REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE

Ministério da Saúde

CENTRO NACIONAL DE ENDEMIAS

PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE, VIH, ITS e Hepatite LEPRA

(Unidade- Disciplina – Trabalho)

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE E VIH/SIDA, ITS e HÉPATITE EM SÃO TOME E PRÍNCIPE

Índice

ÍNDICE 2

PREFÁCIO 3

AGRADECIMENTOS 5

1. RESUMO DO PLANO 8

1. INTRODUÇÃO 11

2. METODOLOGIA 12

3. O CONTEXTO DO PAÍS 13

4. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO 15

- ***4.1 A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE*** 15
- 4.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO VIH / SIDA E IST 17

4.2.1 Prevalência, incidência e a evolução da infecção por VIH em STP 17
4.2.2 VIH na populações-chave 18
4.2.3 A Mortalidade ligada ao VIH 20
4.4. 4 Abordagem epidemiológica da Hepatite e das IST 21

5. O PLANO ESTRATÉGICO INTEGRADO PARA O VIH, TB, IST E HÉPATITE 22

- 5.1 QUAL É A ABORDAGEM DESTE NOVO PLANO? 22
- ***5.2 VISÃO, MISSÃO E PRINCÍPIOS*** 23
- 5.3 OS EIXOS ESTRATÉGICOS DESTE PLANO 23

6. PROGRESSO RELATIVAMENTE AOS PLANOS ANTERIORES CONTRA A TUBERCULOSE E O VIH/SIDA 24

- 6.1. PROGRESSO NO DOMÍNIO DA TUBERCULOSE 24
- 6.2 PROGRESSO REALIZADO EM RELAÇÃO AO VIH/SIDA 25

7. ANÁLISE SWOT 26

- 7.1 TUBERCULOSE 26
- 7.2 VIH/SIDA 28
- 8. A VISÃO DA RESPOSTA NACIONAL NO PSN 2018-2022 30
- EIXO 1. REFORÇAR AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA REDUZIR O NÚMERO DE NOVAS INFECÇÕES 30

3.1.1. Contexto estratégico 30
3.1.2. Abordagem estratégica 31

- EIXO 2: REDUZIR A MORBILIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS COM A HEPATITE, TUBERCULOSE E VIH/SIDA, MELHORANDO A GESTÃO DOS PACIENTES 38

Tuberculose 38
3.2.1. Contexto estratégico 38
3.2.2. Abordagem estratégica 38

- EIXO 3: ATINGIR TODAS AS POPULAÇÕES CHAVE E VULNERÁVEIS 46

EIXO 4: MELHORAR OS DIREITOS HUMANOS EM RELAÇÃO AO ACESSO AOS SERVIÇOS 48
3.4.1. Contexto estratégico *48*
- EIXO 5: MOBILIZAR OS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA IMPLEMENTAR ESTE PLANO 50
3.5.1. Contexto Estratégico *50*
EIXO 6 : REFORÇAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA 52
ACTIVIDADES TRANSVERSAIS 55
4.3.1 Reforço da capacidade laboratorial *56*
4.3.2 Sistema Integrado de Informação Sanitária *57*
4.3.3 Reforço das condições de trabalho dos ASC *59*
4.4 ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS COMPLEMENTARES 60
4.4.2 Prevenção e Controlo da Resistência aos ARV: *63*
Contexto estratégico *63*
PLANO OPERACIONAL **66**
INFORMAÇÃO E DIFUSÃO DOS DADOS **71**
ORÇAMENTO **71**

PREFÁCIO

A luta contra Tuberculose e VIH/SIDA tem sido marcada, nos últimos anos por ganhos na melhoria da detecção e notificação de casos assim como os resultados de tratamento. Porém, uma complexidade de desafios ainda influencia a resposta nacional ao controlo destes problemas de saúde pública, sendo de destacar o surgimento de estirpes resistentes aos

medicamentos e a interacção tuberculose e vírus de imunodeficiência humana como os mais importantes. Deve ser sublinhado que o alcance das metas 90 90 90 deve ser um objectivo estratégico importante, como forma de controlar correctamente a Tuberculose e o VIH/SIDA (incluindo a ITS e a Hepatite) e reduzir o seu impacto, tanto sanitário como social.

O presente Plano Estratégico integrado para o controlo da Tuberculose e do VIH/SID, ITS e Hepatites Virais 2018 – 2022 pretende ser uma ferramenta vital para galvanizar a resposta nacional e reverter o quadro actual rumo à redução das consequências dessas doenças em S.Tomé e Príncipe. O plano é delineado com metas ambiciosas, mas realistas. Segue as directrizes orientadoras nacionais (Plano nacional de Desenvolvimento Sanitário) e as orientações internacionais na implementação do controle destas endemias.

Na implementação deste Plano integrado, mantém-se o respeito pelos direitos humanos universais. Em STP, os serviços de tuberculose e VIH/SIDA são gratuitos (cuidados e medicamentos). Por outro lado, as intervenções e actividades de prevenção e controlo estão integradas com as demais acções do Sistema Nacional de Saúde aos vários níveis, utilizando estratégias custo efectivas.

A melhoria da qualidade da Estratégia DOTS e a adesão ao tratamento do VIH, são preocupações constantes. Assim, esforços serão efectuados para que as actividades de suporte aos cuidados e tratamento às pessoas com tuberculose e às pessoas vivendo com o VIH, em particular o funcionamento adequado da rede de laboratórios e o aprovisionamento regular em medicamentos sejam implementadas. Uma atenção também será dada às Populações Chaves, focalizando não só no acesso aos cuidados e tratamento mas também às questões de barreiras e direitos humanos.

A grande particularidade deste plano é a sua orientação para resultados, usando ferramentas de planificação, gestão e Monitoria e Avaliação baseadas em resultados. O plano compromete-se a reforçar o envolvimento de todos os prestadores de cuidados num contexto em que todos são chamados a participar mais activamente na prevenção, detecção e tratamento de casos de tuberculose. Estamos certos que trabalhando em conjunto iremos rapidamente caminhar para o alcance da nossa visão, “São Tomé e Príncipe sem tuberculose, VIH/SIDA, IST e hepatite”.

S.Tomé, Janeiro de 2019

O COORDENADOR,

_____

Dr. Bonifácio da Costa e Sousa
-Mestre em parasitologia Tropical--Medico-

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento do Plano Nacional Integrado de Combate ao VIH /SIDA, Tuberculose, IST e Hepatites (PNLST) 2018-2022 ocorreu por meio de um processo participativo dos principais atores da resposta ao VIH e Tuberculose em São Tomé e Príncipe. Um grupo de consultores internacionais facilitou o processo. Assim, o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e VIH/SIDA, agradece em particular às seguintes organizações e entidades: OMS, PUNUD/FG, UNFPA. Agradecimentos também vão para outras unidades orgânicas do Ministério da Saúde nomeadamente a Direção dos cuidados de Saúde DAF do CNE, Distritos Sanitários, o FNM, o LNR-TB, e todos que directa ou indirectamente contribuíram para a elaboração deste Plano Estratégico integrado. Uma última palavra vai aos trabalhadores de saúde que aos diversos níveis do Sistema de Saúde e nas condições de trabalho mais variadas irão implementar as intervenções e actividades prescritas, levando ao sucesso do Plano contribuindo assim para o alcance dos objectivos preconizados.

PNLT	
Coordenador do PNLT e PNLS	**Dr Bonifacio Sousa**
Médico do PNLT	**Dr Martinho Nascimento**
Médica do PNLT	**Dr Swasilane Bandeira**
Enfermeira do PNLT	**Mme Gertrudes Leopoldino**
Médica do PNLS	**Dra Alzira Rosário**
Médica do PNLS	**Dra Lagchar Barreto**
Médica do PNLS	**Dr Jean Claud Fahé**
Assistente financeiro	**Isac Pires dos Santos**
Enfermeira do PNLS	**Mme Paulina Alcantara**
Fond National des Medicaments	
Directora	**Guiomar Costa**
Assistente	**Emiterio Viana**
OMS	
Ponto Focal da OMS para TB e VIH	**Dr Claudina Cruz Augusto**
Laboratório	
Responsável	**Mme Rosa Neto**
Fond Global	
Conselheiro Tecnico	
Responsável de Seguimento e Avaliação TB/HIV	**Dr. Valter Santos**
Centro de Saúde de Lembá	
Delegado de Distrito	**Dr Maida Ramos**
Responsável de laboratório	**Mr Estevão S. Rosa**
Responsável de Fármacia	**Mme Aurelia**
O Serviço de Tisiologia	
Enfermeiro responsável	**Arlindo Lombá**
Centro de Saúde de Lobata	
Responsável de laboratório	**Mr Matias Azevedo**
Ponto Focal da Tuberculose	**Mr Alberto Campos**
Médica do Distrito	**Dra Domingas de Sousa**

Tabela 2 : Lista de abreviatura e acrônimos

Abreviatura e acrônimos	Descrição
ASC	Agente de Saúde Comunitária
BAAR	Bacilo acido-álcool resistente
CDC	Centres for Disease Controlo (Atlanta) (Centro de controlo de Doenças)
CNE	Centro Nacional das Endémias
FNM	Fundo Nacional de Medicamentos
FG	Fundo Global
GLC	Green Light Committee
HAM	Hopital Dr Ayres Menezes
HSH	Homem que faz Sexo com Homem
MSL	Medicamentos (antituberculosos) de segunda linha
IST	Infeção Sexualmente Transmissivel
IO	Infecções Oportunistas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNLT	Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
PC	População Chave
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS	Profissionais de Sexo
RD STP	Republica Democratica de São Tomé e Príncipe
STP	São Tomé e Príncipe
TARV	Tratamento Antiretro Viral
TB MR	Tuberculose Multiresistente
TDO	Tratamento Directamente Observado
XDR-TB	Extensively Drug-Resistant Tuberculosis (significando Tuberculose Ultra-Resistente)

1. RESUMO DO PLANO

A tuberculose e o VIH ainda constituem uns dos principais problemas de saúde pública em São Tomé e Príncipe. O Plano Estratégico integrado TB e VIH/SIDA, ITS e Hepaties visa galvanizar os esforços do Sistema Nacional de Saúde para continuar a reduzir a magnitude da Tuberculose e do VIH em S.Tomé e Principe. O desenvolvimento do Plano Nacional Integrado de Combate ao VIH /SIDA, Tuberculose, IST e Hepatites 2018-2022 ocorreu por meio de um processo participativo dos principais atores da resposta ao VIH e Tuberculose em São Tomé e Príncipe. Junto com os consultores internacionais, foi efectuada uma análise cautelosa dos progressos alcançados e dos desafios enfrentados durante a vigência do plano anterior (2013-2017).

Este plano está de acordo com a estratégia 90-90-90 da Organização Mundial de Saúde, tal como definida na Estratégia para eliminar a Tuberculose e o VIH/SIDA até 2035, acrescentando acções específicas para a Hepatite e as IST. São Tomé e Príncipe visa reforçar as medidas de prevenção para reduzir em 30% o número de novas infecções por TB entre 2018 e 2022, ou seja, de 93 por 100.000 para 68 por 100.000 habitantes. Está também previsto o rastreio de 90% dos casos elegíveis, testar 90% dos casos sintomáticos, tratar 90% dos casos diagnosticados com tuberculose e curar 90%, e a implementação da estratégia 90-90-90 para o VIH. Isto requer uma rede laboratorial utilizando uma das novas técnicas moleculares em cada distrito para o diagnóstico da tuberculose (GeneXpert), e o reforço da cascata de rastreio e gestão do VIH e da tuberculose. No entanto, a introdução da tecnologia molecular será introduzida gradualmente a partir de Agua Grande, Cantagalo e Lembá durante os dois primeiros anos do plano. O resto do país será coberto a partir do terceiro ano com uma estratégia que dependerá dos resultados da pilotagem da implementação nestes dois distritos. Os doentes com resistência à Rifampicina terão os seus testes repetidos antes de iniciar o tratamento para a tuberculose multirresistente. Também é dada ênfase à melhoria da gestão dos pacientes para reduzir a morbilidade e mortalidade em 50% durante o período do plano.

No que diz respeito ao VIH/SIDA, a mesma estratégia 90-90-90 visa, ou seja, 90% das PVCHS são diagnosticadas, 90% delas são tratadas e acompanhadas com ARV após 12 meses e 90% com CV indetectável após 12 meses de acompanhamento. Isto significa uma implementação mais agressiva do rastreio, para cobrir 50% do PG, e uma melhor orientação para as populações chave e vulneráveis. Ao mesmo tempo, pretendemos melhorar a cascata

na sua totalidade para reter os pacientes, melhorar a aderência, oferecer uma melhor gestão da qualidade e assim reduzir o insucesso do tratamento e a mortalidade associada. Isto significará mudanças práticas tais como a implementação da estratégia de Testar, Tratar e Reter e a condução da carga viral duas vezes por ano, ao mesmo tempo que se reforça a EAT e se melhora a prevenção e gestão da IO. As actividades IST serão integradas em todas as actividades relativas ao VIH, na área da melhoria do diagnóstico e da prevenção primária. Hepatite, para a qual pela primeira vez se está a desenvolver uma abordagem específica, o enfoque será no conhecimento da sua epidemiologia, que será a base para o desenvolvimento de actividades de controlo e prevenção com financiamento de fora do programa.

Esforços serão envidados para que as actividades do presente Plano sejam realizadas por todos os prestadores do Sistema de Saúde: Público, Privado e Comunitário sob coordenação do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose e Programa de Luta contra o VIH/SIDA. Para além da contribuição do Governo, os diversos parceiros serão chamados a apoiar o financiamento do plano. Para a consecução deste plano estratégico e operacional são necessários aproximadamente **7 889 954,98 Euros** para um período de cinco anos.

1. Introdução

Este Plano Estratégico Nacional de Combate à Tuberculose, VIH / SIDA, IST e hepatites visa integrar a abordagem dessas quatro doenças. Os planos anteriores para tuberculose e VIH / SIDA foram desenvolvidos e escritos separadamente. Pela primeira vez, existe um plano estratégico para tuberculose e VIH / SIDA, que inclui também hepatite e IST.

Este plano teve em consideração os sucessos alcançados durante os últimos cinco anos, bem como os desafios que continuam por enfrentar e o contexto de São Tomé e Príncipe. Este trabalho foi levado a cabo pelo pessoal dos dois programas, nomeadamente Tuberculose e VIH/SIDA, com o apoio de todos os parceiros no terreno e dos actores envolvidos na resposta a estas doenças. Ele está alinhado com a agenda de transformação de São Tomé e o Plano de Desenvolvimento do sector de Saúde de São Tomé e Príncipe.

As actividades, na medida do possível, foram apresentadas integradas para as quatro áreas, mas ao desagregar objectivos, sub-objectivos e actividades, foram identificados itens específicos com um T de tuberculose, V de VIH/SIDA (é o caso dos eixos 1 e 2) e H de hepatite, e AT de objectivos e actividades transversais e AS de actividades estratégicas.

2. Metodologia

O desenvolvimento do Plano Nacional Integrado de Combate ao VIH /SIDA, Tuberculose, IST e Hepatites 2018-2022 ocorreu por meio de um processo participativo dos principais atores da resposta ao VIH e tuberculose em São Tomé e Príncipe: coordenador de dois programas (VIH / SIDA e tuberculose), médicos dos dois programas, enfermeiros dos dois programas, gerentes de monitoramento e avaliação, responsáveis de vigilância epidemiológica, pontos focais de VIH nas unidades de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), representantes da distribuição de medicamentos (FNM), representantes de organizações não-governamentais (ONG), parceiros (Fundo Global, PNUD, OMS) e associações da sociedade civil, etc.

Durante o processo, analisamos a situação actual, pontos fracos, pontos fortes, riscos e oportunidades. O desenvolvimento do plano estratégico baseia-se na identificação das principais linhas de acção, intervenções estratégicas e, finalmente, na definição das actividades específicas de cada intervenção.

Essa actividade foi apoiada e orientada pelos consultores da Organização Mundial da Saúde (OMS), visando uma apropriação efectiva do novo plano pelos atores no terreno. O desenvolvimento deste plano também se baseou em relatórios epidemiológicos, na avaliação final dos planos estratégicos nacionais para VIH / SIDA e tuberculose 2013-2017, nos documentos estratégicos para o combate ao VIH e tuberculose da OMS assim como nos documentos estratégicos do país (documentos de referência sobre desenvolvimento e saúde).

A literatura científica também foi usada para justificar as propostas e abordagens específicas propostas. A lista de documentação usada e consultada pode ser encontrada no capítulo de referências.

Finalmente, a redacção da primeira versão do relatório foi realizada por consultores da OMS. A reunião final de feedback com todos os actores envolvidos ajudou a trocar e consolidar o processo de apropriação do novo plano estratégico nacional para VIH, tuberculose, IST e hepatite.

3. O contexto do país

A República Democrática de São Tomé e Príncipe é um arquipélago no coração do Golfo da Guiné e é um dos menores países da África. A população é estimada em 201.785 (2018). A taxa de crescimento da população natural foi de 2,76% em 2014 (ref. INE). Graças à sua estabilidade política, São Tomé e Príncipe é um dos poucos países africanos melhor classificados de acordo com os índices de liberdade e governança política (índice de 2 e pontuação global de 34/40). A economia de São Tomé, como a dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento (SIDS), é fortemente restringida pela insularidade do país, sua fragilidade, recursos limitados e fraca capacidade de absorção. Isso resulta em extrema vulnerabilidade a choques exógenos e uma alta dependência da assistência oficial ao desenvolvimento (ODA), que financia mais de 90% dos gastos com investimentos (em média, 93,6% no período 2012-2015). O crescimento foi sustentado, com uma taxa anual de cerca de 4,5%, impulsionada principalmente pelo aumento do investimento directo estrangeiro, pelo lançamento de novos projectos financiados por doadores e pela melhoria das receitas do turismo. Apesar dos progressos significativos realizados nos últimos anos no controle de despesas, o saldo orçamental geral deteriorou-se. A fraca diversificação da economia de São Tomé e sua alta sensibilidade à demanda e aos preços mundiais do cacau significam que o saldo da conta corrente, excluindo transferências oficiais, está estruturalmente em défice. Em 2014, segundo dados do FMI, a dívida externa foi estimada em 31,5% do produto interno bruto (PIB). Dada a sua fragilidade e a alta prevalência da pobreza, São Tomé e Príncipe continua a beneficiar de uma assistência externa significativa, tanto multilateral (Banco Mundial, BAD, UE, FMI, agências do sistema da ONU) como bilateral (Portugal (Brasil, Nigéria e Angola em particular), e ainda mais desde que as esperanças despertadas pela descoberta, nos anos 2000, de depósitos de petróleo demoram a se materializar. A situação social em São Tomé e Príncipe permanece bastante preocupante em relação à maioria dos vários indicadores de desenvolvimento humano. Assim, o país foi classificado, em 2014, na categoria de países com IDH baixo, 144º no mundo, dos 187 países classificados. O Perfil da Pobreza, publicado em Dezembro de 2012 pelo PNUD, estabeleceu a prevalência da pobreza em São Tomé e Príncipe em 66,2%. A pobreza afecta

as mulheres (71,3%) relativamente mais que os homens (63,4%) e parece estar negativamente correlacionada com a educação.

Há 32,4 nascimentos por 1.000 habitantes; uma taxa de mortalidade de 6,8 por 1.000 habitantes. A taxa de mortalidade materna é de 156 mortes por 100.000 partos e uma mortalidade infantil de 45,3 mortes por 1.000 habitantes. A esperança de vida é de 65 anos. A taxa total de fertilidade é de 4,25.

O orçamento da saúde é estimado em 8,4% do PIB de São Tomé e Príncipe.

O sistema de saúde está configurado como mostrado abaixo:

- Um hospital central (Hospital Dr. Ayres de Menezes) em São Tomé
- O Distrito de Água Grande (Centro Policlínico de Água Grande)
- O Distrito de Mé-Zóchi (Centro de Saúde de Mé-Zóchi)
- O Distrito de Cantagalo (Centro de Saúde de Cantagalo)
- O Distrito de Lobata (Centro de Saúde de Caué)
- O Distrito de Lembá (Centro de Saúde de Lembá)
- A Região Autónoma do Príncipe (Hospital Manuel Quaresma Dias da Graça)

Há um total de 27 postos de saúde e 22 postos de saúde da comunidade.

A organização do Programa de Luta Contra a Tuberculose (PNLT) e do Programa de Luta Contra SIDA (PNLS) é moldado no sistema de São Tomé e Príncipe. O Hospital Dr. Ayres de Menezes é a unidade de referência do país. Este hospital possui departamentos de medicina interna, pediatria, ginecologia-obstetrícia e cirurgia geral.

Quanto ao laboratório, este hospital possui um laboratório geral que realiza análises de bioquímica, hematologia, imunologia, bacteriologia. Um laboratório de tuberculose muito bem equipado, acabou de ser construído, mas ainda não iniciou as suas actividades. O país possui uma máquina GeneXpert (GX-4) e uma rede de microscopia em todos os centros de saúde. Os exames de cultura e antibiograma são realizados nos Camarões, no Institut Pasteur. Espera-se que todas essas actividades sejam feitas no local num futuro próximo. No quadro de VIH existe um laboratório de referência, equipado com um aparelho GeneXpert (GX-4) para exames de carga viral, e um aparelho CD4.

4. Panorama epidemiológico

- *4.1 A situação epidemiológica da tuberculose*

São Tomé e Príncipe é um país com baixa incidência de tuberculose. Existem 93 em 100.000 pessoas que desenvolvem TB activa a cada ano. No ano de 2016 registrou-se 192 casos de TB para iniciar o tratamento da TB. As tendências nos últimos anos mostraram um aumento significativo nos casos relatados, o que é atribuído a uma melhoria na detecção de casos. Também há sinais precisos de controlo da tuberculose, como aumento da mediana e média dos casos diagnosticados e aumento da proporção de casos de BK, o que indica diagnóstico precoce. Durante 2016, a co-infecção TB-HIV aumentou para 19,3%. No mesmo período (2016), o relatório global sobre tuberculose (OMS 2017) indica que em São Tomé houve apenas 3 casos de tuberculose multirresistente e 192 casos de tuberculose sensível a fármacos.

A cascata de tuberculose não é totalmente conhecida, pois não existem dados confiáveis sobre as estimativas de pacientes com tuberculose sensível a medicamentos ou multirresistente. Portanto, é importante determinar este aspecto, principalmente porque o número de pacientes com tuberculose está aumentando.

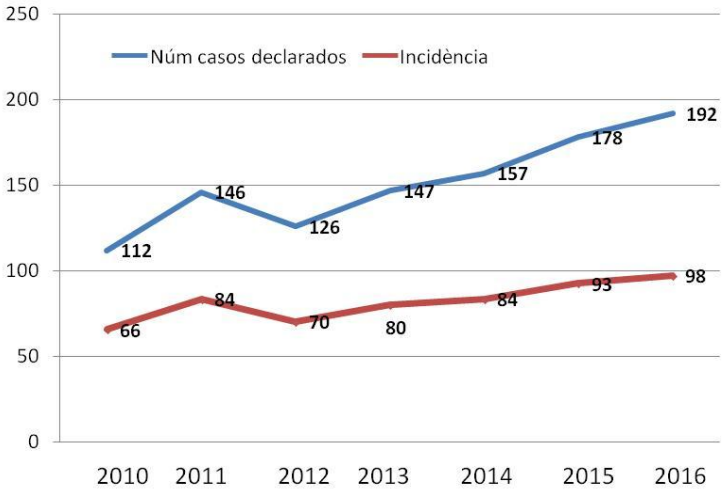
O atendimento de pacientes com tuberculose MR começou em 2011; um total de 22 pacientes com tuberculose MR foram tratados entre 2011 até o momento.

O PNLT não possui recursos humanos suficientes ao nível nacional. Os agentes do PNLT são designados para outros departamentos do Ministério da Saúde.

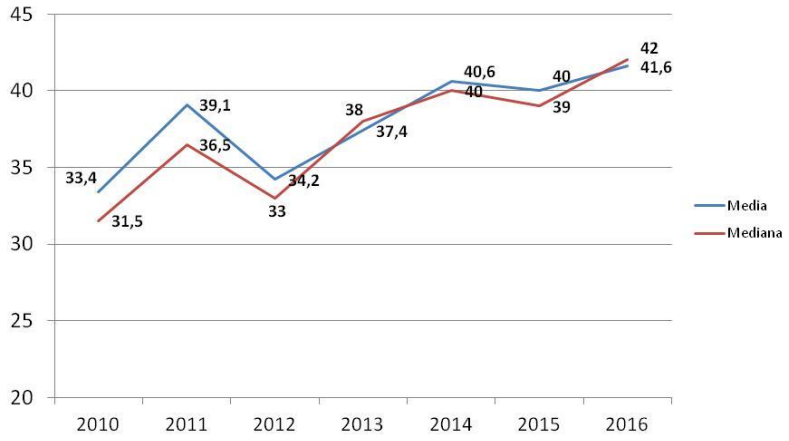
O PNUD / Fundo Global, Brasil, Portugal e OMS são os principais parceiros do PNLT na luta contra a tuberculose.

Entre Janeiro e Outubro de 2017, existem apenas 102 casos de tuberculose notificados. Parece que os casos de tuberculose estão em declínio.

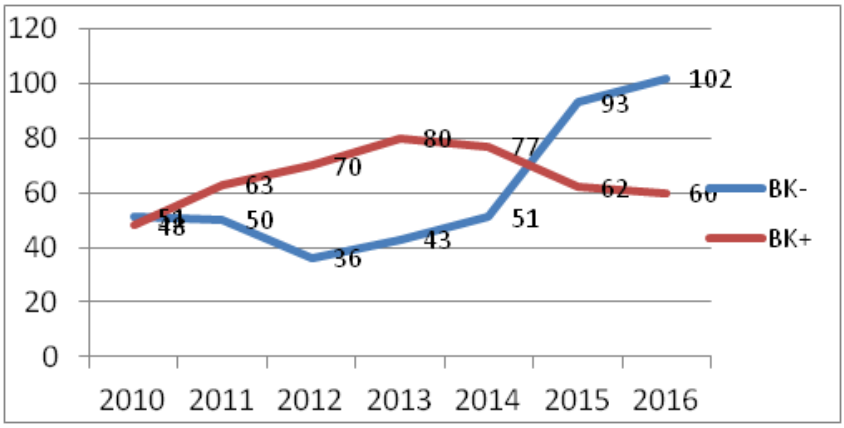
Tabela 1: Incidência relativa e número de casos absolutos notificados ao STP 2010-2016



Quadro 2: Média e idade média dos novos casos de tuberculose 2010-2016



Quadro 3: Número de casos BK+ e BK- notificados 2010-2016



Ainda existem lacunas significativas na resposta à TB, como uma taxa de sucesso terapêutico de 76%, ainda abaixo das metas propostas pela OMS. A maioria dos pacientes com TB é seguida por tratamento directamente observado (TDO) por ACS. O número de casos de TB- MR varia a cada ano, mas é de 6 a 7 casos, a maioria deles em áreas localizadas na região de Caué. No nível do laboratório, não há como realizar a cultura ou fazer o antibiograma e usamos o Instituto Pasteur nos Camarões como laboratório de referência para a realização de testes de resistência e controle de qualidade. Deve-se assinalar a recente aquisição de um dispositivo GeneXpert e a recente aquisição do novo Laboratório Nacional de Referência em Tuberculose, que está sendo equipado para iniciar suas actividades.

- 4.2 Panorama epidemiológico do VIH / SIDA e IST

4.2.1 Prevalência, incidência e a evolução da infecção por VIH em STP

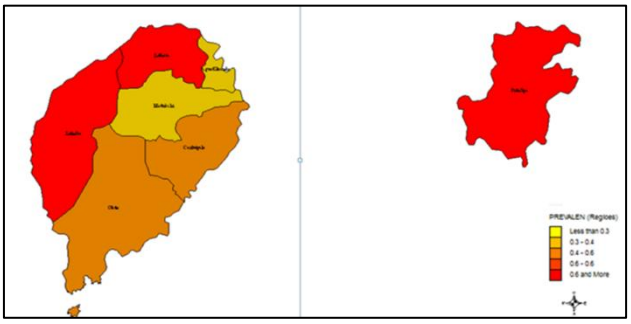
Os dados mais recentes e de anos anteriores mostram uma tendência de queda na epidemia. Novas infecções têm uma taxa de incidência de 0,6%, registrada em 2013 (Relatório da ONUSIDA 2014, anexo 9). Actualmente, o país está enfrentando uma baixa prevalência, mas uma epidemia concentrada. A prevalência na população de 15 à 49 anos passou de 1,5% em 2008 (EDS 2009, página 238, anexo 2) para 0,5% em 2014 (MICS2014, página 258, anexo 10). A de 15 à 24 anos passou de 0,8% em 2008 (IDS 2009 - página 238, anexo 1) para 0,1% em 2014 (MICS 2014 - página 258, anexo 10). A prevalência em homens de 30 a 35 anos é de 3% (MICS 2014, anexo 10). Também houve um aumento na taxa de cobertura terapêutica de ARV, que aumentou de 48% em 2011 para 72,7% (508/699) em 2015. Essa cobertura ainda limitada é explicada pelos critérios de início do TARV, no plano 2013-2017, onde foram estabelecidos para o limiar de 500 CD4.

Em 2015, 96,6% das gestantes utilizavam os serviços do CPN. A cobertura de PTMF foi de 50% em 2011 e aumentou para 100% em 2015, com uma prevalência de VIH que caiu de 1,5% em 2005 para 0,2% em 2015. A taxa de transmissão de O VIH para crianças nascidas de mães com VIH foi de 3,18% em 2016 (PUDR, Março de 2017). No entanto, persistem algumas preocupações, notadamente o aumento da prevalência do VIH entre prisioneiros,

que aumentou de 4% em 2013 para 6,1% em 2014 e poderia indicar a presença na sociedade de populações "ocultas" que escapam a programas rastreio.

A taxa de sobrevida dos pacientes em terapia anti-retroviral de 12 meses, que era de 70% em 2014, diminuiu para 68% em 2015 (Relatório PNLS 2016, anexo 8), provavelmente devido à tendência de aumento da taxa de mortalidade (gráfico 4). Esse aumento da mortalidade continua sendo uma das principais fraquezas do programa.

Figura 1. Prevalência do VIH por região, STP MICS 2014



A seroprevalência varia de acordo com o local de residência (0,3% ambiente urbano e 0,8% rural). O ónus da morbidade da infecção pelo VIH é distribuído de maneira desigual em todo o país (Figura 1). A região Norte é de 0,6%, o Sul, 0,4%, o centro, 0,3%. Note-se que a Região Autónoma do Príncipe tem a maior prevalência: 1,7% (MICS 2014, anexo 10, página 259).

Não há disparidades de género. No entanto, na faixa etária mais afectada (40-49 anos), há uma prevalência maior em homens (3%) e (1,7%) em mulheres (MICS 2014, página 258 Anexo 10). Deve-se notar assim no STP que os novos diagnósticos são feitos em um estágio tardio da doença, que é a maioria dos novos casos diagnosticados em 2016.

4.2.2 VIH na populações-chave

Em STP, as principais populações-chaves dizem respeito ao PS e HSH, uma vez que os UDI não foram detectados até hoje. Os dados disponíveis são baseados nos programas de monitoramento e apoio social, portanto, considera-se que há um desconhecimento de seu mapeamento preciso e, portanto, estimações precisas de sua seroprevalência.

Entre os profissionais do sexo, a prevalência do VIH passou de 4,2% em 2005 para 1,1% em 2013. Entre os homens que fazem sexo com homens, realizou-se um estudo de 2014 que entrevistou 20 homens que relataram ter relações sexuais com outros homens destacou que essa prática está oculta. A análise da situação mostrou que os HSH se auto-estigmatizam. Essa situação leva alguns a experimentar a bissexualidade. (Anexo 11, página 9.) O estudo fez recomendações que serão consideradas neste plano estratégico.

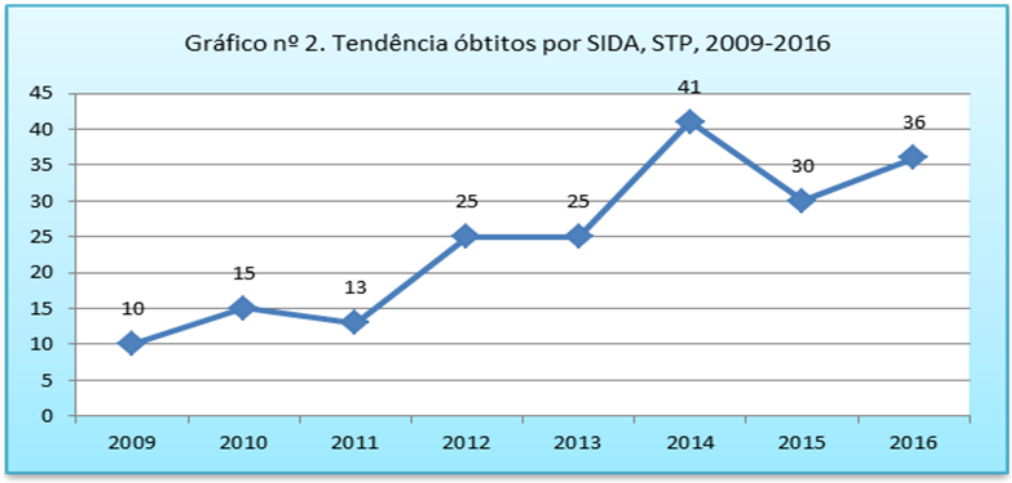
As acções na população-chave ainda estão na sua fase inicial. Esses grupos podem ter um papel importante na redução, aceleração ou estabilização da epidemia. Portanto, é essencial direccionar esses grupos, pois eles desempenham um papel importante tanto na dinâmica da epidemia quanto na resposta. Como em outros países da África Subsaariana, é necessário levar em consideração como população vulnerável, ver a mesma população-chave, mesmo que as prevalências de VIH ainda sejam muito baixas, meninas entre 15 e 25 anos (ref.). Com a contraente da redução da alocação financeira, seria sensato redireccionar nossas acções para melhor levar em conta populações-chave e grupos vulneráveis.

A adopção por pate da STP da Declaração dos Direitos Humanos (anexo 12), que contém as recomendações do Conselho de Direitos Humanos (Assembleia Geral das Nações Unidas em 2011) também garante os direitos das populações-chave. O novo código penal adoptado em 2012 (STP, jornal nº 6 da república 2012, anexo 13) estipula que a homossexualidade não é condenada. O país também possui leis que descriminalizam as relações sexuais entre adultos consentidos, remunerados ou não (caso de PS).

O Relatório de Direitos Humanos de 2015 do STP (Anexo 14, página 10) diz que a lei não penaliza actividades sexuais consensuais entre pessoas do mesmo sexo, mas as pessoas relataram ter sofrido discriminação social principalmente por rejeição da família ou amigos por causa de sua orientação sexual. No entanto, no país não há organização LGBT. (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais).

4.2.3 A Mortalidade ligada ao VIH

Quadro nº 4: SIDTP tendência de morte, 2009-2016



Mortalités des patients de SIDA par district en 2016

Districts	nombre total des patients	déces	%
Água Grande	451	19	4,2
Mé-zochi	83	4	4,8
Lembá	59	6	10,2
Cantagalo	53	0	0,0
Lobata	55	2	3,6
Caué	16	1	6,3
Região Autónoma do Principe	61	4	6,6
Total	778	36	4,6

Fonte: Programa Nacional de Controlo da SIDA (PNLS).

A mortalidade com tendência crescente, registando-se 25 casos em 2011 e 36 casos em 2016, com um pico de 41 casos em 2014. A percentagem mais elevada de mortes registou-se no distrito de Caué, seguido pelo distrito de Lembá.

As causas potenciais destas mortes não são bem conhecidas, contudo podemos fazer as seguintes suposições:

- Testes tardios (muitos doentes testam positivo para o VIH em fases avançadas da doença).

- A co-infecção TB/VIH é provavelmente responsável por 11% das mortes (11% em 2016).
- Má gestão das Infecções Oportunistas (IO).
- Provavelmente alta prevalência de resistência aos ARV.
- Má aderência ao tratamento ARV.
- A perda de seguimento não é uma causa directa de mortalidade, mas pode contribuir para o facto de que alguns perdidos no seguimento regressem à fase terminal da doença. A taxa de perda de acompanhamento no país é de 4,5%.

4.4. 4 Abordagem epidemiológica da Hepatite e das IST

Em S. Tomé e Príncipe, existem dados sobre a Hepatite B e a Hepatite C, principalmente na população em geral. O rastreio da Hepatite B é realizado regularmente durante as consultas pré-natais. Dados sobre bancos de sangue onde o rastreio sistemático de dadores que prestam cuidados mostra uma prevalência de 8,7% em 2016. O programa de vacinação irá introduzir a vacina contra o HBV em todas as crianças no futuro.

Um estudo representativo realizado em 2017 pelo ROTARY CLUB mostrou uma prevalência da Hepatite B de 4% na população em geral e da Hepatite C de 0,5%. Um novo estudo será planeado para este ano de 2018, com o objectivo de rastrear toda a população de São Tomé e Príncipe para a Hepatite e introduzir um tratamento destinado a eliminar a Hepatite C.

Quanto às IST, utilizando a abordagem sindrómica, os dados do programa mostram uma diminuição do número de casos diagnosticados de 2148 casos em 2011 para 1546 casos em 2016. Note-se que existe uma diferença muito grande entre homens (110 em 2011 e 172 em 2016) e mulheres (2038 em 2011 e 1374 em 2016). Isto deve-se provavelmente a uma maior adesão das mulheres às consultas em geral.

Quanto à sífilis, o rastreio é feito principalmente no serviço pré-natal, onde a sua prevalência está a diminuir de 1,6 em 2012 para 0,9 em 2016 (dados PNLS, 2017).

5. O Plano Estratégico Integrado para o VIH, TB, IST e Hépatite

- 5.1 Qual é a abordagem deste novo plano?

Este plano está de acordo com a estratégia 90-90-90 da Organização Mundial de Saúde, tal como definida na Estratégia para parar a Tuberculose e o VIH/SIDA até 2035, acrescentando acções específicas para a Hepatite e as IST. São Tomé e Príncipe visa reforçar as medidas de prevenção para reduzir em 30% o número de novas infecções por TB entre 2018 e 2022, ou seja, de 93 por 100.000 para 68 por 100.000 habitantes. Está também previsto o rastreio de 90% dos casos elegíveis, testar 90% dos casos sintomáticos, tratar 90% dos casos diagnosticados com tuberculose e curar 90%, e a implementação da estratégia 90-90-90 para o VIH. Isto requer uma rede laboratorial utilizando uma das novas técnicas moleculares em cada distrito para o diagnóstico da tuberculose (GeneXpert), e o reforço da cascata de rastreio e gestão do VIH e da tuberculose. No entanto, a introdução da tecnologia molecular será introduzida gradualmente a partir de Água Grande, Cantagalo e Lembá durante os dois primeiros anos do plano. O resto do país será coberto a partir do terceiro ano com uma estratégia que dependerá dos resultados da pilotagem da implementação nestes dois distritos. Os doentes com resistência à Rifampicina terão os seus testes repetidos antes de iniciar o tratamento para a tuberculose multirresistente. Também é dada uma ênfase à melhoria da gestão dos pacientes para reduzir a morbilidade e mortalidade em 50% durante o período do plano.

No que diz respeito ao VIH/SIDA, a mesma estratégia 90-90-90 visa, ou seja, 90% das PVVIH são diagnosticadas, 90% delas são tratadas e acompanhadas com ARV após 12 meses e 90% com CV indetectável após 12 meses de acompanhamento. Isto significa uma implementação mais agressiva do rastreio, para cobrir 50% do PG, e uma melhor orientação para as populações chave e vulneráveis. Ao mesmo tempo, pretendemos melhorar a cascata na sua totalidade para reter os pacientes, melhorar a aderência, oferecer uma melhor gestão da qualidade e assim reduzir o insucesso do tratamento e a mortalidade associada. Isto significará mudanças práticas tais como a implementação da estratégia de Testar, Tratar e Reter e a realização da carga viral duas vezes por ano, ao mesmo tempo que se reforça a EAT e se melhora a prevenção e manejo das IO. As actividades das IST serão integradas em todas as actividades relativas ao VIH, na área da melhoria do diagnóstico e da prevenção

primária. Hepatite, para a qual pela primeira vez se está a desenvolver uma abordagem específica, o enfoque será no conhecimento da sua epidemiologia, que será a base para o desenvolvimento das actividades de controlo e prevenção com financiamento externos ao programa.

- *5.2 Visão, Missão e Princípios*

A visão é a de um São Tomé e Príncipe sem Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite.

A missão: este plano é a primeira fase de um processo que conduzirá à eliminação da tuberculose, VIH/SIDA e Hepatite até 2035.

Os princípios utilizados:

Uma abordagem centrada no paciente;

- A consideração do plano de reconstituição do sector da saúde de São Tomé e Príncipe;
- A agenda de transformação de São Tomé e Príncipe;
- A utilização de provas científicas publicadas.

- 5.3 Os eixos estratégicos deste plano

1º EIXO: Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções de Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite
2ºEIXO: Reduzir a morbilidade e mortalidade relacionadas com a Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite, melhorando a gestão dos doentes
3º EIXO: Atingir todas as populações chave e vulneráveis
4º EIXO A: Melhorar os direitos humanos em relação ao acesso aos serviços

5º EIXO: Mobilizar os recursos necessários para implementar o plano estratégico
6º EIXO A: Reforçar o sistema de informação estratégica

6. Progresso relativamente aos planos anteriores contra a tuberculose e o VIH/SIDA

- 6.1. Progresso no domínio da tuberculose

No caso da tuberculose, existe o Plano Estratégico 2013-2017, intitulado "Reforçar a descentralização e a integração do controlo da tuberculose em São Tomé e Príncipe". Este plano está alinhado com o plano nacional de desenvolvimento da saúde.

Este plano tinha os seguintes objectivos:

- A melhoria do rastreio, a fim de aumentar o número de casos a serem tratados;
- A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para aumentar a taxa de sucesso terapêutico para mais de 85%;
- O teste GeneXpert para todos os casos de tuberculose;
- Melhorar a gestão dos pacientes que sofrem de tuberculose multirresistente;
- Melhoria da gestão da co-infecção TB/VIH;
- Melhorar a capacidade de gestão ao nível do programa (PNLT)

Em suma, as áreas prioritárias são:

- Rastreio activo de casos por meio de diagnóstico precoce e gestão imediata na tomografia computorizada. Isto é possível porque existe um meio de transporte de amostras de expectoração dos postos de saúde para o laboratório. Os Agentes de Saúde Comunitários também apoiam neste trabalho.
- Tratamento de qualidade sob TDO.
- A TB-MR deve ser melhorada através da detecção precoce e de um bom manejo clínico. Os testes de cultura e de susceptibilidade a antibióticos são realizados no Institut Pasteur em Yaoundé, nos Camarões.

- Gestão da co-infecção TB/VIH.
- Gestão programática.

No total, este plano tinha 151 atividades: 130 foram realizadas, 16 não foram realizadas e 5 estão em curso.

São Tomé e Príncipe implementou 86% das actividades que estavam incluídas no plano estratégico da tuberculose, no entanto, existem algumas preocupações que persistem:

- A estratégia de rastreio é essencialmente passiva, especialmente para os prisioneiros;
- O diagnóstico precoce com GeneXpert para todos os casos suspeitos de tuberculose continua a ser um sonho;
- O PNLT ainda está com déficit de pessoal;
- O acesso as populações chaves continua limitado;
- A taxa de sucesso do tratamento não atingiu 85%;
- A taxa de co-infecção aumentou de 12,8% em 2009 para 19,3% em 2016;
- Não existe uma política nacional de controlo de infecções, mobilização de recursos, advocacia, mobilização social e sensibilização, vigilância da resistência ou farmacovigilância.

- 6.2 Progresso realizado em relação ao VIH/SIDA

A nível geral, os impactos de programas anteriores de VIH/SIDA podem ser observados nos capítulos anteriores: diminuição progressiva da incidência e prevalência, cobertura efectiva da PTMF e aumento da cobertura da despistagem do VIH. Existem ainda lacunas óbvias que precisam de ser colmatadas nos próximos anos:

- Ainda existe uma taxa de vulnerabilidade muito elevada, com menos de metade dos homens e mulheres com múltiplos parceiros sexuais a usar preservativos de forma consistente,
- Uma melhor compreensão da dinâmica epidemiológica do VIH, particularmente entre as populações-chave,
- A elevada taxa de mortalidade de PVVIH em TARV,
- A fraca resposta terapêutica aos ARV,

- A situação particular na ilha de Príncipe, onde as prevalências são muito mais elevadas do que na ilha de São Tomé.

O aumento dos casos de SIDA deve também ser assinalado, por um lado positivo porque significa um aumento do rastreio, mas por outro lado significa um diagnóstico tardio da infecção.

Do ponto de vista operacional, o progresso mais significativo tem sido a descentralização efectiva do programa, através da capacitação dos distritos para o rastreio, cuidados e acompanhamento dos pacientes.

O aumento do rastreio comunitário aumentou a acessibilidade do rastreio (aumento das pessoas rastreadas de 17141 em 2014 para 25.770 em 2016). Estima-se que 25% da população tenha sido rastreada nos últimos 3 anos. A supervisão formativa regular permitiu aumentar o desempenho dos técnicos de cuidados com uma redução contínua do número de desistências (11,9% em 2015 e 3,9% em 2016). A descentralização eficaz dos serviços laboratoriais para confirmação tornou possível aumentar significativamente o nível de detecção precoce (1ª fase da OMS) na população em geral. A implementação da subvenção da FG tornou possível aumentar a disponibilidade de recursos humanos.

O apoio da Cooperação Brasileira e Portuguesa "Saúde Para Todos" ao PNLS permitiu financiar medicamentos de 1ª linha para o tratamento de doentes com SIDA até 2016. O país defendeu que a cooperação Portuguesa e Brasileira comprasse ARV de primeira linha. A Cooperação Portuguesa respondeu favoravelmente para continuar a compra de ARV de primeira linha apenas para 14% dos doentes por ano (TDF+FTC+EFV). Os restantes ARV serão cobertos pelo Fundo Global (primeira e segunda linha).

7. Análise SWOT

- 7.1 Tuberculose

Pontos fortes:

- A existência de registos de doentes com sintomas respiratórios ao nível dos centros de saúde.

- Rastreio de rotina dos doentes que vivem com VIH
- Os doentes com tuberculose são testados para o VIH/SIDA
- Reabilitação do laboratório da tuberculose
- A aquisição de uma máquina GeneXpert
- Boa qualidade de microscopia
- De profilaxia à Isoniazida
- A cobertura para (tratamento directamente observado) TDO é de 100% em STP.
- Bom acompanhamento e apoio nutricional aos pacientes da TB-MR
- Descentralização da microscopia e tratamento da tuberculose em todos os 6 distritos e no Região Autónoma de Príncipe.
- A gestão da medicação é boa
- Boa colaboração e coordenação entre o programa da Tuberculose e do VIH
- Boa cobertura do tratamento ARV e profilaxia com cotrimoxazol em pacientes co-infectados

Pontos fracos:

- Baixa taxa de detecção;
- Detecção tardia de alguns pacientes com tuberculose;
- Nenhuma actividade de pesquisa operacional;
- Estoques, reagentes e insumos de laboratório frequentes;
- A máquina GeneXpert não é utilizada de uma forma óptimal;
- Interrupção do envio de amostras para testes de cultura e sensibilidade nos Camarões sem alternativa;
- O rastreio da tuberculose não é adequado nos prisioneiros;
- Taxa de sucesso do tratamento inferior à 85%;
- Tratamento de longa duração para pacientes com TB-MR;
- Medidas de farmacovigilância inadequadas;

As oportunidades:

- A existência de Agentes de Saúde Comunitário para o TDO e a sensibilização;

- A existência de ONGs e outros parceiros que apoiam a divulgação e outras actividades programáticas;
- O envolvimento de empresas privadas na luta contra a tuberculose;
- O envolvimento do Fundo Global na luta contra a tuberculose;
- Acesso a novas tecnologias;
- Envolvimento das comunidades na pesquisa da TB.

Factores que ameaçam a implementação do plano:

- Taxas de pobreza crescentes;
- Falta de envolvimento dos pacientes com tuberculose;
- A persistência do estigma na comunidade;
- Financiamento em declínio;
- Dependência de financiamento externo para serviços de TB.

- 7.2 VIH/SIDA

Pontos fortes:

- A existência de um sistema operacional de informação sanitária, com boa supervisão e capacidade analítica;
- A presença descentralizada de pessoal com formação adequada, guias para a administração de ARV, e a existência de medicamentos essenciais ao nível periférico;
- Acessibilidade das unidades de saúde à população e boa cobertura de CPN;
- Disponibilidade de testes de rastreio nas unidades de saúde;

Pontos fracos:

- Existe ainda uma falta de conhecimento da epidemiologia e da vulnerabilidade das PC, devido à falta de um mapeamento preciso destas PC.
- A dinâmica da epidemiologia do VIH não está bem explicada.

- Existem também lacunas de informação muito significativas, tais como a inexistência de estudos sobre a prevalência da resistência aos ARV e as causas da mortalidade relacionada com a SIDA.

- Falta de acesso universal dos PVVIH ao pacote básico de saúde para monitorizar a infecção: hematologia e bioquímica, raio-X, CV regular de dois em dois anos, diagnóstico de IO.
- Falta de instalações físicas adequadas nos centros de saúde (por exemplo, para manter a confidencialidade).
- Falta de um sistema nacional de controlo de qualidade dos medicamentos e de um sistema de farmacovigilância dos efeitos secundários.
- Falta de compromisso político.

Ameaças:

- Extrema dependência do financiamento externo, tornando o programa altamente vulnerável a crises económicas mundiais e prioridades políticas fora do controlo do país.
- A presença de factores de vulnerabilidade generalizada na população em geral, o que significa que o país pode sofrer um surto de VIH se houver uma introdução externa do vírus como resultado de mudanças contextuais (por exemplo, emergência de turismo sexual ou contacto com populações de alto risco de outros países do continente), fomentado pela insularidade.
- Oportunidades:
- A insularidade do STP e a acessibilidade da população ao sistema de saúde, permite-nos ver o controlo e erradicação do VIH em 2035 com a implementação de estratégias adequadas.
- A presença de empresas importantes, concentradas no sector do turismo, produção de cacau, produção de óleo de palma, telecomunicações, pesca, e talvez no futuro o sector petrolífero, pode ajudar a estabelecer a entrada do sector privado no PNLS.

- 8. A visão da resposta nacional no PSN 2018-2022

A visão é a de um São Tomé e Príncipe sem tuberculose, VIH/SIDA e hepatite.

A missão: este plano é a primeira fase de um processo que conduzirá à eliminação da tuberculose, VIH/SIDA e hepatite até 2035.

Esta visão só pode ser alcançada, se o país for capaz de saber com certeza o número de casos com tuberculose sensível aos medicamentos e multirresistente, de fazer um rastreio activo para o diagnóstico precoce da tuberculose e do VIH, e de iniciar o tratamento imediato de ambas as doenças. A utilização do diagnóstico rápido em todos os casos suspeitos de tuberculose e o aumento da cobertura dos testes de VIH, juntamente com um excelente manejo clínico, conduzirá a pelo menos 90% de sucesso no tratamento.

Os princípios utilizados:

- Uma abordagem centrada no paciente;
- A consideração do plano de recuperação do sector da saúde de São Tomé e Príncipe;
- A agenda de transformação de São Tomé e Príncipe;
- A utilização de provas científicas publicadas.

- EIXO 1. Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções

Tuberculose

3.1.1. Contexto estratégico

O número de pessoas que desenvolvem tuberculose activa aumentou ligeiramente em São Tomé e Príncipe. Não há provas de que a detecção tenha atingido o seu auge. O número de casos de tuberculose multirresistente está a flutuar. Isto está relacionado com o laboratório, que só é constituído principalmente por microscópio.

Reduzir a taxa de incidência da tuberculose de 93/100000 para 68/100000 significa reduzir o número de casos de tuberculose de 190 para 149 em 2022, o que é bom porque este número terá de descer abaixo de 10 em 2035. É geralmente aceite que não há muitos casos não diagnosticados. Observa-se a diminuição dos casos de tuberculose baciloscopia-positiva e o aumento dos casos de baciloscopia-negativa. Entre Janeiro e Outubro de 2017; existem apenas 102 casos de tuberculose sensível aos medicamentos. A confirmação desta afirmação só pode ser possível após a organização do serviço laboratorial com prioridade de testes moleculares rápidos, como o GeneXpert, que terá de ser introduzido gradualmente.

3.1.2. Abordagem estratégica

O conhecimento da doença e da sua transmissão, especialmente entre as populações de alto risco, é muito importante. A tuberculose na população prisional não é bem conhecida. Em São Tomé e Príncipe parece que os novos casos de tuberculose são pessoas que vivem com tuberculose latente.

É portanto muito importante identificar a tempo casos presumíveis de tuberculose através da procura activa de contactos de doentes com tuberculose confirmada, excluir o diagnóstico de tuberculose e dar profilaxia de Isoniazida. Isto é importante na ausência de uma vacina eficaz contra a tuberculose.

A implementação da política de controlo de infecções é muito importante para uma diminuição de novas infecções.

O reforço da estratégia nacional de advocacia, comunicação e mobilização social é também necessário.

T.1	Meta	Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções por tuberculose
T.1.1	Objetivo	Reduzir a incidência da tuberculose em 30% de 93/100.000 para 68/100.000 em 2022.
T. 1.1.1	Sub-objetivo;	Melhorar a cobertura da profilaxia com INH
T.1.1.1.1	Intervenção estratégica 1	Implementação efetiva das diretrizes de profilaxia INH
T.1.1.1.1.2	Actividade 1	Adquirir Izoniazida para profilaxia nas crianças menores de 5

		anos, no PVVIH e nos imunodeprimidos por outras causas (diabéticos)
T.1.1.1.1.3	Actividade 2	Disponibilizar Izoniasida em todas as farmácias distritais
T.1.1.1.1.4	Actividade 3	Garantir a gratuitidade de exames hematológicos para os pacientes com indicação para TPI
T.1.1.1.1.5	Actividade 4	Realizar sensibilização aos grupos alvos sobre a importância da profilaxia com Isoniazida
T.1.1.1.1.6	Actividade 5	Reproduzir e disponibilizar algoritmo de tratamento profiláctico em todos os centros de tratamento
T.1.1.2	Sub-objetivo	Reforço das medidas de controlo das infecções
T.1.1.2.1	Intervenção estratégica	Implementação da política de controlo de infecções
T.1.1.2.1.1	Actividade 1	Avaliação da implementação da política de controlo da infecção
1.1.2.1.2	Actividade 2	Reproduzir guia de controlo de infecção (n º)
T.1.1.2.1.3	Actividade 3	Formar profissionais de saúde em matéria de controle de infecção (nº de participantes)
T.1.1.2.1.4	Actividade 4	Construir e equipar uma unidade de internamento para os doentes de TBMR que respeita as normas de controlo infecção
T.1.1.2.1.5	Actividade 5	Adquirir e disponibilizar materiais de protecção individual para todas as unidades sanitárias (mascaras, respiratórias e cirúrgicas, luvas)
T.1.1.3	Sub-objetivo	Reforçar a busca de contactos
T.1.1.3.1	Intervenção estratégica	Fornecer meios para assegurar o rastreamento de contatos
T.1.1.3.1.1	Actividade 1	Realizar a cartografia dos casos
T.1.1.3.1.2	Actividade 2	Organizar trimestralmente a despistagem a volta dos contactos baseando na cartografia dos casos
T.1.1.3.1.3	Actividade 3	Adquirir motorizadas para apoiar na busca dos contactos
T.1.1.3.1.4	Actividade 4	Disponibilizar combustível para busca dos contactos

T.1.1.3.1.5	Actividade 5	Capacitar os técnicos e os agentes de saúde em matéria de busca activa dos contactos
T.1.1.3.1.6	Actividade 6	Actualização do protocolo de busca activa dos contactos
T.1.1.4	Sub-objetivo	Reforçar as actividades de prevenção e sensibilização
T.1.1.4.1	Intervenção estratégica	Rever a estratégia nacional de advocacia, comunicação e mobilização social
T.1.1.4.1.1	Actividade 1	Recrutar um consultor externo para rever a estratégia de Comunicação
T.1.1.4.1.2	Actividade 2	Realizar campanhas de sensibilização na comunidade, escola, igreja, serviços prisionais redução de estigma
T.1.1.4.1.3	Actividade 3	Elaborar e produzir materiais de sensibilização (desdobráveis, cartazes, painéis gigantes, camisolas, chapéus…)
T-1.1.4.1.4	Actividade 4	Assegurar a comemoração o dia mundial de luta contra a tuberculose

VIH/SIDA

Contexto estratégico

Tendo em conta a cascata 90-90-90 como um todo, as actividades de testagem devem ser consideradas ao mesmo tempo que as actividades preventivas para evitar uma maior transmissão do VIH. Os primeiros 90 são necessários para cuidados eficazes que podem transformar as PVVIH em não infecciosas se forem imediatamente colocadas em tratamento ARV. Assim, a prevenção assume um significado mais amplo que inclui medidas de prevenção primária (distribuição de preservativos, mudança de comportamentos de risco e focalização específica das populações mais vulneráveis), e acesso a testes para a população em geral, bem como para as populações chave. Actualmente, calcula-se que 25% da população adulta do STP tenha sido testada para o VIH. No que diz respeito à transmissão vertical, em 2016 não houve casos com 100% de cobertura de testes durante a CPN.

Abordagem Estratégica

As acções a este nível visam continuar as acções de prevenção primária que estão em curso, aumentar a sua qualidade e cobertura, e reduzir o risco de adquirir o VIH/SIDA. A prevenção primária inclui o aumento dos conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos

comportamentos de risco de VIH/SIDA e IST, e acessibilidade aos meios de prevenção (métodos de barreira), como parte de uma abordagem abrangente da Saúde Sexual e Reprodutiva, cujas políticas comuns devem ser alinhadas e, num sentido lato, à promoção das mulheres e dos seus direitos de emancipação reprodutiva e social. Em segundo lugar, expandir e reforçar a cobertura da despistagem do VIH, especialmente entre as PC que têm mais influência na prevalência a nível da população em geral. Isto deve estar ligado a uma gestão eficaz, em conformidade com o conceito de cascata de serviços VIH, o que significa referência à monitorização e adesão aos ARV.

Finalmente, o STP está em condições de eliminar permanentemente a transmissão vertical do VIH. É necessário apoiar e reforçar para alcançar ZERO de transmissão vertical durante este programa.

V.1	Meta	Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções por VIH/SIDA
V.1.1	Objetivo específico	Manter a incidência do VIH a 0,5%
V.1.1.1	Sub-objetivo	90% da população estimada VIH + diagnosticada ou que conheça seu estado serológico ate 2022
V.1.1.1.1	Intervenção estratégica	Aumentar a acessibilidade da população chave aos serviços de despistagem de VIH e ITS
V.1.1.1.1.1	Actividade 1	Realização de Estudo Bio comportamental na população chave PS (inclui ITS)
V.1.1.1.1.2	Actividade 2	Realização de Estudo Bio comportamental na população chave HSH (inclui ITS)
V.1.1.1.1.3	Actividade 3	Realizar trimestralmente campanhas de CMC e testagem voluntaria juntos aos HSH.
V.1.1.1.1.4	Actividade 4	Realizar campanhas de CMC e testagem voluntaria trimestralmente juntos ao PS
V.1.1.1.5	Actividade 5	Produzir anualmente instrumentos de CMC (poster, desdobráveis) sobre prevenção das IST e VIH direccionadas aos HSH, PS e seus clientes.
V.1.1.1.6	Actividade 6	Formar semestralmente 20 educadores de pares de HSH durante 3 dias em matéria de prevenção e cuidados de VIH todos os anos

V.1.1.1.7	Actividade 7	Assegurar mensalmente subsídio de motivação para educadores de pares HSH (20 USD para 10 HSH)
V.1.1.1.8	Actividade 8	Assegurar mensalmente subsídio de motivação para educadores de pares PS (20 USD para 10 PS)
V.1.1.1.9	Actividade 9	Formar a equipa encarregue pelo estudo Bio comportamental
V.1.1.2	Sub-objetivo 1.2	50% População 15+ anos deve fazer pelo menos um teste de despistagem durante o período do PEN (2018-2022)
V.1.1.2.1	Intervenção estratégica	Aumentar a acessibilidade da população aos serviços de despistagem com actividades de proximidade e sensibilização de VIH e as ITS.
V.1.1.2.1.1	Actividade 1	Elaborar um plano estratégico de CMC no âmbito de VIH e as ITS.
V.1.1.2.1.2	Actividade 2	Formar novos quadros de saúde em matéria de DIPS.
V.1.1.2.1.3	Actividade 3	Realizar sessões de CMC e testagem voluntaria nas igrejas (uma vez por ano)
V.1.1.2.1.4	Actividade 4	Realizar sessões de CMC e testagem voluntaria de VIH militar e para militar uma vez por ano
V.1.1.2.1.5	Actividade 5	Realizar sessões de CMC e testagem voluntaria nas comunidades trimestralmente
V.1.1.2.1.6	Actividade 6	Realizar sessões de CMC e testagem voluntaria nas escolas semestralmente
V.1.1.2.1.7	Actividade 7	Produzir anualmente instrumentos de CMC (poster, desdobráveis)
V.1.1.2.1.8	Actividade 8	Produzir anualmente spots televisivos e radiofónicos.
V.1.1.2.1.9	Actividade 9	Aquisição anual de 30 mil testes rápidos para despistagem e 500 para confirmação.
V.1.1.2.1.10	Actividade 10	Aquisição de materiais para CMC (pénis, vagina artificial e megafones) para os distritos sanitários.
V.1.1.2.1.11	Actividade 11	Assegurar a comemoração do dia mundial de luta contra VIH
V.1.1.3	Sub-objetivo 3	Garantir que 90% das pessoas testadas positivas sejam submetidas ao TARV

V.1.1.3.1	Intervenção estratégica	Implementar a estratégia testar e tratar
V.1.1.3.1.1	Actividade 1	Elaborar um guia para estratégia testar e tratar
V.1.1.3.1.2	Actividade 2	Formar 60 técnicos por ano sobre a estratégia testar e tratar.
V.1.1.3.1.3	Actividade 3	Adquirir medicamentos ARV de 1*, 2* e 3* linha.
V.1.1.3.1.4	Actividade 4	Actualizar o protocolo terapêutico para VIH.
V.1.1.3.1.5	Actividade 5	Capacitar os técnicos de saúde em matéria de ETP (educação terapêutica)
V.1.1.3.1.6	Actividade 6	Realizar sessões de sensibilização e informação aos praticantes da medicina tradicional e parteiras tradicionais em matéria de VIH
V.1.1.3.2	Intervenção estratégica	Diminuir o estigma das populações chave
V.1.1.3.2.1	Actividade 1	Realizar um estudo de índice de estigma na população geral e PVVIH
V.1.1.3.2.2	Actividade 2	Aumentar o número de sessões sobre vida positiva.
V.1.1.3.2.3	Actividade 3	Realizar actividade de auto-ajuda
V.1.1.3.2.4	Actividade 4	Produção de materiais de comunicação direccionados ao estigma.
V.1.1.3.3	Intervenção estratégica	Reforçar acções de aconselhamento
V.1.1.3.3.1	Actividade 1	Formar novos quadros em matéria de aconselhamento
V.1.1.3.3.2	Actividade 2	Formar os membros de EAT no domínio de aconselhamento na 1ª pessoa
V.1.1.3.3.3	Actividade 3	Reprodução dos manuais de ETP
V.1.1.4	Sub-objetivo 4	Garantir que 100% das gravidas seropositivas sejam submetidas ao TARV
V.1.1.4.1	Intervenção estratégica	Reforçar acções de PTMF nos serviços de CPN e nas maternidades

V.1.1.4.1.1	Actividade 1	Formar novos quadros em matéria de aconselhamento
V.1.1.4.1.2	Actividade 2	Formar os técnicos engajados em SSR no domínio de ETP
V.1.1.4.1.3	Actividade 3	Realizar o PCR a todas crianças nascidas de mães sero+
V.1.1.4.1.4	Actividade 4	Assegurar o aprovisionamento de cartuchos para realização do PCR
V.1.1.4.1.5	Actividade 5	Elaborar um plano de eliminação da TMF
V.1.1.4.1.6	Actividade 6	Assegurar anualmente um encontro com 30 autores de PTMF ao nível do distrito
V.1.1.4.1.7	Actividade 7	Realizar busca activa de grávidas sero+ perdidas
V.1.1.5	Sob-objetivo 1.5	Reforçar o sistema de prevenção primária
V.1.1.5.1	Intervenção estratégica	Aumentar as acções de CMC
V.1.1.5.1.1	Actividade 1	Formar dos ASC em CMC, aconselhamento para aderência de campanhas voluntaria
V.1.1.5.1.2	Actividade 2	Elaboração e produção de materiais de CMC
V.1.1.5.1.3	Actividade3	Realizar de actividades de CMC a nível das diásporas
V.1.1.5.1.4	Actividade 4	Realizar acções de CMC nas comunidades
V.1.1.5.2	Intervenção estratégica	Aumentar a distribuição de preservativos
V.1.1.5.2.1	Actividade 1	Disponibilizar meios aos ASC para distribuição regular de preservativos
V.1.1.5.2.2	Actividade 2	Dotar os distritos sanitários de materiais e consumíveis necessários para melhor a distribuição de preservativos.
V.1.1.5.2.3	Actividade 3	Adquirir Lubrigel para HSH e os reclusos
V.1.1.5.2.4	Actividade 4	Adquirir preservativos para população geral
V.1.1.5.2.5	Actividade 5	Adquirir preservativos de sabor apelativo destinado a população chave.

- EIXO 2: Reduzir a morbilidade e mortalidade relacionadas com a hepatite, tuberculose e VIH/SIDA, melhorando a gestão dos pacientes

Tuberculose

3.2.1. Contexto estratégico

Tanto os programas relativos à tuberculose como ao VIH/SIDA fizeram grandes progressos nos últimos 5 anos no âmbito dos respectivos planos estratégicos.

Alguns pontos fortes:

- A construção de um laboratório de tuberculose com GeneXpert;
- Uma elevada taxa de cura para a tuberculose (79%);
- Por outro lado:
- A taxa de sucesso do tratamento de casos de tuberculose ainda não atingiu 85%;
- A taxa para doentes com VIH com supressão de carga viral é de 29%;
- Dois casos de tuberculose multirresistente foram detectados e submetidos a tratamento durante o ano de 2014, enquanto o número estimado de casos foi de 38 para este ano.
- Nenhum caso de TB-MR foi detectado ou colocado em tratamento em 2015.

3.2.2. Abordagem estratégica

O plano estratégico nacional recomenda uma redução de 50% na mortalidade por tuberculose e VIH/SIDA entre 2018 e 2022. Este ainda é um objectivo ambicioso, mas exequível. Para isso, precisa de ser decomposta.

Para chegar lá, temos de fazer:

- A detecção de casos de TB aumenta em até 90%;
- Isto exigirá uma estratégia de rastreio activa, não passiva;
- Os testes moleculares terão de ser o teste de primeira linha entre todos os casos suspeitos de tuberculose. A introdução será gradual. Primeiros dois anos: Cantagalo, Lembá e Agua Grande e o resto do país a partir do 3º ano;
- A taxa de sucesso do tratamento de pacientes com tuberculose terá de aumentar para 90% ou mais;

- A farmacovigilância deve ser estabelecida e funcional;

T.2	Meta	Reduzir a morbilidade e a mortalidade relacionadas com a tuberculose e o VIH/SIDA melhorando a gestão dos doentes
T.2.1	Objetivo	Implementar a Estratégia 90-90-90 contra a Tuberculose
T.2.1.1	Sub-objetivo	Identificar 90% de todos os doentes com tuberculose e colocá-los em tratamento apropriado.
T.2.1.1.1	Intervençao estrategica	Melhorar o rastreio a nível da instalação de saúde e da comunidade
T.2.1.1.1.1	Actividade 1	Reforçar o rastreio da TB em todos casos presuntivos nos serviços de saúde
T.2.1.1.1.2	Actividade 2	Rever o algoritmo e a estratégia de despistagem para o rastreio dos casos
T.2.1.1.1.3	Actividade 3	Realizar cada ano busca activa da TB na comunidade basendo na cartografia de casos
T.2.1.1.1.4	Actividade 4	Assegrar a supervisao das actividades do laboratorio pelo laboratorio de Cameroun
T.2.1.1.1.5	Actividade 5	Adquirir materiais, reagentes e consumíveis para baciloscopia e Genexpert
T.2.1.1.1.6	Actividade 6	Formar /reciclar todo o professionaldo laboratorio sobre o diagnóstico da tuberculose tendo em conta a estrategia de despistagem
T.2.1.1.1.7	Actividade 7	Assegurar o controlo de qualidade nivel distrital e nacional pelo laboratorio supranacional de Camerou e/ouInstituto Ricardo Jorge
T.2.1.1.2	Intervençao estrategica	Melhoria do diagnóstico laboratorial de medicamentos sensíveis e TB-MR
T.2.1.1.2.1	Actividade 1	Reforçar o rastreio da TB MR em todos casos presuntivos
T.2.1.1.2.2	Actividade 2	Rever o algoritmo e a estratégia de despistagem para o rastreio dos casos
T.2.1.1.2.3	Actividade 3	Adquirir 4 aparelhos de Genexpert, equipamento para cultura no meio líquido, antiobiograma e os respetivos consumíveis

T.2.1.1.2.4	Actividade 4	Asegurar o transporte das amostras para cultura e teste de sensibilidade para CPC
T.2.1.1.2.5	Actividade 5	Adquirir materiais, reagentes e consumíveis para cultura incluindo os cartuchos
T.2.1.1.2.6	Actividade 6	Assegurar a manutenção da infraestrutura e dos equipamentos laboratorial TB
T.2.1.1.2.7	Actividade 7	Assegurar o sistema de recolha e transporte das amostras inter-distritais (malas termicas, combustivel,)
T.2.1.3	Sub-objetivo	Identificar pelo menos 90% dos casos de tuberculose entre as principais populações (PVVIH, profissionais de saúde, diabéticos, prisioneiros)
T.2.1.3.1	Intervençao estrategica	Melhorar a estratégia de rastreio para as populações-chave
T.2.1.3.1.1	Actividade 1	Realizar rastreio clínico rotineiro da TB a todos prisioneiros que entram nos serviços prisionais
T.2.1.3.1.2	Actividade 2	Realizar pelo menos uma vez por ano raio x aos PVVIH e aos profisionais de saude que trabalham com pacientes de TB
T.2.1.3.1.3	Actividade 3	Formar os medicos e enfermeiros sobre diagnóstico precoce de TB no PVVIH
T.2.1.3.1.4	Actividade 4	Estudo sobre o conhecimento da TB nos profissionais de saude
T.2.1.4	Sub-objetivo	Trata com sucesso pelo menos 90% dos doentes diagnosticados com TB (80% para casos TB-MR)
T.2.1.4.1	Intervençao estrategica	Tratamento da tuberculose sensível aos medicamentos
T.2.1.4.1.1	Actividade 1	Adquirir medicamento de 1ª linha para 900 pacientes durante 5 anos
T.2.1.4.1.2	Actividade 2	Adquirir formulaçoes pediatricas para tratamento de 100 crianças durante 5 anos
T.2.1.4.1.3	Actividade 3	Assegurar o envio de medicamentos para RAP
T.2.1.4.1.4	Actividade 4	Multiplicar e desseminar 100 exemplares de protocolo de tratamento
T.2.1.4.1.5	Actividade 5	Reciclar 150 medicos e 300 enfermiros dos postos e hospital em manejo de casos durante 5 anos

T.2.1.4.1.6	Actividade 6	Aquisiçao de combustivel para assegurar a aprovisionamento e armazenamento do medicamento no FNM
T.2.1.4.1.7	Actividade 7	Adquirir medicamentos para tratar efeitos secundarios
T.2.1.5	Sub-objetivo	Trata com sucesso pelo menos 90% dos doentes diagnosticados com TB (80% para casos TB-MR)
T.2.1.5.1	Intervençao estrategica	Implementação de estratégias de retenção para doentes em tratamento
T.2.1.5.1.1	Actividade 1	Apoio psico social e nutrional aos pacientes de TB
T.2.1.5.1.2	Actividade 2	Assegurar a supervisao de Dot em todos os distritos (combustivel)
T.2.1.5.1.3	Actividade 3	Realizar DOT comunitário a todos os pacientes de TB (combustivel)
T.2.1.5.1.4	Actividade 4	Formar cada ano 25 prestadores do distrito sobre DOT
T.2.1.5.2	Intervençao estrategica	Assegurar a procura de perdidos de vista
T.2.1.5.2.1	Actividade 1	Realizar busca dos pacientes perdidos de vista (combustivel, ….)
T.2.1.5.2.2	Actividade 2	Criar e capacitar uma equipa de apoio terapeutico para melhorar a adesão dos pacientes
T.2.1.5.2.3	Actividade 3	Disponibilizar custos de deslocação para a equipa de apoio terapeutico
T.2.1.5.3	Intervençao estrategica	Melhorar as condições de trabalho para s ASC
T.2.1.5.3.1	Actividade 1	Adquirir materiais e equipamentos de trabalho para os Agentes de Saude Comunitaria (, botas, capas de chuva, mochilas, blocos e esferografica)
T.2.1.5.3.2	Actividade 2	Motivar financeiramente os agentes de saude comunitaria para assegurar o tratamento e o seguimento dos doentes
T.2.1.5.3.3	Actividade 3	Advogar para inclusão do ASC no sistema de saude
T.2.1.5.4	Intervençao estrategica	Tratamento TB-MR - Introdução do curto esquema TB-MR
T.2.1.5.4.1	Actividade 1	Elaboraçao do protocolo de tratamento da TB-MR esquema curto

T.2.1.5.4.2	Actividade 2	Formar 60 medicos e 75 enfermeiros em manejo de casos de TBMR durante 5 anos
T.2.1.5.4.3	Actividade 3	Assegurar o reforço de capacidade do pessoal do PNLT na gestao TB-MR (externa)
T.2.1.5.4.4	Actividade 4	Adquirir medicamentos de 2ª linha para o tratamento de TBMR
T.2.1.5.4.5	Actividade 5	Assegurar a aquisiçao e aprovisionamento dos medicamentos para tratamento dos efeitos secundarios
T.2.1.5.5	Intervençao estrategica	Supervisão - Controlo de qualidade dos medicamentos
T.2.1.5.5.1	Actividade 1	Realizar supervisões mensais e trimestrais em todos centros de tratamento
T.2.1.5.5.2	Actividade 2	Realizar controlo de qualidade dos medicamentos em todos os pontos de distribuição
T.2.1.5.6	Intervençao estrategica	Formação dos quadros
T.2.1.5.6.1	Actividade 1	Assegurar o reforço de capacidade do pessoal do nivel central sobre a gestao de TB/VIH (plano VIH)
T.2.1.5.6.2	Actividade 2	Realizar trimestralmente reunioes de comite TB/VIH (plano VIH)
T.2.1.5.6.3	Actividade 3	Organizar atelier semestral de partilha de experiencia entre os distritos (retirar esta no VIH)
T.2.1.5.6.4	Actividade 4	Realizar formaçoes de reforço de capacidade do pessoal em materia de gestao do programa, seguimento e Avaliaçao e gestao do aprovisionamento
T.2.1.5.6.5	Actividade 5	Assegurar o funcionamento do programa (combustivel, material de escritório
T.2.1.5.6.6	Actividade 6	Adptar a maquete informatica a novos instrumentos de recolha de dados (para melhorar porque já esta acima)

VIH/SIDA

Contexto Estratégico

A mortalidade de pacientes com VIH/ SIDA após um ano de tratamento com ARV ainda é muito alta em STP. Factores que podem estar ligados são o diagnóstico tardio e a frequência de fracasso do tratamento devido à má aderência e/ou à presença de resistência aos ARV, e a má gestão das Infecções Oportunistas (IO). Melhorar a cascata de serviços de VIH/ SIDA deve envolver detecção precoce, gestão imediata sem perdas secundárias, e adesão ao tratamento para pacientes com VIH/ SIDA. Os cuidados precoces significam evitar o diagnóstico tardio, que está directamente relacionado com a sobrevivência das PVVIH, especialmente tendo em conta que nem todas as instalações para tratar e cuidar de doenças relacionadas com a SIDA estão disponíveis no STP. A adesão correta deve evitar perdas secundárias e alcançar o sucesso terapêutico com uma CV indetectável. Finalmente, o capítulo sobre a luta e controle contra a resistência ARV será discutido no capítulo.

V.2	**Meta**	Reduzir a morbilidade e mortalidade relacionadas com o VIH/SIDA, melhorando a gestão dos doentes
V.2.1	***Objectivo específico***	Implementar a Estratégia 90 90 90 para o VIH
V.2.1.2	Sub- objectivo 1	Colocar 90% de todos os PHAs em tratamento apropriado.
V.2.1.2.1	*Intervenção estratégica*	Implementar a estratégia testar e tratar
V.2.1.2.1.1	Actividade 1	Elaborar um guião orientador para estratégia testar e tratar
V.2.1.2.1.2	Actividade 2	Formar 60 técnicos por ano sobre a estratégia testar e tratar.
V.2.1.2.1.3	Actividade 3	Aquisição de medicamento ARV de 1*,2* e 3* linha.
V.2.1.2.1.4	Actividade 4	Assegurar a gratuitidade do seguimento hematobioquimico dos PVVIH
V.2.1.2.1.5	Actividade 5	Actualizar o protocolo terapêutico para VIH.
V.2.1.2.1.6	Actividade 6	Capacitar os técnicos de saúde em matéria de ETP (educação terapêutica)
V.2.1.2.2	*Intervenção estratégica*	Reforçar o aconselhamento tanto nos serviços de saúde como nas comunidades
V.2.1.2.2.1	Actividade 1	Capacitar novos quadros para intensificação do aconselhamento.
V.2.1.2.2.2	Actividade 2	Assegurar mensalmente custo de deslocação de 12 membros dos EAT
V.2.1.2.2.3	Actividade 3	Assegurar mensalmente o salario dos EAT
V.2.1.2.2.4	Actividade 4	Formar os membros de EAT no domínio de aconselhamento na 1ª pessoa
V.2.1.2.2.5	Actividade 5	Reprodução dos manuais de ETP
V.2.1.2.3	*Intervenção estratégica*	Melhorar as acções de busca activa para aumentar a taxa de ligação do diagnóstico ao tratamento
V.2.1.2.3.1	Actividade 1	Capacitar os membros da associação Apoio a VIHDA para melhorarem a Adesão e retenção dos doentes com TARV
V.2.1.2.3.2	Actividade 2	Dotar os EAT de mais materiais e meios de trabalho
V.2.1.2.3.3	Actividade 3	Aquisição de medicamentos anti hipertensivos e diabéticos para os PVVIH em cuidados domiciliares
V.2.1.2.3.4	Actividade 4	Capacitar os PVVIH sobre vida positiva
V.2.1.2.3.5	Actividade 5	Disponibilizar meios (combustível) para assegurar os cuidados domiciliarem
V.2.1.2.3.6	Actividade 6	Elaborar um guião (plano de acção) de busca activa
V.2.1.2.3.7	Actividade 7	Formação de uma equipa multidisciplinar para cuidados domiciliar
V.2.1.2.4	*Intervenção estratégica*	Reforçar as actividades de S&A
V.2.1.2.4.1	Actividade 1	Formar os RDE e os estatísticos na utilização de novos instrumentos de recolha e análises dos dados.
V.2.1.2.4.2	Actividade 2	Reproduzir e disseminar os instrumentos de recolha
V.2.1.2.4.3	Actividade 3	Adaptar os instrumentos de recolha para estratégia testar e tratar
V.2.1.2.4.4	Actividade 4	Realizar supervisão trimestral em todas unidades sanitárias

V.2.1.2.4.5	Actividade 5	Realizar uma análise detalhada das causas e factores associados a mortalidade das PVVIH
V.2.1.3	Sub- objectivo 2	90% das IO diagnosticadas e tratadas
V.2.1.3.1	*Intervenção estratégia*	Reforçar o diagnóstico e o manejo das infecções oportunistas
V.2.1.3.1.1	Actividade 1	Actualização do protocolo manejo de IO
V.2.1.3.1.2	Actividade 2	Aquisição de medicamentos IO
V.2.1.3.1.3	Actividade 3	Aquisição de reagentes e testes rápidos para diagnóstico da criptocose e toxoplasmose
V.2.1.3.1.4	Actividade 6	Formação dos técnicos no diagnóstico das IO
V.2.1.3.2	Intervenção estratégica 2	Reforçar a profilaxia das IO
V.2.1.3.2.1	Actividade 1	Disponibilizar os medicamentos IO em todas as US
V.2.1.3.2.2	Actividade 2	Disseminação do protocolo de manejo de IO nas US
V.2.1.3.2.3	Actividade 3	Formação de médicos e enfermeiros no manejo de IO
V.2.1.3.2.4	Actividade 4	Produção de fichas de seguimento das IO

4.4.2 Abordagem Estratégica

No âmbito de 90-90-90, a detecção precoce da infecção pelo VIH tem um impacto directo na esperança de vida das PVVIH. A estratégia de tornar os testes acessíveis e aumentar a cobertura dos testes faz sentido, como parte de uma abordagem mais activa: chegar à população para procurar activamente os testes (PC ou não), e aumentar a sensibilização para testagem e aumentar a taxa de testes passivos. Isto significa aumentar os serviços e a capacidade de todo o processo (realização de testes, aumento da qualidade do aconselhamento), e o encaminhamento diferenciado eficaz de pacientes recém-diagnosticados para o manejo de casos. Esta diferenciação será facilitada pela adoção da nova estratégia TTR, e pela mudança dos critérios para iniciar o TARV, neste caso afastando-se do critério dos 500 CD4 e avançando para um tratamento imediato independente do CV e do nível CD4. Em outro nível, é aqui que devem ser feitos esforços para melhorar a maior lacuna do programa, a alta incidência de fracasso do tratamento e a falta de redução do CV na maioria dos pacientes. São necessárias abordagens activas, desenvolvimento de recursos e capacitação, aumentando as estratégias já existentes para garantir a adesão (reforço dos grupos EAT e GAM) e uma melhor compreensão dos factores associados a estes resultados. Ao mesmo tempo, são propostas actividades para melhorar a gestão das infecções oportunistas relacionadas com o VIH/SIDA. Os dados de M&A devem permitir um acompanhamento específico dos pacientes que não estão aderindo ao TARV e

uma ação imediata para detectar pacientes vulneráveis e estabelecer uma cobertura geral das ações para garantir a aderência.

- EIXO 3: Atingir todas as populações chave e vulneráveis

Contexto estratégico :

Em STP o conhecimento sobre PC, especialmente PS e HSH não é bem compreendido. As populações vulneráveis ao VIH/SIDA e ao IST sofrem ao mesmo tempo vulnerabilidades sociais, o que torna a prevenção e o controlo do VIH/SIDA uma prioridade no âmbito da estratégia centrada nos doentes e nos seus direitos humanos. As populações vulneráveis ao VIH/SIDA e ao IST em STP incluem os PS e os HSH. Os seus factores de risco inerentes à aquisição do VIH/SIDA, tais como os moto-táxistas, militares e prisioneiros, têm a maior prevalência de VIH (6,1% em 2015). Ao mesmo tempo, a prevenção do VIH entre as PC é uma medida eficaz para proteger a população em geral. No que diz respeito à tuberculose, os prisioneiros são populações vulneráveis, pelo que ainda existe algum estigma ligado aos doentes com tuberculose. Negligenciar estas PC pode fazer com que a estratégia 90-90-90 falhe. As PVVIH, devido à sua condição de pessoas infectadas pelo VIH, são populações vulneráveis ao estigma, o que pode dificultar o seu tratamento e acompanhamento, ao mesmo tempo que têm direitos específicos de acesso à saúde que devem ser assegurados. Do mesmo modo, a TB é uma doença ligada à pobreza e às vulnerabilidades sociais, e os doentes com TB também sofrem de um estigma que pode dificultar o seu manejo e adesão ao tratamento.

Abordagem estratégica

Em primeiro lugar, deve haver um conhecimento profundo das PC, incluindo HSH e PS, com um mapeamento que inclua factores bio-comportamentais e a prevalência precisa do VIH e das IST nestas populações. Noutros países da África subsariana, as PC não são um grupo uniforme e têm diferentes factores de vulnerabilidade de acordo com o seu grau de vulnerabilidade (ref.) Este conhecimento deverá permitir 1) Uma abordagem específica adequada das actividades e à sua cobertura e 2) Um acompanhamento bio-comportamental do impacto destas actividades com dados básicos.

As raparigas jovens, apesar das taxas de infecção por VIH ou IST não serem alarmante, elas têm vulnerabilidades específicas e em algumas áreas de elevada prevalência tornaram-se reservatórios de VIH e alvos como PC. Há factores sensíveis em STP que indicam que as raparigas jovens podem ser uma porta de entrada para o VIH (relações sexuais precoce, detecção de turismo sexual da Nigéria e de Angola). A monitorização do comportamento biológico deve permitir uma avaliação desta vulnerabilidade, que se pode manifestar subitamente após uma mudança de contexto (aumento da exposição ao VIH). Podem surgir intervenções específicas a partir destas descobertas. Os mototaxistas têm sido descritos como condutores de IST, incluindo o VIH, e os prisioneiros e pessoal militar, para os quais já estão a ser realizadas actividades específicas, têm um aumento do VIH. Ao mesmo tempo, propõe-se reforçar e expandir as actividades de testes e cuidados para a População Chave e melhorar o acompanhamento clínico das PVVIH.

V. 3	**Meta**	**Atteindre toutes les populations clés et vulnérables**
V. 3.1	Objectivo específico	Melhorar o acesso às populações-chave para o serviço VIH, TB et ITS
V.3.2.1	Sub-objectivo	Melhorar o acesso dos reclusos aos serviços de prevenção e detecção de VIH, IST e TB
V.3.2.1.1	Intervenção estratégica	Aumentar as actividades de proximidades com os reclusos no domínio de despistagem e tratamento do VIH, TB et IST
V.3.2.1.1.1	Actividade 1	Aumentar as acções de CMC e testagem voluntária nas cadeias de VIH
V.3.2.1.1.2	Actividade 2	Disponibilização de preservativos e lubrigel nas cadeias
V.3.2.1.1.3	Actividade 3	Formação dos educadores de pares na cadeia
V.3.2.2	Sub-objectivo	Melhorar o acesso dos HSH aos serviços de prevenção e detecção de VIH e IST
V. 3.2.2.1	Intervenção estratégica 1	Melhorar o conhecimento da situação dos HSH para aumentar as actividades de proximidades no domínio de despistagem e tratamento
3.2.2.1.1	Actividade 1	Mapeamento dos HSH
3.2.2.1.2	Actividade 2	Realizar testagem direccionada para os HSH de VIH
3.2.2.1.3	Actividade 3	Realizar semestralmente formação de 20 educadores de pares para HSH durante 3 dias sobre actividades de prevenção de VIH
3.2.2.1.4	Actividade 4	Empoderamento dos HSH
3.2.2.1.5	Actividade 5	Realizar trimestralmente actividades de sensibilização na comunidade HSH pelos educadores de pares HSH nos distritos
3.2.2.1.6	Actividade 6	Assegurar mensalmente o custo de motivação dos educadores de pares (20 Usd para 10 educadores)
3.2.3	Sub-objectivo	Melhorar o acesso das PS aos serviços de prevenção e detecção de TB, VIH e IST
3.2.3.1	Intervenção estratégica 1	Melhorar o conhecimento da situação das PS para aumentar as actividades de proximidades no domínio de despistagem e tratamento

3.2.3.1.1	Actividade 1	Mapeamento das PS
3.2.3.1.2	Actividade 2	Realizar testagem direccionada para a PS
3.2.3.1.3	Actividade 3	Realizar semestralmente formação de 20 educadores de pares para PS durante 3 dias sobre actividades de prevenção de VIH e IST
3.2.3.1.4	Actividade 4	Realizar trimestralmente actividades de sensibilização na comunidade PS pelos educadores de pares PS nos distritos
3.2.3.1.5	Actividade 5	Assegurar mensalmente o custo de motivação dos esducadores de pares (20 Usd para 10 educadores)
3.2.3.1.6	Actividade 6	Empoderamento das PS
3.2.3.1.7	Actividade 7	Disponibilizar preservativos apelativos às PS
3.2.3.1.8	Actividade 8	Realização de consultas e tratamento da IST's
3.2.4	Sub-objetivo	Melhorar a atenção aos PVVIH
3.2.4.1	Intervenção estratégica 1	Reforçar as actividades de rastreio de TB.
3.2.4.1.1	Actividade 1	Produzir fichas e algoritmo de TPI
3.2.4.1.2	Actividade 2	Rastreio para TB em todos os PVVIH mensalmente
3.2.4.1.3	Actividade 3	Formação dos técnicos (médicos e enfermeiros) em matéria de TPI
3.2.4.1.4	Actividade 4	Advogar junto ao ministério da saúde para que seja feito gratuitamente o RX aos PVVIH.
3.2.4.1.5	Actividade 5	Assegurar a gratuitidade dos exames hemato bioquímicos
3.2.5	Sub-objetivo	Melhorar o acesso dos Militares aos serviços de prevenção e detecção de TB e VIH
3.2.5.1	Intervenção estratégica 1	Aumentar as actividades de proximidades com os militares no domínio de despistagem e tratamento
3.2.5.1.1	Actividade 1	Realizar anualmente sessões de CMC e testagem voluntária no momento do recrutamento dos novos militares.
3.2.5.1.2	Actividade 2	Aumentar o número de sessões de CMC e testagem voluntária aos miliares no fim da missão.
3.2.5.1.3	Actividade 3	Disponibilizar preservativos aos centro militares e paramilitares.
3.2.6	Sub-objetivo	Melhorar o acesso dos Mototaxistas aos serviços de prevenção e detecção de VIH
3.2.6.1	Intervenção estratégica 1	Aumentar as actividades de proximidades com os mototaxistas no domínio de despistagem e tratamento
3.2.6.1.1	Actividade 1	Assegurar semestralmente sessões de CMC e testagem voluntária nos mototaxistas
3.2.6.1.2	Actividade 2	Disponibilizar preservativos aos mototaxistas
3.2.6.1.3	Actividade 3	Realizar formação de 10 educadores de pares anualmente

EIXO 4: Melhorar os direitos humanos em relação ao acesso aos serviços

3.4.1. Contexto estratégico

Em conformidade com os princípios da OMS, é necessária uma abordagem baseada nos direitos humanos centrados nas necessidades dos pacientes. Inclui esforços para assegurar que estas PC, PVVIH e doentes com tuberculose possam aceder eficazmente à cascata de serviços: acessibilidade ao rastreio, cuidados adequados às suas necessidades e

acompanhamento clínico. Os PC sofrem de dois níveis de estigma, a auto-discriminação que os impede de ter autonomia suficiente para aceder espontaneamente aos serviços ou tornar difícil a prestação de cuidados e monitorização, a fraqueza socioeconómica frequentemente associada a estas populações, e o estigma e a discriminação por parte da sociedade, incluindo os profissionais de saúde que podem ou demonstrar atitudes discriminatórias ou oferecer serviços que não satisfazem as suas necessidades específicas. Em STP, o estigma ainda impede o acesso à testagem, tornando difícil a adesão ao TARV, uma vez que as pessoas afectadas tendem frequentemente a esconder-se. Em STP, não existem estudos aprofundados sobre a situação do estigma nas PC, PVVIH e os pacientes com tuberculose.

Abordagem Estratégica

Primeiro, é necessária uma revisão da situação da discriminação e do estigma das populações-chave para determinar sua existência, incluindo as PVVIH e os pacientes comTB. A formação do pessoal de saúde e dos serviços sociais é importante para reduzir estes medos, uma vez que estão em contacto regular com estes pacientes e, ao mesmo tempo, evitar a discriminação que possa existir no sistema de saúde. A luta contra o estigma deve ser dirigida a todos os serviços públicos e à sociedade em geral. A mesma filosofia é aplicável a outras PC (HSH e PS), que são susceptíveis à discriminação e ao estigma. Ao mesmo tempo, existe a necessidade de ligar estas actividades de forma transversal a outros programas sociais e às actividades das ONG que têm acesso privilegiado e não estigmatizante. As atividades devem incluir capacitação em conscientização da sociedade, do pessoal de saúde e dos membros das PC. O objectivo deve ser de capacitar as PC através da promoção social e a remoção de barreiras através de reformas jurídicas. Neste sentido, é especialmente relevante analisar a estrutura legal e detectar leis ou normas estigmatizantes, que são barreiras ou lacunas legais que devem ser preenchidas através de actividades de advocacia e monitorização da sua implementação.

4	**Meta**	Melhorar os direitos humanos em relação ao acesso aos serviços
4.1	*Objectivo específico*	Redução do estigma em populações-chave
4.1.1	Sub-objectivo	Reduzir o estigma nas pessoas vulneráveis (TB, PVVIH)
4.1.1.1	*Intervenção estratégica*	Melhorar o conhecimento sobre a situação de estigma sobre TB e VIH

4.1.1.1.1	Actividade 1	Realizar estudo sobre a situação/ indici de estigma em São Tomé e Príncipe
4.1.1.1.2	Actividade 2	Disseminação dos resultados do estudo ao nível nacional
4.1.1.1.3	Actividade 3	Realizar sessões de CMC nas instituições públicas e privadas
4.1.1.1.4	Actividade 4	Realização de sessões de formação sobre vida positiva para os PVVIH
4.1.1.2	*Intervenção estratégica*	Aumentar o nível do conhecimento da população sobre VIH e TB
4.1.1.2.1	Actividade 1	Realizar sessões de CMC nas comunidades rurais sobre VIH e TB
4.1.1.2.2	Actividade 2	Realizar sessões de CMC nas escolas sobre VIH e TB
4.1.1.2.3	Actividade 3	Produzir e reproduzir spots radiofónicos e televisivos
4.1.1.3	*Intervenção estratégica*	Criar mecanismos legais para protecção dos pacientes TB e VIH.
4.1.1.3.1	Actividade 1	Finalização do projecto lei sobre a protecção dos PVVIH
4.1.1.3.2	Actividade 2	Advogar para criação de leis de protecção da saúde pública relacionada com obrigatoriedade do tratamento da TB-MR.
4.1.1.3.3	Actividade 3	Divulgação da lei de protecção dos PVVIH
4.1.2	Sub-objectivo	Reduzir o estigma nas pessoas vulneráveis (PS, HSH)
4.1.2.1	*Intervenção estratégica*	Reforçar o empoderamento das PS e dos HSH.
4.1.2.1.1	Actividade 1	Recrutamento de um consultor para apoiar as PS na criação de uma associação
4.1.2.1.2	Actividade 2	Realizar sessões de formação das PS e HSH sobre os seus direitos e deveres
4.1.2.1.3	Actividade 3	Realizar sessões de formação dos tecnicos de saude e os de segurança pública sobre os seus direitos e deveres

- EIXO 5: Mobilizar os recursos necessários para implementar este plano

3.5.1. Contexto Estratégico

O PNLS/PNLT tem assistido uma diminuição gradual na contribuição financeira das instituições internacionais para o seu orçamento, com um aumento do governo de STP nos últimos três anos. No entanto, é necessário visar a autonomia orçamental, para que o país possa gerir os planos de saúde com os seus próprios recursos e avançar para a independência financeira. Ao mesmo tempo, o orçamento deve ser suficiente para enfrentar os desafios do futuro e especialmente para garantir a implementação do plano e para ajudar STP a alcançar as metas de eliminação do VIH/ SIDA e da TB até 2035. O financiamento externo está de facto fora do controlo das autoridades de STP. Mudanças nas prioridades globais ou crises económicas podem ter um impacto inevitável sobre a boa abordagem do PNLS/PNLT. A

sustentabilidade do programa é um compromisso nacional para alcançar com sucesso 2035 e depende de um financiamento suficiente e sustentado.

Abordagem Estratégica

Esta estratégia deve ser baseada em projecções presentes e futuras, num sentido alargado até 2035 para alcançar o objectivo de eliminar a TB e o VIH. A planificação orçamental deve permitir compromissos entre o governo e as autoridades locais, com base em projecções realistas. É necessário incentivar este compromisso através da relação custo-eficácia para justificar a mobilização de recursos públicos. A prevenção de casos de VIH/ SIDA, TB, IST ou hepatite representará uma poupança para o tratamento que é claramente positiva a médio e longo prazo. Especialmente em certos casos concretos, como o TB-MR, que pode ser um fardo caro. Neste sentido, é necessário complementar este apoio das autoridades locais com a busca de novas fontes de financiamento privado, como parte de uma cultura de responsabilidade social empresarial para as empresas que operam em STP, que devem devolver parte dos seus lucros à sociedade de STP.

A advocacia nos órgãos parlamentares e de tomada de decisão é necessária. Esta advocacia deve basear-se nas evidências que sustentam os objectivos e actividades do programa. No que diz respeito ao estabelecimento de parcerias público-privadas, é necessário visar compromissos de longo prazo, com participação a nível político dos representantes do povo de STP perante as companhias e empresas que operam no país. Este apoio pode não ser só de tipo financeiro, mas também para aspectos concretos, tais como a facilitação de meios como comunicações ou assistência técnica em certas actividades (facilitação de transportes, apoio a actividades de formação, etc.). O apoio pode ser geral ao programa ou direccionado a actividades ou intervenções estratégicas específicas. Os memorandos de entendimento devem ser assinados com compromissos específicos. É necessário implementar uma cultura de responsabilidade social, que pode ser cada vez mais incluída na avaliação das actividades e resultados.

5	**Meta**	Mobilizar os recursos necessários para implementar o plano estratégico

5.1	**Objectivo específico**	Mobilização de recursos financeiros
5.1.1	Sub- objectivo	Reforçar o financiamento dos programas através do OGE
5.1.1.1	*Intervenção estratégica*	Aumentar o financiamento na luta contra VIH e TB.
5.1.1.1.1	Actividade 1	Mobilização de maior recurso financeiro junto aos membros do governo e parceiros internacionais.
5.1.1.1.2	Actividade 2	Advocacia junto a assembleia para um maior engajamento financeiro
5.1.1.1.3	Actividade 3	Elaboração de um plano de sustentabilidade
5.1.2	Sub- objectivo	Aumentar a resposta contra TB e VIH através de financiamento privado.
5.1.2.1	*Intervenção estratégica*	Criar Parcerias públicas e privadas.
5.1.2.1.1	Actividade 1	Advocacia junto as empresas pública e privadas para mobilização de recursos financeiros
5.1.2.1.2	Actividade 2	Implementar uma cooperação entre as empresas públicas e privadas com programas
5.1.2.2	*Intervenção estratégica*	Implicar as autarquias na luta contra TB e VIH.
5.1.2.2.1	Actividade 1	Estabelecer uma cooperação entre as autarquias e os programas TB e VIH
5.1.2.2.2	Actividade 2	Envolver as autarquias nas actividades distritais dos programas.

EIXO 6 : Reforçar o sistema de informação estratégica

Contexto Estratégico

O sistema de informação é a base da vigilância epidemiológica. A vigilância permite acompanhar a evolução das epidemias de tuberculose, VIH e IST, reconduzir tempo as actividades e acções e responder a situações emergentes (epidemias, abandono do tratamento), rápida e eficazmente. Fornece também a base para avaliações regulares e finais do programa que permitirão a implementação de mudanças estratégicas, de actividades ou redireccionamento de actividades que tenham sido implementadasFinalmente, a qualidade da base de dados permitirá a realização de pesquisa operacional para captar evidencias que possam ser introduzidas no programa, nos programas de outros países, ou programas subsequentes. Assim, o país necessita de uma renovação do sistema de informação, seguindo as recomendações da OMS para implementar as tecnologias digitais. O sistema deve beneficiar e tornar útil para a gestão regular dos doentes à todos os níveis de resposta, aos coordenadores de programas, agentes de vigilância, pontos focais, ASCs, pessoal de laboratório, etc. Este sistema de informação sanitária está em fase de desenvolvimento em STP. Inclui todos os programas de saúde do STP e é financiado localmente. É, portanto, independente do PNLS, mas terá implicações estratégicas muito importantes para alcançar

os seus objectivos, particularmente na área da vigilância epidemiológica, seguimento e avaliação.

Abordagem Estratégica

- O objectivo final é que a implementação de um sistema digital de informação sanitária integral para doenças, que possa satisfazer as necessidades dos programas de tuberculose, VIH, IST e Hepatite, com estes pilares fundamentais de um sistema de vigilância:
- Fornecer ao CNE, dados epidemiológicos imediatos e actualizados para uma resposta eficaz às necessidades (por exemplo, epidemias).
- Facilitar a gestão sanitária.
- Facilitar o acompanhamento dos pacientes pelo pessoal de saúde através de historiais clínicos digitais.
- Comunicação de resultados do laboratório.
- Fornecer os dados necessários para a seguimento e avaliação do programa.
- Fornecer dados de qualidade que constituirão a base para a pesquisa operacional.

A implementação do sistema integrado vai além do presente programa, e será desenvolvida em paralelo com o PNLT, uma vez que envolve todos os sistemas de saúde. O PNLS deve assegurar que o sistema possa integrar as necessidades específicas do programa, na sua dimensão de seguimento e avaliação, bem como apoiar as actividades diárias (por exemplo, que possa integrar a monitorização DOT para ASCs, ver actividade 6.1.1.3). É um instrumento que deve permanecer no STP, e a implementação deve ser progressiva e adequada às capacidades técnicas, de conhecimento e materiais a nível central e periférico.

A consolidação deste instrumento deve ser um objectivo para STP. Durante o período de transição até à implementação do SIS, o sistema precisa de ser reforçado com os instrumentos que estão actulamente em vigor.

Ao mesmo tempo, é necessário compreender melhor os conhecimentos, atitudes e práticas dos doentes com VIH e TB para determinar os riscos inerentes de perda de seguimento e implementar estratégias mais eficazes (por exemplo, recorrer as actividades de EAT).

6	**Meta**	**Reforçar o Sistema de Informação Estratégica**
6.1	***Objetivo específico***	***Melhorar a recolha de dados para permitir a sua utilização na tomada de decisões***
6.1.1	Sous-objetivo	Melhorar a produção, utilização e gestão da informação no domínio de luta contra TB e VIH.
6.1.1.1	*Interveçao estrategica*	Reforço da vigilância epidemiológica
6.1.1.1.1	Actividade 1	Acções de capacitação aos tecnicos de vigilancia epidemiologica no dominio de colecta e produção de dados com qualidade
6.1.1.1.2	Actividade 2	Reprodução de instrumentos e colecta de dados (Fichas e Manuais de procedimentos) de TB e VIH
6.1.1.1.3	Actividade	Adpatação de sistema integrado de vigilancia para TB e VIH (DIHS2)
6.1.1.2	*Interveçao estrategica*	Reforço da vigilância comportamental
6.1.1.2.1	Actividade 1	Realização de um estudo CAP para TB e VIH
6.1.1.2.2	Actividade 2	Desiminação dos resultados do Estudo para tomada de decisão
6.1.2	Sous-objetivo	Implementar sistema vigilànca ES a os fármacos
6.1.2.3	*Intervençao estrategica*	Adaptar no seguimento dos doentes o rastreio de ES e a sua notificação
6.1.2.3.1	Actividade 1	Elaboraçao guiao clinico de deteçao ES
6.1.2.3.2	Actividade 2	Elaboraçao e implementaçao ficha de notificaçao ES
6.1.2.3.3	Actividade 3	Formaçao pessoal saúde na deteçao e manejor dos ES

Actividades específicas para a Hepatite

Contexto Estratégico

Em STP há falta de conhecimento da situação relativa à Hepatite B e Hepatite C, mas a introdução da vacinação contra o HBV em crianças no PAV está planeada, e o rastreio do VHB na Consulta Pré Natal é efectuado sistematicamente. De acordo com dados da África continental, são de esperar prevalências de 10% para o VHB e 5% para o VHC, mas estes dados não podem ser tomados como estimativas no contexto particular e insular de STP:

Abordagem Estratégica:

É primeiro necessário conhecer a situação real do VHB e do VHC em STP, medir o problema do ponto de vista da Saúde Pública, e estabelecer acções concretas para pôr em prática medidas de prevenção e controlo, em conformidade com as indicações da OMS. Em qualquer caso, deve ser salientado que STP recebeu recentemente a oferta de apoio de uma organização filantrópica para apoiar este aspecto negligenciado da saúde em STP, que irá apoiar actividades específicas fora do presente plano.

H.1	**Meta**	***Implementar programa de controlo e prevenção das Hepatites virais***
H 1.1	*Objetivo específico*	Criar as bases para um programa de controlo e prevenção das Hepatites B
H.1.1.1	Sub-objetivo	Conhecer a situaçao epidemiologica do VHB e VHC
H.1.1.1.1	*Interveçao estrategica*	Realizar um estudio epidemiologico sobre as VHB e VHC
H.1.1.1.1.1	Actividade 1	Planficar e implementar um estudo de prevalência da VHB e VHC
H.1.1.1.1.2	Actividade 2	Diseminar os dados
H.1.1.1.1.3	Actividade 3	Elaborar um plano estrategico de controlo e prevençao das VHB e VHC em base a os resultados do estudo.

Actividades Transversais

Justificação:

As actividades transversais abordam os aspectos que afectam a tuberculose, VIH, ISTs e outros, e que não podem ser tratados no âmbito de um único programa. Intervenções específicas devem ser tomadas no contexto das necessidades gerais de um aspecto concreto (por exemplo, laboratório), e harmonizadas com planos genéricos (no caso do laboratório, o Plano Estratégico Nacional para Laboratórios).

4.3.1 Reforço da capacidade laboratorial

Contexto Estratégico

A mudança de paradigma na abordagem do VIH e da TB resultou no reforço do papel central do laboratório, após o aumento do número de amostras para o rastreio da TB, a introdução do GeneXpert como o primeiro teste de diagnóstico da TB (movendo a baciloscopia para o controlo do trtamento dos pacientes), e a implementação da CV duas vezes por ano. Um Plano Estratégico Nacional de Laboratórios está a ser implementado, que irá orientar as actividades específicas e as mudanças resultantes deste novo Plano Estratégico integrado.

Abordagem Estratégica

É necessário desde o início, um diagnóstico da situação e uma avaliação das capacidades que devem ser implementadas, do ponto de vista material (número de dispositivos, condições materiais para os acomodar, etc.) e das capacidades técnicas a nível central e periférico para a sua utilização, manutenção, interpretação e utilização de resultados e gestão de dados, no que diz respeito aos técnicos de laboratório em unidades periféricas mas também aos clínicos. As estimativas das necessidades de material (consumíveis, reagentes) em relação ao número estimado de amostras terão de ser acrescentadas. Em segundo lugar, deverá ser desenvolvido um plano de implementação, harmonizado com o Plano Estratégico Nacional de Laboratórios, que deva incluir um sistema de supervisão e o estabelecimento efectivo de um sistema de rede de laboratórios existentes em STP. A implementação das novas capacidades ao nível laboratorial deve ser empreendida de forma progressiva e em

relação à experiência adquirida durante os preliminares. O número de dispositivos GeneXpert e a sua colocação serão decididos com base nesta experiência preliminar, em equilíbrio com os meios e recursos disponíveis.

AT 1	**Objetivo**	**Os laboratórios central e periféricos tem as capacidades técnicas e materias para asumir as novas tarefas emanadas do novo PNLST**
AT 1..1	Sub-objetivo	Reforçar à area de laboratório ao nivel central e periférico
AT 1.1.1	Intervençao estrategica	Capacitar au nível material, condiçoes e técnicas dos laboratorios
AT 1.1.1.1	Actividade 1	Avaliaçao das situaçao e melhorias precisas em relaçao as novas exigências
AT 1.1.1.2	Actividade 2	Elaboraçao plano de necesidades materiais
AT 1.1.1.3	Actividade 3	Elaborar plano de implementaçao e sustentabilidade
AT 1.1.1.4	Actividade 4	Elaborar e implementar o plano de supervisao e manutenção
AT 1.1.1.5	Actividade 5	Atividades de capacitaçao do pessoais de laboratorio e tecnicos de saúde e ASC na colheita, indicaçoe de amostras e interpretaçao de resultados
AT 1.1.2	Intervençao estrategica	Acquisiçao e implementaçao de novos equipamentos
AT 1.1.2.1	Actividade 1	Estudo de necesidades de equipamentos e reagentes
AT 1.1.2.2	Actividade 2	Compra das equipas
AT 1.1.2.3	Actividade 3	Implementaçao das novas equias segúm o plano de implementação

4.3.2 Sistema Integrado de Informação Sanitária

Contexto Estratégico

Actualmente, o sistema de informação sanitária no STP baseia-se no preenchimento de formulários em papel que circulam dos níveis mais periféricos para os níveis distritais, na sequência da descentralização do sistema de saúde. A informação migra então para a CNE

que centraliza toda a informação de vigilância da tuberculose e do VIH. O sistema é alimentado pela supervisão regular dos responsáveis de laboratório e dos pontos focais TB/VIH e, ao nível central, pelo pessoal da CNE. Este sistema é caro, pesado, e lento. Não permite a detecção atempada de surtos ou situações ou tendências que necessitem de intervenção correctiva ou de replanificação. Ao mesmo tempo, depende do preenchimento em tempo útil e do preenchimento de formulários, o que não é o caso.

Portanto, é necessário um sistema mais flexível, rápido, eficiente e de alta qualidade para melhorar o desempenho e a qualidade sistema de vigilância, seguimento e avaliação, e ao mesmo tempo facilitar o trabalho a nível periférico para um melhor seguimento e gestão dos pacientes.

Abordagem Estratégica

Em STP, está em curso o desenvolvimento e implementação de um sistema integrado de informação sanitária, abrangendo todos os programas de saúde. O SIS é uma oportunidade que se alinha com as indicações da OMS para avançar na utilização de tecnologias digitais para a vigilância, seguimento e avaliação destas três doenças. Este programa tem o seu próprio orçamento, mas deve satisfazer as necessidades estratégicas e específicas de ambos programas:

- Implementação de um sistema de seguimento de pacientes em DOT e TARV, através de aplicações celulares.
- Informação atempada sobre actividades e resultados laboratoriais para vigilância epidemiológica e resposta imediata à surtos epidémicos e descontinuidade de seguimento.
- Disponibilidade de dados de qualidade para supervisão, monitorização e avaliação do programa.
- Fornecimento de bases de dados de qualidade necessárias para a realização de estudos operacionais.

- Facilitar o trabalho diário dos médicos e técnicos de saúde responsáveis pelo diagnóstico e acompanhamento dos pacientes.

O SIS deve atingir e ligar todos os níveis de actividade do PNS, ao nível comunitário (ASC), Unidades de Saúde, Laboratório e o CNE.

AT2	**Objetivo**	**Implementar do sistema integrado de vigilância sanitaria que responda nos aspectos VIH e TB**
AT 2.1	Sub-objetivo	O SIS integra e responde as necesidades estratégicas do PNLS e PNLT
AT 2.1.1	Intervençao estrategica	Introduzir no desenvolvimento do SIS estas necessidades
AT 2.1.1.1	Actividade 1	Elaboraçao das necesidades e informaçoes especificas de TB e VIH
AT 2.1.1.2	Actividade 2	*Atelier*/reunioes de desenvolvimento do SIS resepcto as necessidades de VIH e TB
AT 2.2	Sub-objetivo	Os atores do PNLS e PNLT estan capacitados e usam apropiadamente o SIS
AT 2.2.1	Intervençao estrategica	Formaçao, capacitaçao e supervisao dos atores
AT 2.2.1.1	Actividade 1	Fazer *atelier* de formaçao dos atores que van usar o SIS
AT 2.2.1.2	Actividade 2	Establecer um protocolo de implementaçao e transiçao do sistema antigo pelo SIS resepcto TB e VIH
AT 2.2.1.3	Actividade 3	Elaborar protocolos de manejo do SIS respecto TB e VIH
AT 2.2.1.4	Actividade 4	Establecer un programa de supervisao do uso adequado do SIS respecto TB e VIH

4.3.3 Reforço das condições de trabalho dos ASC

Contexto Estratégico

Uma das observações das avaliações do PNLS e do PNLT 2013-2017 foi a fraqueza das actividades a nível comunitário que estão a cargo das ASCs. Eles, têm responsabilidades que não estão de acordo com as condições de trabalho, recursos e incentivos que recebem.

Em particular, no que diz respeito à TB, são responsáveis pela maior parte da actividade do DOT e pelo seu sucesso. No próximo plano nacional eles terão um papel ainda mais importante. Há uma forte necessidade de os reforçar e assim garantir a qualidade do seu trabalho.

Abordagem Estratégica

É proposto, um apoio aos ASC relativamente às ajudas de custo diários e o fornecimento de meios materiais para facilitar o seu trabalho. Ao mesmo tempo, há necessidade de aumentar a sua capacitação para responder aos novos desafios do programa. Necessário se torna, o reconhecimento do seu papel e do seu trabalho no sistema de saúde.

AT 3	**Objetivo**	**Melhorar a performance do trabalho dos ASC**
AT 3.1	Sub-objetivo	Equilibrar os meios materiais e as condiçoes de trabalho com as responsabilidades dos ASC
AT 3.1.1	Intervençao estrategica	Melhorar as condições de trabalho dos ASC
AT 3.1.1.1	Actividade 1	Adquirir materiais e equipamentos de trabalho para os Agentes de Saude Comunitária (, botas, capas de chuva, mochilas, blocos e esferografica)
AT 3.1.1.2	Actividade 2	Motivar financeiramente os agentes de saude comunitaria para assegurar o tratamento e o seguimento dos doentes
AT 3.1.1.3	Actividade 3	Advogar para inclusão do ASC nos sistemas de saude

4.4 Actividades Estratégicas Complementares

Justificação

As actividades complementares abordam aspectos que constituem ameaças à realização dos objectivos 90-90-90. Não são específicos do STP, mas até à data não foi dada qualquer atenção específica a estes factores. A sua implementação permitirá evitar e controlar estas ameaças: o aumento da vulnerabilidade ao VIH, através de populações que provaram ser fundamentais para a dinâmica epidemiológica na África subsaariana, as PS e raparigas jovens dos 15 aos 25 anos de idade, a luta e controlo da resistência aos ARV.

4.4.1 A implementação de um Observatório das vulnerabilidades do VIH em STP, destinado às PS e raparigas jovens (15-25 anos de idade).

Contexto Estratégico

As PS e as jovens raparigas são as populações que têm maior influência na evolução global da epidemia do VIH. Isto é muito evidente nos países subsaarianos, onde existe uma relação directa entre a prevalência do VIH nas PS e a prevalência na população em geral. (ref). Mais recentemente, a atenção tem-se concentrado nas raparigas dos 15-25 anos de idade que são populações altamente vulneráveis com 8 ou mais vezes o risco de adquirir o VIH em comparação com os rapazes da mesma idade em países de elevada prevalência. Para além da consideração ao nível individual dos seus direitos para serem protegidos contra a epidemia, a prevenção do VIH entre estas populações, também faz sentido numa perspectiva de Saúde Pública. Eles são os pontos de entrada de novos casos para STP se houver mudanças significativas no contexto. De facto, nos últimos anos tem havido um aumento das relações sexuais precoces e gravidezes na adolescencia, e a presença mais frequente da prostituição, inclusive entre raparigas jovens, e de redes sexuais com estrangeiros do continente.

É necessário assinalar os utilizadores de drogas injectáveis, como uma População Chave PCs para o VIH, cuja sua presenção ainda não é detectada em STP, mas estão presentes e constituem um grave problema social e de saúde pública noutros pequenos estados insulares em África (Cabo Verde, Maurícias e Seychelles). É bastante relevante a vigilancia para monitorizar a presença deste fenómeno e agir energicamente se a sua presença for detectada.

Implantação da UDI é um problema grave que vai para além da prevenção do VIH e deve ser prevenido por completo. Além disso, como explicado no contexto do país, STP tem uma população muito jovem (idade média de 18,4 anos), que é o alvo deste observatório (especialmente raparigas jovens), mas também as mais vulneráveis às práticas da UDI quando são introduzidas. A criação de um observatório permitirá conhecer melhor estas vulnerabilidades, monitorizá-las e agir em conformidade (sempre centrado no doente) para evitar o risco que isto implica para atingir os objectivos do programa VIH, e detectar estas vulnerabilidades ou sinais de introdução do VIH, incluindo as UDI, numa fase precoce e agir em conformidade.

Abordagem Estratégica

Em STP existe o Instituto Nacional para promoção da Igualdade e Equidade de Género (INPG), que trabalha junto com o PNLS e visa populações de PS e raparigas jovens no sentido mais amplo da SSR. Este programa inclui actividades de seguimento, avaliação e intervenção. Isto pode constituir a base para o estabelecimento de actividades regulares de monitorização para determinar o nível de vulnerabilidade e a inclusão de actividades específicas de prevenção, se necessário. O objectivo não é criar novas estruturas ou actividades, mas sim focalizá-las melhor e coordená-las com o PNLS.

Os dados específicos a ter em conta nestas duas populações são:

- Taxas de gravidez na adolescência.
- Prevalência e incidência de ITS e VIH.
- Uso consistente do preservativo.
- Número e tipo.de parceiros sexuais
- Idade, origem e perfil sociodemográfico dos parceiros sexuais.
- Prevalência do sexo transaccional nas suas diversas formas.
- Tipologia dos clientes de sexo transaccional e das PS.
- Idade da primeira relação sexual.
- Número de parceiros sexuais no último ano/mês.
- Observação da UDI.

AS 1	**Objetivo**	**Disminuir a ameaça do incremento da vulnerabilidade au VIH/SIDA em populaçoes chave: PS e mulheres jovens 15-25 anos**
AS 1.1	Sub-objetivo	Establecimento de um sistema de vigilância bio.comportamental nas PS
AS 1.1.1	Intervençao estrategica	Establecer uma ligaçao efectiva e regular das atividades do departamente de género e a mulher
AS 1.1.1.1	Actividade 1	Establecer un protocolo de trabalho conjunto VIH e o INPG referente as PS
AS 1.1.1.2	Actividade 2	Implementar o protocolo de vigilância continua
AS 1.1.1.3	Actividade 3	Elaboraçao de relatorios 2 anuais pela açao (atelieres)
AS1.2	Sub-objetivo	Establecimento de um sistema de vigilância bio.comportamental nas mulheres 15-25 anos

AS 1.2.1	Intervençao estrategica	Establecer uma ligaçao efectiva e regular das atividades do departamente de género e a mulher
AS 1.2.1.1	Actividade 1	Establecer un protocolo de trabalho conjunto VIH o INPG referente as mulheres jovens
AS 1.2.1.2	Actividade 2	Implementar o protocolo de vigilância continua
AS 1.2.1.3	Actividade 3	Elaboraçao de relatorios pela açao
AS1.2	Sub-objetivo	Establecimento de um sistema de vigilância de presença dos UDI
AS 1.2.1	Intervençao estrategica	Establecer um sistema de informaçao para informar a presença de UDI em STP
AS 1.2.1.1	Actividade 1	Establecer un protocolo de trabalho conjunto PNLST e INPG que inclui a deteçao de atividade UDI.
AS 1.2.1.2	Actividade 2	Implementar o protocolo de vigilância contínua de UDI.
AS 1.2.1.3	Actividade 3	Elaboraçao de relatórios pela açao respecto a os resultados.

4.4.2 Prevenção e Controlo da Resistência aos ARV:

Contexto estratégico

A resistência aos ARV, especialmente aos NNTI, está a aumentar constantemente, especialmente na África Subsaariana (ref.). Este fenómeno é uma grande preocupação que representa um desafio para alcançar o objectivo 90-90-90. A infecção com uma estirpe resistente a NNTI em pacientes com resistência ao pré-tratamento aumenta a probabilidade de falha na supressão do CV, falha no tratamento e mortalidade associada ao VIH/SIDA. (ref). A falta de supressão viral aumenta o risco de transmissão de estirpes, e além disso serão estirpes resistentes, e a necessidade de implementar regimes de segunda linha com um aumento significativo dos custos. (ref.). A prevenção e controlo da resistência aos ARV deve ser uma prioridade no programa de prevenção e controlo do VIH/SIDA, tal como recomendado pela OMS

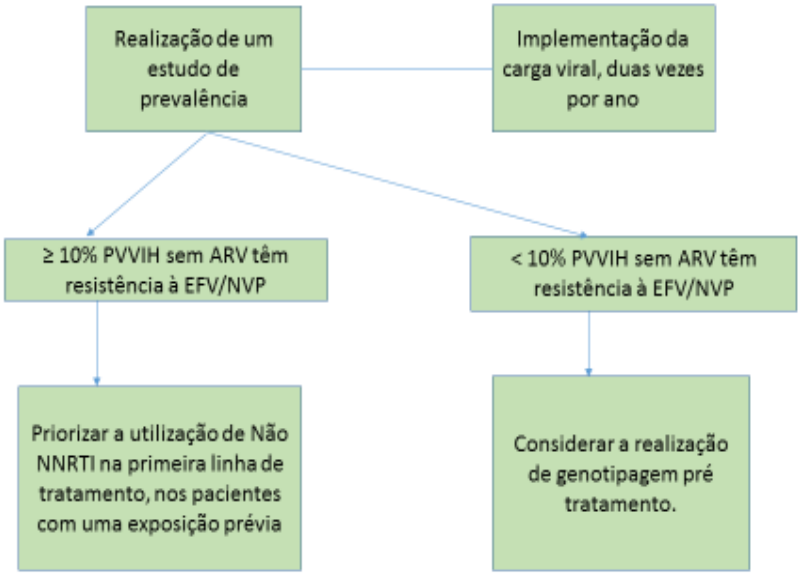
Em STP não existem estimativas directas da prevalência de resistência, nem naqueles que não receberam tratamento e nem nos que estão actualmente em tratamento. Mas os dados clínicos e laboratoriais mais recentes salientam que apenas 29% dos doentes com ARV estão em supressão viral e que o insucesso do tratamento chega a atingir 25%. Existem sinais de

resistência, com uma falta de acompanhamento adequado (realização do VC uma vez por ano em vez de duas, como recomendado, devido à falta de apoio orçamental para a aquisição de reagentes). A resistência aos ARV pode estar na origem dos maus resultados do terceiro 90. .

Em STP, se propõe implementar no programa actual a estratégia Testar e Tratar, significando que todos os PVVIHs serão colocados em ARVs, duplicando assim os doentes em TARVs. Portanto este problema precisa de ser tratado com prioridade.

Abordagem Estratégica

Em primeiro lugar, é necessária conhecer a taxa de resistência, particularmente às NNTI, para determinar se os medicamentos de primeira linha precisam de ser adaptados para as PVVIH. Uma prevalência em doentes que não estão em ARVs ≥10% é uma indicação para apressar os ARVs de segunda linha como primeira escolha, de acordo com o diagrama abaixo:



O objectivo é assegurar que o tratamento ARV permanece eficaz e que o risco de impacto é mantido a um nível mínimo. A política de combate à resistência aos ARV baseia-se em dois princípios, elaborados pela OMS:

Prevenir e responder às resistências: Seguimento adequado das PVVIH sob ARV e promoção da adesão ao tratamento.

- Monitorização e vigilância das resistências: realização regular de estudos de prevalência e monitorização.
- Investigação e inovação: factores associados, publicação de resultados e utilização de novas tecnologias.
- Capacitação laboratorial: implementação de testes para realização da CV, duas vezes por ano em todos os PVVIH.

Em STP, deve-se priorizar a monitorização e vigilância da resistência através da realização de estudos transversais, que incluem doentes com VIH em doentes pré-ARV e doentes com VIH em ARV em 1) supressão do CV, 2) sem supressão viral e 3) doentes que tenham experimentado falencia no tratamento. Na sequência destes resultados, devem ser implementadas estratégias apropriadas de acordo com as directrizes da OMS.

As actividades de controlo e prevenção correspondem às actividades destinadas a melhorar o monitorizaç e a aderência desenvolvidas para o objectivo estratégico.

AS 2	**Objetivo**	**Prevenir e controlar a emergência de resistèncias a os ARV**
AS 2.1	Sub-objetivo	Conhecer a taxa de prevalencia de resistencias nos PVVIH
AS 2.1.1	Intervençao estrategica	Establecimento de estudo de prevalencia das resistencias
AS 2.1.1.1	Actividade 1	Realizar um estudio nos diferentes PVVIH (pre, em, falência)
AS 2.1.1.2	Actividade 2	Disseminaçao dos resultados
AS 2.2	Sub-objetivo	Conseguir um tratamento adquado apra o ARV
AS 2.2.1	Intervençao estrategica	Adaptar o protocolo de tratamento aos PVVIH

		segúm o resultado do teste de prevalência
AS 2.2.1.1	Actividade 1	Elaborar protocolo manejo ARV segúm resultados estudo prevalência
AS 2.2.1.2	Actividade 2	Formaçao pessoal de saúde
AS 2.2.2.2	Actividade 3	Asegurar tratamentos de 1ª, 2ª et 3ª ligna
AS 2.3	Sub-objetivo	Conseguir boa monitoria da CV nos PVVIH
AS 2.3.1	Intervençao estrategica	Capacitar o sistema de saúde e as areas de laboratorio para fazer CV
AS 2.3.1.1	Actividade 1	Implementaçao GenXpert para fazer CV
AS 2.3.1.2	Actividade 2	Modificar protocolo para realizar CV cada 6 meses
AS 2.3.1.3	Actividade 3	Formaçao técnicos de saúde e pessoal de laboratorio para realizar CV e interpretar resultados

Plano Operacional

Plano de Seguimento e Avaliação

Quadro lógico de objectivos e indicadores-chave de impacto, efeito e resultados para o VIH/SIDA

Nº de indicador		Código do Indicador WHO	INDICADOR	Dados de base	METAS ANUAIS						Fonte dos dados/ métodos de	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de
			Indicador de impacto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
1	IMP	HIV1-13	Percentagem de Mulheres e Homens com idade de 15 a 24 anos Infectados com HIV	ND							Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
2	IMP	HIV I-6	%das crianças infectadas das mulheres contaminadas pelo HIV, que deram a luz nos últimos 12 meses:	2,9% (1/35*100) Meta era 6%	3%	2%	1%	0%	0%	0%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
3	IMP	HIV I-10	%de PS (femininas) infectadas com HIV				TBD				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
4	IMP	HIV1-9a	%de HSH infetados com HIV				TBD				Relatório de Pesquisa	Cada 3 anos	CDT, Distritos, PNLS
5	IMP	TB/HIV-5	Numero e %de pacientes TB que fizeram teste de HIV e receberam aconselhamento e resultado	99,3% (141/142*100) Meta era 100% (houve um obito)	100%	100% (172/172)	100% (180/180)	100% (190/190)	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
6	IMP	TB/HIV-6	TB/HIV-6(M): Percentagem de pacientes novos e recaidas de tuberculose infectados com HIV em TARV	100% (23/23*100)	100%	100% (28/28)	100% (25/25)	100% (23/23)			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
7	IMPACTO		Numero de grávidas estimadas seropositivas	34	34	31	30	29	15	15	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
8	IMPACTO	HIV-1.13	Numero de crianças sero+positivas estimadas	2	1	1	1	1	1	1	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
9	IMPACTO	HIV-1.13.a	Numero de PVVIH estimados	1054	1046	1036	1026	1018	1011	1007			
10	OUT(RES)	HIV O-1	%de adultos e crianças que estão sob tratamento antiretoviral, 12 meses depois de ter iniciado o tratamento,	72,4% (105/145*100) Meta n atingida mais de 85%	90%	>90%	>90%	90%	>90%	>90%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
11	OUT(RES)	HIVO-10	%de mulheres e homens com idade de 15-24 anos que tiveram mais de um parceiro sexual nos ultimos 12 meses e que declarou utilizar preservativos na sua ultima relação sexual	33,% Mics 2014							Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
12	OUT(RES)	HIVO-12	Percentagem de Pessoas que estao sobre TARV que tem carga viral suprimida	59,2% (471/796)		70,5% (688/976)	81,4% (790/970)	90,4% (870/962)	90,1% (860/954)	91,9% (870/946)	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
13	OUT(RES)	HIVO-5	%das PS que declara ter usado preservativo com o seu cliente mais recente	55,8% (IBBS 2018)							Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
14	OUT(RES)	HIVO-	%de mulheres com idade de 15-24 anos, com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, que declarou ter usado preservativo na sua ultima relação sexual	48% MICS2014			60%				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
15	OUT(RES)	HIVO-	%de mulheres com idade 15-49 anos que fizeram teste de VIH e receberam resultados, nos últimos 12 meses (MICS2014=38,5%)	38.5% MICS2014			45%				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS

Nº de indicador		Codigo do Indicador WHO	INDICADOR	Dados de base	METAS ANUAIS						Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados
			Indicador de impacto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
16	OUT(RES)	HIVO	%da população de risco (trabalhadoras de sexo) que identificou corectamente os meios de prevenção da transmissão sexual do VIH e regeitou os falsos conceitos				TBD				Relatório de pesquisa,	Cada 3 anos	PNLS
17	OUT(RES)	HSSO-6	Número de distrito de Saúde fornecendo relatórios completos e em tempo Previsto	7	7	7	7	7	7	7	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
18	COBERTURA	TCS-1(M)	TCS-1(M): Porcentagem de pessoas vivendo com HIV atualmente recebendo terapia anti-retroviral	97,3	>90	>90	>90	>90	>90	>90	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
19	COBERTURA	TB/HIV-6(M)	TB/HIV-6(M): Percentagem de pacientes novos e recaidas da tuberculose infectados com VIH sob TARV durante o periodo	100% (23/23*100	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
20	COBERTURA		Nº de homens que fizeram testes e receberam aconselhamento e resultados dos testes HIV	6137 Meta era 4049	5183	6183	7183	8183	9183	10183	Registo de consulta,	Trimestral e anual	ONG's, INPG, PNLS
21	COBERTURA		Nº de mulheres que fizeram testes e receberam aconselhamento e resultados dos testes HIV	9361 Meta era 7104	8316	9316	10316	11316	12316	13316	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
22	COBERTURA	TCS1.1	Numero de pacientes de SIDA recebendo o TARV (2ª linha) conforme as directrizes nacionais	42 Meta era 40		49	53	56			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
23	COBERTURA	PMTCT-3.1	Número e %de crianças nascidas de mães infectadas pelo HIV que fizeram teste de HIV nos 2 meses após o nascimento	100% (35/35*100) Meta era 35	31	26	23	20	17	15	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
24	COBERTURA		Numero de paciente com IST que receberam tratamento adequado nas unidades sanitárias	1412(todos os que tiveram foram tratados)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
25	COBERTURA		Numero de preservativos masculinos distribuídos nos sistemas de saúde e nas ONGs	520067	%	7972715,5	8218617	8471222			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
26	COBERTURA	PMTCT-2.1	Percentagem de gravidas seropositivas que receberam ARV completo para PTMF	102,9% (35/34*100) **spectrum 2020	>96%	>96%	>96%	>96%	>96%	>96%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
27	COBERTURA	TCS1.1	Percentagem de PVVIH recebendo TARV	97,3% (842/865*100) Meta era 90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
28	COBERTURA	KP1-c	Números de PS alcançadas através das sessões sensibilizações nas comunidades com pelo menos uma IEC/CMC sobre HIV,	425	425	485	510	530	555	579	Registo de consulta relatorio ONG,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS

Nº de indicador		Codigo do Indicador WHO	INDICADOR	Dados de base	METAS ANUAIS						Fonte dos dados/ métodos de recolha dos dados	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório dos dados
			Indicador de impacto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
29	COBERTURA		Numero de profissional de saude formados sobre precaução universal	90	90	90	90	90	90	90	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
30	COBERTURA	TCS1c	Numero de PVVIH sob TARV Crianças	28	15	13	12	10	9	8	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
31	COBERTURA	TCS11	Numero de PVVIH sob TARV	842	(93,5) 978/1046	(94,2) 976/1036	(94,5) 970/1026	(94,5) 962/1018	(94,3) 954/1011	(94,1) 948/1007	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
32	COBERTURA		Numero de HSH estimados	(90,8%) 189/208 (2018)		(85%) 189/222	(84,7%) 195/230	(86%) 205/238	218/253	224/261	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
33	COBERTURA		Numero de profissionais de sexo estimados	425	425/2184	572/2288	598/2393	625/2502	653/2612	681/2725	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
34			Numero de paciente HIV+ que recebem tratamento profiláctico com cotrimoxazol para doenças oportunistas		100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
35		PMTCT-3.1	Numero e percentagem de crianças nascidas de mãe seropositivas que iniciaram profilaxia com cotrimoxazol 2 meses apos o nascimento	62,8% (22/35*100) Denominador Spectrum	31	26	23	20	17	15	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
36			Numero de paciente com IST que receberam tratamento adequado nas unidades sanitárias	1412	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
37			Numero de unidades sanitárias que não reportaram roptura de stock mais de 1 semana, dos medicamentos recomendados para IST em qualquer tempo durante esses 3 meses	41	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
38			% de unidade de sangue transfundido nos últimos 12 meses que foram adequadamente testados para hepatite C, HBS, HIV de acordo com a recomendações de guidelines da WHO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
39	OUT(RES)	PTMF-1	Percentagem de mulher gravida que conhece o seu estatus	100% (6457/6457)	100% (7206/7206)	100% (7353/7353)	100% (7512/7512)	100% (7688/7688)			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
40	OUT(RES)	TB/HIV7	Percentagem de PVVIH recebendo TARV e que iniciaram tratamento preventivo para TB			50,2 (490/976)	54,6 (530/970)	64,6 (622/962)			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS
41	COBERTURA	KP1-F	Numero de pessoas na prisao que receberam pacotes preventivos	85% (170/200) 2018		92% (230/250)	96% (240/250)	100% (250/250)			Registo de consulta,	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLS

Quadro lógico dos objectivos e indicadores chaves do impacto, efeito e de resultado para a tuberculose.

Nº de indicador		Codigo do Indicador WHO	Indicadores	Dados de base	Metas anuais						Fonte dos dados/ métodos de recolha	Frequência de recolha	Responsável de recolha e de relatório
			Impacto	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025			
1	IMP	TB I-2	Taxa incidência(por 100.000 hb)	60,6% (125/206423*100000)	77	70	65	62	59	55	Relatório anual PNLT	anual	PNLT
2	IMP	TB I-3M	Taxa de Mortalidade de TB por 100.000 habitantes	6,8% (14/206423*100000)	4,7%(10/212540*10000	4,2%(213691*100000)	3,6%(8/218576*100000)	3,1% (7/224157*100000)	2,6% (6/228840*100000)	2,1% (5/233622*100000)	Relatorio	Anual	PNLT
3	Out(Res)	TB O-2a	Taxa de sucesso terapêutico todos formas (curados+os que completaram o tratamento) registados durante cada ano	71,1% (108/152*100) trata-se dos casos de 2018	90%	*>90%*	*>90%*	*>90%*	*>90%*	*>90%*	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatórios dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
4	Out(Res)	TB O-4M	Taxa de sucesso terapêutico dos casos TB-MDR confirmados por laboratório	80% (4/5*100) 2018		85,7% (6/7)	87,5% (7/8)	87,5% (7/8)	85,0%	85,0%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes MDR	Anual	PNLT
5	COB	TCP-1 (M)	Numero de casos notificados TB todas as formas, bacteriologicamente confirmado mais clicnicamente diagnosticados (inclui os novos e recaídas)	142	200	*172*	*180*	*190*			Relatório anual PNLT	anual	PNLT
6	COB	TCP-3	Número de laboratórios que realizam controlo de qualidade externo de microscopia para BAAR, regularmente	8	8	8	8	8	8	8	Relatórios de supervisão e relatórios	Trimestral e anual	LNR & PNLCT
7	COB	TB/HIV-5	Proporção de pacientes TB notificados que foram testados por VIH e cujo resultado foi positivo	16,2% (23/142*100)	13,50%	16.3% (28/172)	13.9% (25/180)	12.1% (23/190)			Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
8	COB	TB/HIV-3.1	Proporção de pacientes TB testados positivos por VIH e que recebem uma profilaxia em cotrimoxazole	100% (23/23*100)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	Registo e relatórios do PNLT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
9	COB	MDR TB-3 (M	Número de casos de TB-MDR/ RR, que iniciaram o tratamento de 2ª linha	2	7	7	8	8			Registo e fichas de tratamento da TB-MR, relatórios do PNLCT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
10			Número de casos novos de TB BK + reportados às autoridades sanitárias	41	75	105	110	116	120	124	Relatório PNLT	Trimestral e anual	PNLCT
11			Taxa de sucesso terapêutico dos NC TB BK+ (curados+os que completaram o tratamento)	ND	95%	95%	95%	95%	95%	95%	Relatório PNLT	Semestral e anual	PNLT
12			Percentagem de casos TB tratados com sucesso com envolvimento dos ASC	ND	90%	90%	90%	90%	90%	90%	Registo da TB, fichas de tratamento dos doentes, relatório dos CDT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
13			% de supervisões dos CDT realizadas (com relatórios) sobre o número de supervisões planificadas	*100%*	100%	100%	100%	100%			Relatórios do PNLCT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
14			Taxa de detecção de NC TPM+	33,3% (42/125*100)		75%	80%	80%			Registo e relatórios do PNLCT	Trimestral e anual	CDT, Distritos, PNLT
15			Número de crianças menores de 5 anos que receberam profilaxia com Isoniazida	203	194	180	170	160			Relatorios e registo PNLT	Anual/trimetsral	CDT, Distritos, PNLT
16			Percentagem de sintomaticos respiratorios registados dentre os sintomaticos respiratorios estimados por ano	65,3% (1293/1980*100)	75%	80%	85%	90%			Relatorios e registo PNLT	Anual/trimetsral	CDT, Distritos, PNLT

INFORMAÇÃO E DIFUSÃO DOS DADOS

A divulgação de dados será um elemento importante de Seguimento e Avaliação. Promove a boa colaboração através da partilha de informação, o que motiva os colectores de dados a continuar o seu trabalho uma vez reconhecida a sua utilidade.

A CNE / PNLT / PNLS em colaboração com todas as partes interessadas tem a responsabilidade de coordenar e assegurar a disseminação da informação a todos os níveis:

- Parceiros de desenvolvimento;
- Actores de implementação;
- Sub-benefeciarios;
- Estruturas de implementação
- A população.

Os dados serão utilizados para a tomada de decisões. Serão elaborados relatórios trimestrais e anuais sobre a informação recolhida a nível nacional. Estes, por sua vez, serão divulgados a todos os intervenientes no processo e ao público em geral.
Os dados e informações serão utilizados pelos distritos de saúde e a nível central na gestão, rectificação, orientação e reprogramação de acções num processo em espiral de evolução.

ORÇAMENTO

O orçamento total deste plano para 5 anos é de **193 303 897,01 DBS**, ou seja **7 889 954,98 Euros**.

O orçamento de intervenção pode ser encontrado no quadro abaixo.

Resumo orçamental por intervenção

											Cambio	
											24,50	**22,00**
	Objectivfs/Stratégies	**Modulo**			**Coût 2018**	**Coût 2019**	**Coût 2020**	**Coût 2021**	**Coût 2022**	**Total de custo 2018 para 2022**	**Coût Total 2018 -2022 (EUROS)**	**Coût Total 2018-2022 (USD)**
		TOTAL ----------			**35 533 633,96**	**32 941 370,83**	**48 270 056,58**	**38 613 619,27**	**37 945 216,41**	**193 303 897,01**	**7 889 954,98**	**8 786 540,77**
T.1.1.1.1.2	Adquerir Izoniazida para profilaxia nas crianças menores de 5 anos, no PVVIH e nos imuodepromidos por outras causas (diabeticos)	População-chave	6	TB	111 474,00	111 474,00	111 474,00	111 474,00	111 474,00	557 370,00	22 749,80	25 335,00
T.1.1.1.1.3	Disponibilizar Izoniasida em todas as farmacias distritais	População-chave	6	TB	-	-	-	-	-	-		
T.1.1.1.1.4	Garantir a gratituidade de exames hematologicos para os pacientes com indicação para TPI	População-chave	6	TB	-	-	-	-	-	-		
T.1.1.1.1.5	Realizar sensibilização aos grupos alvos sobre a importância da profilaxia com Isoniazida	População-chave	6	TB	41 000,00	41 000,00	41 000,00	41 000,00	41 000,00	205 000,00	8 367,35	9 318,18

T.1.1.1.1.6	Reproduzir e disponibilizar algoritmo de tratamento profilatico em todos os centros de tratamento	População-chave	6	TB	27 400,00		27 400,00		27 400,00	82 200,00	3 355,10	3 736,36
T.1.1.2.1.1	Avaliação da implementação da política de controlo da infecção	Gestão de Programa	8	TB			1 195 334,00			1 195 334,00	48 789,14	54 333,36
1.1.2.1.2	Reproduzir guia de controlo de infeção (n º)	Gestão de Programa	8	TB	17 500,00		17 500,00			35 000,00	1 428,57	1 590,91
T.1.1.2.1.3	Formar profissionais de saúde em matéria de controlo de infeção (nº de participantes)	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB	61 430,73		61 430,73		61 430,73	184 292,19	7 522,13	8 376,92
T.1.1.2.1.4	Construir e equipar uma unidade de internamento para os doentes de TBMR que respeita as normas de controlo infeção	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB			7 717 500,00			7 717 500,00	315 000,00	350 795,45
T.1.1.2.1.5	Adquirir e disponibilizar materiais de proteção individual para todas as unidades sanitárias (mascaras, respiratorias e cirurgicas, luvas)	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB	156 670,72	156 670,72	156 670,72	156 670,72	156 670,72	783 353,59	31 973,62	35 606,98
T.1.1.3.1.1	Realizar a cartografia dos casos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	14 560,00	3 640,00	3 640,00	3 640,00	3 640,00	29 120,00	1 188,57	1 323,64

T.1.1.3.1.2	Organizar trimestralmente a despistagem a volta dos contactos baseando na cartografia dos casos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	14 214,48	14 214,48	14 214,48	14 214,48	14 214,48	71 072,40	2 900,91	3 230,56
T.1.1.3.1.3	Adquirir motorizadas para apoiar na busca dos contactos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB				1 200 000,00		1 200 000,00	48 979,59	54 545,45
T.1.1.3.1.4	Disponibilizar combustivel para busca dos caontactos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	216 000,00	216 000,00	216 000,00	216 000,00	216 000,00	1 080 000,00	44 081,63	49 090,91
T.1.1.3.1.5	Capacitar os tecnicos e os agentes de saude em materia de busca activa dos contactos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	56 605,77		56 605,77		56 605,77	169 817,31	6 931,32	7 718,97
T.1.1.3.1.6	Actualização do protocolo de busca activa dos contactos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	9 864,90					9 864,90	402,65	448,40

T.1.1.4.1.1	Recrutar um consultor externo para rever a estratégia de Comunicaçao	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB				317 185,00		317 185,00	12 946,33	14 417,50
T.1.1.4.1.2	Realizar campanhas de sensibilização na comunidade, escola, igreja, serviços prisionais redução de estigma	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	24 400,00	24 400,00	24 400,00	24 400,00	24 400,00	122 000,00	4 979,59	5 545,45
T.1.1.4.1.3	Elaborar e produzir materiais de (desdobaveis, cartazes, paineis gigantes, camisolas, chapeus…)	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	740 800,00	740 800,00	740 800,00	740 800,00	740 800,00	3 704 000,00	151 183,67	168 363,64
T-1.1.4.1.4	Assegurar a comemoração o dia mundial de luta contra a tuberculose	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	211 000,00	211 000,00	211 000,00	211 000,00	211 000,00	1 055 000,00	43 061,22	47 954,55
AT 1.1.1.1	Avaliaçao das situaçao e melhorias precisas do laboratório em relaçao as novas exigências	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB				66 555,00		66 555,00	2 716,53	3 025,23

AT 1.1.1.2	Encontro de trabalho para elaboraçao de um plano de necesidades em materiais do laboratório	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB			32 778,75			32 778,75	1 337,91	1 489,94
AT 1.1.1.3	Elaborar plano de implementaçao e sustentabilidade para laboratórios (Atelier de validação para reprodução)	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB		6 785,00				6 785,00	276,94	308,41
AT 1.1.1.4	Elaborar e implementar o plano de supervisao e manutenção	Seguimento e avaliação	7	TB	3 060,00					3 060,00	124,90	139,09
AT 1.1.1.5	Atividades de capacitaçao do pessoais de laboratorio e tecnicos de saúde e ASC na colheita, indicaçoe de amostras e interpretaçao de resultados	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	92 795,68	92 795,68	92 795,68	92 795,68	92 795,68	463 978,40	18 937,89	21 089,93
V.1.1.5.1.1	Formar dos ASC em CMC, aconselhamento para aderência de campanhas voluntária	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	144 141,60		144 141,60		144 141,60	432 424,80	17 649,99	19 655,67
V.1.1.5.1.2	Elaboracao de lei sobre os deveres/Direitos dos pacientes de TB e TB/MR	Gestão de Programa	8	TB		42 250,00				42 250,00	1 724,49	1 920,45

V.1.1.5.1.4	Participacao anual da coordenacao do programa TB na reuniao CARN-TB	Gestão de Programa	8	TB	131 336,00	131 336,00	131 336,00	131 336,00	131 336,00	656 680,00	26 803,27	29 849,09
V.1.1.5.2.2	Realizacao do Estudo Catastrofico TB	Gestão de Programa	8	TB			490 000,00			490 000,00	20 000,00	22 272,73
T.2.1.1.1.1	Reforçar o rastreio da TB em todos casos presuntivos nos serviços de saúde (Sintomatico Respiratório)	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	22 750,00	22 750,00	22 750,00	22 750,00	22 750,00	113 750,00	4 642,86	5 170,45
T.2.1.1.1.2	Rever o algoritmo e a estratégia de despistagem para o rastreio dos casos	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	2 000,00					2 000,00	81,63	90,91
T.2.1.1.1.3	Realizar mensalmente busca activa nos contactos dos casos de doente daTB	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	84 000,00	84 000,00	84 000,00	84 000,00	84 000,00	420 000,00	17 142,86	19 090,91
T.2.1.1.1.4	Assegrar a supervisao das actividades do laboratorio pelo Instituto Ricardo Jorge-Lisboa Portugal	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	469 157,36	469 157,36	469 157,36	469 157,36	469 157,36	2 345 786,80	95 746,40	106 626,67

T.2.1.1.1.5	Adquirir materiais, reagentes e consumíveis para baciloscopia e Genexpert	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	92 928,50	92 928,50	92 928,50	92 928,50	92 928,50	464 642,50	18 965,00	21 120,11
T.2.1.1.1.6	Formar /reciclar todo o professional do laboratorio sobre o diagnóstico da tuberculose tendo em conta a estrategia de despistagem	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	46 673,85	46 673,85	46 673,85	46 673,85	46 673,85	233 369,25	9 525,28	10 607,69
T.2.1.1.1.7	Assegurar o controlo de qualidade nivel distrital e nacional pelo laboratorio supranacional de Camerou e/ouInstituto Ricardo Jorge	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	3 300,00	3 300,00	3 300,00	3 300,00	3 300,00	16 500,00	673,47	750,00
T.2.1.1.2.1	Reforçar o rastreio da TB MR em todos casos presuntivos	TB-MR: deteção e diagnóstico de casos	3	TB	3 500,00	3 500,00	3 500,00	3 500,00	3 500,00	17 500,00	714,29	795,45
T.2.1.1.2.2	Rever o algoritmo e a estratégia de despistagem para o rastreio dos casos TB MR	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	3	TB	2 000,00		-			2 000,00	81,63	90,91
T.2.1.1.2.3	Adquirir 4 aparelhos de Genexpert , equipamento para cultura no meio liquido, antiobiograma e os respetivos consumíveis	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	3	TB			2 032 569,00			2 032 569,00	82 962,00	92 389,50

T.2.1.1.2.4	Asegurar o transporte das amostras para LNR-TB (para cultura e teste de sensibilidade)	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	3	TB	17 840,00	17 840,00	17 840,00	17 840,00	17 840,00	89 200,00	3 640,82	4 054,55
T.2.1.1.2.5	Adquirir materiais, reagentes e consumíveis para cultura incluindo os cartuchos	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	3	TB	368 531,50	368 531,50	368 531,50	368 531,50	368 531,50	1 842 657,50	75 210,51	83 757,16
T.2.1.1.2.6	Assegurar a manutenção da infraestrutura e dos equipamentos laboratorial TB	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	3	TB	7 225 793,74	7 225 793,74	7 225 793,74	7 225 793,74	7 225 793,74	36 128 968,70	1 474 651,78	1 642 225,85
T.2.1.3.1.1	Realizar rastreio clínico rotineiro da TB a todos prisioneiros que entram nos serviços prisionais	População-chave	6	TB	4 550,00	4 550,00	4 550,00	4 550,00	4 550,00	22 750,00	928,57	1 034,09
T.2.1.3.1.2	Realizar pelo menos uma vez por ano raio x aos PVVIH e aos profisionais de saude que trabalham com pacientes de TB	População-chave	6	TB	-	-	-	-	-	-		
T.2.1.3.1.3	Formar os medicos e enfermeiros sobre diagnóstico precoce de TB no PVVHIV	População-chave	6	TB	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	334 738,45	13 662,79	15 215,38
T.2.1.3.1.4	Estudo sobre o conhecimento da TB nos profissionais de saude	Gestão de Programa	8	TB				490 000,00	490 000,00	980 000,00	40 000,00	44 545,45
T.2.1.4.1.1	Adquirir medicamento de 1ª linha para 900 pacientes durante 5 anos	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	87 146,50	87 146,50	87 146,50	87 146,50	87 146,50	435 732,50	17 785,00	19 806,02

T.2.1.4.1.2	Adquirir formulaçoes pediatricas para tratamento de 100 crianças durante 5 anos	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	124 362,00	124 362,00	124 362,00	124 362,00	124 362,00	621 810,00	25 380,00	28 264,09
T.2.1.4.1.3	Assegurar o envio de medicamentos para RAP	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	1 200,00	1 200,00	1 200,00	1 200,00	1 200,00	6 000,00	244,90	272,73
T.2.1.4.1.4	Multiplicar e desseminar 100 exemplares de protocolo de tratamento	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	35 000,00		35 000,00		35 000,00	105 000,00	4 285,71	4 772,73
T.2.1.4.1.5	Reciclar 150 medicos e 300 enfermeiros dos postos e hospital em manejo de casos durante 5 anos	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	122 749,66	122 749,66	122 749,66	122 749,66	122 749,66	613 748,30	25 050,95	27 897,65
T.2.1.4.1.6	Aquisiçao de combustivel para assegurar a aprovisionamento e armazenamento do medicamento no FNM	Gestão de Programa	8	TB	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	50 000,00	2 040,82	2 272,73
T.2.1.4.1.7	Adquirir medicamentos para tratar efeitos secundarios	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	122 500,00	122 500,00	122 500,00	122 500,00	122 500,00	612 500,00	25 000,00	27 840,91
T.2.1.5.1.1	Apoio psico social e nutrional aos pacientes de TB	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	445 000,00	445 000,00	445 000,00	445 000,00	445 000,00	2 225 000,00	90 816,33	101 136,36
T.2.1.5.1.2	Assegurar a supervisao de DOT comunitário em todos os distritos (combustivel)	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	252 000,00	252 000,00	252 000,00	252 000,00	252 000,00	1 260 000,00	51 428,57	57 272,73

T.2.1.5.1.3	Elaboracao do plano Estrategico de pesquisa operacional	Gestão de Programa	8	TB		122 500,00				122 500,00	5 000,00	5 568,18
T.2.1.5.1.4	Formar 35 prestadores do distrito sobre DOT	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	66 947,69		66 947,69		66 947,69	200 843,07	8 197,68	9 129,23
T.2.1.5.2.1	Realizar busca dos pacientes perdidos de vista (combustivel, ….)	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	14 000,00	14 000,00	14 000,00	14 000,00	14 000,00	70 000,00	2 857,14	3 181,82
T.2.1.5.2.2	Criar e capacitar uma equipa de apoio terapeutico para melhorar a adesão dos pacientes	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	58 832,79					58 832,79	2 401,34	2 674,22
T.2.1.5.2.3	Disponibilizar custos de deslocação para a equipa de apoio terapeutico	Cuidados e Prevenção da TB: Tratamento	2	TB	82 320,00	82 320,00	82 320,00	82 320,00	82 320,00	411 600,00	16 800,00	18 709,09
T.2.1.5.3.1	Adquirir materiais e equipamentos de trabalho para os Agentes de Saude Comunitaria (, botas, capas de chuva, mochilas, blocos e esferografica)	Gestão de Programa	8	TB	118 022,63	118 022,63	118 022,63	118 022,63	118 022,63	590 113,13	24 086,25	26 823,32
T.2.1.5.3.2	Motivar financeiramente os agentes de saude comunitaria para assegurar o tratamento e o seguimento dos doentes	Gestão de Programa	8	TB	588 000,00	588 000,00	588 000,00	588 000,00	588 000,00	2 940 000,00	120 000,00	133 636,36

T.2.1.5.3.3	Advogar para inclusao do ASC no sistema de saude	Gestão de Programa	8	TB	-	-				-		
T.2.1.5.4.1	Elaboraçao do protocolo de tratamento da TBMR esquema curto	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB			2 400,00			2 400,00	97,96	109,09
T.2.1.5.4.2	Formar 60 medicos e 75 enfermeiros em manejo de casos de TBMR durante 5 anos	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB	60 455,77		60 455,77		60 455,77	181 367,31	7 402,75	8 243,97
T.2.1.5.4.3	Assegurar o reforço de capacidade do pessoal do PNLT na gestao TB-MR (externa)	Gestão de Programa	8	TB	467 402,00	467 402,00	467 402,00	467 402,00	467 402,00	2 337 010,00	95 388,16	106 227,73
T.2.1.5.4.4	Adquirir medicamentos de 2ª linha para o tratamento de TBMR	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB	135 999,82	135 999,82	135 999,82	135 999,82	135 999,82	679 999,09	27 755,06	30 909,05
T.2.1.5.4.5	Realizar supervisões mensais em todos centros de tratamento a nivel dos Distritros Sanitários	Seguimento e avaliação	7	TB	24 360,00	24 360,00	24 360,00	24 360,00	24 360,00	121 800,00	4 971,43	5 536,36
T.2.1.5.5.1	Realizar supervisões trimestrais do nivel central para Distritos Sanitários	Seguimento e avaliação	7	TB	199 600,00	199 600,00	199 600,00	199 600,00	199 600,00	998 000,00	40 734,69	45 363,64
T.2.1.5.5.2	Realizar controlo de qualidade dos medicamentos em todos os pontos de distribuiçao	Seguimento e avaliação	7	TB	14 000,00	14 000,00	14 000,00	14 000,00	14 000,00	70 000,00	2 857,14	3 181,82

T.2.1.5.6.1	Assegurar o reforço de capacidade do pessoal do nivel central sobre a gestao de TB/VIH (plano VIH)	TB / HIV	5	TB	467 402,00	467 402,00	467 402,00	467 402,00	467 402,00	2 337 010,00	95 388,16	106 227,73
T.2.1.5.6.2	Realizar trimestralmente reunioes de comite TB/VIH (plano VIH)	TB / HIV	5	TB	7 680,00	7 680,00	7 680,00	7 680,00	7 680,00	38 400,00	1 567,35	1 745,45
T.2.1.5.6.3	Organizar atelier semestral de partilha de experiencia entre os distritos (retirar esta no VIH)	Seguimento e avaliação	7	TB	93 283,00	93 283,00	93 283,00	93 283,00	93 283,00	466 415,00	19 037,35	21 200,68
T.2.1.5.6.4	Realizar formaçoes de reforço de capacidade do pessoal em materia de gestao do programa, seguimento e Avaliaçao e gestao do aprovisionamento	Gestão de Programa	8	TB		467 402,00			467 402,00	934 804,00	38 155,27	42 491,09
T.2.1.5.6.5	Assegurar o funcionamento do programa (combustivel, material de escritorio	Gestão de Programa	8	TB	44 920,00	44 920,00	44 920,00	44 920,00	44 920,00	224 600,00	9 167,35	10 209,09
T.2.1.5.6.6	Adptar a maquete informatica a novos instrumentos de recolha de dados (para melhorar porque já esta acima)	Seguimento e avaliação	7	TB	-					-		
AT 2.1.1.1	Elaboraçao das necesidades e informaçoes especificas de TB e VIH	Seguimento e avaliação	7	TB		-				-		

AT 2.1.1.2	Atelier/reunioes de desenvolvimento do SIS respeito as necessidades de VIH e TB	Seguimento e avaliação	7	TB		2 000,00				2 000,00	81,63	90,91
AT 2.2.1.1	Fazer atelier de formaçao dos atores que vao usar o SIS	Seguimento e avaliação	7	TB		55 065,34				55 065,34	2 247,56	2 502,97
AT 2.2.1.2	Establecer um protocolo de implementaçao e transiçao do sistema antigo pelo SIS resepcto TB e VIH	Seguimento e avaliação	7	TB		-				-		
AT 2.2.1.3	Elaborar protocolos de manejo do SIS respecto TB e VIH	Seguimento e avaliação	7	TB		51 646,82				51 646,82	2 108,03	2 347,58
AT 2.2.1.4	Establecer un programa de supervisao do uso adequado do SIS respecto TB e VIH	Seguimento e avaliação	7	TB		-				-		
V.2.1.2.1.1	Funcionamento da equipa do TASK FORCE de pesquisa operacional	Gestão de Programa	8	TB		49 000,00				49 000,00	2 000,00	2 227,27
V.2.1.2.1.2	Curso de TB/MR (The Union)	Gestão de Programa	8	TB	654 402,00		654 402,00		654 402,00	1 963 206,00	80 130,86	89 236,64
V.2.1.2.1.3	Contrato para envio de amostras de TB para Cotonou (Controlo de Qualidade)	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB			122 500,00	122 500,00	122 500,00	367 500,00	15 000,00	16 704,55

V.2.1.2.1.4	Manutencao de equipamento de Bioseguranca	Cuidados e prevenção da tuberculose: deteção e diagnóstico de casos	1	TB	1 347 500,00	1 347 500,00	1 347 500,00	1 347 500,00	1 347 500,00	6 737 500,00	275 000,00	306 250,00
V.2.1.2.1.5	Aquisicao de equipamentos de trabalho	Gestão de Programa	8	TB	367 500,00	367 500,00	367 500,00	367 500,00	367 500,00	1 837 500,00	75 000,00	83 522,73
V.2.1.2.1.6	Elaboracao do protocolo de TB latente	Gestão de Programa	8	TB			56 921,00			56 921,00	2 323,31	2 587,32
V.2.1.2.4.1	Formar os Delegados, RDEs e os estatisticos em materia de seguimento e Avaliação	Seguimento e avaliação	7	TB	59 644,28		59 644,28		59 644,28	178 932,84	7 303,38	8 133,31
V.2.1.2.4.4	Realizar supervisão trimestral em todas unidades sanitarias	Seguimento e avaliação	7	TB	199 600,00	199 600,00	199 600,00	199 600,00	199 600,00	998 000,00	40 734,69	45 363,64
AT 3.1.1.3	Advogar para inclusao do ASC nos sistemas de saude	Gestão de Programa	8	TB	-					-		
3.2.4.1.1	Reproduzir fichas e algoritimo de TPI	População-chave	6	TB	9 900,00	9 900,00				19 800,00	808,16	900,00
3.2.4.1.2	Rastreio para TB em todos os PVVIH mensalmente	População-chave	6	TB	9 900,00	9 900,00	9 900,00	9 900,00	9 900,00	49 500,00	2 020,41	2 250,00

3.2.4.1.3	Formacao dos téccnicos (médicos e enfermeiros) em materia de TPI	População-chave	6	TB	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	334 738,45	13 662,79	15 215,38
3.2.4.1.4	Advogar junto ao ministerio da saúde para que seja feito gratuitamento o RX aos PVVIH.	Gestão de Programa	8	TB		-				-		
4.1.1.3.2	Advogar para criacao de leis de protecao da saude publica relacionada com obrigatoriedade do tratamento da TB MDR.	MDR-TB: deteção e diagnóstico de casos	4	TB				-		-		
5.1.1.1.1	Mobilização de maior recurso financeiro junto aos membros do governo e parceiros internacionais.	Gestão de Programa	8	TB			-			-		
5.1.1.1.2	Advocacia junto a assembleia para um maior engajamento financeiro	Gestão de Programa	8	TB		-				-		
5.1.1.1.3	Elaboracao de um plano de sustentabilidade	Gestão de Programa	8	TB				547 861,50		547 861,50	22 361,69	24 902,80
5.1.2.1.1	Advocacia junto as empresas pública e privadas para mobilização de recursos financeiros	Gestão de Programa	8	TB	-	-				-		
5.1.2.1.2	Implementar uma cooperação entre as empresas públicas e privadas com programas	Gestão de Programa	8	TB	-	-				-		

5.1.2.2.1	Estabelecer uma cooperação entre as autarquias e os programas TB e VIH	Gestão de Programa	8	TB						-		
5.1.2.2.2	Envolver as autarquias nas actividades distritais dos programas.	Gestão de Programa	8	TB				-	-	-		
6.1.1.1.1	Acções de capacitação aos tecnicos de vigilancia epidemiologica no dominio de colecta e produção de dados com qualidade	Seguimento e avaliação	7	TB	55 548,32		55 548,32		55 548,32	166 644,96	6 801,84	7 574,77
6.1.1.1.2	Reprodução de instrumentos e colecta de dados (Fichas e Manuais de procedimentos) de TB e VIH	Seguimento e avaliação	7	TB	2 250,00	2 250,00	2 250,00	2 250,00	2 250,00	11 250,00	459,18	511,36
6.1.1.1.3	Adpatação de sistema integrado de vigilancia para TB e VIH (DIHS2)	Seguimento e avaliação	7	TB		-				-		
6.1.1.2.1	Realização de um estudo CAP para TB e VIH	Seguimento e avaliação	7	TB				490 000,00		490 000,00	20 000,00	22 272,73
6.1.1.2.2	Dessiminação dos resultados do Estudo para tomada de decisão	Seguimento e avaliação	7	TB				8 750,00		8 750,00	357,14	397,73
6.1.2.3.4	Garantir o pagamento do salário pessoal alocado às atividades de controlo da tuberculose e VIH/SIDA no nível central	Gestão de Programa	8	TB	3 416 280,00	3 416 280,00	3 416 280,00	3 416 280,00	3 416 280,00	17 081 400,00	697 200,00	776 427,27

AT 1.1.2.1	Aquisicao de uma cabine de seguranca para laboratorio de VIH/SIDA	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH				13 655,07		13 655,07	557,35	620,69
AT 1.1.2.2	Aquisição de materiais e equipamentos do laboratório	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	837 960,00	837 960,00	837 960,00	837 960,00	837 960,00	4 189 800,00	171 012,24	190 445,45
AT 1.1.2.3	Implementaçao das novas guias segundo o plano de implementação	Gestão de Programa	7	VIH	-	-	-	-	-	-		
H.1.1.1.1.1	Planficar e implementar um estudo de prevalencia da VHB e VHC	Gestão de Programa	7	VIH			490 000,00			490 000,00	20 000,00	22 272,73
H.1.1.1.1.2	Diseminar os dados	Gestão de Programa	7	VIH			-			-		
H.1.1.1.1.3	Elaborar um plano estrategico de controlo e prevençao das VHB e VHC em base a os resultados do estudo.	Gestão de Programa	7	VIH				376 441,00		376 441,00	15 364,94	17 110,95
AS 1.1.1.1	Elaborar e Establecer um protocolo de trabalho conjunto VIH e o INPG referente as PS	Gestão de Programa	7	VIH			2 280,00			2 280,00	93,06	103,64

AS 1.1.1.2	Implementar o protocolo de vigilância continua	Gestão de Programa	7	VIH			-			-		
AS 1.1.1.3	Elaboraçao de relatorios 2 anuais pela açao (atelieres)	Gestão de Programa	7	VIH	1 600,00	1 600,00	1 600,00	1 600,00	1 600,00	8 000,00	326,53	363,64
AS 1.2.1.1	Establecer un protocolo de trabalho conjunto VIH o INPG referente as mulheres jovens	Gestão de Programa	7	VIH			2 280,00			2 280,00	93,06	103,64
AS 1.2.1.2	Implementar o protocolo de vigilância continua	Gestão de Programa	7	VIH			-			-		
AS 1.2.1.3	Elaboraçao de relatorios pela açao	Gestão de Programa	7	VIH			1 600,00	1 600,00	1 600,00	4 800,00	195,92	218,18
AS 1.2.1.1	Establecer un protocolo de trabalho conjunto PNLST e INPG que inclui a deteçao de atividade UDI.	Gestão de Programa	7	VIH			800	800	800	2 400,00	97,96	109,09
AS 1.2.1.2	Implementar o protocolo de vigilância contínua de UDI.	Gestão de Programa	7	VIH			-	-	-	-		
AS 1.2.1.3	Elaboraçao de relatorios pela açao respecto a os resultados.	Gestão de Programa	7	VIH			1 600,00	1 600,00	1 600,00	4 800,00	195,92	218,18

V.1.1.1.1.1	Realização de Estudo Bio comportamental na população chave PS, HSH e Reclusos (inclui ITS)	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH		1 234 429,90				1 234 429,90	50 384,89	56 110,45
V.1.1.1.1.2	Realização de Estudo Bio comportamental na população chave HSH (inclui ITS) está anexado na actividade V.1.1.1.1.1	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-				-		
V.1.1.1.1.3	Realizar trimestralmente campanhas de CMC e testagem voluntaria juntos aos HSH.	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	24 500,00	24 500,00	24 500,00	24 500,00	24 500,00	122 500,00	5 000,00	5 568,18
V.1.1.1.1.4	Realizar campanhas de CMC e testagem voluntaria trimestralmente juntos às PS	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	24 500,00	24 500,00	24 500,00	24 500,00	24 500,00	122 500,00	5 000,00	5 568,18
V.1.1.1.5	Produzir anualmente instrumentos de CMC (poster, desdobraveis) sobre prevencao das IST e HIV direcionadas aos HSH, PS e e seus clientes.	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	181 300,00	181 300,00	181 300,00	181 300,00	181 300,00	906 500,00	37 000,00	41 204,55
V.1.1.1.6	Formar semestralmente 20 educadores de pares de HSH durante 3 dias em materia de prevençao e cuidados de VIH todos os anos	Programas de prevenção para as populações	4	VIH	107 496,64	107 496,64	107 496,64	107 496,64	107 496,64	537 483,20	21 938,09	24 431,05

		chave										
V.1.1.1.7	Asegurar mensalmente subisidio de motivaçao para educadores de pares HSH (20 EURO para 10 HSH)	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	294 000,00	12 000,00	13 363,64
V.1.1.1.8	Asegurar mensalmente subisidio de motivaçao para educadores de pares PS (20 EURO para 10 PS)	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	294 000,00	12 000,00	13 363,64
V.1.1.1.9	Formar a equipa encarregue pelo estudo Bio comportamental	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-	-	-	-	-		
V.1.1.2.1.1	Elaborar um plano estrategico de CMC no ambito de VIH e as ITS.	Gestão de Programa	7	VIH	510 361,50					510 361,50	20 831,08	23 198,25
V.1.1.2.1.2	Formar novos quadros de saúde em materia de DIPS.	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH		119 211,54			119 211,54	238 423,08	9 731,55	10 837,41

V.1.1.2.1.3	Realizar sessões de CMC e testagem voluntaria nas igrejas (uma vez por ano)	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	4 500,00	4 500,00	4 500,00	4 500,00	4 500,00	22 500,00	918,37	1 022,73
V.1.1.2.1.4	Realizar sessoes de CMC e testagem voluntaria de VIH militar e para militar uma vez por ano	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	5 000,00	204,08	227,27
V.1.1.2.1.5	Realizar sessoes de CMC e testagem voluntaria nas comunidades trimestralmente	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	49 000,00	49 000,00	49 000,00	49 000,00	49 000,00	245 000,00	10 000,00	11 136,36
V.1.1.2.1.6	Realizar sessoes de CMC e testagem voluntaria nas escolas semestralmente	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	49 000,00	49 000,00	49 000,00	49 000,00	49 000,00	245 000,00	10 000,00	11 136,36
V.1.1.2.1.7	Produzir anualmente instrumentos de CMC (Poster, desdobraveis)	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH						-		
V.1.1.2.1.8	Produzir anualmente spots televisivos e radiofonicos.	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	71 200,00	71 200,00	71 200,00	71 200,00	71 200,00	356 000,00	14 530,61	16 181,82

V.1.1.2.1.9	Aquisiçao anual de 40 mil testes rapidos para despistagem e 500 para confirmaçao.	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	864 028,50	864 028,50	864 028,50	864 028,50	864 028,50	4 320 142,50	176 332,35	196 370,11
V.1.1.2.1.10	Aquisicao de materiais para CMC (penis, vagina artificial e megafones) para os distritos sanitarios e PNLS.	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	16 537,50			16 537,50		33 075,00	1 350,00	1 503,41
V.1.1.2.1.11	Assegurar a comemoração do dia mundial de luta contra VIH	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	92 000,00	92 000,00	92 000,00	92 000,00	92 000,00	460 000,00	18 775,51	20 909,09
V.1.1.3.1.1	Revisão do protocolo terapeutico com base na estrategia testar e tratar	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	19 030,86					19 030,86	776,77	865,04
V.1.1.3.1.2	Formar 60 tecnicos por ano sobre a estrategia testar e tratar.	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH						-		
V.1.1.3.1.3	Adquirir medicamentos ARV de 1* , 2* linha.	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	2 637 719,00	2 637 719,00	2 637 719,00	2 637 719,00	2 637 719,00	13 188 595,00	538 310,00	599 481,59
V.1.1.3.1.4	Assegurar a gratuitidade do seguimento hematobioquimico dos PVVIH	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH		392 000,00	392 000,00	392 000,00	392 000,00	1 568 000,00	64 000,00	71 272,73

V.1.1.3.1.5	Capacitar os técnicos de saúde em matéria de ETP (Educação terapêutica)	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	334 738,45	13 662,79	15 215,38
V.1.1.3.1.6	Realizar sessões de sensibilização e informação aos praticantes da medicina tradicional e parteiras tradicionais em materia de VIH	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH		1 140,00		1 140,00		2 280,00	93,06	103,64
V.1.1.3.2.1	Realizar um estudo de indice de estigma na população geral e PVVIH	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	324 807,56					324 807,56	13 257,45	14 763,98
V.1.1.3.2.2	Realizar mais sessões sobre vida positiva.	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	339 743,60	339 743,60	339 743,60	339 743,60	339 743,60	1 698 718,00	69 335,43	77 214,45
V.1.1.3.2.3	Realizar nos encontros da Associação de Apoio a Vida actividade de autoajuda	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	14 000,00	14 000,00	14 000,00	14 000,00	14 000,00	70 000,00	2 857,14	3 181,82
V.1.1.3.2.4	Produção de materiais de comunicação direciondos ao estigma.	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	24 800,00	24 800,00	24 800,00	24 800,00	24 800,00	124 000,00	5 061,22	5 636,36

V.1.1.3.3.1	Formar novos quadros em materia de aconselhamento	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	334 738,45	13 662,79	15 215,38
V.1.1.3.3.2	Formar os membros de EAT no dominio de aconselhamento na 1ª pessoa	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	66 947,69	334 738,45	13 662,79	15 215,38
V.1.1.3.3.3	Reprodução dos manuais de ETP	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	17 500,00	17 500,00	17 500,00	17 500,00	17 500,00	87 500,00	3 571,43	3 977,27
V.1.1.4.1.1	Adquirir Cartucho de Genexpert para Carga Viral	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	1 130 038,00	1 130 038,00	1 130 038,00	1 130 038,00	1 130 038,00	5 650 190,00	230 620,00	256 826,82
V.1.1.4.1.2	Formar os tecnicos engajados em SSR no dominio de ETP	PTMF	2	VIH		77 696,64			77 696,64	155 393,28	6 342,58	7 063,33
V.1.1.4.1.3	Realizar o PCR a todas crianças nascidas de maes sero+	PTMF	2	VIH	2 523,50	2 523,50	2 523,50	2 523,50	2 523,50	12 617,50	515,00	573,52
V.1.1.4.1.4	Assegurar o aprovisonamento de cartuchos para realização do PCR	PTMF	2	VIH	25 480,00	25 480,00	25 480,00	25 480,00	25 480,00	127 400,00	5 200,00	5 790,91
V.1.1.4.1.5	Elaborar um plano de eliminação da TMF	PTMF	2	VIH				527 205,50		527 205,50	21 518,59	23 963,89

V.1.1.4.1.6	Asseguar anualmente um encontro com 30 autores de PTMF ao nivel do distrito	PTMF	2	VIH	1 710,00	1 710,00	1 710,00	1 710,00	1 710,00	8 550,00	348,98	388,64
V.1.1.4.1.7	Realizar busca activa de grávidas sero+ perdidas	PTMF	2	VIH	16 400,00	16 400,00	16 400,00	16 400,00	16 400,00	82 000,00	3 346,94	3 727,27
V.1.1.5.1.3	Realizar de actividades de CMC a nivel das diásporas	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH		63 916,00			63 916,00	127 832,00	5 217,63	5 810,55
V.1.1.5.2.1	Disponibilizar meios aos ASC para distribuição regular de preservativos	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	32 000,00	32 000,00	32 000,00	32 000,00	32 000,00	160 000,00	6 530,61	7 272,73
V.1.1.5.2.3	Adquirir Lubrigel para HSH e os reclusos	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	76 219,50	76 219,50	76 219,50	76 219,50	76 219,50	381 097,50	15 555,00	17 322,61
V.1.1.5.2.4	Adquirir preservativos para populaçao geral	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	625 387,00	625 387,00	625 387,00	625 387,00	625 387,00	3 126 935,00	127 630,00	142 133,41

V.1.1.5.2.5	Adquirir preservativos de sabor apelativo destinado a populacao chave.	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	104 027,00	104 027,00	104 027,00	104 027,00	104 027,00	520 135,00	21 230,00	23 642,50
T.2.1.1.2.7	Adquirir Teste, reagentes e consumível VIH/SIDA	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	1 028 779,50	1 028 779,50	1 028 779,50	1 028 779,50	1 028 779,50	5 143 897,50	209 955,00	233 813,52
AS 2.1.1.1	Realizar um estudio nos diferentes PVVIH (pre, em, falência)	Gestão de Programa	7	VIH	1 225 000,00					1 225 000,00	50 000,00	55 681,82
AS 2.1.1.2	Disseminaçao dos resultados	Gestão de Programa	7	VIH	-					-		
AS 2.2.1.1	Elaborar protocolo manejo ARV segundo os resultados estudo resistência	Gestão de Programa	7	VIH		-				-		
AS 2.2.1.2	Formaçao pessoal de saúde	Gestão de Programa	7	VIH		-				-		
AS 2.2.2.2	Aquisicao dos medicamentos para Hepatite B Cronica	Gestão de Programa	7	VIH	147 000,00	147 000,00	147 000,00	147 000,00	147 000,00	735 000,00	30 000,00	33 409,09

AS 2.3.1.1	Aquisicao de reagentes para Hepatite B Cronica	Gestão de Programa	7	VIH	98 000,00	98 000,00	98 000,00	98 000,00	98 000,00	490 000,00	20 000,00	22 272,73
AS 2.3.1.2	Elaboracao do protrocolo do tratamento para as hepatites Virais	Gestão de Programa	7	VIH	122 500,00					122 500,00	5 000,00	5 568,18
AS 2.3.1.3	Formaçao técnicos de saúde e pessoal de laboratorio para realizar CV e interpretar resultados	Gestão de Programa	7	VIH	66 947,69					66 947,69	2 732,56	3 043,08
V.2.1.2.2.1	Capacitacao do quadro administrativo dos programas	Gestão de Programa	7	VIH			466 552,00		466 552,00	933 104,00	38 085,88	42 413,82
V.2.1.2.2.2	Assegurar mensalmente custo de deslocacao de 14 membros dos EAT	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	215 179,44	215 179,44	215 179,44	215 179,44	215 179,44	1 075 897,20	43 914,17	48 904,42
V.2.1.2.2.3	Assegurar mensalmente o salario dos EAT	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	306 552,96	306 552,96	306 552,96	306 552,96	306 552,96	1 532 764,80	62 561,83	69 671,13
V.2.1.2.2.4	Formar os membros de EAT no dominio de aconselhamento na 1ª pessoa	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	49 906,40	49 906,40	49 906,40	49 906,40	49 906,40	249 532,00	10 184,98	11 342,36
V.2.1.2.2.5	Reprodução dos manuais de ETP	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	19 250,00			19 250,00		38 500,00	1 571,43	1 750,00

V.2.1.2.3.1	Capacitar os membros da associação Apoio a VIHDA para melhorarem a adesão e retenção dos doentes com TARV	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	58 832,79		58 832,79		58 832,79	176 498,37	7 204,02	8 022,65
V.2.1.2.3.2	Dotar os EAT de mais materiais e meios de trabalho	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	15 736,35	15 736,35	15 736,35	15 736,35	15 736,35	78 681,75	3 211,50	3 576,44
V.2.1.2.3.3	Aquisicao de medicamentos anti hipertensivos e diabeticos para os PVVIH em cuidados domiciliares	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	122 500,00	122 500,00	122 500,00	122 500,00	122 500,00	612 500,00	25 000,00	27 840,91
V.2.1.2.3.4	Aquisicao do aparelho de Bioquimica Seca, Reagentes	Gestão de Programa	7	VIH	392 000,00	392 000,00	392 000,00	392 000,00	392 000,00	1 960 000,00	80 000,00	89 090,91
V.2.1.2.3.5	Disponiblizar meios (combustivel) para assegurar os cuidados domiciliar	Gestão de Programa	7	VIH	21 000,00	21 000,00	21 000,00	21 000,00	21 000,00	105 000,00	4 285,71	4 772,73
V.2.1.2.3.6	Elaborar um guião (plano de acção) de busca activa	Gestão de Programa	7	VIH	4 000,00					4 000,00	163,27	181,82
V.2.1.2.3.7	Formação de uma equipa multidisciplinar para cuidados domiciliar	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH		-			-	-		
V.2.1.2.4.2	Realizar campanha de CMC e testagem voluntaria junto a populacao geral	Programas de prevenção para a população	3	VIH	9 800,00	9 800,00	9 800,00	9 800,00	9 800,00	49 000,00	2 000,00	2 227,27

		geral										
V.2.1.2.4.3	Aquisicao dos aparelhos de Ar condicionados para laboratorios do VIH-SIDA	Gestão de Programa	7	VIH			36 000,00			36 000,00	1 469,39	1 636,36
V.2.1.2.4.5	Realizer um análise detalhado das causas et factores associados a mortalidade das PVVIH	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH				250 800,00		250 800,00	10 236,73	11 400,00
V.2.1.3.1.1	Actualização do protocolo manejo de IO	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH		2 400,00				2 400,00	97,96	109,09
V.2.1.3.1.2	Aquisição de medicamentos IO	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	453 250,00	453 250,00	453 250,00	453 250,00	453 250,00	2 266 250,00	92 500,00	103 011,36
V.2.1.3.1.3	Aquisicao de reagentes e testes rapidos para diagnóstico da criptocose e toxoplasmose	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	122 500,00	122 500,00	122 500,00	122 500,00	122 500,00	612 500,00	25 000,00	27 840,91
V.2.1.3.1.4	Formacao dos tecnicos no diagnóstico das IO	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	53 963,85		53 963,85		53 963,85	161 891,55	6 607,82	7 358,71

V.2.1.3.2.1	Disponibilizar os medicamentos IO em todas asUS	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	-	-	-	-	-	-		
V.2.1.3.2.2	Disseminação do protocolo de manejo de IO nas US	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	-			-		-		
V.2.1.3.2.3	Formacao de medicos e enfermeiros no manejo de IO	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	66 947,69			66 947,69		133 895,38	5 465,12	6 086,15
V.2.1.3.2.4	Producao de fichas de seguimento das IO	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	4 550,00			4 550,00		9 100,00	371,43	413,64
AT 3.1.1.1	Adquirir de uma viatura para Associacao Apoio a Vida	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	441 000,00					441 000,00	18 000,00	20 045,45
AT 3.1.1.2	Aquisicao de viaturas para os programas (PNLT e PNLS)	Gestão de Programa	7	VIH	882 000,00					882 000,00	36 000,00	40 090,91
V.3.2.1.1.1	Realizar acções de CMC e testagem voluntária nas cadeias de VIH	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	17 820,00	17 820,00	17 820,00	17 820,00	17 820,00	89 100,00	3 636,73	4 050,00

V.3.2.1.1.2	Disponibilização de preservativos e lubrigel nas cadeias	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-	-	-	-	-		
V.3.2.1.1.3	Formação dos educadores de pares na cadeia	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	21 905,70	21 905,70	21 905,70	21 905,70	21 905,70	109 528,50	4 470,55	4 978,57
3.2.2.1.1	Mapeamento dos HSH	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-	-	-	-	-		
3.2.2.1.2	Realizar testagem direccionada para os HSH de VIH	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	3 500,00	3 500,00	3 500,00	3 500,00	3 500,00	17 500,00	714,29	795,45
3.2.2.1.3	Realizar semestralmente formação de 20 educadores de pares para HSH durante 3 dias sobre actividades de prevenção de VIH	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	54 775,34	54 775,34	54 775,34	54 775,34	54 775,34	273 876,70	11 178,64	12 448,94
3.2.2.1.4	Empoderamento dos HSH (Criação de uma Associação)	Programas de prevenção para as populações	4	VIH					36 750,00	36 750,00	1 500,00	1 670,45

		chave										
3.2.2.1.5	Realizar trimestralmente actividades de sensibilização na comunidade HSH pelo educadores de pares HSH nos distritos	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	40 607,04	40 607,04	40 607,04	40 607,04	40 607,04	203 035,20	8 287,15	9 228,87
3.2.2.1.6	Assegurar mensalmente o custo de motivação dos esducadores de pares (20 Usd para 10 educadores)	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	294 000,00	12 000,00	13 363,64
3.2.3.1.1	Mapeamento das PS	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH		-				-		
3.2.3.1.2	Realizar testagem direccionada para as PS	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-	-	-	-	-		
3.2.3.1.3	Realizar semestralmente formação de 20 educadores de pares para PS durante 3 dias sobre actividades de prevenção de VIH e ITS	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH				54 775,34	54 775,34	109 550,68	4 471,46	4 979,58

3.2.3.1.4	Realizar trimestralmente actividades de sensibilização na comunidade PS pelo educadores de pares PS nos distritos	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	14 660,81	14 660,81	14 660,81	14 660,81	14 660,81	73 304,05	2 992,00	3 332,00
3.2.3.1.5	Assegurar mensalmente o custo de motivação dos esducadores de pares (20 Usd para 10 educadores)	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	58 800,00	294 000,00	12 000,00	13 363,64
3.2.3.1.6	Empoderamento das PS	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH					-	-		
3.2.3.1.7	Disponibilizar preservativos apelativos às PS	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-	-	-	-	-		
3.2.3.1.8	Realização de consultas e tratamento da IST's	Programas de prevenção para as populações chave	4	VIH	-	-				-		
3.2.4.1.5	Reabilitacao do laboratorio de VIH-SIDA	Programas de prevenção para a população	3	VIH			75 000,00			75 000,00	3 061,22	3 409,09

		geral										
3.2.5.1.1	Realizar anualmente sessoes de CMC e testagem voluntaria no momento do recrutamento dos novos militares.	Outras populações-chave e vulneráveis	5	VIH	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	5 000,00	204,08	227,27
3.2.5.1.2	Aumentar número de sessoes de CMC e testagem voluntaria aos miliares no fim da missao.	Outras populações-chave e vulneráveis	5	VIH	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	1 000,00	5 000,00	204,08	227,27
3.2.5.1.3	Disponibilizar perservativos aos centro militares e paramilitares.	Outras populações-chave e vulneráveis	5	VIH	-	-	-	-	-	-		
3.2.6.1.1	Assegurar semestralmente sessoes de CMC e testagem voluntaria nos mototaxistas	Outras populações-chave e vulneráveis	5	VIH	25 766,00	25 766,00	25 766,00	25 766,00	25 766,00	128 830,00	5 258,37	5 855,91
3.2.6.1.2	Disponibilizar perservativos aos mototaxistas	Outras populações-chave e vulneráveis	5	VIH	-	-	-	-	-	-		
3.2.6.1.3	Realizar formação de 10 educadores de pares anualmente	Outras populações-chave e vulneráveis	5	VIH	13 883,42	13 883,42	13 883,42	13 883,42	13 883,42	69 417,10	2 833,35	3 155,32
4.1.1.1.1	Realizar estudo sobre a situação/ indici de estigma em São Tomé e Príncipe	Programas para reduzir as barreiras relacionadas ao estigma e	6	VIH					490 000,00	490 000,00	20 000,00	22 272,73

		aos direitos humanos aos serviços de VIH										
4.1.1.1.2	Dessiminação dos resultados do estudo ao nivel nacional	Programas para reduzir as barreiras relacionadas ao estigma e aos direitos humanos aos serviços de VIH	6	VIH					-	-		
4.1.1.1.3	Realisar sessões de CMC nas instituições públicas e privadas	Programas para reduzir as barreiras relacionadas ao estigma e aos direitos humanos aos serviços de VIH	6	VIH	294 000,00	294 000,00	294 000,00	294 000,00	294 000,00	1 470 000,00	60 000,00	66 818,18
4.1.1.1.4	Realizacao das actividades do CMC e Testagem voluntaria para Hepatites Virais	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	-	-	-	-	-	-		
4.1.1.2.1	Realizar sessões de CMC nas comunidades rurais sobre VIH e TB	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH	-	-	-	-	-	-		

4.1.1.2.2	Realizar sessões de CMC nas escolas sobre VIH e TB	Programas para reduzir as barreiras relacionadas ao estigma e aos direitos humanos aos serviços de VIH	6	VIH	-	-	-	-	-	-		
4.1.1.2.3	Formacao dos Medicos e Enfermeiros em manejos de casos das Hepatites Virais (B e C 100 Pessoas)	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH	138 223,08			138 223,08		276 446,16	11 283,52	12 565,73
4.1.1.3.1	Dissiminação do projecto lei sobre a proteção dos PVVIH	Programas para reduzir as barreiras relacionadas ao estigma e aos direitos humanos aos serviços de VIH	6	VIH			122 500,00			122 500,00	5 000,00	5 568,18
4.1.1.3.3	Aquisicao de Imunoglobolina para as criancas nascidas de maes positivas para hepatite B	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH			73 500,00	73 500,00	73 500,00	220 500,00	9 000,00	10 022,73
4.1.1.3.4	Aquisicao de teste Rapido para as Hepatites B	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH			245 000,00	245 000,00	245 000,00	735 000,00	30 000,00	33 409,09
4.1.1.3.5	Aquisicao de teste Rapido para as Hepatites C	Programas de prevenção para a	3	VIH			122 500,00	122 500,00	122 500,00	367 500,00	15 000,00	16 704,55

		população geral										
4.1.1.3.6	Aquisicao de medicamentos para as Hepatites C	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH			1 225 000,00	1 225 000,00	1 225 000,00	3 675 000,00	150 000,00	167 045,45
4.1.1.3.7	Aquisicao de equipamentos e reagentes para monitoramento do tratamento da Hepatite C	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH			980 000,00	980 000,00	980 000,00	2 940 000,00	120 000,00	133 636,36
4.1.1.3.8	Elaboracao do protrocolo para a Hepatite C	Gestão de Programa	7	VIH			122 500,00	122 500,00	122 500,00	367 500,00	15 000,00	16 704,55
4.1.1.3.9	Aquisicao de vacinas de Hepatite B para grupos de Riscos	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH			367 500,00	367 500,00	367 500,00	1 102 500,00	45 000,00	50 113,64
4.1.2.1.1	Recrutamento de um consultor para apoiar as PS na criação de uma associação	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH					41 750,00	41 750,00	1 704,08	1 897,73

4.1.2.1.2	Realizar sessões de formação das PS e HSH sobre os seus direitos e deveres	Programas de prevenção para a população geral	3	VIH					279 047,50	279 047,50	11 389,69	12 683,98
4.1.2.1.3	Realizar sessões de formação dos tecnicos de saude e os de segurança publica sobre os seus direitos e deveres	Programas para reduzir as barreiras relacionadas ao estigma e aos direitos humanos aos serviços de VIH	6	VIH			125 215,00	125 215,00	125 215,00	375 645,00	15 332,45	17 074,77
6.1.2.3.1	Elaboraçao guiao clinico de deteçao ES	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH			22 500,00			22 500,00	918,37	1 022,73
6.1.2.3.2	Elaboraçao e implementaçao ficha de notificaçao ES	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH			22 500,00			22 500,00	918,37	1 022,73
6.1.2.3.3	Formaçao pessoal saúde na deteçao e manejor dos ES	Tratamento, cuidados e apoio – TARV	1	VIH			127 326,44			127 326,44	5 197,00	5 787,57

Annexes : documents de réference