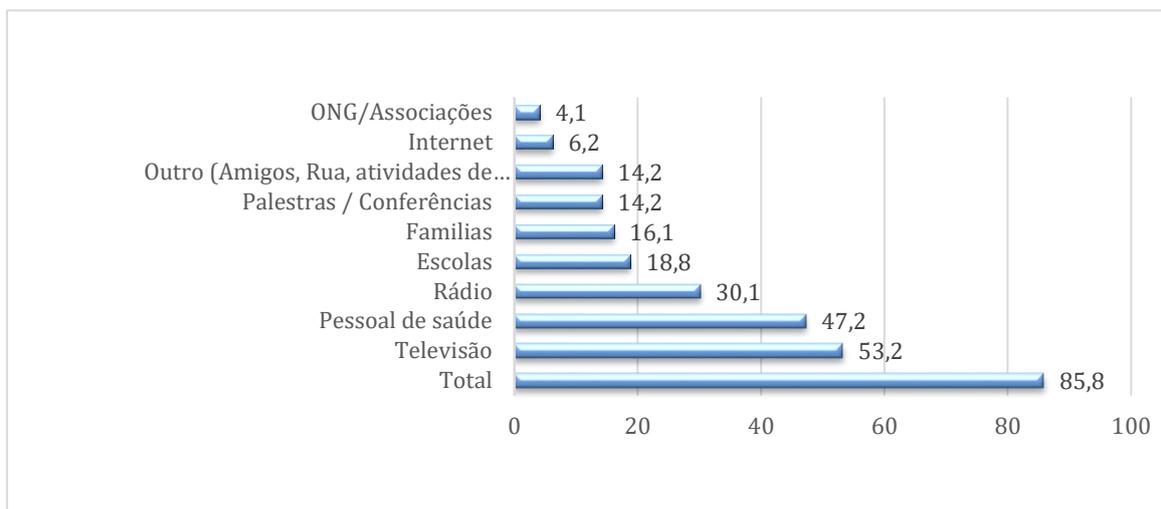
#### **4.6 Conhecimento, Acessibilidade e Utilização do Preservativo Masculino e feminino**

A maioria dos inquiridos (53,2%) respondeu que teve a informação sobre o preservativo através da **televisão**; 47,2% através do **Pessoal da saúde**; 30,1% através da **rádio**; 18,8% nas **Escolas**; 16,1% através das **Famílias**; 14,2% correspondente ao Outro, teve informação através de **amigos, Rua, Atividades de Sensibilização**; o mesmo valor (14,2%), teve através de **Palestras/Conferências**; 9% através dos **Pares** e 6,2% a partir da **Internet**.

Assim como o conhecimento sobre VIH/Sida, os meios de comunicação social parecem ser fontes importantes de informação com a PCD, pelo que deverá ser privilegiado quando se pretende comunicar com essa população e usada massivamente. Igualmente destaca-se o papel importante dos profissionais de saúde como multiplicador de boas práticas, de carácter confiável na veiculação de informações. Daí a necessidade de reforçar a capacitação técnica desses profissionais para melhor interação e cuidados para com as PCDs.



**Gráfico 10: Informação sobre o preservativo(%)**



De acordo com os resultados da tabela 20, 58,3% dos inquiridos considera que se precisasse de **preservativos urgentes conseguiria facilmente**, 9,9% disse que conseguiria **com dificuldades** e 31,8% reconhece que **não conseguiria**. De facto, muitos PcDs, assim como as OPDs, consideram que os técnicos nos hospitais e centros de saúde não conseguem ‘compreender’ a sexualidade dos PCDs. Muitos rejeitam distribuir preservativos para os PcDs, com atitudes de estigma e discriminação, o que pode trazer consequências graves em termos de prevenção e sexo seguro.

Destacamos os concelhos de Sta. Catarina, S. Vicente, S. Filipe e Sal, como os concelhos com as maiores proporções de PcDs que responderam que não conseguiriam preservativos, caso precisasse com urgência.

**Quadro 12: Acesso urgentes do preservativo**

Concelho	n	Se você precisar de preservativos urgentes, você conseguiria?					
		Sim, facilmente		Sim, mas com dificuldade		Não	
		efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Porto Novo	44	27	61,4	6	13,6	11	25,0
São Vicente	111	65	58,6	5	4,5	41	36,9
Sal	30	12	40,0	7	23,3	11	36,7
Tarrafal	26	17	65,4	3	11,5	6	23,1
Santa Catarina	29	12	41,4	3	10,3	14	48,3
Santa Cruz	43	31	72,1	2	4,7	10	23,3
Praia	264	156	59,1	29	11,0	79	29,9
São Filipe	38	21	55,3	3	7,9	14	36,8
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>341</b>	<b>58,3</b>	<b>58</b>	<b>9,9</b>	<b>186</b>	<b>31,8</b>



Os grupos de idade que mais facilmente conseguiriam obter preservativo se necessitassem, encontram-se nas faixas etárias dos 25-29 anos com 81,3% e na de 30-39 com 79,6%. A que mais dificuldades teria em conseguir um preservativo encontra-se na faixa etária dos 60 anos e +, com 31,8%.

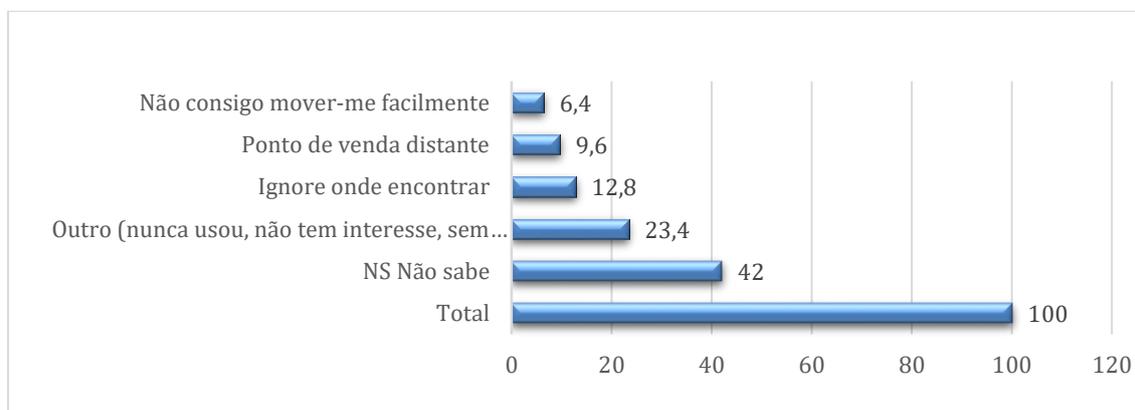
**Quadro 13:** Se você precisar de preservativos urgentes, você conseguiria por idade

Grupo de idade	Se você precisar de preservativos urgentes, você conseguiria?						
	n	Sim, facilmente		Sim, mas com dificuldade		Não	
		efetivo	%	efetivo	%	Efetivo	%
15 - 19 anos	28	18	64,3	4	0	6	21,4
20 - 24 anos	33	20	60,6	5	0	8	24,2
25 - 29 anos	48	39	81,3	5	0	4	8,3
30 - 39 anos	93	74	79,6	7	0	12	12,9
40 - 49 anos	116	76	65,5	11	0	29	25,0
50 - 59 anos	142	75	52,8	14	0	53	37,3
60 anos e +	125	39	31,2	12	0	74	59,2
Total	585	341	58,3	58	0	186	31,8

Quando analisada essa questão de acordo com a faixa etária, os grupos de idade que mais facilmente conseguiriam obter preservativo se necessitassem, encontram-se nas faixas etárias dos 25-29 anos com 81,3% e na de 30-39 com 79,6%. Os maiores de 50 anos tem as maiores proporções de PcDs que responderam que não conseguiriam preservativos, caso precisasse com urgência.

Em relação aos motivos que levam a não conseguir obter um preservativo numa situação de urgência, 42,0% dos inquiridos não sabe; 23,4% respondeu outro (nunca usou, não tem interesse, sem parceiro), 12,8% ignora onde encontrar, 9,6% respondeu que é devido a um ponto de venda distante, 6,4% porque não consegue mover-se facilmente e 5,9% por motivo de vergonha. Esses dados demonstram que as principais dificuldades ao acesso do preservativo estão relacionados principalmente à informação quanto ao local de distribuição e/ou venda, à distância desse local e à dificuldade inerente à deficiência.

**Gráfico 11:** Por que você não conseguiria obter um preservativo numa situação de urgência (%)





Quando inquirido sobre utilização de preservativo a tabela 20 apresenta os resultados de acordo com o perfil dos inquiridos

*Tabela 20: Por que você não conseguiria obter um preservativo numa situação de urgência*

Caraterísticas		Você já usou o preservativo?				
		n	Sim		Não	
			Efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Feminino	392	207	52,8	185	47,2
	Masculino	193	139	72,0	54	28,0
Grupo de idade	15 - 19 anos	28	22	78,6	6	21,4
	20 - 24 anos	33	28	84,8	5	15,2
	25 - 29 anos	48	46	95,8	2	4,2
	30 - 39 anos	93	86	92,5	7	7,5
	40 - 49 anos	116	79	68,1	37	31,9
	50 - 59 anos	142	63	44,4	79	55,6
	60 anos e +	125	22	17,6	103	82,4
Estado civil atual	Solteiro	420	269	64,0	151	36,0
	Casado(a)/ união de facto	145	70	48,3	75	51,7
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	3	37,5	5	62,5
	Viúvo / (a)	12	4	33,3	8	66,7
Nível de Estudos	Sem habilitação	135	33	24,4	102	75,6
	Ensino Básico	234	132	56,4	102	43,6
	Ensino Secundário 1º Ciclo	87	68	78,2	19	21,8
	Ensino Secundário 2º Ciclo	61	51	83,6	10	16,4
	Ensino Secundário 3º Ciclo	40	36	90,0	4	10,0
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0
	Licenciatura	21	19	90,5	2	9,5
Rendimentos	Sim, regulares	271	143	52,8	128	47,2
	Sim, irregulares	131	84	64,1	47	35,9
	Não	183	119	65,0	64	35,0
Organização/Associação	Sim	44	28	63,6	16	36,4
	Não	541	318	58,8	223	41,2
Consumo de álcool	Sim	382	265	69,4	117	30,6
	Não	203	81	39,9	122	60,1
Incapacidade	Física	315	169	53,7	146	46,3
	Visual	226	144	63,7	82	36,3
	Comunicação	50	21	42,0	29	58,0
	Audição	63	34	54,0	29	46,0
	Mental	49	25	51,0	24	49,0
	Intelectual	147	90	61,2	57	38,8
	Incapacidade Múltipla	196	102	52,0	94	48,0

Os dados da Tabela 21 mostram que o uso declarado de preservativo é de 59,1%, sendo 72,0 nos **homens** e 52,8% nas **mulheres**. Em termos das faixas etárias, é na população com idade



superior a **50**, onde as PcDs menos declararam uso de preservativo, Em termos de **Nível de Estudo**, 75,6% daqueles sem habilitação nunca usou o preservativo, sendo que entre a população com níveis de estudo mais elevado os que já usaram supera os 90,0%. Dentre as PcDs inquiridas e que consomem álcool, 60,1% relata nunca ter usado o preservativo, valor preocupante por configurar como duas atitudes de risco. As PCDs com limitação **mental (29,5%) e visual (28,0%)** declaram nunca terem usado o preservativo. O uso de preservativo em idades de 15-24 anos é menor do que nas idades de 25-39 anos, revelando a necessidade de reforçar as campanhas de sensibilização.

*Tabela 21: Você já usou o preservativo*

		Você já usou o preservativo?				
		Sim			Não	
		n	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	193	139	72,0	54	28,0
	Feminino	392	207	52,8	185	47,2
Grupo de idade	15 - 19 anos	28	22	78,6	6	21,4
	20 - 24 anos	33	28	84,8	5	15,2
	25 - 29 anos	48	46	95,8	2	4,2
	30 - 39 anos	93	86	92,5	7	7,5
	40 - 49 anos	116	79	68,1	37	31,9
	50 - 59 anos	142	63	44,4	79	55,6
	60 anos e +	125	22	17,6	103	82,4
Estado civil atual	Solteiro	420	269	64,0	151	36,0
	Casado(a)/ união de facto	145	70	48,3	75	51,7
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	3	37,5	5	62,5
	Viúvo / (a)	12	4	33,3	8	66,7
Nível de Estudos	Sem Habilitação	135	33	24,4	102	75,6
	Ensino Básico	234	132	56,4	102	43,6
	Ensino secundário 1º Ciclo	87	68	78,2	19	21,8
	Ensino secundário 2º Ciclo	61	51	83,6	10	16,4
	Ensino secundário 3º Ciclo	40	36	90,0	4	10,0
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0
	Licenciatura	21	19	90,5	2	9,5
Rendimentos	Sim, regulares	271	143	52,8	128	47,2
	Sim, irregulares	131	84	64,1	47	35,9
	Não	183	119	65,0	64	35,0
organização/Associação	Sim	44	28	63,6	16	36,4
	Não	541	318	58,8	223	41,2
Consumo de álcool	Sim	382	265	69,4	117	30,6
	Não	203	81	39,9	122	60,1
Tipos de limitações	Física	190	109	57,4	81	42,6



Visual	132	95	72,0	37	28,0
Audição	13	5	38,5	8	61,5
Mental	10	4	40,0	6	60,0
Inteletual	44	31	70,5	13	29,5
Múltipla	196	102	52,0	94	48,0
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>346</b>	<b>59,1</b>	<b>239</b>	<b>40,9</b>

Questionados se já “usou o preservativo”, nota-se que mais homens (72,0%) usou do que mulheres (52,8%). Nota-se que cerca de 47,2% de mulheres PCDs não usou preservativo. Em termos das faixas etárias, 44,4% daqueles que estão com idade compreendida entre 50-59 anos usou e 17,6% dos que têm 60 e + anos usou. Quer dizer que nestas duas faixas etárias, cerca de 55,6% e 82,4%, respectivamente, não usou preservativo. Em termos de Nível de Estudo, 24,4% daqueles sem habilitação usou preservativo, o que significa que 75,6% não usou. As PCDs com limitação na Audição, 38,5% usou preservativo e as com limitação Mental 40,6%.

#### 4.6.1 Razões por uso do preservativos

*Quadro 14: Razões por uso do preservativos*

	efetivo	%
Se proteger contra as ISTs e a SIDA	535	91,5
Evitar a gravidez	379	64,8
Não sei	25	4,3
Outro (segurança)	6	1,0

Ao serem perguntados pelos motivos do uso do preservativos, o quadro acima revela que grande parte das PcDs (91,5%) afirmam que é para “**Se proteger contra as ISTs e a Sida e evitar a gravidez (64,8%), revelando que as mesmas estão bem informadas sobre uma das formas eficazes de prevenção do VIH/Sida que é o uso de preservativo e utilizam-no com essa finalidade.**

Cerca de 70% dos inquiridos responderam que precisam caminhar no máximo 1h até ao ponto de distribuição de preservativo mais próximo, sendo que 33,0% afirmam que precisam caminhar entre 30 minutos a 1 hora, 31,0% entre 10 a 30 mn; 15,4% mais de uma hora; 20% menos de 10 mn. Dada a pequenez do país, nota-se que a distância não constitui um problema, dado que todos os centros urbanos existem um Centro de Saúde (CS). Quando questionado se conseguiu encontrar preservativo nos últimos 12 meses, 58,7% afirmam que não.

*Quadro 15: Quanto tempo você precisa caminhar a pé até ao ponto de distribuição de preservativo mais próximo*

	efetivo	%



Entre 10 a 30 mm	165	31,0
Entre 30 minutos a 1 hora	176	33,0
Mais de 1 hora	82	15,4
Menos de 10 mm	48	9,0
Outro (especifique)	62	11,6
Total	533	100,0

Apesar do presente inquérito revelar que Profissionais de Saúde, constituem um importante veículo de informação quanto ao preservativo, persistem ainda situações constrangedoras que impedem um melhor acesso ao preservativo por parte das PcDs. Durante a pesquisa qualitativa, houve relatos de situações de discriminação e estigmatização nos centros de saúde, sobretudo quando vão procurar preservativos, contribuindo para o facto de muitas PcDs terem vergonha de falar da sua sexualidade. Como afirmado anteriormente, há necessidade intensificar a sensibilização e formação dos profissionais da saúde na prestação de serviços de prevenção e cuidados à PcD.

#### **4.7 Conhecimento, Acessibilidade e Utilização do Preservativo Feminino**

Quando inquiridos se já ouviu falar do preservativo feminino ou femidon, 63,1% das PcDs responderam que sim. No entanto, esse conhecimento é assimétrico entre os diferentes concelhos de estudo.

*Quadro 16: Proporção de inquiridos que já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon por concelho*

Concelho	n	Você já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon?			
		Sim		Não	
		efetivo	%	Efetivo	%
Porto Novo	44	22	50,0	22	50,0
São Vicente	111	63	56,8	48	43,2
Sal	30	27	90,0	3	10,0
Tarrafal	26	8	30,8	18	69,2
Santa Catarina	29	19	65,5	10	34,5
Santa Cruz	43	29	67,4	14	32,6
Praia	264	189	71,6	75	28,4
Fogo	38	12	31,6	26	68,4
<b>Total</b>	<b>585</b>	<b>369</b>	<b>63,1</b>	<b>216</b>	<b>36,9</b>

Os concelhos onde a maioria dos inquiridos relatam já ter ouvido falar do femidon são os do Sal (90,0%), Praia (71,6%), Santa Cruz (67,4%), e Santa Catarina (65,5%).

Sal é a ilha mais turística de Cabo Verde, sendo que em 2016, possuía o maior número de aldeamentos turísticos e era a segunda ilha em quantidade de hotéis (superado apenas pela ilha de Santiago, onde se localiza a capital do país). Possui a maior proporção



de camas (46,2%) existentes no país, de pessoal empregado nos estabelecimentos de alojamento turístico (52,6%), e alberga a maior proporção de hóspedes e dormidas (45,6% e 50,4% respetivamente) (INE, 2017). Diante desse fato, Sal também uma das ilhas com bastante refenciada quanto ao turismo sexual e prostituição feminina, pelo que a alta proporção do conhecimento do preservativo feminino na ilha leva-nos a refletir se será fruto de campanhas de sensibilização e informação sobre o femidon, bem como maior proporção de usuárias, faz com que haja um conhecimento maior do preservativo feminino nessa ilha em relação às outras.

Essa hipótese poderá ser corroborada quando analisada o conhecimento sobre o preservativo feminino ou femidon por perfil dos inquiridos apresentado na Tabela.

#### **4.7.1 Proporção de inquiridos que já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon segundo as características**

O preservativo feminino é conhecido por por 63,7% dos inquiridos e nas idades mais jovens. Acima de 60 anos, tem a proporção mais alta dos que responderam “Não ouviu falar”. Quanto ao estado civil, há uma proporção similar dos que já ouviram falar em todas as classes, à exceção do viúvo(a) em que apenas 16,7% respondeu “Ouvir falar”. Os com nível de estudo mais elevado configuram como os com maior proporção de que ouviram falar em contraste com os sem habilitação. Esse dado demonstra mais uma vez que o nível de estudo está estritamente relacionado ao acesso à informação. A pertença a uma organização parece também ser sinónimo de maior acesso a informações.

Quanto a rendimentos a proporção é similar em todas as categorias. As pessoas com deficiência mental e múltipla são as que menos ouviram falar do femidon. Apesar dos 63,1% dos inquiridos que conheceme o femidon a Tabela acima revela que é pouco usado, uma vez que uma grande parte das PcDs (93,0%) responderam que não costuma usar.

**Tabela 22:** *Proporção de inquiridos que já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon segundo as características*

		Você já ouviu falar sobre o preservativo feminino ou o femidon?				
		Sim			Não	
		n	efetivo	%	efetivo	%
«Sexo	Masculino	193	126	65,3	67	34,7
	Feminino	392	243	62,0	149	38,0
Grupo de idade	15 - 19 anos	28	20	71,4	8	28,6
	20 - 24 anos	33	27	81,8	6	18,2
	25 - 29 anos	48	38	79,2	10	20,8



	30 - 39 anos	93	74	79,6	19	20,4
	40 - 49 anos	116	80	69,0	36	31,0
	50 - 59 anos	142	77	54,2	65	45,8
	60 anos e +	125	53	42,4	72	57,6
Estado civil atual	Solteiro	420	269	64,0	151	36,0
	Casado(a)/ união de facto	145	93	64,1	52	35,9
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	5	62,5	3	37,5
	Viúvo / (a)	12	2	16,7	10	83,3
Nível de Estudos	Sem Habilitação	135	59	43,7	76	56,3
	Ensino Básico	234	130	55,6	104	44,4
	Ensino secundário 1º Ciclo	87	73	83,9	14	16,1
	Ensino secundário 2º Ciclo	61	48	78,7	13	21,3
	Ensino secundário 3º Ciclo	40	34	85,0	6	15,0
	Ensino Profissional	4	4	100,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0
Licenciatura	21	18	85,7	3	14,3	
Rendimentos	Sim, regulares	271	164	60,5	107	39,5
	Sim, irregulares	131	90	68,7	41	31,3
	Não	183	115	62,8	68	37,2
organização/A ssociação	Sim	44	36	81,8	8	18,2
	Não	541	333	61,6	208	38,4
Consumo de álcool	Sim	382	266	69,6	116	30,4
	Não	203	103	50,7	100	49,3
Tipos de limitações	Física	190	124	65,3	66	34,7
	Visual	132	98	74,2	34	25,8
	Audição	13	9	69,2	4	30,8
	Mental	10	4	40,0	6	60,0
	Inteletual	44	33	75,0	11	25,0
	Múltipla	196	101	51,5	95	48,5
<b>Total</b>		<b>585</b>	<b>369</b>	<b>63,1</b>	<b>216</b>	<b>36,9</b>

Nota-se que o femidom, apesar de ser conhecido, é pouco usado. Uma grande parte das PCDs não costuma usar, cerca de 93,0%.

#### 4.7.2 Uso do preservativo feminino

**Tabela 23:** *Uso do preservativo feminino pelo menos uma vez*

		Você já usou o preservativo feminino pelo menos uma vez?				
		Sim			Não	
		n	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	127	9	7,1	118	92,9
	Feminino	247	17	6,9	230	93,1
Grupo de idade	15 - 19 anos	20	0	0,0	20	100,0



	20 - 24 anos	27	2	7,4	25	92,6
	25 - 29 anos	38	4	10,5	34	89,5
	30 - 39 anos	74	7	9,5	67	90,5
	40 - 49 anos	81	7	8,6	74	91,4
	50 - 59 anos	79	2	2,5	77	97,5
	60 anos e +	55	4	7,3	51	92,7
Estado civil atual	Solteiro	272	18	6,6	254	93,4
	Casado(a)/ união de facto	94	8	8,5	86	91,5
	Divorciado(a) / Separado (a)	5	0	0,0	5	100,0
	Viúvo / (a)	3	0	0,0	3	100,0
Nível de Estudos	Sem Habilitação	63	3	4,8	60	95,2
	Ensino Básico	131	8	6,1	123	93,9
	Ensino secundário 1º Ciclo	73	3	4,1	70	95,9
	Ensino secundário 2º Ciclo	48	5	10,4	43	89,6
	Ensino secundário 3º Ciclo	34	5	14,7	29	85,3
	Ensino Profissional	4	1	25,0	3	75,0
	Bacharelato	3	0	0,0	3	100,0
Licenciatura	18	1	5,6	17	94,4	
Rendimentos	Sim, regulares	168	14	8,3	154	91,7
	Sim, irregulares	90	6	6,7	84	93,3
	Não	116	6	5,2	110	94,8
organização/Associação	Sim	36	3	8,3	33	91,7
	Não	338	23	6,8	315	93,2
Consumo de álcool	Sim	269	23	8,6	246	91,4
	Não	105	3	2,9	102	97,1
Tipos de limitações	Física	126	10	7,9	116	92,1
	Visual	100	6	6,0	94	94,0
	Audição	9	2	22,2	7	77,8
	Mental	5	0	0,0	5	100,0
	Inteletual	33	3	9,1	30	90,9
	Múltipla	101	5	5,0	96	95,0
	<b>Total</b>	<b>374</b>	<b>26</b>	<b>7,0</b>	<b>348</b>	<b>93,0</b>

Destacamos nessa tabela que 100% das PcDs com idade de 15 – 19 anos, assim como as divorciadas/separadas ou viúvas e os com nível de estudo “Bacharelato”, que já tiveram relações sexuais, nunca usaram o preservativo feminino. Quanto ao tipo de limitação são as com deficiência auditiva, 22,2%, que mais relatam o uso do femidon.

É interessante notar que 87,9% dos inquiridos nessa questão afirmaram ser a favor do uso do preservativo feminino. Isso remete-nos à necessidade de estudar outras razões do não uso, que poderá estar relacionado ao acesso capacidade de negociação na realção domínio e controlo do corpo e outros aspectos dentro do campo da sexualidade, já que 45,3% responderam que “Não conhece um lugar ou uma pessoa de quem pode facilmente obter preservativo feminino”.



A tabela 25 destaca-se mais uma vez, que as faixas etárias mais jovens, onde encontramos as maiores proporções de indivíduos que são contra o uso ou não têm opinião quanto ao femidon.

**Tabela 24:** Posicionamento sobre uso do femidon segundo as características

		Você é favor ou contra o uso do femidon?						
		n	Favor		Contra		Sem opinião	
			efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	126	113	89,7	6	4,8	7	5,6
	Feminino	243	209	86,0	8	3,3	26	10,7
Grupo de idade	15 - 19 anos	20	15	75,0	1	5,0	4	20,0
	20 - 24 anos	27	20	74,1	1	3,7	6	22,2
	25 - 29 anos	38	32	84,2	2	5,3	4	10,5
	30 - 39 anos	74	67	90,5	2	2,7	5	6,8
	40 - 49 anos	80	67	83,8	5	6,3	8	10,0
	50 - 59 anos	77	69	89,6	3	3,9	5	6,5
	60 anos e +	53	52	98,1	0	0,0	1	1,9
Estado civil atual	Solteiro	269	234	87,0	9	3,3	26	9,7
	Casado(a)/ união de facto	93	81	87,1	5	5,4	7	7,5
	Divorciado(a) / Separado (a)	5	5	100,0	0	0,0	0	0,0
	Viúvo / (a)	2	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Nível de Estudos	Sem Habilitação	59	56	94,9	0	0,0	3	5,1
	Ensino Básico	130	114	87,7	6	4,6	10	7,7
	Ensino secundário 1º Ciclo	73	63	86,3	3	4,1	7	9,6
	Ensino secundário 2º Ciclo	48	41	85,4	2	4,2	5	10,4
	Ensino secundário 3º Ciclo	34	27	79,4	2	5,9	5	14,7
	Ensino Profissional	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0
	Bacharelato	3	3	100,0	0	0,0	0	0,0
	Licenciatura	18	15	83,3	0	0,0	3	16,7
Rendimentos	Sim, regulares	164	143	87,2	6	3,7	15	9,1
	Sim, irregulares	90	81	90,0	4	4,4	5	5,6
	Não	115	98	85,2	4	3,5	13	11,3
organização/As sociação	Sim	36	30	83,3	2	5,6	4	11,1
	Não	333	292	87,7	12	3,6	29	8,7
Consumo de álcool	Sim	266	233	87,6	10	3,8	23	8,6
	Não	103	89	86,4	4	3,9	10	9,7
Tipos de limitações	Física	124	109	87,9	3	2,4	12	9,7
	Visual	98	88	89,8	4	4,1	6	6,1
	Audição	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0
	Mental	4	3	75,0	0	0,0	1	25,0
	Inteletual	33	28	84,8	0	0,0	5	15,2
	Múltipla	101	85	84,2	7	6,9	9	8,9
	<b>Total</b>		<b>369</b>	<b>322</b>	<b>87,3</b>	<b>14</b>	<b>3,8</b>	<b>33</b>



Em relação ao estado civil, 100% dos divorciados/separados e dos viúvos são a favor do uso do preservativo feminino, assim como os com habilitação de “Bacharel”, apesar de nunca terem usado como foi referido anteriormente. As pessoas com deficiência autista afirmaram ser a favor do femidon, o que poderá justificar a maior proporção de uso nesse grupo, como foi demonstrado anteriormente.

Observa-se que 54,7% dos inquiridos conhece um lugar ou uma pessoa de quem pode facilmente obter preservativo feminino. Mesmo assim, 45,3% permanece sem conhecer um lugar de acesso fácil, revelando a necessidade de um trabalho de informação e sensibilização para o uso do femidon.

As idades mais jovens, é também o grupo com menos acesso à informação quanto ao local de obtenção do femidon (cerca de 40%), bem como os sem habilitação e que pertencem a uma associação. Neste último caso, poderia configurar-se como um importante local de veiculação da informação do femidon, bem como um ponto de distribuição, conferindo maior acesso às PcD.

**Tabela 25:** Acessibilidade do lugar ou pessoa que pode obter facilmente preservativo feminino de acordo com as características

		Você conhece um lugar ou uma pessoa de quem você pode facilmente obter preservativo feminino?				
		Sim			Não	
		n	Efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	126	66	52,4	60	47,6
	Feminino	243	136	56,0	107	44,0
Grupo de idade	15 - 19 anos	20	8	40,0	12	60,0
	20 - 24 anos	27	12	44,4	15	55,6
	25 - 29 anos	38	32	84,2	6	15,8
	30 - 39 anos	74	42	56,8	32	43,2
	40 - 49 anos	80	45	56,3	35	43,8
	50 - 59 anos	77	39	50,6	38	49,4
	60 anos e +	53	24	45,3	29	54,7
Estado civil atual	Solteiro	269	149	55,4	120	44,6
	Casado(a)/ união de facto	93	47	50,5	46	49,5
	Divorciado(a) / Separado (a)	5	4	80,0	1	20,0
	Viúvo / (a)	2	2	100,0	0	0,0
Nível de Estudos	Sem Habilitação	59	24	40,7	35	59,3
	Ensino Básico	130	74	56,9	56	43,1
	Ensino secundário 1º Ciclo	73	37	50,7	36	49,3
	Ensino secundário 2º Ciclo	48	25	52,1	23	47,9
	Ensino secundário 3º Ciclo	34	25	73,5	9	26,5
	Ensino Profissional	4	2	50,0	2	50,0
	Bacharelato	3	2	66,7	1	33,3



	Licenciatura	18	13	72,2	5	27,8
Rendimentos	Sim, regulares	164	88	53,7	76	46,3
	Sim, irregulares	90	54	60,0	36	40,0
	Não	115	60	52,2	55	47,8
organização/A ssociação	Sim	36	14	38,9	22	61,1
	Não	333	188	56,5	145	43,5
Consumo de alcool	Sim	266	142	53,4	124	46,6
	Não	103	60	58,3	43	41,7
Tipos de limitações	Física	124	56	45,2	68	54,8
	Visual	98	66	67,3	32	32,7
	Audição	9	6	66,7	3	33,3
	Mental	4	2	50,0	2	50,0
	Inteletual	33	18	54,5	15	45,5
	Múltipla	101	54	53,5	47	46,5
	<b>Total</b>	<b>369</b>	<b>202</b>	<b>54,7</b>	<b>167</b>	<b>45,3</b>

Quando questionados se conhece um lugar ou uma pessoa de quem pode facilmente obter preservativo feminino, de acordo com o Concelho, notamos que, 45,3% das PcDs de todos os concelhos não conhecem uma pessoa ou lugar onde obter o preservativo feminino, sendo Sal e Porto Novo os concelhos com as maiores proporções (66,7% e 59,1% respetivamente). Supreende-nos os dados do Sal, visto ser o concelho que apresentou a maior proporção de PcDs que já ouviu falar do femidon. Como referido anteriormente essa informação, poderá ser mais largamente nesse concelho devido à possível relação com o turismo sexual e a prostituição, fazendo com que a maioria das PcDs do Sal terem essa informação, mas no entanto não sabem onde adquirir-lo. Provavelmente os locais de distribuição do femidon, não tem sido veiculada.

## 4.8 Perceção dos Riscos

### 4.8.1 Perceção dos Riscos Pessoais

Quando confrontados com a questão sobre o grau de risco que tem para contrair a Sida, mais de 50% dos inquiridos consideram sem risco e/ou de baixo risco. Somente 20% considera ter risco moderado para contrair o HIV, sendo que os indivíduos acima de 60 anos e viúvos tem as proporções mais baixas nesta categoria. Provavelmente isso está atrelado ao fato de considerarem a via sexual como a mais importante via de transmissão, pelo que a idade elevada e a viuvez, podem constituir baixa atividade ou total abstinência sexual, fazendo com que considerarem sem risco de transmissão. Nota-se que dentre os com limitação Mental, nenhum considerou ter risco moderado para contrair o vírus.


**Tabela 26: Grau de risco que você tem para contrair a SIDA segundo as características**

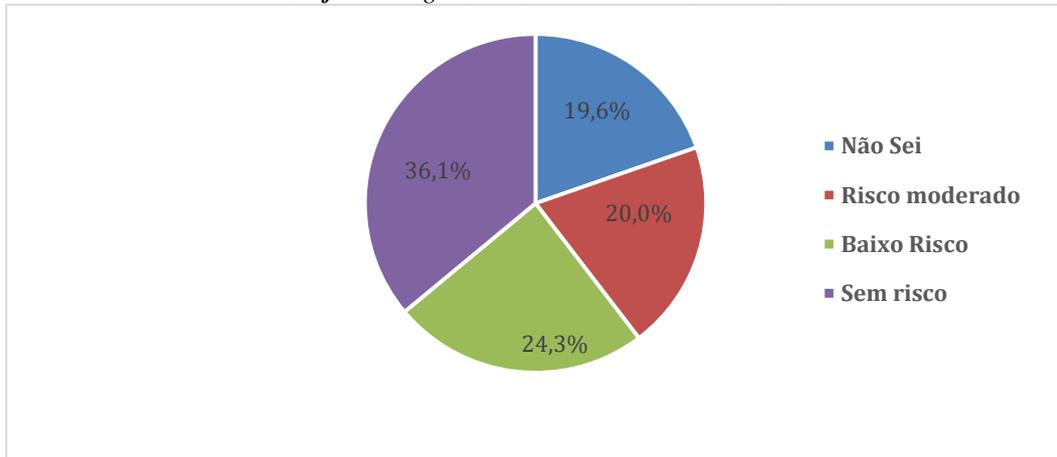
		Na sua opinião, qual é o grau de risco que você tem para contrair a SIDA?								
		Sem risco		Baixo risco		Risco moderado		Não sei		
		n	efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	191	60	31,4	53	27,7	37	19,4	41	21,5
	Feminino	369	142	38,5	83	22,5	75	20,3	69	18,7
Grupo de idade	15 - 19 anos	40	19	47,5	5	12,5	9	22,5	7	17,5
	20 - 24 anos	34	12	35,3	9	26,5	7	20,6	6	17,6
	25 - 29 anos	48	17	35,4	12	25,0	11	22,9	8	16,7
	30 - 39 anos	88	25	28,4	25	28,4	24	27,3	14	15,9
	40 - 49 anos	111	35	31,5	31	27,9	25	22,5	20	18,0
	50 - 59 anos	128	47	36,7	26	20,3	23	18,0	32	25,0
	60 anos e +	111	47	42,3	28	25,2	13	11,7	23	20,7
Estado civil atual	Solteiro	404	143	35,4	101	25,0	80	19,8	80	19,8
	Casado(a)/ união de facto	136	50	36,8	33	24,3	29	21,3	24	17,6
	Divorciado (a) / Separado (a)	8	4	50,0	0	0,0	2	25,0	2	25,0
	Viúvo / (a)	12	5	41,7	2	16,7	1	8,3	4	33,3
Nível de Estudos	Sem Habilitação	117	48	41,0	17	14,5	18	15,4	34	29,1
	Ensino Básico	223	82	36,8	48	21,5	43	19,3	50	22,4
	Ensino secundário 1º Ciclo	87	32	36,8	28	32,2	20	23,0	7	8,0
	Ensino secundário 2º Ciclo	67	21	31,3	23	34,3	13	19,4	10	14,9
	Ensino secundário 3º Ciclo	38	10	26,3	14	36,8	7	18,4	7	18,4
	Ensino Profissional	4	0	0,0	1	25,0	3	75,0	0	0,0
	Bacharelato	3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0
Licenciatura	21	8	38,1	4	19,0	7	33,3	2	9,5	
Rendimentos	Sim, regulares	262	105	40,1	67	25,6	42	16,0	48	18,3
	Sim, irregulares	125	37	29,6	33	26,4	33	26,4	22	17,6
	Não	173	60	34,7	36	20,8	37	21,4	40	23,1
organização/Associação	Sim	50	20	40,0	11	22,0	14	28,0	5	10,0
	Não	510	182	35,7	125	24,5	98	19,2	105	20,6
Consumo de álcool	Sim	362	128	35,4	93	25,7	79	21,8	62	17,1
	Não	198	74	37,4	43	21,7	33	16,7	48	24,2
Tipos de limitações	Física	191	62	32,5	37	19,4	43	22,5	49	25,7
	Visual	129	43	33,3	39	30,2	29	22,5	18	14,0
	Audição	13	5	38,5	4	30,8	2	15,4	2	15,4
	Mental	7	2	28,6	2	28,6	0	0,0	3	42,9
	Inteletual	46	20	43,5	11	23,9	9	19,6	6	13,0
	Múltipla	174	70	40,2	43	24,7	29	16,7	32	18,4
<b>Total</b>		<b>560</b>	<b>202</b>	<b>36,1</b>	<b>136</b>	<b>24,3</b>	<b>112</b>	<b>20,0</b>	<b>110</b>	<b>19,6</b>

É interessante notar, e como demonstrado na tabela 27, cerca de 20% considera que há um risco moderado. Isto leva cogitar que uma parte das PCDs estão conscientes dos riscos que correm. Sendo que a maioria considera sem risco, de baixo risco ou não sabe, atitudes que poderão colocar



a PcD em risco face ao VIH/Sida, leva-nos a constatar que precisa-se reforçar a prevenção e conhecimentos sobre os riscos de contrair o VIH/Sida

**Gráfico 12 : grau de risco em contrair o VIH?**

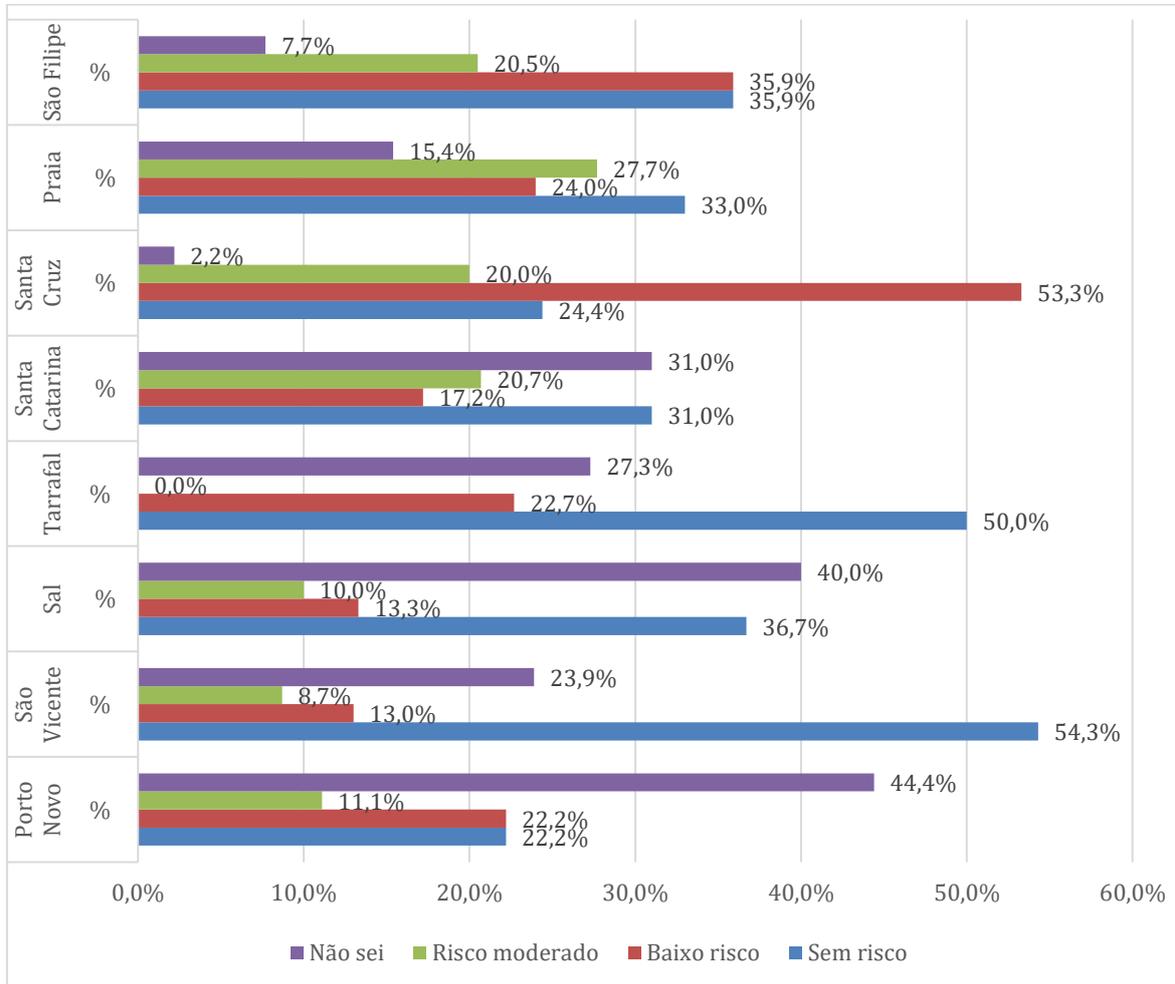


Os dados da pesquisa qualitativa revelam que uma parte considerável das PcDs têm algum conhecimento dos projetos, programas de prevenção de VIH/Sida implementados pelo Estado de Cabo Verde (por exemplo, despistagem, tratamento, conscientização, distribuição de preservativos, formação, etc). As PcDs conhecem o CCS-SIDA, sabem das campanhas de sensibilização que se vão fazendo; o ARV (Antiretroviral), a distribuição de preservativos nos centros de saúde; o Programa radiofónico (vida sem Sida); as feiras de saúde; política de sigilo, etc.

Convém frisar que das PcDs presentes nos Grupos Focais, as pessoas com deficiência auditivas são as que menos conhecem os programas do Governamentais na área do VIH pois apresentam tem muitas dificuldades em comunicar, sobre tudo em ler textos escritos, com linguagem muito técnicas.



Gráfico 13: Grau de risco em contrair VIH por concelho



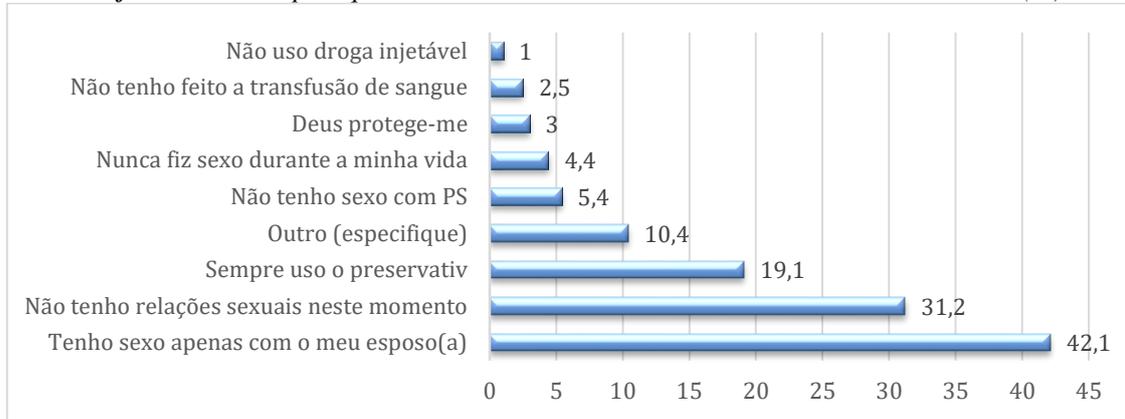
Ao analisar os dados por concelho, observa-se que onde mais PcDs declaram descolher o seu grau de risco quem contrair VIH são: Porto Novo (44,4%) e Sal (40,0%). S. Vicente e Tarrafal têm a maior proporção dos que considerem sem risco, Sta. Cruz a que mais considera que tem baixo risco e as PcDs de Praia as que considerem terem risco moderado para contrair o VIH/Sida. Em todos os concelhos, há uma enorme necessidade de se reforçar o trabalho de sensibilização para a prevenção do VIH/Sida entre as PcDs, podendo ser as OPDs um importante instrumento, pela sua capacidade de advocacy e

No entanto, quando confrontados com a questão sobre “porque acha que não está em risco de contrair o VIH/Sida?”, 42,1% respondeu **ter sexo apenas com esposo(a)**; 31,2% por **Não ter relações sexuais no momento** e 19,1% diz que **Sempre usa o preservativo**. Mediante essas respostas podemos constatar que se justifica a percepção de baixo risco de contrair o VIH por parte dos respondentes, salvaguardando a informação de único parceiro sexual, tendo a conta a dificuldade de se garantir a mesma postura por parte do parceiro.



Outras respostas em menor proporção, revelam conceitos estereotipados e preconceituosos, como o não ter sexo com PS, crença em Deus e/ou não usar droga injetável.

**Gráfico 14: Motivo pelo qual as PcDs consideram ter baixo risco em contrair o VIH(%)**



#### 4.8.2 Perceção da Vulnerabilidade no Seio do Grupo

Quando a questão sobre ameaça da Sida no seio das PcDs, cerca de 70% dos inquiridos consideram constituir uma ameaça no seio das PcDs, sendo as proporções semelhantes entre as que consideram **Ameaça Elevada** (26,8%) , **Moderada** (23,2%) **Ameaça**ou baixa (21,4%). Cerca de 30% não sabe ou considera que **não é uma ameaça**. Mais uma vez observa-se um conhecimento diversificado e não uniforme por parte das PcDs, sugerindo ações mais eficazes quanto ao conhecimento do VIH/Sida.

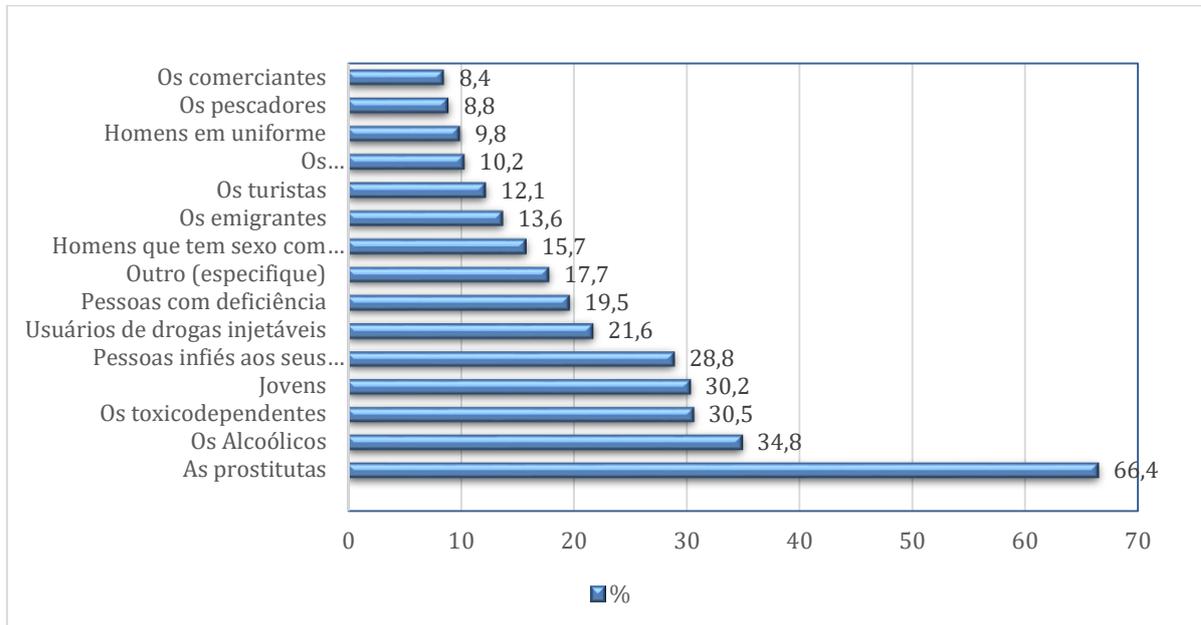
**Quadro 17: Precepção dos inquiridos sobre a ameaça do SIDA no seio das PcDs**

		efetivo	%
Valid	Não é uma ameaça	47	8,4
	Ameaça baixa	120	21,4
	Ameaça moderada	130	23,2
	Ameaça elevada	150	26,8
	Não sei	113	20,2
	<b>Total</b>	<b>560</b>	<b>100,0</b>

Quanto às pessoas que mais correm o risco de contrair o VIH/Sida, as respostas dadas pelas inquiridas estão no gráfico 15.



**Gráfico 15:** Na sua opinião, quais são as pessoas que mais correm o risco de contrair a VIH/Sida (%)



Os resultados mostram que as pessoas que mais considerem estar em risco de contrair o VIH/Sida são: as **Prostitutas** (66,4%); os **Alcoólicos** (34,8%); os **Toxicodependentes** (30,5%); os **Jovens** (30,2%); as **Pessoas infieis aos seus Parceiros** (28,8%) e **Usuários de Drogas Injetáveis** (21,6%). As **Pessoas com Deficiência** foram mencionadas por 19,5% dos inquiridos, proporção similar dos que considerem o VIH/Sida ser de risco elevado no seio das PcDs. É interessante notar que para os inquiridos existe um grupo de maior risco, constituído por prostitutas, alcoólicos, toxicodependentes e os próprios jovens. Como observado e descrito anteriormente, permanecem crenças e preconceitos arraigados quanto a alguns grupos e/ou comportamentos, considerados pelas PcDs em maior risco para contrair VIH e consequentemente em maior de transmissão, podendo gerar atitudes discriminatórias frente a essas pessoas.

#### **4.9 Violência, Estigmatização, Discriminação**

Algumas PcDs já se sentiram condicionadas por alguém que tencionava apoiar-lhes (ajuda financeira, atenções, cuidados, presentes) e que no fundo queriam ter relações sexuais ou favores sexuais. Durante os grupos focais, notou-se que as mulheres são as que mais sentem esta pressão, com mais frequência. Se uma PcD mulher quiser ir a um festival por exemplo, a pessoa que a quer acompanhar tem sempre uma segunda intenção.



### Entrevista a C. S., 21 anos, Centro de Dia –

*Só estudou um ano. Vivia na Ribeira Bote. Com a mãe e o padrasto. Antes, ela estava no centro de dia da ADEF. A mãe, entretanto, foi presa quando ela tinha 3 anos de idade. Ficou a viver com a avó. Ficava durante o dia no centro do dia e à tarde ia para a casa. É um centro de acolhimento para crianças com vulnerabilidade especial. A mãe ia vender e havia um senhor amigo da mãe, amigo da família... Fiquei em casa da senhora amiga da minha mãe, vivia com o marido e sua mãe. a senhora estava na loja e eu estava na sala desta senhora. Eu devia ter uns 12 a 13 anos. Dizia que era meu amigo e que gostaria de me violar. Não contei nada a ninguém, nem à minha mãe. O sr. violou-me e ameaçou-me se eu contasse alguém ele iria matar-me. Depois a Alícia da ADEF chamou a mãe. Puseram o caso no tribunal.*

*Este senhor antes batia na mulher dele e esta fugiu. O sr. deitou uma panela de água quente na mulher. A mulher ficou queimada. O nome dele é John car d'água. Este sr. violou a própria filha violou a mim, a filha e outra menina. Todos fizeram queixa e nunca foi preso. Tenho medo dele. Agora fico no centro do dia e à noite a minha mãe e os meus irmãos ficam comigo. Eu sou fellsiz. Tenho amigos. Gosto de escrever. Quero ser doutora. Médica. O meu irmão tentou violar-me também, mais de uma vez. Tentou ontem à noite, mas não deixei. O meu irmão viola-me desde os 15 anos. Ele mexia comigo desde a casa da minha avó. Mas não disse nada. Fico com medo dele. Às vezes fico na rua.*

Existem muitos casos de violência verbal, violência física, pancadaria. Os homens sofrem mais violência verbal, as mulheres, violência verbal, no relacionamento (Eu vou namorar com um cego para lhe alimentar?). As mulheres tendem a sofrer violência física, agressão pontapés, violência sexual. Aturam situações de marido alcoólatra, há casos em que algumas abandonam o marido. Caso de uma deficiente motora abusada em Entrepicos. As mulheres PcDs sofrem muita violência psicológica, sexual, física, verbal.

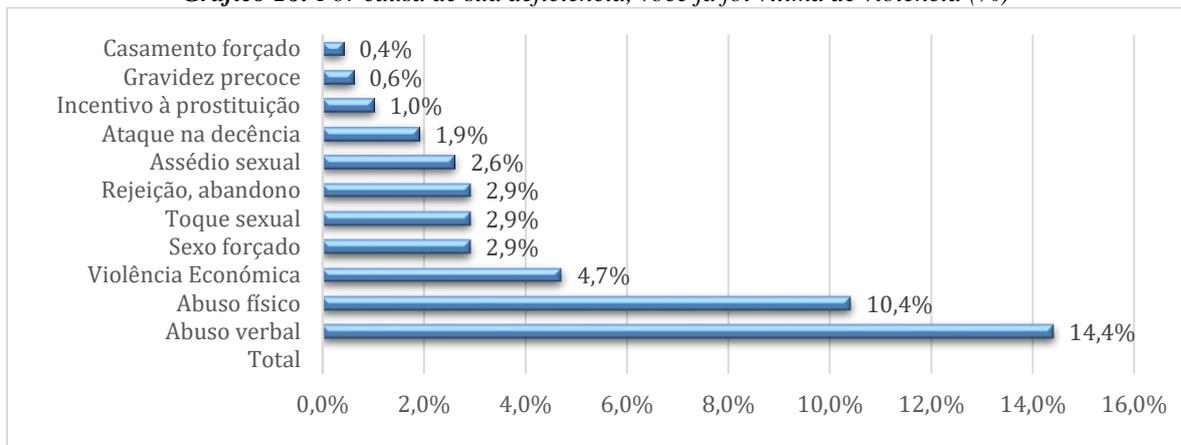
Relataram casos de Surdos a quem lhes foi recusado um atestado médico para fazer a carta de condução. Os surdos sofrem bullying na escola. Violência verbal (chamam-nos de mudo). Abordaram também um Caso de uma mulher que sofreu violência sexual.. ela é cega. Morava no interior foi violada por uma pessoa próxima, o cunhado... daí nasceu uma criança. Outro caso de uma senhora de Achadinha , outra cega/surdo mudo em entre picos, uma PcD motora. No Paiol uma deficiente visual... uma outra deficiente mental violada.. mais mulheres.. casos de crainças com paralisia cerebral... foi violada... mais deficientes mentais.



*Recebemos muito... um caso assim...tivemos um último, mas é uma criança... acusou o pai de a ter usado.. com 13 anos. O tio a trouxe por causa da depressão .. a mãe negava... entrou em conflito com o pai e fez-se a queixa. O caso está no tribunal. Caso de uma paciente que apanhou o taxi e o o taxista a violou e a paciente era (APONTE)*

De acordo com esses relatos, fica claro que situações de violência acontecem em quantidades não desprezíveis entre as PcDs. O gráfico 16 apresenta os resultados obtidos entre a população inquirida quando se questionou sobre a violência devido à deficiência.

**Gráfico 16:** Por causa de sua deficiência, você já foi vítima de violência (%)



Num total de 307 (45%) PcDs dentre as inquiridas , respondeu já ter sofrido algum tipo de violência. Quando confrontados sobre a natureza da violência, os resultados indicam que 14,4% foi **Violência Verbal**; 10,4% **Abuso Físico** e 4,7% **Violência Económica**. **Vários outros tipos de violência já foram vivenciados pelas PcDs e nenhuma delas é desprezível, frente às consequências nefastas tanto a nível, psicológico, social e físico que acarretam, bem como por serem delitos e infrações punidas por lei.**

*Eu nasci deficiente visual. E quando era criança/adolescente, o meu avô dizia-me que não era preciso eu estudar, porque ele iria dar-me tudo, até eu morrer. O meu avô pensava que, pelo facto de eu ser deficiente visual, iria morrer mais cedo, antes dele. Provavelmente, ele tinha pena de mim por ter nascido deficiente. (Associado da ADEVIC)*

Esta pequena confissão/partilha mostra, infelizmente, que em Cabo Verde ainda predominam os modelos “médico” e “caridade” na abordagem da deficiência. E esta questão é transversal a toda a sociedade: família, instituições públicas e privadas. Vê-se a pessoa



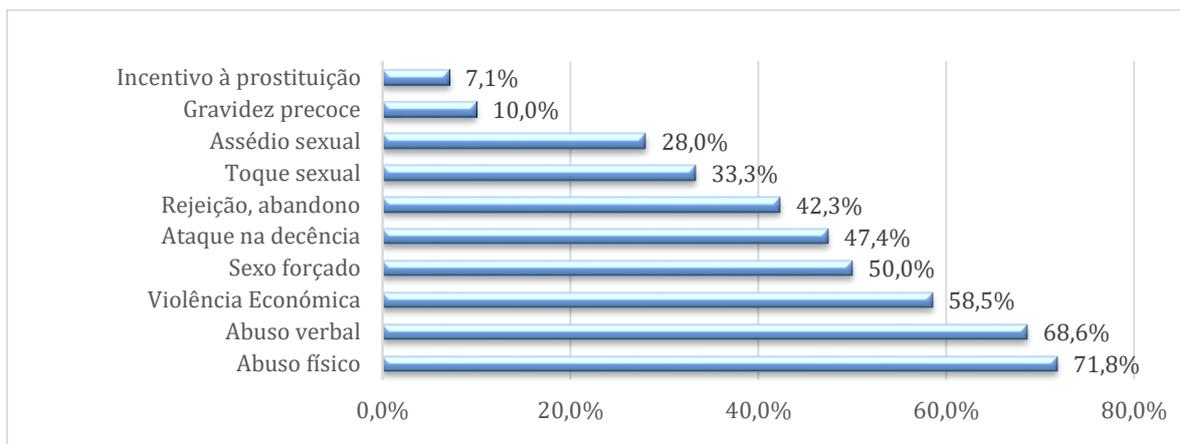
com deficiência como um problema, se houver uma intervenção médica ou uma ajuda parece que tudo fica bem.<sup>14</sup>

Face à preocupação, e reclamação sobre como as pessoas com deficiência são tratadas nalgumas instituições (bancos, Hospital, centros de saúde, escolas, etc), muitos consideram que hoje a sociedade cabo-verdiana é um pouco mais sensibilizada e talvez inclusiva. Neste momento, existem algumas leis. Consideram que ainda a deficiência continua a ser um fenómeno desconhecido (existem barreiras culturais, institucionais, ambientais e atitudinais)<sup>15</sup>.

*Há bancos comerciais que recusam atribuir o cartão 24 (cartão de crédito) a uma pessoa com deficiência visual, por exemplo. Eu estou a comprar, a pagar por um cartão. Porque uma pessoa ter uma deficiência, não pode abrir uma conta sozinha, tem que ter apoio? (Um associado da ADEVIC)*

As 45% PcDs inquiridas que sofream algum tipo de violência, também relataram sobre a natureza do último caso de violência contra elas. Os resultados apresentados no gráfico 17, indicam que o Abuso Físico, Verbal e a violência Económica são os mais praticados e perpetuados, tendo em conta que também figuram como tipos de violência referidos no conjunto da população inquirida. Desses casos de abuso, 46,2% respondeu que aconteceu há mais de um ano; 21,5% aconteceu há menos de 3 meses; 19,4% de 3 a menos de 6 meses; 12,9% de 6 meses a menos de um ano. Isso mostra a realidade da violência no seio das PcDs e a necessidade de ações urgentes que impedem definitivamente esses casos.

**Gráfico 17:** Natureza do último caso de violência contra você



<sup>14</sup> HI (2017), « Avaliação das Capacidades da FECAD e RN+PvVIH para Implementação das Atividades em matéria de Sensibilização /Plaidoyer”, p18.

<sup>15</sup> Idem, p22.



*O tratamento das pessoas com deficiência é péssimo. Fica muito aquém dos direitos. Os atendedores não falam com a pessoa com deficiência, falam com o acompanhante, mesmo que a pessoa com deficiência está numa consulta falam com o acompanhante. Houve uma vez que fui ao médico e este só falava com o meu irmão e eu é que estava doente. Aí tive de mandar o meu irmão sair e falar com o médico. (Um Associado da ACD)*

Relativamente ao autor autor da violência ou agressor, que esteve na origem do último caso da violência, verifica-se que 24,7% identificou um Conhecido da Rua; 23,7% um vizinho; 18,3% Outro (não especificado); 11,8% Conjuge/Noivo//Namorado; 10,8% identificou Pessoal Médico; 6,5% Colega da Escola; 2,2% Pais; 1,1% Colega de Trabalho. Os casos de violência acontecem predominantemente na vizinhança (31,2%), no agregado familiar (28,0%) e na rua (17,2%), evidenciando os resultados acima, que o agressor normalmente é uma pessoa conhecida e com relações sociais com a PcD, reforçando a necessidade de uma vigilância maior por parte das famílias. Por outro lado, essa vigilância, poderá ser muitas vezes condicionada, pela condição de pobreza, que obriga os cuidadores a trabalharem fora de casa, deixando muitas vezes as PcDs sozinhos em casa, em situação de grande vulnerabilidade. Quando questionado da atitude perante o último caso de violência, os resultados do inquérito revelam que a maioria das PcDs (53,8%) que já sofreram violência nada fizeram e 25,8% diz ter ido à Polícia/Ministério Público e 11,8 que buscou uma solução amigável. Dentre os que responderam nada terem feito, 48,0% responderam por não saber o que fazer” e 34,0% alegaram outros motivos. Esses dados reforçam a situação de marginalização vivida pelas PcdS e suas famílias, com pouco acesso a informações, pouca capacidade de intervenção, frente a um caso de violência. É impriscendível que tenham conhecimento sobre os direitos e as leis que as protegem, bem como políticas públicas que reforçam a atuação das OPDs, de acessibilidade e à informação.



#### Histórias de Violências Sexual

História de F. (Contada pela mãe)

Ribeira C. .F.

*Tinha 13 anos quando foi violado. Tinha somente problemas de memória infantil. Foi violado por 5 rapazes que na altura tinham entre 15/16 anos. A mãe só veio a saber dois anos depois.. o filho foi ameaçado. Fred ficou com trauma no corpo. Andou durante muito tempo com andartil. Agora está na cadeira de roda. Tem problemas de dente. Uma testemunha não testemunhou contra os sobrinhos. O caso foi levado à polícia, ao tribunal. Os agressores não foram punidos. O Fred ficou com sequelas. Ele estava a brincar e foi levado e os rapazes abusaram dele. A mãe falou com o filho e ele contou tudo. Quando a polícia veio os rapazes esconderam-se e não houve testemunha. Fred tem um papel do doutor e tenho raiva porque não os puniram. Ele tinha 13 anos, agora tem 35. Sofre de doença neurológica. (S.Vicente)*

*Uma criança surda, tinha 10 anos na várzea. Era pobre. Foi violada por um amigo da família, um vizinho. O violador trouxe a criança para casa, deu-lhe banho, mudou-lhe de roupa, porque a criança tinha ficado cheia de sangue. A crianças teve uma reação agressiva quando o violador a trouxe à casa. Ela ficou perturbada. A mãe não compreendia a reação da criança. Levaram a criança ao centro de saúde do bairro e o médico examinou e mandou ao hospital da Praia, e acionou a PJ. Quando a PJ veio o violador fugiu. A mãe não avançou com a queixa e hoje a criança que é adulta fica a pedir na rua e prositui-se, virou homossexual. Houve um outro caso também de uma jovem no Tarrafal que foi violada. A Associação normalmente é chamada para ajudar na linguagem (ACS - Praia)*

#### **4.10 Sexualidade e Comportamentos Sexuais de Risco**

No presente trabalho foi inquirido ao PcD sobre sua vida sexual na expectativa de melhor conhecimento e compreensão da sexualidade e do do comportamento sexual dessa população a fim de subsidiar estratégias mais eficazes na prevenção do VIH e proteger a saúde das pessoas.

A idade mediana da primeira relação sexual é de 17 anos, sendo que nos homens é de 16 e nas mulheres de 17. Esses valores são idênticos ao apresentado no relatório do último Inquirito aos Indicadores de Prevenção de VIH-SIDA 2012 (APIS 2012) realizado em Cabo Verde e publicado pelo INE, que informa a idade mediana da 1ª relação sexual entre a população de 15 a 24 anos em 16,2 para as mulheres e 15,6 para os homens. Isso revela que entre as PcDs o início da atividade sexual em pouco difere da população sem deficiência, o que reforça a necessidade de informação e sensibilização de estruturas de ensino e saúde, bem como da comunicação social, ONGs e outras entidades chaves para uma comunicação eficiente, clara e abrangente sobre a sexualidade com as PcDs. Como apresentado em alguns relatos, a PcDs em muitas situações é vista como um ser assexuado ou com problemas na vivência da sua sexualidade.



De acordo com a tabela 28, os resultados revelam que 85,8% das PCDs inquiridas já tiveram relação sexual, sendo que 88,7% do sexo feminino e 80,4% dos inquiridos do sexo masculino. Isto talvez sugere que as mulheres Pcds têm mais facilidade em ter relação sexual que os do sexo masculino. Quanto à faixa etária, a proporção é menor na idade de 15-19 anos (50,9%) , aumentando sucessivamente com a idade chegando a 97,7% na faixa etária maior de 60 anos. É menor entre os solteiros, que provavelmente são também os com menor faixa etária e maior em divorciado/separado e casado/união de fato. Levando em conta o nível de estudo a proporção é menor nos sem habilitação e aumentando progressivamente com o nível dos estudos, sendo mais comum entre os com nível de estudos mais avançados. Os dados concernentes em relação ao tipo de limitação revela que 100% das Pcds com limitação na Comunicação nunca tiveram relação sexual. A leitura que podemos fazer deste resultado é que provavelmente, por problemas de comunicação não entenderam a pergunta ou não quiseram responder.

**Tabela 27 : Características das Pcd com vida sexual**

		Você já teve relação sexual?					
		Sim		Não		Não quer responder	
		efetivo	%	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	193	80,4	47	19,6	0	0,0
	Feminino	392	88,7	50	11,3	0	0,0
Grupo de idade	15 - 19 anos	28	50,9	27	49,1	0	0,0
	20 - 24 anos	33	63,5	19	36,5	0	0,0
	25 - 29 anos	48	82,8	10	17,2	0	0,0
	30 - 39 anos	94	85,5	16	14,5	0	0,0
	40 - 49 anos	116	91,3	11	8,7	0	0,0
	50 - 59 anos	141	92,8	11	7,2	0	0,0
	60 anos e +	125	97,7	3	2,3	0	0,0
Estado civil atual	Solteiro	421	81,6	95	18,4	0	0,0
	Casado(a)/ união de facto	144	99,3	1	,7	0	0,0
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	100,0	0	0,0	0	0,0
	Viúvo / (a)	12	92,3	0	0	0	0,0
Nível de Estudos	Sem Habilitação	135	74,2	47	25,8	0	0,0
	Ensino Básico	234	88,0	32	12,0	0	0,0
	Ensino secundário 1º Ciclo	87	89,7	10	10,3	0	0,0
	Ensino secundário 2º Ciclo	61	89,7	7	10,3	0	0,0
	Ensino secundário 3º Ciclo	40	100,0	0	0,0	0	0,0
	Ensino Profissional	4	100,0	0	0,0	0	0,0
	Bacharelato Licenciatura	3 21	100,0 95,5	0 1	0,0 4,5	0 0	0,0 0,0
Rendimentos	Sim, regulares	272	87,7	38	12,3	0	0,0
	Sim, irregulares	130	93,5	9	6,5	0	0,0
	Não	183	78,5	50	21,5	0	0,0
Organização/Associação	Sim	44	80,0	11	20,0	0	0,0
	Não	541	86,3	86	13,7	0	0,0
	Sim	382	95,3	19	4,7	0	0,0



Você já consumiu álcool em sua vida?	Não	203	72,2	78	27,8	0	0,0
Tipos de limitações	Física	190	95,5	9	4,5	0	0,0
	Visual	132	96,4	5	3,6	0	0,0
	Comunicação	0	0,0	3	100,0	0	0,0
	Audição	13	92,9	1	7,1	0	0,0
	Mental	10	83,3	2	16,7	0	0,0
	Intelectual	44	78,6	12	21,4	0	0,0
	Múltipla	196	75,1	65	24,9	0	0,0
<b>Total</b>		<b>585</b>	<b>85,8</b>	<b>97</b>	<b>14,2</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>

Ao analisar a idade da primeira relação sexual por concelho, apresentados no quadro 22, observamos, de acordo com o quadro abaixo, que a idade média da primeira relação sexual por municípios varia entre 16,4 anos (Porto Novo) e 19,5 anos (Tarrafal). No entanto, é preocupante observar que os dados mostram que em certas zonas como Praia, Porto Novo e S. Vicente, algumas PcDs tiveram a primeira relação sexual com 7/8 anos, sendo menores ainda, e configurando-se como casos considerados de pedofilia e abuso sexual. No entanto, a maioria (69,8%) relata que o primeiro parceiro foi na sua maioria cônjuge, noivo ou namorado com destaque para o concelho de Sta. Cruz em que o primeiro parceiro foi um conhecido da rua (45,5%). Há zonas em que a idade máxima da primeira relação sexual foi maior do que 40 anos, como os concelhos do Tarrafal, S. Filipe, Praia e Sta. Cruz. É comumente reconhecido que as PcDs têm muitas dificuldades em ter uma relação sexual e um parceiro sexual estável.

**Quadro 18: Idade da primeira relação sexual**

Concelho	n	Idade da primeira relação sexual			
		média	desvio padrão	mínimo	máximo
Porto Novo	44	16,43	4,256	8	28
São Vicente	111	16,44	2,756	8	30
Sal	30	16,7	4,203	10	32
Tarrafal	26	19,5	6,507	11	47
Santa Catarina	29	18,83	3,704	14	32
Santa Cruz	44	19,41	5,868	10	40
Praia	264	17,32	4,182	7	42
São Filipe	38	17,45	5,208	13	45

Os dados ainda revelam que 14,5% PcD dentre a população inquirida responderam que não estavam de acordo com a primeira relação sexual, sendo portanto uma situação de abuso sexual. As mulheres são as mais afetadas com 16,5%, contra 10,4% entre homens. É nas faixas etárias de 20 – 24 anos e 25 – 29 anos que encontramos a maior proporção dentre as inquiridas, de PcDs cuja primeira relação sexual foi em desacordo. Em relação ao nível de estudo, as proporções mais elevadas de relação sexual sem consentimento foi encontrada entre as com Bacharelato e Ensino Profissional. Diante das consequências sociais e



---

psicológicas subjacentes a um caso de abuso e violação sexual, esse dado talvez revela uma atitude de coragem e resiliência por parte da pessoa abusada, fazendo-a superar situações de conflito, de baixa auto-estima, de auto-estigmatização e de discriminação social, para aceder ao sistema de ensino e prosseguir nos estudos.

Quanto ao tipo de limitação, as PcDs com limitação intelectual e mental concentram as maiores proporções de relação sexual sem consentimento, provavelmente por se tratarem de limitações mais incapacitantes tanto para reação e defesa, como para tomada de uma atitude legal contra o violador.

As relações sexuais são na sua maioria com parceiros do sexo oposto (96,1%), sendo maior nas mulheres do que nos homens. Relação sexual com parceiro do mesmo sexo foi realizada em 0,7% das PcDs inquiridas, sendo esse parceiro na maioria dos casos um desconhecido 75,0%. A maior proporção de relações sexuais com pessoa do mesmo sexo foi referida na faixa etária de 25 – 29 anos. Relações sexuais com pessoas do mesmo sangue não foi referido pelas PcDs casadas/união de fato ou divorciado/solteiro. É na incapacidade múltipla que se encontra a maior proporção de pessoas que tiveram relação com parceiro do mesmo sexo.

O uso de preservativo na primeira relação sexual é baixa, sendo que 81,6% declararam não ter usado. Essa proporção é menor nas idades mais jovens, o que revela maior sensibilização e conscientização dessa população que ao mesmo tempo é alvo de campanhas de informação do uso de preservativo e provavelmente estarem integrados em algum sistema de ensino ou trabalho.

Quanto ao nível de estudo é entre os que possuem maior nível que encontramos a maior proporção de uso de preservativo na primeira relação sexual e menor proporção entre os com nível mais baixo. Os com limitação intelectual tem a menor proporção de uso de preservativo na primeira relação sexual.

Esses dados fazem um retrato extensivo quanto ao comportamento das PcDs, que são ressaltados, confirmados ou relatados nas histórias recolhidas durante a pesquisa qualitativa. Nem todas as histórias de sexo são consensuais, confirmando os dados anteriormente apresentados, como demonstram alguns relatos em baixo:



## Relatos da Delegada de Saúde de Santa Catarina

*Mulher deficiente mental; sofreu VBG agressão sexual, uma é adolescente. Vítima de violação sexual e contraiu VIH; o caso foi levado ao tribunal. A mãe retirou queixa por dinheiro. Ficou grávida, teve o bebé, bebé seropositivo. O bebé ficou com a mãe, quando a avô tirou a queixa a mãe foi para a Boavista e é seguida pelo centro de saúde da Boavista. Faz o seu tratamento. Foi para Boavista porque não queria ficar com a mãe. (Assomada)*

## Relato Delegacia Saúde S. Vicente

*Por exemplo, já tive um PcD em S. Antão. Ela foi levada a ter sexo com uma menor. Foi obrigada pelos amigos a ter sexo com uma menor. Todos foram presos. Obrigaram um PcD a ter relações sexuais com uma menor. Era um doente mental. Violência sexual com menor. Acabou por ser preso. Há um outro caso de um PcD que violou uma pessoa e foi para cadeia. É triste.*

Num total de 85 (14,5%) PcD dentre a população inquirida respondeu que não estava de acordo com a primeira relação sexual (16,5% mulheres e 10,4% homens), sendo que os com deficiência intelectual e mental são os mais afetados (20,5% e 20,0% respetivamente). Trinta e duas pessoas responderam que a relação sexual sem consentimento foi perpetuado, acontecendo muitas vezes ou regularmente em metade dos casos e 5 (15,6%) PcDs relataram que o estupro foi perpetuado por várias pessoas ao mesmo tempo.

A relação sexual sem acordo foi perpetuado por conjugue, noivo ou namorado (28,1%), 18,8% por um conhecido e 15,6% por um desconhecido. Esses dados refletem a vulnerabilidade desse grupo e a necessidade de estratégias de intervenção para a não perpetuação desses casos, bem como acesso a cuidados dos afetados.

A história em baixo mostra que é comum as PCDs sofreram abusos sexuais, i.e., serem obrigadas a terem relações sexuais sem consentimento delas:

### Histórias de PCDs Violadas (Histórias recolhidas no Sal)

M. S. L (26 anos de S. Antao)

*Nunca falei com ninguém sobre isso. É algo que até hoje me traz muita dor. Eu tenho o meu companheiro é como se eu não tivesse. Ainda quando tomo banho me sinto suja. Eu era uma criança. Eu sentia culpa. Tentei suicidar-me duas vezes. Uma vez eu estava grávida. Abri com o meu companheiro, tenho vergonha, medo. Conteí ao meu companheiro que sofri abuso sexual duas vezes por pessoas próximas. Não gosto de beijos, abraços, não gosto de toques. Por mim só faço no escuro. Não gosto que me toquem. Foi um trauma. Um familiar próximo. Antes eu tinha medo de falar.*

*Eu vim da França. Tinha 14 anos. Estava fraca, muito internamento, uma operação tive duas sparagens cardíacas. Precisava desabafar. A marina ajudou-me. Tenho 4 filhos. Choro sozinho. Preciso ajudar os meus filhos choro muito. Os meus filhos são o meu suporte. Foi na casa de um familiar meu. Eu e o meu irmão íamos buscar dinheiro. Fiquei agressiva. Foi o meu pai e o sobrinho*



*dele. O meu primo ameaçou o meu pai que tinha também de abusar de mim, que se não ele iria contar. Eu fechei-me, não falei para ninguém.*

*Hoje, falo com os meus filhos do meu companheiro, explico a minha filha sobre a mesntruação. Alerto as crainças para os sinais.*

*Houve um caso há pouco tempo de uma senho aqui em santa maria que tinha violado um amiguinho do meu filho. ele já tinha violado alguns meninas. A PJ estava de olho nele e ele virou para os meninos. Ele tinha violado antes um irmão de 7 anos e depois um outro de 10 anos que estavasangrando e foi contar à mãe. Naquele dia não deixei o meu filho ir brincar o amigo. Tive um pressentimento. Fizeram análise ao miúdo e não teve nada. O rimão de 7 anos era violado há 3 anos. Um colega denunciou. Ameaçou o miúdo. Não contou a ninguém.*

*O meu pai teve acidente há tempos e o meu primo está preso. Matou a namorada e apanhou 30 anos. Eu não contei a ninguém. Anos depois disse ao meu companheiro. O meu pai ameaçou-me. Eu vivia com a minha mãe e avó. Todos os dias o meu pai passou a ir à casa da minha mãe. Sempre eu mantinha distância. Depois o meu irmão disse-me que ficava estranha com o meu pai, não lhe disse nada, porque era revoltado, não lhe disse, não denunciei.*

Sra. B. 30 anos da Guiné-Bissau - Filha M. 15 anos

*A filha apanhou AVC com 3 anos de idade, ficou com febre e ficou aom sequelas na mão e num pé.*

*Morávamos numa casa. Eu vendia galinha grelhado na estrada. A minha filha ficava sozinha em casa com o irmão masi pequeno. No primeiro dia a menina foi levada ao terraço e a minha filha sentiu-se ameaçada. Pediu-me para aquecer água com vinagre. Eu vendia galinha grelhada. No dia cheguei às 20 horas para panhar água. Uma vizninha me disse que chegou um rapaz com uma faca e disse que se gritasse ia matá-la. Perguntei à Marina se conhecia o senhor. A minha filha tinha 12/13 anos. O sr. Era de santo Antão. Fu à casa do sr. E fui falar com a mulher. A PJ foi à casa da mulher do Sr. De santo antão. Liguei à Pj e disse que o sr. Ia viajar para santo antão e a PJ foi ao cais e tirou uma foto e não prenderam o moço. O sr. Está em santo antão. Eu quero ver este senhor na cadeia, e penso que porque sou estrangeia que não me ajudaram.*

*O caso aconteceu há 2 anos atrás. O meu marido está em Portugal. A minha filha sofreu mais uma tentativa de violação com um amigo da família que deixamos dormir na mesma cama com a nossa filha. Os vizinhos podiam até saber mas não contaram à polícia. Diziam que não sabiam. Tive vergonha de denunciar porque os polícias poderiam falar muito. Levaram-nos para o hospital, fizeram análise. Não teve apoio psicológico, nada. Ficou um processo incompleto. Não teve apoio necessário. Fico triste quando lembro do sucedido. Não deixo a minha filha ir com amigos, tenho medo.. as pessoas ameaçam. O Estado tem de tomar conta disso e fazer justiça. Não podem abusar o filho de outros.*

*Agora trabalho perto de casa.*



*G. P. – 21 anos (PcD Mental, sexo feminino)*

*A mãe é que deu entrevista. Chama-se Maria filomena, de 52 anos. Vivem da pensão de Gardénia.*

*Conviviámos em Chão de Matias, eramos amigos. A pessoa era da minha idade, a pessoa até tinha netos. Ele vivia com amulher. Ele pedia para deixar a minha filha com ele quando ela tivesse crise de nervos. O nome dele é Luís Barbinha. Brincávamos muito. Eu estava grávida de um rapaz. Tive o meu bbé. Fiquei 3 dias no hospital. O meu pai ainda estava vivo. Gardénia ficou uns dias com o seu pai, depois do problema com a sua mulher fui buscar Gardénia quando o meu pai morreu. Depois comecei a trabalhar no centro. A minha filha ficava com o Sr. Luís.*

*Eu sentia um ar pesado, eu atrabalhava até às 16 horas. Eu passei a entrar das 9:00 às 12:00. Vi o carro da PJ e fiquei estranha. Perguntaram-me se eu era a mãe da gardénia e pediram-me para ir com eles à judiciária e lá estava o Sr. Luís. A minha fila tinha 14 anos. O filho do sr. Luís é que o denunciou, estava descer as escadas, a música alta e ele achou estranho e abriu a porta e encontrou o sr. Com Gardénia (choro... paramos...) era um filho adulto. O filho filmou e mandou um cd para a judiciária num envelope.*

*O sr. Ficou poucos meses na cadeia. A comunidade ria de mim. Eu disse à sra. Arminda que todas as vezes as pessoas riam de mim. Eles viram no telejornal e eu não vi televisão. As pessoas do centro comunitário de Chã de Matias foram as únicas que me ajudaram psicologicamente. Aquele sr. Era pedófilo, já tinha abusado de várias meninas e ameaçava os pais. A comunidade depois que soube que era gardénia ficou comovida e pediu perdão à ma~e, porque não sabia.*

*Este sr. Casou com uma sra. Adventista e foi viver para hortelã. Nunca mais me esqueço deste sr. Nem o vou perdoar. Quando a minha filha o visse gritava e chorava. Quando fui para PJ perguntaram-me se não tinha reparado em nada, disse-lhes que que éramos vizinhos. Um sr. Do fogo que trabalhava lá disse-me para me acalmar que o caso da gardénia era complicado por que ela não enetendia.. quando explicou tudo à polícia fomos ao hospital.*

*Eu não tinha culpa de nada. Fui, muitas vezes, à PJ e o meu filho que tinha 17 anos que lhe deixou no quintal com o cão e música alta. Fizeram análise no braço, disseram que não ficou doente. Enviaram o envelope do exame e ela não ficou doente. Tenho de estar atenta com ela e levá-la comigo para o trabalho. A psicólogo do centro deu apoio á Gardénia. A gardénia tem pensão do estado. O sr. Ficou um ano e tal preso. Depois saiu. A mulher abandonou-o. Quando foi para cadeia ninguém o foi visitar. O filho virou-lhe as costas.*

Entre a população inquirida respondente, 99,8% já ouviu falar do preservativo, sendo que 18,4% usou algum tipo de preservativo na primeira relação sexual. Essa proporção é maior em idades mais jovens e indivíduos de maior escolaridade, e menor na faixa etária igual ou superior a 40 anos e nos indivíduos com nível de estudo até ao ensino básico. Analisando o uso de preservativo por tipo de deficiência, observa-se maior proporção entre



os com deficiência intelectual (38,6%) e menor proporção entre os com deficiência múltipla (13,2%).

A relação sexual sem consentimento foi relatada por 85 PcDs, sendo que em 15,6% dos casos usaram o preservativo. Quatro pessoas relataram relação sexual com parceiro do mesmo sexo e sem uso de preservativo.

O uso de preservativo é na sua maioria raro ou nunca tanto com esposo ou companheiro (75,5%), como nas relações sexuais com parceiro regular diferente do conjuge ou companheiro (51,0%). A proporção dos que não usaram preservativo na última relação sexual foi de 52,0% quando o parceiro é regular diferente do conjuge ou companheiro, 24,0% quando a relação sexual foi com parceiro ocasional e 29,3% quando a relação sexual foi em troca de dinheiro, presente ou serviço. Dentre os que relataram ter parceiros ocasionais 60,4% usam sempre o preservativo e dentre os que relataram relação sexual em troca de dinheiro, presente ou serviço 67,2% usam sempre o preservativo. A principal razão para o não uso de preservativo entre os que têm parceiro regular diferente do conjuge ou companheiro é a confiança mútua (35,3%), a redução de prazer (21,7%) e pressa (17,4%) entre os que relataram ter parceiros ocasionais e dentre os que relataram relação sexual em troca de dinheiro, presente ou serviço foi por não ter disponível o preservativo (29,4%).

O preservativo é sugerido na maioria das vezes pelo parceiro, tanto em relações sexuais com parceiro sexual regular diferente do conjuge ou companheiro (62,7%) e nas em troca de dinheiro, presente ou serviço (73,2%).

A proporção de parceiro regular diferente do conjuge ou companheiro é de 16,7%, sendo que 15,3% relatam mais de 2 parceiros nos últimos 12 meses, sendo o último na maioria conjuge, noivo ou namorado (28,6%), de sexo diferente (98,0%), de idade mais jovem ou mais velho (50,0% e 28,6% respectivamente).

Noventa e cinco pessoas relataram relação com parceiros sexuais ocasionais (PSOs), acontecendo às vezes (55,8%) e muitas vezes (23,2%). Dentre os que têm PSO as relações acontecem mais frequentemente em ambientes festivos (39,6%), e nos últimos 12 meses cerca de 20% tiveram mais do que 3 parceiros. O último PSO foi em mais do que 50,0% uma pessoa conhecida na rua ou um desconhecido, de sexo diferente (97,9%) e de idade mais jovem (43,8%).

#### **4.10.1 Relações sexuais em troca de dinheiro**

A prática de relações sexuais em troca de dinheiro, presente ou serviço foi relatada por 58 (9,9%) dentre as PcDs que responderam essa questão e em 84,5% acontece às vezes ou muitas vezes, sendo que em 55,2% foi a PcD quem pagou ou ofereceu presente ou serviço e em 50,0% foi pago ou recebeu presente ou serviço, sendo que isso aconteceu numa



proporção de 39,7% e 32,8% respetivamente nos últimos 12 meses. Esse parceiro é normalmente um conhecido da rua ou um desconhecido (51,7%) e é na sua maioria (98,3%) de sexo oposto.

#### 4.11 Mudanças de Comportamentos

Ao analisar o conhecimento das PcDs, observa-se que 36,7% dos inquiridos não conhece lugar de despistagem do VIH, o que sugere necessidade de maior divulgação entre essa população dos locais de despistagem. Entre os que conhecem a maioria refere ser esse local, o Centro de Saúde/Hospital (92,6%)

Pessoal médico (40,5%), televisão (29,9%) e rádio (21,8%) são os principais canais de veiculação dessa informação, o que sugere grande responsabilidade e importância do pessoal de saúde junto à PcD e reafirma o papel fundamental da televisão e da rádio enquanto importantes veículos de informação e acesso a essa população.

*Quadro 19: Como você foi informado sobre a existência desse lugar*

	efetivo	%
Televisão	130	29,9
Rádio	95	21,8
Internet	9	2,1
Palestras / Conferências	50	11,5
Pares PcD/Amigos	37	8,5
Pessoal médico	176	40,5
Assistente social	10	2,3
Família	44	10,1
Outro (especifique)	61	14,0

O teste de despiste do VIH/Sida já foi realizado por 44,4% da população inquirida, sendo essa proporção notavelmente superior nas mulheres (51,8%) em relação aos homens (30,8%). É na faixa etária de 25-29 anos, bem como entre os viúvos (61,5%) e casados/união de fato (51,7%) que encontramos a maior proporção de PcDs que já fizeram o teste revelando sensibilidade por parte desses indivíduos em querer conhecer o seu estado sorológico e prevenir contra o VIH/Sida.

*Tabela 28: Alguma vez fez teste de despistagem de VIH*

		Alguma vez fez teste de despistagem de VIH?				
		Sim			Não	
		n	efetivo	%	efetivo	%
Sexo	Masculino	240	74	30,8	166	69,2
	Feminino	442	229	51,8	213	48,2
Grupo de idade	15 - 19 anos	55	11	20,0	44	80,0
	20 - 24 anos	52	22	42,3	30	57,7



	25 - 29 anos	58	38	65,5	20	34,5
	30 - 39 anos	110	69	62,7	41	37,3
	40 - 49 anos	127	70	55,1	57	44,9
	50 - 59 anos	152	59	38,8	93	61,2
	60 anos e +	128	34	26,6	94	73,4
Estado civil atual	Solteiro	516	217	42,1	299	57,9
	Casado(a)/ união de facto	145	75	51,7	70	48,3
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	3	37,5	5	62,5
	Viúvo / (a)	13	8	61,5	5	38,5
Nível de Estudos	Sem Habilitação	182	44	24,2	138	75,8
	Ensino Básico	266	120	45,1	146	54,9
	Ensino secundário 1º Ciclo	97	53	54,6	44	45,4
	Ensino secundário 2º Ciclo	68	40	58,8	28	41,2
	Ensino secundário 3º Ciclo	40	26	65,0	14	35,0
	Ensino Profissional	4	3	75,0	1	25,0
	Bacharelato	3	1	33,3	2	66,7
	Licenciatura	22	16	72,7	6	27,3
Rendimentos	Sim, regulares	310	141	45,5	169	54,5
	Sim, irregulares	139	69	49,6	70	50,4
	Não	233	93	39,9	140	60,1
organização/Associação	Sim	55	27	49,1	28	50,9
	Não	627	276	44,0	351	56,0
Você já consumiu álcool em sua vida?.	Sim	401	211	52,6	190	47,4
	Não	281	92	32,7	189	67,3
Tipos de limitações	Física	199	89	44,7	110	55,3
	Visual	137	78	56,9	59	43,1
	Comunicação	3	0	0,0	3	100,0
	Audição	14	8	57,1	6	42,9
	Mental	12	4	33,3	8	66,7
	Inteletual	56	30	53,6	26	46,4
	Múltipla	261	94	36,0	167	64,0
	<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>303</b>	<b>44,4</b>	<b>379</b>	<b>55,6</b>

A adesão ao teste é mais comum entre os com nível de estudo mais avançados, à exceção do Bacharel e entre os com limitação na audição (57,1%) e visual (56,9%). Esses resultados confirmam que há necessidade de uma intervenção diferenciada entre as PcDs, uma vez que os com idades entre 25 a 40 anos, com níveis de estudo mais avançados e com limitações menos incapacitantes, parecem prover de mais informação, maior conhecimento e estarem mais sensibilizadas a melhores práticas.

Apesar da maioria (66,0%) ter feito o teste de despistagem de VIH há mais de 1 ano, destaca o fato de que em 55,6% dos inquiridos fez o teste para VIH em carácter voluntário.

Sal, (58,3%) Sta. (57,1%) Cruz e Praia (52,6%) são os concelhos com maiores proporções de PcDs que já realizaram teste VIH e Sta. Catarina (11,8%) e Tarrafal (17,6%) os



com menor proporção de adesão ao teste. A alta proporção da ilha do Sal pode estar relacionado a campanhas de sensibilização e melhor acesso ao teste, tendo em conta a particularidade de ilha turística e com alta atividade de turismo sexual.

O local de despistagem parece ser de fácil acesso e recetivo, uma vez que 98,0% responderam que não teve dificuldade no acesso ao local de despistagem e a maioria (79,5%) está satisfeita com o serviço prestado. Apenas 5,3% dos que fizeram o teste não conhece o resultado, alegando razões outras (47,6%), não relacionadas ao tempo de espera, perda de recibo ou medo.

Sete pessoas responderam que o resultado ao teste de despistagem foi positivo, sendo que 80,0% tem acesso aos antirretrovirais e 40% a medicamentos contra doenças oportunistas. Em Cabo Verde o acesso universal ao tratamento gratuito para pessoas seropositivas teve início em 2004. No entanto, desde 2000 foi implementado o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), destinada a grávidas e respectivos recém-nascidos. O acompanhamento clínico, o monitoramento laboratorial e o tratamento são garantidos a todas as pessoas.

Dentre os inquiridos casado ou em união de fato 64,7 não conhecem o estado serológico do companheiro e dos que conhece 1 (0,9%) é positivo e 98 (86,0%) é negativo.

Dentre os que nunca fizeram o teste de despistagem alegaram razões como não sentem a necessidade para a não realização do teste e apenas 6,4% não gostariam de ser beneficiados com o teste de despistagem, devido ao medo,

#### **4.12 Acessibilidade e Utilização dos Serviços de Prevenção e Cuidados**

##### **4.12.1 Participação em Atividades de Prevenção do VIH/Sida**

Quando questionados sobre a participação em uma actividade de prevenção do VIH/Sida, os resultados mostram que 80,5% nunca participou, enquanto 19,5% respondeu afirmativamente. Este resultado não surpreende, na medida em que durante a recolha de dados qualitativos (entrevistas com OPDs, Delegacias de saúde e Grupos Focais), verificamos que nunca se fez um trabalho específico de sensibilização contra o VIH para este público-alvo. A praxis é realizar campanhas e feiras de saúde para a população no geral.

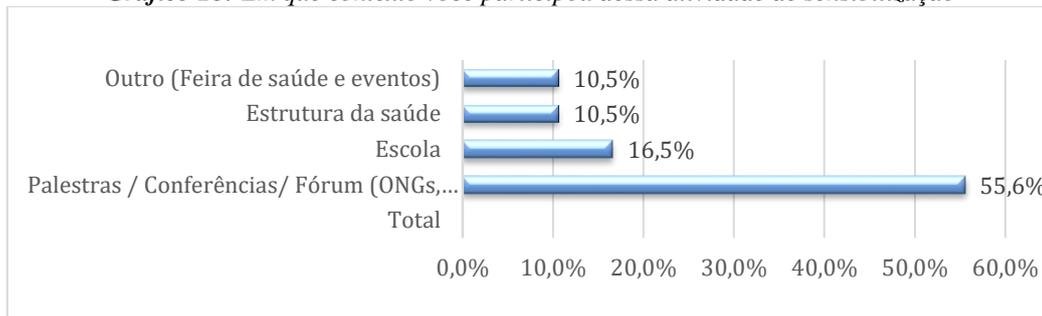
*Tabela 29: Você já participou de uma atividade de prevenção de SIDA*

	<b>efetivo</b>	<b>%</b>
Sim	133	19,5
Não	549	80,5
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100,0</b>



Dos 19,5% dos inquiridos que responderam que já participaram numa actividade de sensibilização, cerca de 133 PcDs, quando questionados “em que contexto participou dessa actividade se sensibilização”, 55,6% responde que em “Palestras/Conferência/Fórum (ONGs, OBC ou Associações); 16,5% na Escola e 10,5% na Estrutura de saúde. É baixa a proporção que refere ter participado em actividades organizadas por OPD. Isso poderá revelar por um lado a pouca expressividade e atuação das OPDs, pouco conhecimento e participação das PcDs nas actividades desenvolvidas pelas OPDs.

**Gráfico 18:** Em que contexto você participou dessa actividade de sensibilização



Anteriormente, já foi referido que a proporção de PcDs, dentre a população inquirida que pertence a uma Organização/Associação é de 8,1%. Por outro lado, as actividades de prevenção realizadas por ONGs, OBC e outras Associações diferente de OPD, são as que representam maior participação das PcDs. Sendo assim, convem reforçar o papel dessas organizações, bem como das escolas como importantes locais que favorecem a participação das PcDs em actividades de sensibilização. Não podemos desprezar a proporção de 10,5% de inquiridos que participaram dessas actividades promovidas por ou/em estruturas de saúde. Consideramos que essa proporção poderia ser maior, tendo em conta o papel das estruturas de saúde, a relação de proximidade que deveria existir com as PcDs e os resultados apresentados nesse estudo que revela ser as estruturas de saúde e seus profissionais principais fontes de informação quanto ao VIH/Sida.

**Tabela 30:** Essa participação permitiu que você melhor compreenda o que é a SIDA e como melhor se proteger

	efetivo	%
Sim	130	96,3
Não	5	3,7
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100,0</b>

Das PCDs que participaram nessas palestras, cerca de 96,3% afirmou que essa participação permitiu-lhe melhor compreender o que é o SIDA e como melhor se proteger, enquanto 5,3% respondeu negativamente. Isso reforça a necessidade de continuidade dessas ações, bem como o reforço financeiro e técnico, através da qualificação de profissionais, recursos móveis e de divulgação de informações.



Quando questionados se alguma vez teve necessidade de cuidados de saúde curativos ou preventivos, mas não os teve por falta de dinheiro, verifica-se que 51,2% das PcDs inquiridas passou por esta situação, sendo que ela é um pouco mais séria nomeadamente referenciadas por PcDs de Tarrafal (73,5%), em Porto Novo (65,2%), na Praia (62,5%), em S. Filipe (52,3%). Isso evidencia a necessidade de maior capacitação dos profissionais de todos os níveis que trabalham nas estruturas de saúde, com ênfase sobre os que trabalham na receção. Uma melhor organização no atendimento e maior sensibilização do conjunto de profissionais, torna-se fundamental para maior acesso e satisfação das PcDs. De facto, as PcDs reclamam que uma das dificuldades no acesso à saúde tem a ver com os custos (taxa moderadora, de consulta e transportes). Por isso, procuram com grande frequência as Declarações de Incapacidades junto das OPDs, de modo a apresentarem nos hospitais, centros de saúde e obter a isenção das taxas.

Durante o processo da entrevista qualitativa, ao serem questionados sobre o conhecimento que têm sobre as facilidades e dificuldades que encontram para acessar às instalações de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH (disponibilidade, distância, custo, receção, atendimento, disponibilidade de pessoal qualificado, qualidade do tratamento, seguimento e avaliação, meios de transporte, acessibilidade às instalações), as PcDs afirmam sentir dificuldades quando vão ao Hospital (por exemplo, o Hospital Agostinho Neto), por causa da acessibilidade.

*É difícil porque existem escadas nas partes do internamento. A questão da distância, o custo (transporte, as taxas moderadoras), muitas vezes não é fácil ter isenção nas taxas. Dizem que se tiverem algo grave a pessoa morre, existe muita burocracia. Às vezes o tempo de espera para certas consultas pode demorar quase 1 ano. O atendimento é difícil ... no sistema de saúde no geral o atendimento não é grande coisa. Não há prioridade para as PCDs no atendimento. Quanto à qualidade as pessoas não estão com paciência para tratar as PcDs. A acessibilidade difícil. As PCDs não têm dinheiro para pagar o internamento. A questão de acessibilidade (rampas), cego não sabe onde ir para consulta... não se desloca sozinho. Há casos de pessoas, mãe com filhos com dificuldades visuais... anda com bengala. Pede ajuda para alguém para indicar o autocarro. No hospital recebe ajuda... pensão.*

As PcDs queixam-se do facto de muitos serviços estarem, muitas vezes, indisponíveis nas instituições de saúde, para além do custo: por exemplo no Mindelo as PcDs pagam consultas. Em muitas vezes são consultas demoradas. Queixam-se muito do pessoal da receção que não têm informações viradas para as PcDs. Criticam muito o mau tratamento no atendimento . para além disso, criticam também a não facilidade no autocarro, os condutores não param quando vêm uma PcD, porque pensam que uma PcD não tem dinheiro para pagar transporte.

*Muitas mães cegas recebem apoio dos filhos, das pessoas, usam bengala. O custo de deslocação é um problema.. a questão da receção.. o atendimento.. depende de quem os atende.*



*Quanto à questão de isenção ... que fingem não saber.. ficam a humilhar as PCDs. Há um problema na questão da isenção. O pessoal do hospital não sabe. Há confusão na informação. As PCDs tem de mostrar que conhecem os seus direitos para puderem ajudar. Temos que brigar antes. Vou ao Banco de urgência se não tiver dinheiro não pago. Temos de andar com relatório, declaração da ADVIC. Às vezes tratam mal os PCDs.. se sou uma pessoa com deficiência se vou consultar o meu filho tenho que pagar? Se não tenho dinheiro.. não respeitam OPCDs... Acessibilidade... não estás preparado... central de consulta sem elavador.. Pessoa em cadeira de rodas não pode. Existem muitas dificuldades.. já melhorou um pouco. ( CS,Praia)*

*Eu acho que não.... Os serviços de saúde não estão acessíveis.. vamos começar pela porta de entrada.. não encontramos rampa de acesso... e se tiver não está conforme as normas, regras... neste momento estou a imaginar uma pessoa ... uma mulher que vai para a consulta de ginecologia que usa cadeira de roda.. não há máquinas que regulam a cadeira para a maca... não digo que não há.. passo pela questão do próprio atendimento... às vezes é constrangedor as pessoas não se colocam no caso do paciente ... para sentir a necessidade.. há muito que fazer para que os serviços de saúde sejam adequados para os diversos tipos de deficiência. ..Imaginem um PcD visual que vá a um centro de saúde e não há informações escritas. São informações sigilosas e você acaba por ver o seu direito a sigilo a ser violado... tem de levar um amigo ou familiar e o sigilo acaba de existir (ADEVIC)*

#### **4.12.2 Acessibilidade aos Serviços e Prevenção e Cuidados de VIH**

Para conhecer a perceção e acesso a estruturas de cuidados, de apoio e prevenção relacionados ao VIH/Sida o conhecimento e o acesso aos serviços de saúde, abordou-se questões relacionadas ao conhecimento de estruturas de saúde e sua utilização.

A Gráfico 19 revela que quando questionados se conhecem da existência de estruturas para os cuidados, apoios e prevenção contra o VIH cerca de 79% respondeu negativamente, isto é, não conhecem. Esses dados mostram existir um enorme défice de informação relativa ao SIDA, VIH e prevenção no seio das PcDs.

*As PCDs podem ser mais vulneráveis à infeção pelo VIH, por exemplo os doentes mentais, às vezes temos medo de perdê-los e correm riscos. Mesmo crianças e adolescentes. Acho que as pessoas as consideram alvos fáceis. Doença mental e deficiência profunda não conseguem falar e não dizem a ninguém. Às vezes temos dificuldades das famílias, a questão da proteção, que falha. Os doentes mentais estão muito na rua. A CMSV criou um centro para eles. Temos casos de pais que não trabalham e deixam as adolescentes sozinhas em casa. O alcoolismo que é mais forte nos indivíduos do sexo masculino. Aqui em S. Vicente brinca-se muito, as pessoas oferecem bebidas alcoólicas ás PcDs. São forçadas a experimentá-las. (ADEF)*

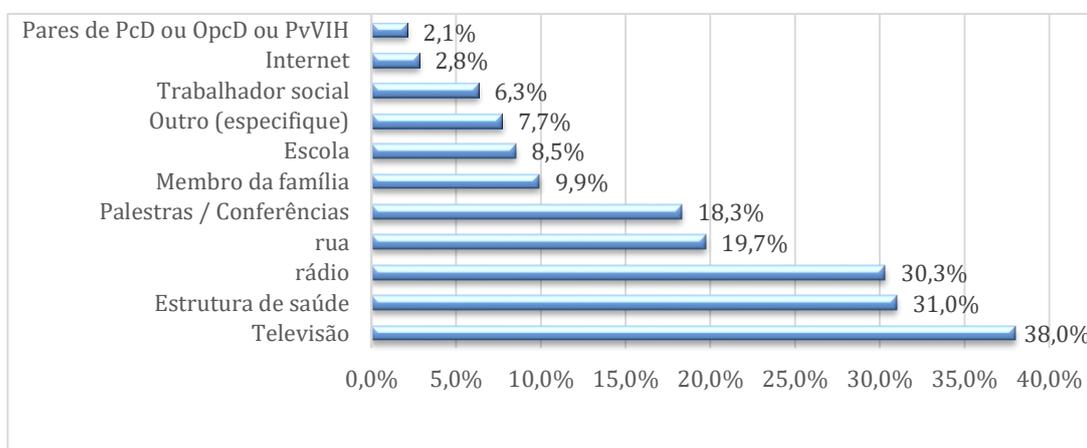


**Tabela 31:** Existência de estruturas para os cuidados, apoios e prevenção contra o VIH

	efetivo	%
Sim	142	21
Não	540	79
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100</b>
<i>Em caso afirmativo quais são essas estruturas</i>		
	efetivo	%
Centro de despistagem voluntária	27	19
Centro de Saúde/ Hospital	104	73,2
CTA / PTA	1	0,7
Associações/ONG	37	26,1
Outro (especifique)	5	3,5

Dentre as PcDs que conhecem as estruturas para os cuidados, apoio e prevenção contra o VIH, 73,2% responderem ser essa estrutura um Centro de Saúde/Hospital; 26,1% que é uma Associações/ONGs e 19,0% Centro de despistagem voluntária. Mais uma vez, destaca-se a importância que é dada pelas PcDs às estruturas clássicas de saúde, como Centro de Saúde ou Hospital, bem como as Associações/ONGs. Isso reforça a necessidade de capacitação dessas estruturas e da continuidade das ações que vêm desenvolvendo no seio das PcDs

**Gráfico 19:** Como você foi informado sobre a existência dessas estruturas



Quando questionados sobre como obtiveram a informação sobre as estruturas de cuidado, apoio e prevenção contra VIH, notamos que cerca de 38,0% respondeu ser através da Televisão; 31,0% através da Estrutura da saúde e 30,3% através da Radio. Rua, palestras/Conferências, convívio familiar, e escolar, surgem como fontes de informação, que deverão ser privilegiadas.

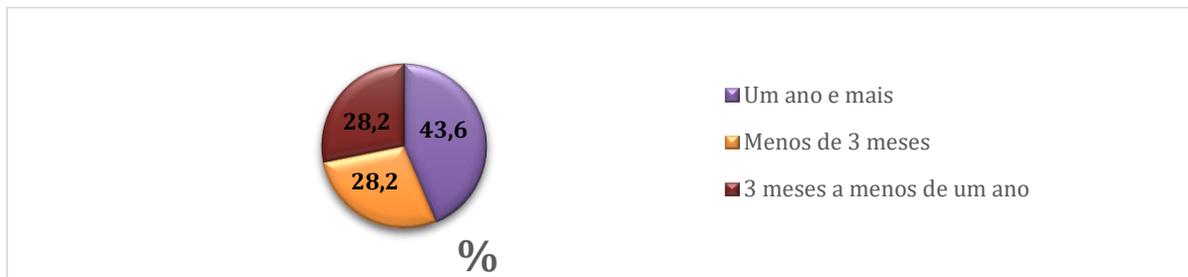
Dos que afirmaram conhecer a existência das estruturas para os cuidados, os apoios e a prevenção contra o VIH, 72,5% declarou que nunca esteve nessa estrutura. Isso poderá refletir baixo conhecimento dessas estruturas, dificuldades de acesso, pouca procura, baixo



conhecimento do papel dessas estruturas e baixa percepção da necessidade e/ou benefícios em frequentar essas estruturas. De fato, os dados qualitativos mostram que as OPDs raramente encaminham as PcDs para estruturas ligadas ao VIH. Há um maior encaminhamento para o hospitais, centros de saúde para tratamento de clínica geral. Não há um estratégia clara e bem definida virada para a prevenção e cuidado do VIH.

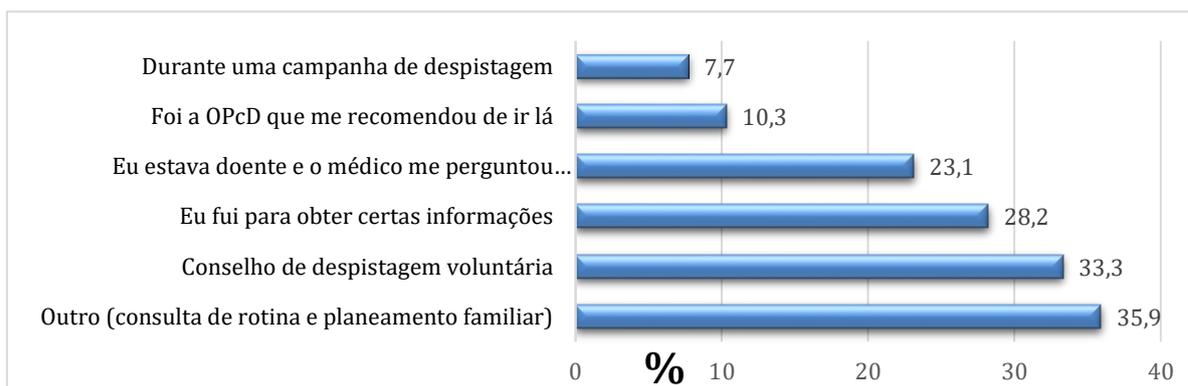
*Há um caso de uma PcD Zé da ilha do Sal (deficiência motora) que morreu no banco de Urgência, ficou à espera mais de 3 horas e morreu. Não lhe deram prioridade. Existe discriminação (Focus Group Praia)*

**Gráfico 20:** Em caso afirmativa, última visita a uma estrutura de de saúde



Daqueles que já estiveram numa estrutura de saúde, quando questionados sobre a última visita, 28,2% respondeu menos de 3 meses; a mesma percentagem respondeu de 3 meses a menos de uma ano e 43,6% um ano e mais. Esses dados evidenciam mais uma vez o baixo acesso, utilização e participação das PcDs nas estruturas de saúde. As razões da ida às estrutura de saúde estão representados na tabela 27.

**Gráfico 21:** Por que motivo foi para essa estrutura de saúde



Quanto aos motivos para visitarem essas estruturas de saúde, 35,9% repondeu Outro, isto é, foi para Consulta de rotina e planeamento familiar, 33,3% para conselho de despistagem voluntária; 28,2% para obter certas informações e 23,1% por estar doente e o médico me perguntou (rastreamento de diagnóstico). Isso revela utilização de serviços de saúde para diferentes fins, sendo que questões relacionadas à doença, controle e obtenção de informações, predominam.



#### 4.13 Conhecimento da Lei de Orientação Social e da Lei sobre VIH

Cabo Verde possui a Lei nº 19/VII/2007 de 26 de Novembro 2007, que regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH/SIDA, publicada no Boletim Oficial da República de Cabo Verde publicada na I Série Nº43 a 26 de Novembro de 2007. A lei aborda questões relacionadas à Informação, Educação e Comunicação/Comunicação para Mudança de Comportamentos em matéria de VIH/Sida, Teste de despistagem e aconselhamento, Serviços de saúde e assistência, Confidencialidade, Atos discriminatórios e Disposições penais.

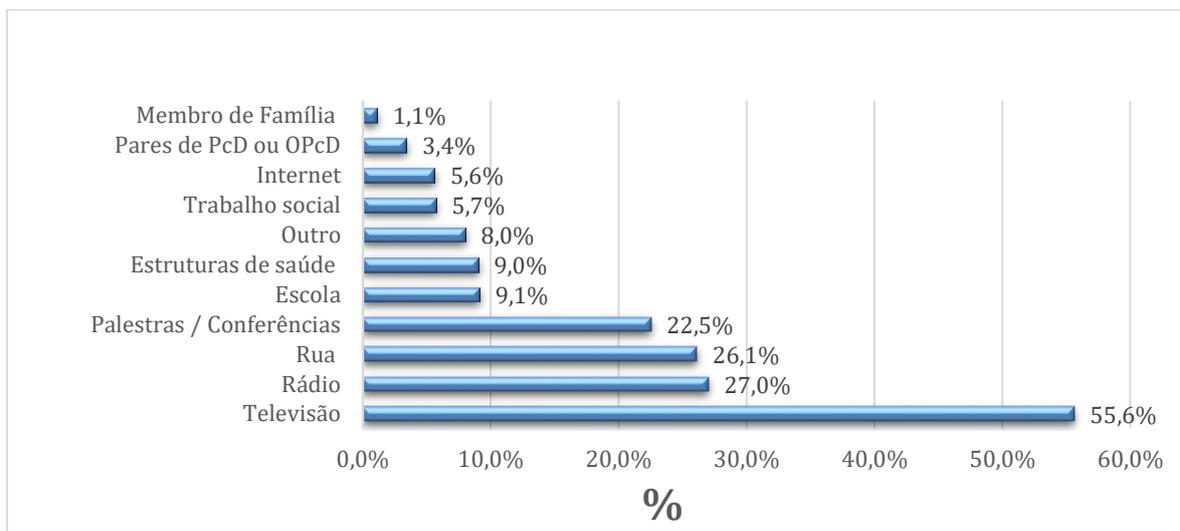
A fim de saber o conhecimento dessa lei no seio das PcDs, o estudo inclui perguntas capazes de darem essa resposta.

Quando questionados sobre o conhecimento da Lei do VIH/Sida em Cabo Verde, a grande maioria dos inquiridos (87,5%) respondeu que desconhece a mesma.

Esse dado revela quase total desconhecimento dessa lei no seio da população inquirida, que provavelmente reflete a realidade do país em matéria de conhecimento de leis, regulamentos e disposição que regulam e protegem os cidadãos. Infelizmente não há estudos na população geral ou nas PvVIH a fim de identificarmos se a baixa proporção de PcDs que conhecem a lei reflete alguma franja da população. No entanto, fica patente a necessidade da divulgação dessa lei entre as PcDs, tendo em conta a prevalência encontrada na população estudada, configurando-se como uma população vulnerável e de risco para a transmissão do VIH/Sida.

O gráfico 23 apresenta os resultados das fontes de informação através das quais os inquiridos que conhecem a lei tiveram acesso a essa informação.

**Gráfico 22:** Por quais fontes você foi informado sobre a lei relativa ao do VIH / SIDA?

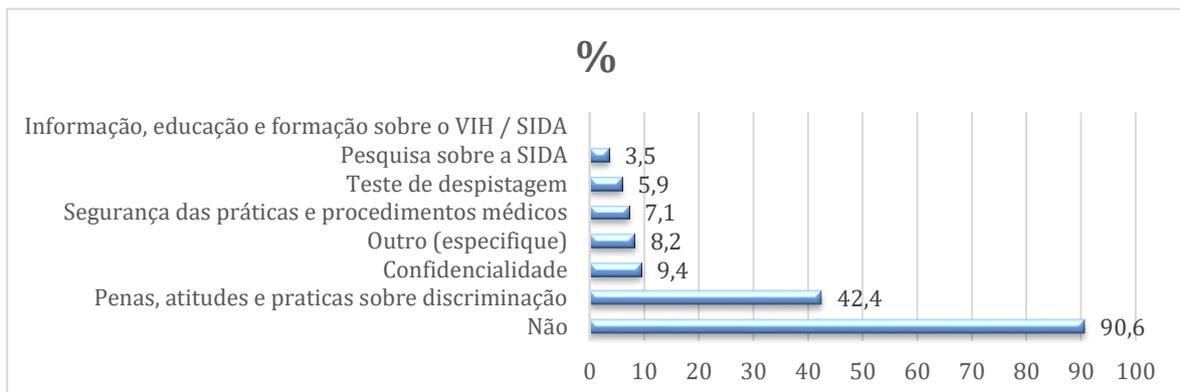




Dos 12,5% que declararam conhecer a Lei 55,6% foi através da Televisão, 27,0% da Rádio, 26,1% na Rua e 22,5% através de Palestras/Conferências. Essas mesmas fontes foram declaradas como principais fontes de informação em matéria de VIH/Sida, de preservativo, lugar de despistagem do VIH e estruturas de cuidado, apoio e prevenção contra o VIH. Da mesma forma estruturas de ensino e de saúde, também figuram como fontes privilegiadas de informação. Assim sendo, reafirmamos a importância da televisão, rádio, de amizades e contatos de rua, bem como de eventos e atividades visando um maior disseminação de todos os tipos de informação. Ressaltamos igualmente a necessidade de reforçar, capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde, enquanto pessoas que gozam de grande aceitação e confiança por parte das PcDs e não só, bem como das OPD a fim de contribuir na disseminação da informação.

Tendo em conta que o fato de ouvir falar, não garante conhecimento do conteúdo da lei, nem tão pouco assimilação e assunção desse dispositivo legal, procurou-se saber junto aos inquiridos quais são as principais áreas cobertas por esta lei. As respostas estão no gráfico 20.

*Gráfico 23: Principais áreas cobertas por esta lei*



Infelizmente, 90,6% dos que dizem já ter ouvido falar da lei, não conhece a sua abrangencia, e 42,4% considera que é sobre Penas, atitudes e praticas sobre discriminação. Fica evidenciado que a maioria não conhece a lei e os que dos que conhecem, sabem-no vagamente, muito provavelmente por se chamar lei a lógica interligação com penas.

Ao se cruzar a variável níveis de estudo com conhecimento da lei do VIH/Sida em Cabo Verde, nota-se que 87,5 dos inquiridos não conhecem essa lei, não tendo grandes variações nos diferentes níveis de estudo. Em relação aos que pertencem a uma Associação/Organização a proporção é maior entre os que pertence (25,5%), contra 11,3% entre os que não pertence, sugerindo que o fato de pertencer a uma Associação/Organização confere mais acesso a leis que regulam o país.



---

#### 4.14 Infeções Sexualmente Transmissíveis

Durante a pesquisa qualitativa, os dados recolhidos junto das PCDs revelam que algum conhecimentos sobre os sintomas ligados às IST. Uma boa parte dos PCDs que participaram nos Grupos Focais reconhecem que sentem sintomas na parte do corpo, nas partes baixas; Infecção urinária. As mulheres enfatizam que sentem queimação na bexiga quando urinam ou fazem chichi, dor de barriga (dorzinho). Caso for for herpes genital pode ser muitas coisas na vagina; cor avermelhado, dor na vagina quando urina; pode sair pus. Dor no pé da barriga, febre, dor na bexiga. Coceira na vagina, não se sente bem; mudança de cheiro. Mucosa com outra cor e com cheiro natural. Infecção urinária que queima a vagina.. coceiras. As PcD surdas dizem que sentem-se fracos, problemas da pele, pele avermelhada, dor de cabeça, barriga, dormir pouco, corpo fraco, falta de energia.



---

## **V. Limitações do Estudo**

O presente trabalho não pretende, em hipótese alguma analisar todos os fatores relacionados ao VIH-Sida e deficiência em Cabo Verde. Tampouco, pretende-se responder cabalmente às questões comportamentais, biológicas e epidemiológicas que foram descritos. As limitações do presente estudo são inerentes à sua própria metodologia, uma vez que a implementação da mesma, inclui somente as pessoas com deficiência que vivem dentro do seio familiar, excluindo aquelas que vivem em instituições ou em situação de rua.

Na mesma linha deve-se considerar que o comportamento descrito no presente estudo se refere apenas ao declarado pelo inquirido que pode ser discutível, de certo modo, pois os indivíduos em situação de risco podem não declarar com receio ou medo do estigma social associado ao VIH.

Os temas estudados são complexos, ainda pouco conhecidos e compreendidos no seu todo, muito menos a correlação entre o VIH-Sida e deficiência, no seio de profissionais que atuam diretamente com essas populações, como pela população geral e a própria comunidade afetada. Sabe-se que afetam desproporcionalmente as populações com maior prevalência entre as populações consideradas vulneráveis a nível económico, social, entre outros.

Por ser o primeiro estudo realizado neste âmbito em Cabo Verde, apesar das suas limitações, os resultados conseguidos, certamente servirão de base para outros estudos e também para a adequação de medidas de políticas às necessidades específicas de prevenção e de cuidados às pessoas que vivem com a deficiência.



## VI. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

### Conclusão

O Primeiro Estudo bio-comportamental sobre a vulnerabilidade das Pessoas com Deficiência face ao VIH realizado em Cabo Verde pela Humanité Inclusion (HI) em parceria com o Comité de Coordenação de Combate à Sida (CCS-SIDA) revela que as PcDs constituem um grupo muito vulnerável face ao risco de contágio do VIH/SIDA. São vulnerabilidades que se complicam devido à situação de pobreza que vivem, do fraco rendimento que auferem, do baixo nível de educação e da fraca informação e sensibilização sobre os riscos de VIH/SIDA.

É uma população-alvo que não está bem enquadrada nas estratégias e campanhas de sensibilização das Delegacias de saúde ou das próprias OPDs. De facto, tanto as estruturas de saúde (Delegacias de Saúde), assim como as associações revelaram que nunca fizeram uma campanha ou sensibilização virada para esta população específica. Só agora, após o arranque deste estudo é que começaram a ver de facto a importância do trabalho de prevenção e sensibilização das PcDs face ao risco de contágio de VIH-SIDA. Nota-se que esta vulnerabilidade é confirmada pela forte taxa prevalência do VIH registada nesta população específica (2,3%) em comparação com a na população geral, a nível nacional.

É uma população que apesar de conhecer a existência do VIH-SIDA e de ter acesso, e usar, o preservativo, por causa das vulnerabilidades já apontadas (pobreza, nível de escolaridade, rendimento, etc), assim como às violências a que estão expostas (sexual, física, estigma), continuam numa situação de fragilidade e riscos.

As informações recolhidas permitem aferir que em grande parte dos inquiridos as causas subjacentes às deficiências são evitáveis, uma vez que relatam situações de acidentes de trabalho, tratamento deficitário pós-doenças, fraco acesso aos serviços de reabilitação quer por limitações económicas quer por inexistência dos referidos serviços nas suas ilhas de residência. Situações de deficiência causadas por sequelas de doenças AVC e outras doenças cardiovasculares foram também relatadas com frequência considerável durante o estudo.

O estudo revelou ainda que ataxa de prevalência é maior nos homens (3,5%), do que as mulheres (1,7%), apesar de a maioria dos inquiridos ser do sexo feminino. Quanto ao perfil, a média de idade é de 43 anos, solteiro, com baixa escolaridade, pouca participação associativa, maioria a viver com a família, sendo que um terço não tem rendimento. O consumo de álcool é uma realidade e o consumo de droga revelou ser uma preocupação na ilha de S. Vicente. A maioria declara ter uma vida sexual ativa, com uso de preservativo, evidenciando a necessidade da melhoria ao acesso do mesmo. As pessoas com limitação auditiva constituem um desafio quanto à superação das limitações ao acesso à informação. Conhecem as formas de transmissão e que é possível proteger contra VIH/Sida, apesar de



existirem algumas crenças e conceitos errôneos. A participação em atividades de prevenção é baixa entre as PcDs, uma vez que as instituições promotoras desses eventos não estão sensibilizadas para as necessidades dessa população e nem tão pouco as atividades os têm como grupo-alvo as PcDs.

A violência, como já se notou, é uma realidade nas suas diferentes formas de manifestação. Os relatos demonstram que grande parte das situações de violência tem como agressor pessoas próximas e que o medo e a vergonha constituem impedimento para a denúncia. O conhecimento sobre a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e a lei do VIH/Sida é limitado.

Em relação à saúde verifica-se que existe um enorme trabalho de sensibilização junto das PcDs, nas suas comunidades, locais de trabalho, de modo a incluí-los nas campanhas e intervenções, criando estratégias adequadas para esta população específica. Isso permitiria que as Delegacias de Saúde, as OPDs e as outras ONGs e Associações reforçassem o trabalho em rede e melhorassem a performance em termos de resultados. Nota-se que essa sensibilização deverá atingir o pessoal da saúde (médicos, enfermeiros, pessoal da front office, etc).

O Governo, através do Ministério da Saúde, deve estar atento à situação das PCDs, suas vulnerabilidades (rendimento, taxa moderadora, acessibilidade, educação, habitação, emprego, etc), i.e; ter políticas públicas que privilegiam a inclusão social e os direitos de todos. Da mesma forma, urge aumentar a vigilância epidemiológica e reduzir as vulnerabilidades dessa população-alvo. Para além disso, há necessidade de se definir estratégias, programas e projectos adequados para agir em prol das necessidades dos PCDs.

As OPDs, em termos de performance, estão abaixo da sua potencialidade, i.e; não conseguem mobilizar um grande número de PCDs, nem ser interlocutores privilegiados do Governo, da Sociedade Civil e da Cooperação Internacional. A percentagem das PCDs que frequentam, ou são sócios das OPDs, é muito baixa (Cerca de 8%). Há necessidade de se elaborar estratégias para melhorar a intervenção social em prol das PCDs e aumentar e melhorar a inclusão social dos mesmos. Para além disso, acrescenta-se o trabalho de Plaidoyer, a começar ppor dotarem-se de planos estratégicos, ter um orçamento e reforço do trabalho em rede.

O papel da Escola e da Família é de extrema importância na socialização dos indivíduos, na afirmação da sua identidade e na vigilância e proteção dos PCDs. O mesmo discurso poderia ser direccionado para o campo da prevenção. Os primeiros espaços onde os PCDs podem ver respeitados, ou violados, os seus direitos são a Família e a Escola. Há muitos relatos de abusos, abandono e negligência no seio dessas duas estruturas. As comunidades também podem ser acolhedoras ou não, podem facilitar ou dificultar a vida das



PCDs. Existem relatos e informações de abusos sexuais, maus tratos perpetrados pelas famílias, comunitades, assim como *Bullying* nas escolas.

## **Recomendações**

### **Ministério de Saúde/Governo**

Em relação à saúde verifica-se que existe um enorme trabalho de sensibilização junto das PCDs, nas suas comunidades, locais de trabalho, de modo a incluí-los nas campanhas e intervenções, criando estratégias adequadas para esta população específica. Isso permitiria que as Delegacias de Saúde, as OPDs e as outras ONGs e Associações reforçassem o trabalho em rede e melhorassem a performance em termos de resultados. Nota-se que essa sensibilização deverá atingir o pessoal da saúde (médicos, enfermeiros, pessoal da front office, etc).

O Governo, através do Ministério da Saúde, deve estar atento à situação das PCDs, suas vulnerabilidades (rendimento, taxa moderadora, acessibilidade, educação, habitação, emprego, etc), i.e; ter políticas públicas que privilegiam a inclusão social e os direitos de todos. Da mesma forma, urge aumentar a vigilância epidemiológica e reduzir as vulnerabilidades dessa população-alvo. Para além disso, há necessidade de se definir estratégias, programas e projectos adequados para agir em prol das necessidades dos PCDs.

### **Recomenda-se:**

- ✓ Fazer com que as campanhas de conscientização e prevenção do VIH sejam mais focadas e adaptadas às PcD;
- ✓ Capacitar os profissionais de saúde na área da gestão da deficiência;
- ✓ Criar condições de acessibilidade física social e comunicacional nas estruturas de saúde permitindo o acesso das pessoas com deficiência;
- ✓ Garantir que nas estruturas de saúde existam técnicos com capacidade técnica para atender e prestar cuidados às pessoas com deficiência ;
- ✓ Melhorar e alargar a formação e informação em Braille para PCDs com problemas visuais;
- ✓ Sensibilizar a sociedade a tratar as PcDs com mais respeito e humanismo;
- ✓ Garantir o funcionamento das Leis que facilitam a Inclusão Social (taxa de Inseção nos Hospitais, pensão Social mínima, cuidados ao dependentes etc);
- ✓ Facilitar o acesso à informação às Pessoas com deficiência auditiva e combater a discriminação contra os mesmos (Por exemplo, o caso de um médico que não passou atestado a um surdo para tirar a carta de condução);
- ✓ Realizar um diagnóstico aprofundado da situação das PCDs com vista a definir melhor as políticas de inclusão deste grupo específico ;



- 
- ✓ Usar as redes sociais, radio, televisão para campanhas inclusiva que abrangem a s PcDs em ações de sensibilização e informação em materia da SSR e VIH;
  - ✓ Organizar mais palestras, conversas abertas sobre o VIH-SIDA, IST e prevenção;
  - ✓ Melhorar a taxa de frequência de PcDs nas instalações de saúde;
  - ✓ Melhorar a sensibilização sobre a doença mental;
  - ✓ Aumentar a sensibilização, a despistagem e os cuidados VIH junto das pessoas com deficiência;
  - ✓ Aumentar a despistagem específica nas escolas, associações, realizando testes mais perto das PCDs;
  - ✓ Reforçar a busca ativa no terreno dos PCDs seropositivos, sobretudo daqueles que não vêm para consulta e que não fazem tratamento, consulta e adesão medicamentosa envolvendo educadores de pares;
  - ✓ Reforçar as campanhas de sensibilização e a despistagem de VIH junto das PCDs;
  - ✓ Adaptar as campanhas de sensibilização sobre o VIH por tipo de Deficiência;
  - ✓ Diminuir os casos de violência contra as PcD nos hospitais (urgências);
  - ✓ Sensibilizar os médicos que às vezes tratam mal os pacientes, neste caso os deficientes visuais;
  - ✓ Melhorar a acessibilidade nos hospitais e centros de saúde – cadeiras de roda, não existem elevador, dado que as escadas não servem;
  - ✓ Dar prioridade às PCDs, visto que existem doentes que não podem estar fora de casa por muito tempo;
  - ✓ Capacitar os técnicos da front office, posto de saúde e hospital;
  - ✓ Disponibilizar mais meios financeiros e materiais às OPDs;
  - ✓ Reforçar programas de formação aos Técnicos das OPDs.

### **Acessibilidade:**

- ✓ Melhorar a acessibilidade, assim como o atendimento e a sensibilização do pessoal da front office;
- ✓ Aumentar o número de especialistas nas estruturas da saúde;
- ✓ Investir em marquesas e rampas, de modo a facilitar a assistência às PCD mulheres e não só;
- ✓ Promover mais formações sobre o VIH, SIDA e ISTs nas estruturas de saúde;
- ✓ Reforço da capacitação dos técnicos da front office, posto de saúde e hospital;
- ✓ Maior sensibilização do pessoal de atendimento/front office;
- ✓ Refoçar o Trabalho de Implementação e Fiscalização das Leis;
- ✓ Fazer mais campanha de sensibilização e palestras para mulheres sobre o VIH;
- ✓ Melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços para as PcD a nível das instalações de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH;
- ✓ Aprimorar o atendimento e encurtar o tempo de espera sempre que possível;
- ✓ Adaptar as casas de banho adaptados;



- ✓ Facilitar o acesso à pensão social aos PcDs;

### **OPDs/Intervenção e Inclusão Social**

As OPDs, em termos de performance, estão abaixo da sua potencialidade, i.e; não conseguem mobilizar um grande número de PCDs, nem ser interlocutores privilegiados do Governo, da Sociedade Civil e da Cooperação Internacional. A percentagem das PCDs que frequentam, ou são sócios das OPDs, é muito baixa (Cerca de 8%). Há necessidade de se elaborar estratégias para melhorar a intervenção social em prol das PCDs e aumentar e melhorar a inclusão social dos mesmos. Para além disso, acrescenta-se o trabalho de Plaidoyer, a começar ppor dotarem-se de planos estratégicos, ter um orçamento e reforço do trabalho em rede.

### **Recomenda-se:**

- ✓ Dotar as OPDs de um plano Estartégico;
- ✓ Melhorar as estruturas Físicas das OPDs;
- ✓ Aumentar o Protagonismo das OPDs, criando mais oportunidades para os PCDs;
- ✓ Reforçar o Trabalho de sensibilização sobre VIH e SIDA junto dos membros das, assim como a formação e o Aconselhamento;
- ✓ Criar AGR (Atividades Geradoras de Rendimento) para as PCDs;
- ✓ Sensibilização para atenuar o consumo de álcool e droga no seio das PCDs;
- ✓ Melhorar a Informação das PCDs sobre os seus direitos;
- ✓ Criar espaços onde as mulheres podem ser atendidas em casos de deficiência;
- ✓ Criar incentivos com cesta básica para as PCDs mais vulneráveis;
- ✓ Melhorar o Apoio na melhoria de habitação;
- ✓ Reforçar as campanhas de sensibilização/informação sobre o HIV e SIDA;
- ✓ Reforçar as percerias com as Delegacias e Centros de saúde e ONGs, de modo a reforçar as competências em matéria de sensibilização contra o HIV e SIDA.
- ✓ Usar as redes sociais, radio, televisão para campanhas inclusiva que abranjam a s PCDs em ações de sensibilização e informação em materia da SSR e VIH;
- ✓ Criar serviços de apoio nas comunidades com equipas multidisciplinares para prestar melhor atendimento às PCDs;
- ✓ Fazer grupos pequenos para abordar o tema da sexualidade, visto que quando estão em grupos grandes ficam tímidos.
- ✓

### **Escola/Família/Comunidades**

O papel da Escola e da Família é de extrema importância na socialização dos indivíduos, na afirmação da sua identidade e na vigilância e protecção dos PCDs. O mesmo



discurso poderia ser direcionado para o campo da prevenção. Os primeiros espaços onde os PCDs podem ver respeitados, ou violados, os seus direitos são a Família e a Escola. Há muitos relatos de abusos, abandono e negligência no seio dessas duas estruturas. As comunidades também podem ser acolhedoras ou não, podem facilitar ou dificultar a vida das PCDs. Existem relatos e informações de abusos sexuais, maus tratos perpetrados pelas famílias, comuniades, assim como Bullying nas escolas.

### **Recomenda-se:**

- ✓ Apostar em mais formação em Braille e linguagem gestual;
- ✓ Melhorar a educação das crianças com deficiência ( menos de 15 anos) que ficaram fora do sistema de ensino;
- ✓ Melhorar a Acessibilidade com mais e melhor rampas;
- ✓ Cuidar e criar alternativas para as PcDs que estão na rua sem apoio e atendimento;
- ✓ Reduzir o nível de depressão/desemprego leva à deficiência mental;
- ✓ Maior vigilância às crianças que ficam sozinhas em casa;
- ✓ Reforçar as estratégias de proteção das crianças, evitando que fiquem sozinhas em casa;
- ✓ Dar mais atenção às Crianças, escutando-as;
- ✓ Sensibilizar as famílias para não abandonar os filhos com deficiência, nem deixá-los sozinhos na rua;
- ✓ Sensibilizar a Sociedade para ter maior respeito e tratamento às PCDs;
- ✓ Criar oportunidades de emprego/ocupação aos jovens PCDs, levando-os a produzir para o mercado;
- ✓ Reforço do Trabalho junto com a família e suas crianças;
- ✓ Reforçar o trabalho em Rede (OPDs e ONGs);
- ✓ Aumentar a moldura penal para casos de violência contra os PCDs;

### **Combater a Violência contra os PCDs nas Comunidades:**

- ✓ Melhorar a gestão dos casos de violência contra as PcD;
- ✓ Informar as PCDs sobre a Lei do VBG;
- ✓ Melhorar a prevenção da violência, aumentando a denúncia dos casos;
- ✓ Realizar atividades nas comunidades para prevenir a violência contra PCD;
- ✓ Melhorar o tratamento das vítimas e também dos agressores.
- ✓ Melhorar a proteção das crainças, sensibilizando-as para estarem atentas ao assédio sexual vindo de pessoas estranhas assim como dos amigos, vizinhos e familiares (padrasto, irmão, tio, etc).
- ✓ Organizar melhor os dados sobre a deficiência, conhecer melhor a realidade e depois fazer um trabalho de despistagem não só de VIH, mas de outras patologias;
- ✓ Reforçar o trabalho junto das famílias;
- ✓ Sensibilizar as PCDs para a questão da denúncia dos abusos;



- 
- ✓ Conhecer a Lei do VBG;
  - ✓ Reprimir e denunciar os casos de abuso sexual ou outro abuso;
  - ✓ Melhorar a orientação e o desfecho dos casos de violência;



---

## **VII. Bibliografia**

**Cabo Verde. 2017. Boletim Oficial da República de Cabo Verde. I Série N°43 de 26 de Novembro de 2007.**

**CCSSIDA. 2016. Estudo Socio-Comportamental e de Seroprevalência VIH em Usuários de Drogas, Trabalhadores de Sexo e em Homens que fazem sexo com Homens.**

**CCSSIDA. 2017. APIS.**

**CCSSIDA. 2017. IV Plano estratégico Nacional de Luta Contra Sida 2017-2021.**

**Handicap International. 2017. Avaliação das Capacidades da FECAD e RN+PvVIH para Implementação das Atividades em matéria de Sensibilização /Plaidoyer.**

**Handicap International. 2017. Estudo sobre lacunas legais na implementação da convenção dos direitos das pessoas com deficiência em Cabo Verde.**

**INE, 2005. Inquerito DemoGráfico e de Saúde Reprodutiva.**

**INE, 2010. Censo RGPH.**

**INE, 2012. Relatório do Inquérito aos Indicadores de Prevenção de VIH-SIDA 2012.**

**INE, 2017 – Estatística de Turismo 2016**

**Ministério da Família e Inclusão Social. 2017. Cabo Verde: Plano Nacional de Cuidados.**

**OIT (2012) , A Proteção Social em cabo Verde: Situação e Desafios, Lisboa,.**

**Quiara, CBR, 2014. Cabo Verde: Das Políticas Públicas aos Objetivos do Desenvolvimento do Milénio, ICSJS, Lisboa, Tese Policopiada.**

**THE GAP REPORT, 2014. People with disabilities.**

**UNAIDS, 2017. Disability and HIV.**

**WHO 2011, World report on disability.**



## VIII. ANEXOS

### Anexo 1: População com incapacidade por concelho e por sexo Cabo Verde, censo 2010

Meio de residência e Concelho	Homens			Mulheres			Total		
	Homem com incapacidade	%	Efectivo Homem	Mulher com incapacidade	%	Efectivo Mulher	Tem incapacidade	%	Total efectivo
<b>Cabo Verde</b>	<b>14219</b>	<b>5,8</b>	<b>243403</b>	<b>18622</b>	<b>7,5</b>	<b>248280</b>	<b>32841</b>	<b>6,7</b>	<b>491683</b>
<b>Urbano</b>	<b>8645</b>	<b>5,7</b>	<b>151219</b>	<b>11425</b>	<b>7,5</b>	<b>152454</b>	<b>20070</b>	<b>6,6</b>	<b>303673</b>
<b>Rural</b>	<b>5574</b>	<b>6</b>	<b>92184</b>	<b>7197</b>	<b>7,5</b>	<b>95826</b>	<b>12771</b>	<b>6,8</b>	<b>188010</b>
Ribeira Grande	577	5,9	9.858	648	7,2	9.032	1.225	6,5	18.890
Paul	304	7,9	3.828	352	11,1	3.169	656	9,4	6.997
Porto Novo	869	9,2	9.426	900	10,5	8.602	1.769	9,8	18.028
S. Vicente	2591	6,8	38.352	3.353	8,9	37.755	5.944	7,8	76.107
Ribeira Brava	246	6,3	3.886	287	7,8	3.694	533	7	7.580
Tarrafal de S.N.	144	5,3	2.735	166	6,6	2.502	310	5,9	5.237
Sal	764	5,5	13.882	925	7,8	11.883	1.689	6,6	25.765
Boavista	318	5,9	5.424	425	11,4	3.738	743	8,1	9.162
Maio	130	3,9	3.368	189	5,3	3.584	319	4,6	6.952
Tarrafal	621	7,4	8.399	1.091	10,7	10.166	1.712	9,2	18.565
Santa Catarina	1061	5,2	20.272	1.545	6,7	23.025	2.606	6	43.297
Santa Cruz	656	5,1	12.855	839	6,1	13.754	1.495	5,6	26.609
Praia	3311	5,1	64.587	4.508	6,7	67.015	7.819	5,9	131.602
S. Domingos	425	6,3	6.705	489	6,9	7.103	914	6,6	13.808
S. Miguel	255	3,6	7.025	328	3,8	8.623	583	3,7	15.648
S. Salvador Mundo	207	5,1	4.066	291	6,3	4.611	498	5,7	8.677
S. Lourenço órgãos	236	6,6	3.571	301	7,9	3.817	537	7,3	7.388
Ribeira Grande Sant.	245	6,2	3.951	329	7,5	4.374	574	6,9	8.325
Mosteiros	202	4,3	4.666	253	5,2	4.858	455	4,8	9.524
S. Filipe	679	6,2	10.977	859	7,6	11.251	1.538	6,9	22.228
Santa Catarina F. Brava	113	4,4	2.596	147	5,4	2.703	260	4,9	5.299
Brava	265	8,9	2.974	397	13,1	3.021	662	11	5.995

Fonte: RGPH 2010, INE



## Anexo 2: Prevalência de VIH em PcD por características

		Efetivo	Prevalência VIH (%)
Concelho	Porto Novo	0	0,0%
	São Vicente	0	0,0%
	Sal	0	0,0%
	Tarrafal	0	0,0%
	Santa Catarina	1	2,0%
	Santa Cruz	0	0,0%
	Praia	13	4,9%
	São Filipe	1	2,3%
Sexo	Masculino	8	3,5%
	Feminino	7	1,7%
Grupo de idade	15 - 19 anos	0	0,0%
	20 - 24 anos	1	2,0%
	25 - 29 anos	1	1,8%
	30 - 39 anos	3	2,8%
	40 - 49 anos	4	3,4%
	50 - 59 anos	3	2,1%
	60 anos e +	3	2,5%
Grupo de idade da primeira relação sexual	Menos de 15 anos	5	2,9%
	15-19	5	1,8%
	20-24	3	3,7%
	25 ou mais	1	4,3%
Estado civil	Solteiro	14	2,8%
	Casado(a)/ união de facto	0	0,0%
	Divorciado(a) / Separado (a)	0	0,0%
	Viúvo / (a)	1	7,7%
Nível de Estudos	Sem Habilitação	5	2,9%
	Ensino Básico	7	2,8%
	Ensino secundário 1º Ciclo	0	0,0%
	Ensino secundário 2º Ciclo	2	2,9%
	Ensino secundário 3º Ciclo	1	2,6%
	Ensino Profissional	0	0,0%
	Bacharelato	0	0,0%
Licenciatura	0	0,0%	
Rendimentos	Sim, regulares	10	3,4%
	Sim, irregulares	2	1,5%
	Não	3	1,3%
Organização/Associação	Sim	1	1,8%
	Não	14	2,3%
Consumo de álcool ao longo da vida	Sim	10	2,6%
	Não	5	1,9%
Uso de preservativo	Sim	9	2,7%
	Não	5	2,2%
Tipo de limitações	Física	4	2,2%
	Visual	1	,8%
	Comunicação	0	0,0%
	Audição	0	0,0%
	Mental	1	9,1%
	Inteletual	1	1,8%
	Múltipla	8	3,2%
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>2,3%</b>



### Anexo 3: A experiência do uso de preservativos e suas características

		efetivo	Uso de preservativo (%)
Concelho	Porto Novo	26	59,1%
	São Vicente	60	54,1%
	Sal	23	76,7%
	Tarrafal	10	38,5%
	Santa Catarina	14	48,3%
	Santa Cruz	23	53,5%
	Praia	171	64,8%
	São Filipe	19	50,0%
	Total	346	59,1%
Sexo	Masculino	139	72,0%
	Feminino	207	52,8%
Grupo de idade	15 - 19 anos	22	78,6%
	20 - 24 anos	28	84,8%
	25 - 29 anos	46	95,8%
	30 - 39 anos	86	92,5%
	40 - 49 anos	79	68,1%
	50 - 59 anos	63	44,4%
	60 anos e +	22	17,6%
Grupo idade da primeira relação sexual	Menos de 15 anos	123	66,5%
	15-19	179	62,2%
	20-24	37	44,6%
	25 ou mais	7	24,1%
Estado civil	Solteiro	269	64,0%
	Casado(a)/ união de facto	70	48,3%
	Divorciado(a) / Separado (a)	3	37,5%
	Viúvo / (a)	4	33,3%
Nível de Estudos	Sem Habilitação	33	24,4%
	Ensino Básico	132	56,4%
	Ensino secundário 1º Ciclo	68	78,2%
	Ensino secundário 2º Ciclo	51	83,6%
	Ensino secundário 3º Ciclo	36	90,0%
	Ensino Profissional	4	100,0%
	Bacharelato	3	100,0%
Licenciatura	19	90,5%	
Rendimentos	Sim, regulares	143	52,8%
	Sim, irregulares	84	64,1%
	Não	119	65,0%
Organização/Associação	Sim	28	63,6%
	Não	318	58,8%
Consumo álcool ao longo da vida	Sim	265	69,4%
	Não	81	39,9%
Tipo de limitações	Física	109	57,4%
	Visual	95	72,0%
	Audição	5	38,5%
	Mental	4	40,0%
	Intelectual	31	70,5%
	Múltipla	102	52,0%
	<b>Total</b>	<b>346</b>	<b>59,1%</b>



#### Anexo 4: Conhecimento das formas de prevenção de VIH por características

		efetivo	Prevenção de VIH (%)
Concelho	Porto Novo	36	81,8%
	São Vicente	92	81,4%
	Sal	30	85,7%
	Tarrafal	22	68,8%
	Santa Catarina	29	63,0%
	Santa Cruz	45	97,8%
	Praia	267	96,4%
	São Filipe	39	95,1%
Sexo	Masculino	191	86,0%
	Feminino	369	89,6%
Grupo de idade	15 - 19 anos	40	81,6%
	20 - 24 anos	34	82,9%
	25 - 29 anos	48	92,3%
	30 - 39 anos	88	87,1%
	40 - 49 anos	111	91,0%
	50 - 59 anos	128	88,9%
	60 anos e +	111	88,8%
Grupo de idade da primeira relação sexual	Menos de 15 anos	170	92,9%
	15-19	263	92,9%
	20-24	75	91,5%
	25 ou mais	24	82,8%
Estado civil	Solteiro	404	86,1%
	Casado(a)/ união de facto	136	94,4%
	Divorciado(a) / Separado (a)	8	100,0%
	Viúvo / (a)	12	92,3%
Nível de Estudos	Sem Habilitação	117	75,0%
	Ensino Básico	223	89,2%
	Ensino secundário 1º Ciclo	87	94,6%
	Ensino secundário 2º Ciclo	67	98,5%
	Ensino secundário 3º Ciclo	38	97,4%
	Ensino Profissional	4	100,0%
	Bacharelato	3	100,0%
	Licenciatura	21	95,5%
Rendimentos	Sim, regulares	262	91,0%
	Sim, irregulares	125	93,3%
	Não	173	81,6%
Organização/Associação	Sim	50	96,2%
	Não	510	87,6%
Consumo de álcool ao longo da vida	Sim	362	92,8%
	Não	198	81,1%
Tipo de limitações	Física	191	96,5%
	Visual	129	94,9%
	Comunicação	0	0,0%
	Audição	13	92,9%
	Mental	7	63,6%
	Inteletual	46	90,2%
	Múltipla	174	78,7%
	<b>Total</b>	<b>560</b>	<b>88,3%</b>



### Anexo 5: Experiencia de fazer teste de despistagem de VIH por características

		efetivo	Experiência de despistagem de VIH (%)
Concelho	Porto Novo	16	34,8%
	São Vicente	55	40,1%
	Sal	21	58,3%
	Tarrafal	6	17,6%
	Santa Catarina	6	11,8%
	Santa Cruz	28	57,1%
	Praia	150	52,6%
	São Filipe	21	47,7%
Sexo	Masculino	74	30,8%
	Feminino	229	51,8%
Grupo de idade	15 - 19 anos	11	20,0%
	20 - 24 anos	22	42,3%
	25 - 29 anos	38	65,5%
	30 - 39 anos	69	62,7%
	40 - 49 anos	70	55,1%
	50 - 59 anos	59	38,8%
Grupo de idade da primeira relação sexual	60 anos e +	34	26,6%
	Menos de 15 anos	105	56,8%
	15-19	146	50,7%
	20-24	35	41,7%
Estado civil	25 ou mais	7	24,1%
	Solteiro	217	42,1%
	Casado(a)/ união de facto	75	51,7%
	Divorciado(a) / Separado (a)	3	37,5%
Nível de Estudos	Viúvo / (a)	8	61,5%
	Sem Habilitação	44	24,2%
	Ensino Básico	120	45,1%
	Ensino secundário 1º Ciclo	53	54,6%
	Ensino secundário 2º Ciclo	40	58,8%
	Ensino secundário 3º Ciclo	26	65,0%
	Ensino Profissional	3	75,0%
Rendimentos	Bacharelato	1	33,3%
	Licenciatura	16	72,7%
	Sim, regulares	141	45,5%
	Sim, irregulares	69	49,6%
Organização/Associação	Não	93	39,9%
	Sim	27	49,1%
Consumo de álcool ao longo da Vida.	Não	276	44,0%
	Sim	211	52,6%
Tipo de limitações	Não	92	32,7%
	Física	89	44,7%
	Visual	78	56,9%
	Comunicação	0	0,0%
	Audição	8	57,1%
	Mental	4	33,3%
	Inteletual	30	53,6%
Múltipla	94	36,0%	
	<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>44,4%</b>



## Anexo 6: Acolhimento, Tratamento e Atendimento das PCDs nas Estruturas de saúde

### As Frequências nessas estruturas? Para quais tipos de serviços (SSR, Pediatria, Medicina Geral, Laboratório, Farmácia etc.)?

Grande parte das Pcds procuram as estruturas de saúde, sobretudo para serviços de clínica geral. As OPDs não encaminham as Pcds para a despistagem. É um assunto que normalmente não é abordado. Muitos vão procurar pílulas, serviço de pediatria (por causa dos filhos), procurar preservativos, serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva, serviço de laboratório, farmácias, consultas no geral, etc. há casos de alguns que já têm mais de 3 anos, inclusive, 5 anos sem ir ao hospital. As OPDs reconhecem que os serviços nas estruturas de saúde ainda não são satisfatórios, dado que algumas estruturas não têm rampas, elevador, marquês

Sobre a pergunta “Quais são as facilidades e dificuldades que você encontra para acessar às instalações de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH (disponibilidade, distância, custo, recepção, atendimento, disponibilidade de pessoal qualificado, qualidade do tratamento, seguimento e avaliação, meios de transporte, acessibilidade às instalações)?”, muitos Pcds, inclusive algumas OPDs responderam “Serviços às vezes indisponível nas instituições de saúde, o custo, dado que as Pcds pagam consultas em Mindelo, consultas demoradas... Fornt office sem informações concernentes às Pcds.. Mau tratamento no atendimento (burocracia)... Custo de taxi-transporte... Não há facilidade no autocarro, os condutores não param quando vêm uma Pcd, acham que um Pcd não tem dinheiro para pagar transporte” (Mindelo, S. Vicente).

“Para as Pcds com dificuldades quando vão ao Hospital Agostinho Neto, por exemplo, é difícil porque existem escadas na spartes do internamento. A questão da distância, o custo (transporte, as taxas moderadoras), muitas vezes não é fácil ter isenção. Se for algo grave a pessoa morre, existe muita burocracia. Às vezes o tempo de espera para certas consultas, que pode demorar quase 1 ano. Atendimento difícil, no sistema de saúde no geral o atendimento não é grande coisa. Não há prioridade para as Pcds no atendimento. Quanto à qualidade as pessoas não estão com paciência para tartar as Pcds. Acessibilidade difícil. As Pcds não têm dinheiro para pagar o internamento. (ACD)

“Questão de acessibilidade (rampas), cego não sabe onde ir para consulta.. não se desloca sozinho. Uma mãe com filhos com dificuldades visuais. Ir com bengala. Pede ajuda para alguém para indicar o autocarro. No hospital recebe ajuda.. pensão. Muitas mães cegas recebem apoio dos filhos, das pessoas, usam bengala. O custo de deslocação é um problema.. a questão da recepção.. o atendimento.. depende de quem nos atende. Questão de isenção.. que fingem não saber.. ficam a humilhar as Pcds. Há um problema na questão da isenção. O pessoal do hospital não sabe. Há confusão na infromação. As Pcds tem de mostrar que conhece os seus direitos para puderem ajudar. Temos que brigar antes. Vou ao Banco de urgência se não tiver dinheiro não pago. Temos de andar com relatório, declaração da ADVIC. Às vezes tratam mal os Pcds.. se sou uma pessoa com deficiência se vou consultar o meu filho tenho que pagar? Se não tenho dinheiro.. não respeitam OPCDs... Acessibilidade... não estás preparado... central de consulta sem elevador.. pessoas em carinho de rodas não pode. Existem muitas dificuldades.. já melhorou um pouco”.(APIMUDE)



**Acessibilidade e percepção de estruturas e serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados com o VIH** Estruturas acessíveis “*Sim, penso nos centros de saúde, hospital. Normalmente, central de consulta crianças com paralisia é feito no rés-chão. Existem rampas. Lembrei-me de um caso de uma PcD que tem de ser levada no braço pela família. Precisa de elevador, equipamentos, há um défice... não há cadeiras de rodas.. às vezes há confusão no banco de urgência. No Trindade, às vezes não se encontram cadeiras de roda. Há má gestão de cadeiras de roda*”. (A PONTE)

**Dificuldades na estrutura de saúde** “*Não haver rampas. Acessibilidade. Não haver cadeiras suficientes na urgência.* (PcDs- Praia)

**Obstáculos que impedem a presença de PcD nos estabelecimentos de saúde, incluindo aqueles relacionados ao VIH?** “*Os obstáculos podem ser internos ... pessoais; não aceitam doenças, ou crenças e mitos. Tratamento tradicional. Às vezes a distância (Trindade) perde quase 24 horas. A consulta é desgastante, o custo, etc.* (A PONTE)

**Por que algumas das PcD não querem voltar (frequentar) a essas estruturas?** “*Porque a mania das PcDs vêm do interior. Por causa da informação (pacientes)/formação (Atendimento/front office). Estruturas obsoletas. Os R.H. procuram melhorar.*” (A PONTE)

**O que motiva as PcD a regressar a essas estruturas?** “*Tenho casos de pacientes que voltam por causa da confiança... do problema resolvido. Há pacientes que não se tratam na sua localidade.*” (A PONTE)

**O que pensam os membros da sua organização e você destas estruturas de saúde, incluindo as do cuidados do VIH?** “*As estruturas ligadas ao VIH não discutem sobre isso. A Trindade não serve, está em risco de desabar. Não há segurança para os pacientes e trabalhadores. O centro de Trindade deveria estar mais próximo da cidade e não excluída, longe*”. (A PONTE)

**O que você pensa do pessoal que trabalha em estruturas de SSR relacionadas ao VIH?** “*Conheço bons profissionais. Caso de pacientes com VIH, quando falam desses profissionais falam bem deles. Com carinho, indicam lugares, apoios. Bons profissionais. Mais sensibilização dos decisores.*” (A PONTE)

**Quem deve tornar essas estruturas acessíveis e de que forma? Quem é responsável por tornar as instalações de saúde acessíveis às PcD? E como ele deveria fazer isso?** “*Ministério da Saúde em articulação com o Ministério das Finanças. Ministério das Infraestruturas. Ministério da Família e Inclusão Social.. o Governo.*” (A PONTE)

**Acessibilidade e percepção de estruturas e serviços de saúde, incluindo aqueles relacionados com o VIH- Você acha que as estruturas de saúde da sua localidade são acessíveis as PcD, pelas suas infraestruturas, equipamentos? por quê?** “*Ainda não. Procuraram fazer no centro de saúde de Chã de Alecrim, tem uma rampa só no rés-de-chão. Se o consultório for no 1º andar têm de ser carregados .. não existe elevador. Na delegacia existe uma estrutura moderna tem elevador e rampa. Existe o problema de informação, o pessoal da front office não sabe transmitir as informações... Acesso a pisos superiores... é outra grande dificuldade. São pessoas vulneráveis socioeconomicamente, têm de ir acompanhados por pessoas. Porque não entendem o que os médicos dizem. Existem médicos com sensibilidade e os chamam para casa, e outros que não têm sensibilidade nenhuma*”. (ADEF)



**O que você acha que está a impedir a presença de PcD nos estabelecimentos de saúde, incluindo aqueles relacionados ao VIH?**

*“Por exemplo, aqui em S. Vicente as PcDs estão mais abertas, mais sociáveis estão a sair mais. Pode ser as estruturas, vergonha.” (ADEF)*

**Por que algumas das PcD não querem voltar (frequentar) a essas estruturas?**

*“Barreiras arquitetônicas e forma de tratamento. Profissionais .. o atendimento é muito fraco. É preciso ter paciência e tratá-los melhor.” (ADEF)*

**O que pensam os membros da sua organização e você destas estruturas de saúde, incluindo as do cuidados do VIH?**

*“Tem tido algum avanço nesta área, o atendimento das PcD é de forma gratuito. O lado da estrutura e atendimento precisa ser melhorado.” (ADEF)*

**O que você pensa do pessoal que trabalha em estruturas de SSR relacionadas ao VIH?**

*“Por acaso não costumo ir lá e não sei.. penso que há um bom atendimento porque as pessoas com VIH estão a aderir ao tratamento, estão com mais qualidade de vida. De vez em quando fazem feira de saúde, para despistagem.” (ADEF)*

**Na sua opinião e de acordo com os seus membros, o que precisaria ser feito para melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços para as PcD a nível das instalações de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH?**

*“Aprimorar o atendimento. Encurtar o tempo de espera sempre que possível..Adaptar a casa de banho porque no centro de saúde de Chã de Alecrim não é adaptado...E o atendimento, existem PcD que não podem deslocar-se, caso de PcDs acamados.” (ADEF)*

**Quem deve tornar essas estruturas acessíveis e de que forma? Quem é responsável por tornar as instalações de saúde acessíveis às PcD? E como ele deveria fazer isso?**

*“Governo. Câmara Municipal. Arquitectos.. tem que existir a aplicação das leis ... na prática não verificamos as coisas. Balcão alto.” (ADEF)*

**Quais são as dificuldades que as PcD que você referiu tiveram no acesso às estruturas de de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH? “Falta em relação às PcDs .. falo na 1ª pessoa.. nós.... Agora com HIV isso é informação .. em relação à PcD eu sinto na pele barreiras que sinto no dia a dia .. quanto ao sigilo não existe, existe o preconceito .. em relação a nós.. rampas .. acesibilidade.. língua gestual... mulher com deficiência auditiva sem intervenção de terceiros.” (ACD)**

**O que você acha que está a impedir a presença de PcD nos estabelecimentos de saúde, incluindo aqueles relacionados ao VIH? “De acordo com a experiência que tenho o que impede às vezes é a mobilidade – os que estão na cadeira de roda, cadeirantes.. têm de**



apanhar taxi. Falta de transporte adaptado, apanham autocarros, mas os condutores não têm paci~encia para apanhar as PcDs na cadeira de roda, hiaces, autocarros. Muitas PcDs se querem ir ao Hospital tem um custo acrescido. Pagam para eles para os acompanhantes... nõa têm condições para fazer isso. Às vezes, é complicado e difícil encontrar pessoas que os acompanham e ficam à espera... as pessoas têm a sua ocupação.. isto dificulta a frequência aos cenros de saúde. Às vezes aguentamos as doenças por causa das barreiras no hospital .. às vezes existem pessoas no hospital que isentam e outras que não sabem se somos isentos... se não tiver dinheiro e muitas vezes não compramos medicamentos por causa de dinheiro.. condições financeiras .. carência (carro/transporte para hospital). Forma de tratamento por parte dos médicos.. dos profissionais... sentimentos magoados. Às vezes, não são culpados. Perguntam porque uma PcD tem filho?.. cria mágoa. O facto de ter deficiência não quer dizer que não pode ter filho.” (ACD)

**Por que algumas das PcD não querem voltar (frequentar) a essas estruturas?** “Muitas vezes, leva a isso... por outro pode ter outras dificuldades.. como desleixo.” (ACD)

**O que motiva as PcD a regressar a essas estruturas?** “Se calhar porque têm necessidade de regressar porque podem agravar a sua situação porque às vezes encontram pessoas que os atendem bem, que ajudam a não se sentir em baixo ou triste, encorajam, mesmo com problemas só pelo facto de atender bem, sentimos animados se nos trtarem bem, nos sentimos bem. Somos iguais .. mesmo tratamento aos PcDs, de forma diferente.” (ACD)

**O que pensam os membros da sua organização e você destas estruturas de saúde, incluindo as do cuidados do VIH?** “Penso que as estruturas de saúde a primeira coisa é capacitar os profissionais, os técnicos e assistentes sobre como lidar com as Pcds. Na convenção vem expressa que o Estado dve capacitar, dar instruções aos profissionais fazer com que os profissionais entendam que as PcDs têm valor, potencial, capaz de contribuir para o crescimento do país, valorizar as PcDs. Advém da capacitação e sensibilização.. o Govero tem de investir na mudança de comportamento das pessoas na estrutura de saúde. Precisamos de mais rampas também... os médicos devem conhecer a língua gestual... ter sigilo.. se for surdo os acompanhantes não devm conhecer tudo... não é ao terceiro que o médico expica.” (ACD)

**O que você pensa do pessoal que trabalha em estruturas de SSR relacionadas ao VIH?** “Mais como uma mulher com deficiência.... Em relação às mulheres com deficiência devem dar um tratamento específico, diferenciado... a marquesa não é adaptada para mulheres em cadeiras de rodas... em relação à informação de SSR devem trtar as mulheres de forma diferente. Precisamos de informação que seja acessível a nós....Dão o caderno para consulta de rotina e não é acessível para nós .. com deficiência visual. Não é acessível a todas as mulheres, as mulheres com deficiência ficam de fora... tem que garantir informações caessíveis... acesso .. mais palestras.” (ACD)

**Quem deve tornar essas estruturas acessíveis e de que forma? Quem é responsável por tornar as instalações de saúde acessíveis às PcD? E como ele deveria fazer isso?** “Primeiro o Governo.. é a obrigação do Estado... garantir o acesso a todos. A OPDC tem a obrigação de fazer acontecer a mudança e acesso à estrutura de saúde.. pressionar o Estado



e sensibilizar para que seja feito... se o Estado assina a Convenção tem obrigação de pôr em prática.. embora o protocolo facultativo não esteja assinado. Permite-nos fazer queixas internacional.” (ACD)

**Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD que frequentam a sua estrutura?** “Dificuldade maior é o relacionado com o aspecto social, não têm rendimento, passam por sérias necessidades em casa, sem condições de subsistência, a maioria para não dizer quase todos. São pessoas que vivem com a pensão de invalidez, 4.900\$00; não têm condições para ter uma vida digna, alimentação e acaba por afectar a saúde” (Delegacia saúde Assomada).

**Para si, o que dificulta o atendimento de PcD nas estruturas de saúde?** “Aqui temos no Banco de Urgência mista (atende crianças, idosos, PcD), temos algumas dificuldades sobre quem priorizar, fazemos triagem de acordo com o grau de urgência, penso que é um ponto fraco; já tentamos resolver, mas ainda não... grávidas com deficiência, crianças.” (DS Assomada)

**Por que algumas PcD não querem mais voltar à estrutura de saúde?** “Não tenho casos reais na mão, mas acho que sim. Há pessoas que se sentem discriminadas, que não forma tratadas como deve ser e não regressam..não tenho casos aqui. Nós, inclusive, as PcDs fazemos visitas domiciliares... temos uma equipa de enfermeiros que visitam doentes acamados, idosos e PcDs.” (DS Assomada)

**O que faz com que algumas PcD queiram voltar à estrutura de saúde?** “Acho que as PcDs sentem-se um pouco vulneráveis às vezes têm alguma ansiedade, relativamente a outras pessoas, e regressam. Se alguns sentem-se discriminados, outras sentem-se bem, fazemos com que se sintam bem.” (DS Assomada)

**Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD aos serviços de saúde incluindo VIH? Estas são adaptadas a diferentes tipos de deficiência?** “Apostamos mais nas técnicas de formação, comunicação e educação. Aqui em Santa Catarina não temos uma rádio educativa, normalmente passamos mensagem na comunicação social. Sobretudo materias de divulgação, não são adaptados a diferentes tipos de deficiência por falta de recursos e especialistas.” (DS Assomada)

**Acessibilidade das estruturas e serviços de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH**  
**Considera, que as estruturas de saúde da sua localidade são acessíveis as PcD? Porque ?** “Sim, porque temos rampas, casas de banho adaptados. Na Fazenda temos marquesas ginecológicas. Precisamos melhorar o tratamento humano. Às vezes as PcDs são tratados como um certo paternalismo.” (DS Praia)

**Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD que frequentam a sua estrutura?** “Não saberia dizer as dificuldades que sentem, mas talvez a questão do acesso, creio que temos o acesso facilitado. Quanto às pessoas invisuais talvez os balcões, a questão da linguagem gestual.” (DS Praia)

**Para si, o que dificulta o atendimento de PcD nas estruturas de saúde?** “Basicamente, as pessoas de front office precisam de mais formação e conhecimento. (DS Praia)

**Por que algumas PcD não querem mais voltar à estrutura de saúde?** “É mesmo por causa disso, ficam expostas ... com que são obrigados... pessoas que servem de tradutor... no front office, na enfermaria, no médico. A sua privacidade passa por pessoas e fica exposto, e muitas vezes pode passar por um médico sem empatia.” (DS Praia).

**O que faz com que algumas PcD queiram voltar à estrutura de saúde?** “A sensibilidade de quem atendeu a forma como foram tratados.” (DS Praia)



**Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD aos serviços de saúde incluindo VIH? Estas são adaptadas a diferentes tipos de deficiência? “Não... é preciso investir.”** (DS Praia)

**Você já organizou alguma ação de sensibilização, de despistagem voluntária VIH ou outra atividade voltada para as PcD? Porquê? “Não. Voltada para todo o mundo.”** (DS Praia)

**Acessibilidade das estruturas e serviços de saúde, incluindo as relacionadas com o VIH - Considera, que as estruturas de saúde da sua localidade são acessíveis as PcD? Porque ?** *“Acho que sim... fizemos adaptações.. rampas para facilitar o acesso das pessoas. Temos algumas localidades que precisam de adaptação... caso de Chão de Junco .. e um sítio com elevação.. É relativamente acessível.. mas precisamos de melhorias. As PcDs têm consultas gratuitas. Pagam somente a taxa moderadora. A consulta custa 300 escudos e a taxa é 100 escudos”.* (DS Tarrafal)

**Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD que frequentam a sua estrutura? “A maior reclamação é o pagamento, normalmente as PcDs pedem mais isenção. Pessoas muito pobres. Acompanhamento também do terceiro, se não tiver um familiar fica mais difícil. A dificuldade do centro de saúde ser fora da Vila. Dependem muito dos terceiros. Se a pessoa não tiver o atestado de pobreza fica mais difícil. O transporte para o hospital é 60 escudos da Vila”.** (DS Tarrafal)

**Para si, o que dificulta o atendimento de PcD nas estruturas de saúde? Por que algumas PcD não querem mais voltar à estrutura de saúde? “Uma das razões têm a ver com o transporte... questões financeiras.. para adquirir medicamentos, acesso á consulta.. ninguém fica sem consulta por causa do dinheiro... a questão da distância.. acompanhamento..custa a dobrar porque tem que pagar para duas pessoas”.** (DS Tarrafal).

**O que faz com que algumas PcD queiram voltar à estrutura de saúde? “Talvez o atendimento, um espaço com condições, laboratório, temos raio x (agora está avariado).”** (DS Tarrafal).

**Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD aos serviços de saúde incluindo VIH? Estas são adaptadas a diferentes tipos de deficiência? “Ferramentas como folhetos não temos. Tentamos falar com elas de forma mais simples , mais claro.. é um trabalho contínuo, orientá-los, explicá-los... ser deficiente e com HIV é complicado, as pessoas podem sentir-se miseráveis. São pacientes que requerem mais tempo .. se não vêm às consultas chamamos os familiares. Existem familiares que acabam por se cansar. Tem preconceitos, medo de apanhar a doença, não acreditam que as pessoas possam melhorar.”** (DS Tarrafal)

**Considera, que as estruturas de saúde da sua localidade são acessíveis as PcD? Porque ? “Acho que as estruturas são acessíveis e multidisciplinares para atender as PcDs. Em termos de acessibilidade a estrutura não é acessível.”** (DS Mindelo)

**Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD que frequentam a sua estrutura? “A principal dificuldade é a económica e social. Problemas ligados ao alcoolismo. É uma grande dificuldade. Também os equipamentos de mobilidade (cadeiras de roda, andarilho). A pobreza no geral”.** (DS Mindelo)

**Para si, o que dificulta o atendimento de PcD nas estruturas de saúde? “Não temos dificuldades em si. Para especificar se há um a dificuldade o grande problema é se a PcD depende de uma acompanhante e se este não for, fica sem alguém para o acompanhar. Dificuldades para deslocação ao domicílio. Quando falata uma pessoa existe esta dificuldade. Temos equipas de deslocações, sobretudo para os casos de pessoas acamadas, doenças crónicas, feridas”.** (DS Mindelo)



**Por que algumas PcD não querem mais voltar à estrutura de saúde?** *“Não conheço este tipo de caso. Porque temos uma equipa multidisciplinar que trata disso. por exemplo antes havia consulta de HIV, agora há consulta de doentes crónicos. Ainda temos alguns médicos referenciados para a consulta de HIV. Agora todos os doentes crónicos são consultados no mesmo espaço. Não há discriminação”.* (DS Mindelo)

**O que faz com que algumas PcD queiram voltar à estrutura de saúde?** *“Porque temos uma equipa multidisciplinar para o atendimento. Se não voltarem procuramos as pessoas, vamos às casas (médico, enfermeiros, psicólogo, assistente social)”.* (DS Mindelo)

**Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD aos serviços de saúde incluindo VIH?** *Estas são adaptadas a diferentes tipos de deficiência? “Há essa grande dificuldade quando há um problema com PcDs auditivo fazemos desdobráveis e alguns videos. Pessoas com esse tipo de problemas não há algo específico para eles. Estamos atrasados em termos de Braille, linguagem gestual”.* (DS Mindelo)

**Você já organizou alguma ação de sensibilização, de despistagem voluntária VIH ou outra atividade voltada para as PcD? Porquê?** *“Não. Fazemos feiras de saúde para toda gente. Mas, não virada diretamente para as PcDs. Fazemos para as prostitutas, homens que fazem sexo com homens”.* (DS Mindelo)

**Em geral, considera que as atividades de prevenção e de sensibilização sobre o VIH levam em conta as necessidades das PcD?** *“Não.”* (DS Mindelo)

**Faça sugestões para melhorar o acesso e a qualidade de seus serviços incluindo os de VIH?** *“Não fazemos.”* (DS Mindelo)

**Considera, que as estruturas de saúde da sua localidade são acessíveis as PcD? Porque ?** *“Sim, porque está próximo da comunidade, é acessível; temos rampas, mesmo em espaço alugados colocamos rampa. O Hospital tem rampas e também no centro de saúde provisório.”* (DS SAL)

**Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD que frequentam a sua estrutura?”** *Pode até dificultar o acesso em termos de profissionais; tirando VIH, temos epiléticos, por causa do medicamento, tratamento, têm grande problema de saúde oral, para fazer tratamento precisam de um técnico qualificado. Cuidar da boca é difícil, não param quieto. Precisa-se de anestesia, bloco.* “ (DS Sal)

**Para si, o que dificulta o atendimento de PcD nas estruturas de saúde?**

*“Problemas motores, paralisia, precisa-se de fisioterapia. Só temos 1 técnico na ilha, pessoas com problemas de fala”.* (DS Sal)

**Por que algumas PcD não querem mais voltar à estrutura de saúde?** *“Não tenho conhecimento destes casos. Existe um detalhe em Cabo Verde que as pessoas com alguma deficiência .. normalmente existe alguma sensibilidade, as pessoas ficam pena delas... as pessoas ajudam, mas é uma faca de dois gumes. Não tenho muita informação sobre isso”.* (DS Sal)



**O que faz com que algumas PcD queiram voltar à estrutura de saúde?** *“Porque existe um mecanismo de as tratar bem, a questão de acessibilidade. Elas têm isenção. Tem facilidades, têm prioridade e muitas vezes também... há dias trouxe um PCD que estava consciente que não havia um serviço de fisioterapia... falta de informação é um défice que temos. As pessoas vão para o privado .. não sabem que existe um serviço público para isso. Temos aparelhos sofisticados, técnicos melhor formados. Nos outros casos consulta.o que leva os pcientes a ir a um lugar tem a ver com o tratamento, atendimento avançado e atualizado”.* (DS Sal)

**Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD aos serviços de saúde incluindo VIH? Estas são adaptadas a diferentes tipos de deficiência?** *“Não temos nada adptado, os cegos não têm informação em Braille. Temos palestras, conversas abertas nos centros comunitários, nas igrejas, na radio. Trabalhamos muito em rede, com a Câmara municipal, com o ICCA e com o Ministério da saúde.”* (DS Sal)

**Você já organizou alguma ação de sensibilização, de despistagem voluntária VIH ou outra atividade voltada para as PcD? Porquê?** *“É um trabalho mais geral, para toda a população. Medimos tensão arterial, diabetes eos PcDs vão. Hiv fazemos teste aqui, a maior parte da despistagem fazemos com a Verdfam e há dificuldades para os cadeirantes subir. Os pais têm dificuldades em levar os filhos com deficiência para o teste, partem do pressuposto que não têm relações sexuais.”* (DS Sal)

**Considera, que as estruturas de saúde da sua localidade são acessíveis as PcD? Porque ?** *“São acessíveis, especialmente agora investiu-se nas rampas. Os postos sanitários .. temos 3 que não estão acessíveis. 50% tem. Chã da Silva está mais acessível. Foi remodelado.”* (DS Santa Cruz)

**Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD que frequentam a sua estrutura?**

*“Dificuldades – talvez o que eu posso dizer... PcDs com problemas auditivos... os locais não são bem assinalados. As PcDs visuais e surdos mudps têm mais dificuldades. Talvez de infromação, talvez de entender as coisas bem. As pessoas não possuem bem informações, sobretudo os surdos mudos.”* (DS Santa cruz)

**Para si, o que dificulta o atendimento de PcD nas estruturas de saúde?** *“Penso que às Vezes tem a ver com a falta de sensibilização dos próprios funcionários. Fazer as PcDs entenderem melhor .. é preciso ter mais sensibilidade para esta questão.”* (DS Santa cruz)

**Por que algumas PcD não querem mais voltar à estrutura de saúde?** *“Isso não sei porque nunca tive um caso que poderia ter perguntado porquê.. poderia dizer acessibilidade, atendimento, acolhimento.. isso são apenas ideias... mas nada em concreto.”* (DS Santa Cruz)

**O que faz com que algumas PcD queiram voltar à estrutura de saúde?** *“Acho que se querem voltar é questão que forma bem acolhidos, bem tratados e querem voltar. Aqueles que eu trato se foram bem trtados, bem explicados, teno em conta as suas limitações.. se sentem bem acolhidos e não discriminados.”* (DS Santa Cruz)

**Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD aos serviços de saúde incluindo VIH? Estas são adaptadas a diferentes tipos de deficiência?”** Sim. A maioria das ferramentas que usamos no Banco de Urgência ... temos videos que passamos de forma clara, se não tiver surdez. O calcanhar de Aquiles – a nossa estrutura não tem condições para pessoas com surdez... mudos .. um surdo-mudo tem mais complicações em compreender. Não temos instrumentos em Braille... são coisas que deveríamos levar em consideração. E para VIH é a mesma coisa.” (DS Santa cruz)



---

**Você já organizou alguma ação de sensibilização, de despistagem voluntária VIH ou outra atividade voltada para as PcD? Porquê?** *“Não. É mais generalizada. Faz-se muito para a população no geral. Nas feiras de saúde, na comunidade. Porque não temos um grande número de PcDs e nunca pensamos em fazer algo virada para as PcDs.”* (DS Santa Cruz)

**Faça sugestões para melhorar o acesso e a qualidade de seus serviços incluindo os de VIH?** *“Sim. Em questões específicos de VIH damos sugestões à nossa equipa.. questão de busca ativa.. ir ao terreno e ver os faltosos – pessoas que não vêm para consulta e que não fazem tratamento, consulta e adesão medicamentosa.. VIH – existem problemas psicológicos. A avaliação dos psicólogos.. sempre tentamos fazer consultas de forma trimestral. Os medicamentos recebem todos os meses. A farmácia fica com as receitas de 2 meses para controlo de consulta e de tratamento. Temos feito trabalho de sensibilização sobre o VIH.. existem muitos tabus—sobre a forma de transmissão de VIH.”* (DS Santa Cruz)