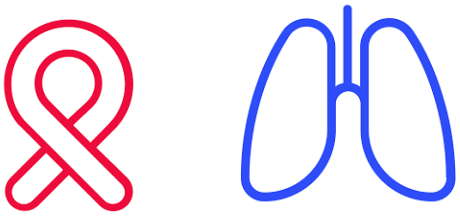
REPÚBLICA DEMOCRÁTICA **DE SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE**

(Unidade-Disciplina-Trabalho)

MINISTÉRIO DA SAÚDE TRABALHO E ASSUNTOS SOCIAIS

CENTRO NACIONAL DE ENDEMIAS



PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE, VIH/SIDA, HEPATITES VIRAIS E IST EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

2023-2027

São Tomé, Abril 2023

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE E VIH/SIDA, ITS E HEPATITES VIRAIS EM SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE

Conteúdo

Ficha Técnica 3

PREFÁCIO 4

AGRADECIMENTOS 5

RESUMO DO PLANO 5

1.INTRODUÇÃO 7

2.METODOLOGIA 7

3. O CONTEXTO DO PAÍS 8

4. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO 10

4.1 A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM STP 10

4.2 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO VIH/SIDA E IST 11

4.2.2 VIH na população-chave 12

4.2.3 A Mortalidade ligada ao VIH 13

4.4. 4 Abordagem epidemiológica da Hepatite e das IST 14

5. O PLANO ESTRATÉGICO INTEGRADO PARA O VIH, TB, IST E HÉPATITE 15

5.1 QUAL É A ABORDAGEM DESTE NOVO PLANO? 15

5.2 VISÃO, MISSÃO E PRINCÍPIOS 15

5.3 OS EIXOS ESTRATÉGICOS DESTE PLANO 16

6. PROGRESSO RELATIVAMENTE AOS PLANOS ANTERIORES CONTRA A TUBERCULOSE E O VIH/SIDA 16

6.1. PROGRESSO NO DOMÍNIO DA TUBERCULOSE 16

6.2 PROGRESSO REALIZADO EM RELAÇÃO AO VIH/SIDA 17

7. ANÁLISE SWOT 18

7.1 TUBERCULOSE 18

7.2 VIH/SIDA 33

8. A VISÃO DA RESPOSTA NACIONAL NO PEN 2023-2027 33

8.1. EIXO 1. REFORÇAR AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO PARA REDUZIR O NÚMERO DE NOVAS INFECÇÕES 33

8.1.1. Contexto estratégico 33

8.1.1. Abordagem estratégica 33

8.2. EIXO 2: REDUZIR A MORBILIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS COM A HEPATITE, TUBERCULOSE E VIH/SIDA, MELHORANDO A GESTÃO DOS PACIENTES 33

8.2.1. Tuberculose 33

8.2.2. VIH/SIDA 33

IST 33

8.2.4. HEPATITE 34
8.3. EIXO 3: ATINGIR TODAS AS POPULAÇÕES CHAVE E VULNERÁVEIS 34
8.4. EIXO 4: MELHORAR OS DIREITOS HUMANOS EM RELAÇÃO AO ACESSO AOS SERVIÇOS 34
8.4.1. Contexto estratégico 34
8.5. EIXO 5: MOBILIZAR OS RECURSOS NECESSÁRIOS PARA IMPLEMENTAR ESTE PLANO 34
8.5.1. Contexto Estratégico 34
8.6. EIXO 6: REFORÇAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA 34
9.0. ACTIVIDADES TRANSVERSAIS 34
9.1 Reforço da capacidade laboratorial 34
9.2 Sistema Integrado de Informação Sanitária 34
9.3 Reforço das condições de trabalho dos ASC 34
10. ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS COMPLEMENTARES 34
10.1. Prevenção e Controlo da Resistência aos ARV 34
10.2. Contexto estratégico 35
11. PLANO OPERACIONAL 35
12. INFORMAÇÃO E DIFUSÃO DOS DADOS 35
13. ORÇAMENTO 35

Ficha Técnica

Equipa de redação do PEN TB-VIH/SIDA, IST e Hepatites 2023-2027

#	Nome	Função/Instituição
1.	Ayet de Ceita	Consultor Nacional (OMS)
2.	Bonifácio da Costa e Sousa	Director do CNE
3.	Alzira do Rosário	Coordenadora do PNLS/TB
4.	Martinho Nascimento	PNLT (CNE)
5	Fahé Jean-Claude	PNLS (CNE)
6	Lagchar Barreto	PNLS/TB (CNE)
7	Valter dos Santos	SeA CNE
8	Semoa da Trindade	SeA PNLS/TB (CNE)
	Paulina Alcantara	Enfermeira PNLS (PTMF)
10.	Adilson da Graça	Administrador CNE
11.	Isac Santos	Administrativo PNLS/TB
12.	Elizangela de Sousa	Enfermeira PNLS/TB (CNE)
13.	Arlécia Baía	Comunicação CNE
14.	Rosa Neto	Resp. LNR-TB
15.	Yardlene Sequeira	LNR-TB
16.	Amilton da Graça	Estagiário SeA PNLS/TB
17.	Claudina Cruz	OMS
18.	Elisângela Bonfim	OMS
19.	Jessica Veiga	SeA CGS
20.		
21.		

PREFÁCIO

Iniciamos um novo período de cinco anos com a convicção de que a resposta nacional na luta contra a Tuberculose, VIH/SIDA, Hepatites Virais e ISTs fez progressos notáveis na prestação de serviços de saúde e comunitários que beneficiam cada vez mais pessoas - mulheres, homens, jovens, idosos e crianças. Com a pandemia de COVID-19, a articulação da nossa abordagem estratégica enfrentou desafios e limitações nos últimos anos, em particular a redução global do financiamento como resultado da crise financeira, o que forçou um aumento dos esforços sem comprometer os resultados e objetivos projetados e acordados.
No entanto, a luta contra a Tuberculose, VIH/SIDA, Hepatites Virais e ISTs tem sido marcada nos últimos anos por progressos na melhoria da detecção e notificação de casos, bem como dos resultados do tratamento. Contudo, uma complexidade de desafios ainda influencia a resposta nacional ao controlo destes problemas de saúde pública, sendo a emergência de estirpes resistentes aos medicamentos e a interação entre a Tuberculose e o Vírus da Imunodeficiência Humana a mais importante. Deve salientar-se que a consecução das metas 95-95-95 deve ser um objetivo estratégico importante, como meio de controlar adequadamente a TB e o VIH/SIDA (incluindo as ISTs e as Hepatites Virais) e reduzir tanto o seu impacto sanitário como social.

Este Plano Estratégico Integrado de luta contra a Tuberculose e VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais 2023 - 2027 pretende ser um instrumento indispensável para galvanizar a resposta nacional e inverter o quadro actual para a redução das consequências destas doenças em S.Tomé e Príncipe. O plano é definido com objectivos ambiciosos mas realistas, seguindo as directrizes nacionais contempladas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2023-2032) e recomendações internacionais na implementação da luta contra estas doenças endémicas.

Na implementação deste plano estratégico integrado, o respeito pelos direitos humanos universais é mantido. Em STP, os pacotes de serviços de Cuidados aos utentes no combate a Tuberculose e VIH/SIDA são gratuitos, por outro lado, as intervenções e actividades de prevenção e controlo são integradas com outras ações do sistema nacional de saúde a diferentes níveis.
A melhoria da qualidade da estratégia DOTS e a adesão ao tratamento do VIH é uma preocupação constante, assim sendo, serão envidados esforços para assegurar que sejam implementadas actividades de apoio à gestão de pessoas com Tuberculose e pessoas vivendo com VIH, contemplando assistência médica medicamentosa, seguimento com análises laboratoriais e pacotes de apoio nutricional e psicossocial. Atenção dada às populações-chave e vulneráveis, sempre foram de grande importância englobando pacotes de serviços bem específicos sempre respeitando as questões de direitos humanos.

A principal característica deste plano estratégico é a consciencialização das experiências passadas, evidenciadas pela avaliação e análise do PEN anterior e dos novos desafios a qual nos propusemos. Este plano está empenhado em reforçar o envolvimento de todos os intervenientes num contexto em que todos são chamados a participar mais activamente na prevenção, detecção e manejo de casos de Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais. Estamos confiantes de que, trabalhando em conjunto, faremos rápidos progressos para alcançar a nossa visão de "São Tomé e Príncipe rumo à eliminação da Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais até 2035".

S.Tomé, Abril de 2023

O Director do CNE,
Dr. Bonifácio da Costa e Sousa
-Mestre em parasitologia Tropical-Médico-

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento do Plano Nacional Integrado de Luta contra a Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais (PNLST) 2023-2027 foi realizado através de um processo participativo dos principais actores da resposta ao VIH e à 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 o VIH/SIDA, está particularmente grato às seguintes organizações e entidades: OMS, CGS. Agradecimentos também às outras unidades orgânicas do Ministério da Saúde, nomeadamente a Direcção da Saúde DAF da CNE, os Distritos de Saúde, a FNM, a NRL-TB, e todos aqueles que contribuíram de alguma forma para o desenvolvimento deste Plano Estratégico Integrado. Uma última palavra vai para os trabalhadores da saúde que, nos diferentes níveis do Sistema de Saúde e nas mais variadas condições de trabalho, irão implementar as intervenções e actividades prescritas, conduzindo ao sucesso do Plano, contribuindo assim para a realização dos objectivos estabelecidos.

RESUMO DO PLANO

São Tomé e Príncipe (STP) é um arquipélago localizado no Golfo da Guiné à cerca de 350 km da costa Africana. O país é de origem vulcânica e está constituído por duas ilhas principais, a ilha de São Tomé e a de Príncipe, que distam cerca de 150 km uma da outra e, por vários ilhéus nomeadamente: Ilhéu das Rolas, das Cabras, Bombom e Tinhosas. STP tem uma área total de 1.001 km² e administrativamente encontra-se dividido em seis distritos na ilha de São Tomé (Água Grande, Me-Zochi, Cantagalo, Caué, Lemba e Lobata) e uma região autônoma, a Região Autônoma do Príncipe (RAP). Segundo o recenseamento geral da população e da habitação realizado em 2012, a população do país estimada para 2022 foi de 219 078 habitantes (INE: projeção de 2018), com uma taxa de crescimento anual de 2,0%. A taxa de fertilidade diminuiu de 5,9 filhos por mulher em 1991 para 4,7 em 2001 e em 2012 foi de 3,5%.

O Plano Estratégico de Luta contra a Tuberculose SIDA, VIH, ISTs e hepatites Virais é um documento orientador que fornece uma imagem clara da situação epidemiológica destas quatro doenças em STP e traça orientações para a implementação das atividades direcionadas a estas quatro doenças.

Todas estas quatro doenças ainda continua sendo um grave problema de saúde pública nacional. A tuberculose com uma incidência de casos notificados de 114/100.000 habitantes em 2021 (Global TB report 2022). Esta doença tem afetado principalmente em adultos, jovens e pessoas que vivem com VIH/SIDA.

De acordo com o relatório de avaliação epidemiológica da TB realizada no país, a taxa de detecção da doença situa-se em 56,1% e a taxa de sucesso terapêutico em 69,51% (2021), com uma taxa de mortalidade de 4,7 % (Relatório de avaliação EPI 2022 - 2023). O número de casos de TB associados ao VIH tem vindo a aumentar nos últimos anos, visto que a TB é a infecção oportunista mais comum neste grupo alvo. A taxa de prevalência de VIH nos doentes TB passou de 6,59% em 2020 para 9,7% em 2022 (relatório PNLT 2022).

Ao nível da epidemia do VIH, este é do tipo concentrado e do nível baixo. Embora não tenha havido grandes pesquisas biocomportamentais e de soroprevalência nos últimos anos, as projeções do espectrum nos informam sobre as tendências da epidemia.

De acordo a este instrumento (Spetrum), até 2022, 1026 pessoas estariam a viver com HIV em São Tomé e Príncipe e destas, 953 (92,88%) estariam em TARV. De acordo com os dados reportados pelo programa, em Setembro de 2022, foi reportado um total de 1008 pessoas infectadas com o VIH, de um total de 1026 estimados pelo espectro. Isto corresponde em termos de cascata para o primeiro 95, a 98,26% PVVIH diagnosticados que conhecem o seu estatuto (1008/1026), excedendo assim a meta para os primeiros 95%.

O segundo 95 (tratar 95% dos seropositivos testados até 2030) não foi ultrapassado, tendo em conta o facto de que dos 1026 (Testados - tratados) que se estimava estarem em ART, 953 (92,88%) estavam em ART até 31 de Dezembro de 2022. Em relação ao terceiro 95 (supressão da carga viral em 95% das estimadas para o ART), o objectivo ainda não foi alcançado, uma vez que apenas 68,22% (511/749) de PVHIV sobre TARV nos últimos seis meses tiveram um teste de carga viral e conseguiram a supressão viral.

Enquanto o desempenho do tratamento entre os adultos parece aceitável e próximo dos objetivos, o mesmo não ocorre com as crianças, cuja cobertura é de apenas 35%. Isso constitui uma grande lacuna que deve ser corrigida com o desenvolvimento de estratégias para acelerar o atendimento pediátrico e reduzir essa desigualdade entre o tratamento de adultos e o de crianças.

Ao nível das populações-chave constituídas por profissionais do sexo (PS), homens que fazem sexo com homens (HSH) e reclusos, os últimos dados disponíveis indicam que em 2018 a prevalência do VIH entre os PS caiu de 4,2% em 2005 para 1,1% em 2013, e 1,6% 2018 (IBBS) e entre os encarcerados, este número aumentou de 4% em 2013 para 6,1% em 2014 e com uma tendência a diminuir sendo 0,5% em 2022.

De acordo com a pesquisa de 2014 sobre a existência ou não de HSH no país, 20 homens relataram fazer sexo com outros homens. A análise da situação mostrou que os HSH são estigmatizam, levando muitos deles a experimentarem a bissexualidade.

Quanto as Hepatites as atividades ainda são incipientes e as ISTs a abordagem é sindrômica o que leva ao programa não dispor de muitos dados. Os dados de base da Hepatites situam numa taxa de prevalência de aproximadamente 6,3% (Banco Sangue HAM 2022) na população geral, neste contexto aproveitou-se a oportunidade de integração das atividades neste PEN para elevar a luta contra esta endemia e melhorar a sua visibilidade.

Este plano estratégico traça algumas metas e visão nomeadamente:

Visão

Até 2035 a visão é de um São Tomé e Príncipe livre de tuberculose, VIH/SIDA, DSTs e hepatites virais

Missão

Conseguir a eliminação da tuberculose, VIH/SIDA, DSTs e hepatites virais até 2035

Objetivo Geral

Contribuir para a eliminação da tuberculose, VIH/SIDA, DSTs e hepatite virais até 2035

Objetivo Específico

Tuberculose

1. Aumentar a taxa de detecção de novos casos de TB a 95% até 2027;
2. Submeter sob tratamento 95% dos pacientes de TB até 2027;
3. Aumentar a taxa de sucesso terapêutica para 95% dos pacientes de TB até 2027;

VIH-SIDA

1. Assegurar a taxa de detecção de novos casos de VIH a 100% até 2027;
2. Submeter sob tratamento 95% dos pacientes de VIH-SIDA até 2027;
3. Aumentar a taxa da supressão viral para 95% até 2027;
4. Assegurar a taxa de transmissão vertical inferior a 5% até 2027;

ISTs /Sífilis

1. Aumentar a taxa de detecção de novos casos de Sífilis nas grávidas à 100% até 2027;
2. Submeter sob tratamento 95% das gestantes infectadas com Sífilis e seus parceiros até 2027;

Hepatites Virais

1. Diagnosticar 95 % de grávidas com Hepatites B até 2027;
2. Submeter ao tratamento 95% das grávidas infectadas com Hepatite B até 2027;
3. Aumentar a taxa de vacina contra Hepatite B aos recém nascidos para 100%;

Este plano está baseado sobre 5 grandes eixos estratégia e alguns transversais nomeadamente:

- 1º EIXO: Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções de Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatites virais;
- 2º EIXO: Eliminar a transmissão vertical (VIH/SIDA, Sífilis e Hepatite B)
- 3ºEIXO: Reduzir a morbilidade e mortalidade relacionadas com a Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite virais, melhorando a gestão dos doentes;
- 4ºEIXO: Melhorar o ambiente favorável a um melhor acesso aos serviços para as populações-chave
- 5ºEIXO: Assegurar a coordenação, mobilização de recursos e informações estratégicas
- Abordagem transversal:(Reforço da capacidade laboratorial, Reforço das condições de trabalho dos ASC e Prevenção e Controlo da Resistência aos AR)

Nestes eixos foram incluidos XXX atividades e orçamentado em XXX Mil EUROS

1. INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico Nacional Integrado de Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais, traduz a vontade de São Tomé e Príncipe de trazer a estas quatro doenças, uma resposta global através de uma escolha judiciosa de intervenções, um financiamento consequente e a identificação de portas de entrada para uma mutualização eficiente dos recursos. Este plano teve em consideração as recomendações saídas da revisão do PEN 2018-2022, os sucessos alcançados, bem como os desafios que ainda faltam enfrentar no contexto epidemiológico dessas doenças em São Tomé e Príncipe.

O presente documento é resultado de um trabalho participativo de todos intervenientes nacionais e internacionais, que de uma forma direta ou indireta contribuíram na obtenção dos objetivos preconizados.

Este PEN 2023-2027 está estruturado em cinco partes, sendo que a primeira parte retrata o contexto e a abordagem para o desenvolvimento do PEN, a segunda parte prende-se com análise da situação e da resposta, de forma transversal e por doença. A terceira parte apresenta o quadro da performance através de três resultados de impacto: (i) governação, (ii) incidência e (iii) morbilidade e mortalidade. A quarta parte é dedicada às modalidades de implementação e ao plano operacional e a quinta parte apresenta a abordagem de monitorização e avaliação.

As atividades foram elaboradas de uma forma integrada para que todas as quatro áreas, incluindo as opções estratégicas no sentido da eliminação. O processo da redação do PEN será concluído com a validação nacional do documento depois de uma pré validação técnica.

2. METODOLOGIA

A elaboração do Plano Nacional Integrado de Luta contra o Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais 2023-2027 foi levada a cabo através de um processo participativo dos principais actores da resposta à Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites virais em São Tomé e Príncipe: Coordenadora (Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites virais), médicos, enfermeiros, agentes de controlo e avaliação, agentes de vigilância epidemiológica, pontos focais do VIH nas instalações de saúde, agentes de saúde comunitários, Fundo Nacional de Medicamentos (FNM), representantes de organizações não governamentais (ONG), parceiros (PNUD Global, OMS) e associações da sociedade civil, entre outros.

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

Esta actividade foi apoiada e orientada por consultores da Organização Mundial de Saúde (nacional e internacional), visando uma apropriação efectiva do novo plano pelos actores no terreno. O desenvolvimento deste plano baseou-se também em relatórios epidemiológicos, na avaliação final do plano estratégico nacional da luta contra

Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais 2018-2022, nos documentos estratégicos da OMS sobre a Tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais e nos documentos de referência estratégicos nacionais sobre o desenvolvimento e a saúde.

Foi também utilizada literatura científica para justificar propostas específicas e abordagens propostas. Uma lista da literatura utilizada e recomendada pode ser encontrada no capítulo de referências.

O processo de elaboração do PNS será completado pela validação nacional do documento após uma pré-validação técnica.

3. O CONTEXTO DO PAÍS

São Tomé e Príncipe (STP) é um arquipélago localizado no Golfo da Guiné à cerca de 350 km da costa Africana. O país é de origem vulcânica e constituído por duas ilhas principais, a ilha de São Tomé e a de Príncipe, que distam a cerca de 150 km uma da outra e, por vários ilhéus nomeadamente Ilheu das Rolas, das Cabras, Bombom e Tinhosas. STP tem uma área total de 1.001 km² e administrativamente encontra-se dividido em seis distritos na ilha de São Tomé (Água Grande, Cantagalo, Caué, Lembá e Lobata) e uma região autónoma, a Região Autónoma do Príncipe (RAP).

Segundo o recenseamento geral da população e da habitação realizado em 2012, a população do país estimada para 2022 foi de 219 078 habitantes (INE: projeção de 2018), com uma taxa de crescimento anual de 2,0%. A taxa de fertilidade diminuiu de 5,9 filhos por mulher em 1991 para 4,7 em 2001 e em 2012 esta taxa foi de 3,5%.

O aumento da população foi acompanhado pelo fenómeno do êxodo rural. A densidade populacional tem um valor médio de 178,6 habitantes/Km2, mas com fortes variações de um distrito para outro. A população é principalmente urbana, em torno de 58% (estimativa baseada no censo de 2012) porém, metade dos habitantes da cidade vive em aglomerações em distritos suburbanos.

Organização do sistema de saúde

O reforço do sistema de saúde, sustentável e equitativo, apoia-se em sete pilares fundamentais: boa governação, número suficiente de trabalhadores de saúde disponíveis e acessíveis, sistemas de aquisição e fornecimento de medicamentos e tecnologias de saúde, sistemas de informação sanitária, estruturas de financiamento justas e sustentáveis, disponibilidade de medicamentos e vacinas, e uma melhor organização, gestão e qualidade dos serviços de saúde. O sistema de saúde de São Tomé e Príncipe, definido como a totalidade de organizações, instituições e recursos dedicados às intervenções de saúde com o principal objetivo de melhorar a saúde, confronta-se com enormes desafios. A governança e o financiamento da saúde são dois dos principais problemas encontrados para a qualidade da prestação de serviços de saúde em São Tomé e Príncipe. A conjuntura atual representa uma oportunidade de mudança, para um planeamento estratégico mais efetivo da Saúde, em São Tomé e Príncipe.

A prestação de cuidados de saúde em STP é baseada na implementação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) ao nível dos distritos de saúde (Áreas de Saúde). Isso é feito com base numa dupla organização piramidal, administrativa e técnica. O sistema compreende dois níveis: o nível Central e o nível periférico.

Nível Central

O nível Central, de abrangência nacional, constitui o nível, fundamentalmente, político-estratégico, de regulamentação, supervisão e de prestação dos cuidados mais diferenciados. Engloba o Ministério da Saúde, os órgãos sob tutela ou superintendência deste como o Centro Nacional de Endemias, a Direção de Cuidados de Saúde, o Fundo Nacional de Medicamentos (FNM), o Hospital Dr. Ayres de Menezes, o Programa de Saúde Reprodutiva e departamento de Vigilância.

O nível Central tem por atribuição, definir as políticas geral e sectorial, as normas de controlo e de avaliação, garantir a promoção da equidade e a distribuição dos recursos, o seguimento da situação de saúde, os parâmetros para a transferência de recursos; a cooperação técnica, a padronização de procedimentos e condutas de intervenção.

Nível dos Distritos - Áreas de Saúde

O distrito de saúde, geralmente referido como a Área de Saúde, é considerado a unidade periférica de administração de saúde, detém responsabilidade e poder decisório quanto à política local de saúde.

O nível operacional compreende seis Distritos de Saúde e a Região Autónoma do Príncipe (RAP) em que a prestação dos cuidados funciona como um distrito de saúde. O País possui 38 Unidades de Saúde de Nível Primário (os Centros de Saúde, Postos de Saúde e Postos Comunitários) distribuídas pelos distritos de saúde e pela Região.

Os Centros de Saúde (CS), estruturas mais diferenciadas dos distritos, com um conteúdo funcional básico bem definido e que podem contar com uma equipa interdisciplinar permanente composta por médicos de clínica geral, enfermeiros, técnicos de epidemiologia e entomologia, técnicos de laboratório e de farmácia, entre outros, organizados para oferecer assistência e prevenção promocionais, mas também com uma unidade hospitalar. Existe um serviço de internamento de doentes na maioria dessas unidades.

Postos de Saúde (PS), uma espécie de extensão dos Centros de Saúde que recebem apoio e supervisão. Eles operam sob a responsabilidade direta de um/a enfermeiro(a) geral. Esta unidade recebe apoio a visita periodicamente direto da equipa distrital. Não possui o serviço de internamento de doentes.

Os Postos Comunitários de Saúde (PCS), são administrados por um Agente de Saúde Comunitário (ASC) pertencente às comunidades rurais. Recebem apoio para prestarem os primeiros socorros básicos e promovem a saúde nas suas respectivas comunidades. Os ACS foram formados e apoiam em acções de sensibilização, realização de TDRs para deteção precoce de casos e auxiliam na transferência de pacientes para os postos ou centros de saúde.

Centro Nacional de Endemias

O CNE é o organismo sob a tutela do Ministério da Saúde encarregue de coordenar as atividades dos Programas de luta contra a Tuberculose (PNLT), o de VIH/SIDA (PNLS), o Paludismo (PNLP), as doenças não transmissíveis (PNLDNT) e doenças tropicais

negligenciadas (PNLDTN). O CNE tem por função assegurar a articulação, a cooperação, a coordenação e a parceria com diversas entidades intervenientes na luta contra as referidas doenças; disponibiliza o conjunto de informações técnicas, epidemiológicas e financeiras, incluindo os Planos Estratégicos de Luta contra as doenças devidamente atualizados; coordena a elaboração das propostas técnicas e financeiras que são submetidas, após a aprovação do CCM, aos doadores para a obtenção de recursos necessários para a eficaz controlo das doenças endémicas no país; organiza as equipas para elaboração das respetivas propostas coordenando tecnicamente esse processo com a equipa de gestão do Fundo Global.

Os órgãos e os serviços do CNE têm também a missão de implementar a capacidade de vigilância e de alerta contra as epidemias; definir estratégias de ações preventivas e o quadro de estratégias para os planos operacionais; reforçar a capacidade de diagnóstico dos estabelecimentos sanitários; implementar um quadro de apoio aos pontos focais colocados nos Distritos de Saúde e na Região Autónoma do Príncipe; realizar estudos, pesquisas, investigações de apoio à planificação das estratégias de controlo e luta contra as doenças endémicas; supervisionar as atividades decorrentes da implementação dos Planos Estratégicos Nacionais de luta contra as doenças desenvolvidas nos distritos; elaborar planos de capacitação; participar da capacitação de equipas de trabalho, desenvolver um sistema de promoção de mudança de comportamento.

Fundo Nacional de Medicamentos

É uma Instituição do Ministério da Saúde vocacionada para o aprovisionamento do mercado são-tomense com medicamentos e consumíveis hospitalares de todo o género e tipos, mediante um processo de compra e venda.

Sistema de Informação em Saúde

O Sistema de Informação em Saúde **(**SIS) constitui um programa essencial do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que tem por finalidade melhorar o funcionamento do macro-sistema da saúde, garantindo o conhecimento sistematizado e organizado do que se passa no serviço nacional da saúde. Esse sistema constituiu um instrumento de gestão para a melhoria do desempenho do SNS, tendo como objetivo apoiar a tomada de decisões estratégicas, apoiar o planeamento e a gestão dos programas, monitorizar o desempenho diário e fornecer avaliações periódicas para os objetivos/metas fixados.

Outra função importante do SIS é garantir um sistema de vigilância das situações com potencial epidémico elevado que permita prever e preparar as respostas adequadas ao eventual surgimento de surtos ou epidemias, sem esquecer a monitorização da evolução das doenças não transmissíveis no nosso país.

Na perspectiva de um sistema conjunto, evitando assim a existência de subsistemas e na intenção de se ter um sistema que seja utilizado e conhecido a nível internacional, o Ministério da Saúde adoptou em 2019 a plataforma DHIS2 para a gestão da informação de saúde. Nesse mesmo ano, iniciou-se o processo pioneiro com a implementação de dados agregados para os programas de Tuberculose, VIH e SIDA incluindo o paludismo.

Centro Nacional de Educação para Saúde (CNES)

O Gabinete de Comunicação para Saúde, anteriormente CNES, é um serviço do Ministério da Saúde que tem por missão conceber, propor e desenvolver estratégias de intervenção no âmbito nacional em toda a matéria de prevenção, sensibilização e educação para saúde (em toda a sua vertente), das crianças, jovens, adultos e velhos, bem como a divulgação das atividades, políticas e estratégias do governo na área da Saúde.

Política nacional de saúde e organização sanitária

O serviço nacional de saúde de São Tomé e Príncipe está organizado em dois níveis: o nível central e o nível periférico. O nível central constitui o nível político-estratégico fundamental de regulação e supervisão. As atribuições técnicas do nível central em termos de oferta de cuidados de saúde incluem a oferta de cuidados diferenciados, a nível secundário/terciário, tão complexos quanto possível no país; a investigação, elaboração e divulgação de normas e procedimentos técnicos para apoiar e melhorar as acções de saúde e o serviço nacional de referência para o nível primário. Inclui o Ministério da Saúde, as instituições sob a sua supervisão, tais como o Centro Nacional de Endemias, Direção dos cuidados de Saúde, o Fundo Nacional de Medicamentos, o Hospital Central dos Ayres de Menezes.

O nível periférico é considerado a unidade periférica da administração da saúde; este nível é responsável pela implementação da política de saúde a nível local. A organização, gestão e prestação de cuidados de saúde são asseguradas por uma equipa de saúde que é responsável pelas actividades de cuidados primários a realizar de forma integrada, em todo o território sob a sua jurisdição, coincidindo geográfica e administrativamente. Inclui os seguintes estabelecimentos de saúde: 1 hospital regional (Região Autónoma do Príncipe); 7 centros de saúde (1 em cada capital de distrito) e 33 postos de saúde.

A organização do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNLT), do Programa de Luta contra o VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais está integrada no sistema de saúde de São Tomé e Príncipe como um nível central, responsável por toda a coordenação e concepção de documentos de orientação para a luta contra a Tuberculose, o VIH/SIDA, ISTs e Hepatites Virais e a mobilização de recursos técnicos e financeiros. A nível periférico, o programa está integrado nos Centros Distritais de Saúde e Regional, onde estão destacados os Pontos Focais de TB e de VIH/SIDA, responsáveis pela realização de actividades do programa. Todos estes participam em serviços de comunicação para mudança de comportamento, diagnóstico e gestão de doentes com Tuberculose e VIH/SIDA.

O programa possui um Laboratório Nacional de Referência para Tuberculose e VIH/SIDA com a finalidade de melhorar a resposta em termos de diagnóstico de forma a alcançar a meta de eliminação para estas duas doenças.

Sob a liderança dos distritos de saúde, os agentes de saúde comunitárias e a associação dos PVVIH (Apoio a VHIDA) assim como a ASPA-TB (associação de ex. doentes de TB) participam nas campanhas de sensibilização e testagem, na busca de doentes perdidos de vista e abandonos de tratamento, bem como na condução de DOT para doentes com Tuberculose e educação terapêutica. De igual forma criou-se a Associação - ANAPRASSEN (PS) e AZAPRASSEM (HSH) que ajudam na sensibilização dos outros elementos da população chave na prática de sexo seguro.

4. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

4.1. A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE EM STP

O Plano Estratégico de Luta contra a Tuberculose é um documento orientador que fornece uma imagem clara da situação da tuberculose em STP, que ainda continua sendo um grave problema de saúde pública nacional, com uma incidência de casos notificados de 114/100.000 habitantes em 2021 (Global TB report 2022). Esta doença tem afectado principalmente adultos, jovens e pessoas que vivem com VIH/SIDA.

A notificação da TB em São Tomé e Príncipe tem vindo a diminuir significativamente desde 2018, de 149 para 123 em 2022. Com uma queda significativa da notificação entre 2019 e 2020, de 138 para 90, esta queda está ligada às múltiplas perturbações na luta contra a tuberculose causadas pela pandemia da Covid-19.

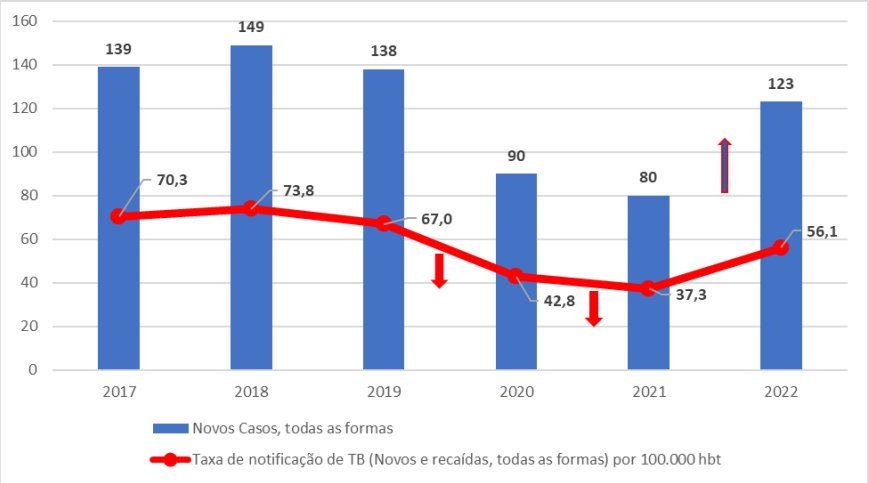


Figura 1: Evolução da notificação de TB, São Tomé e Príncipe, 2017-2022

De facto, a pandemia da Covid-19 teve um impacto negativo no progresso das actividades de luta contra a tuberculose, tanto na implementação de actividades de rastreio como no tratamento e seguimento dos doentes de tuberculose.

Entretanto, em 2022 o país registou um aumento na notificação de casos de TB, tendo notificado 123 casos, evidenciando que as estratégias de resiliência face à pandemia tiveram efeito. A manutenção de estratégias eficazes de detecção precoce de casos e a continuação da melhoria da cobertura diagnóstica permitirão que a taxa de notificação da tuberculose em São Tomé e Príncipe continue a aumentar.

De acordo com o relatório de avaliação epidemiológica da TB realizada no país, a taxa de detecção da doença situa-se em 56,1% e a taxa de sucesso terapêutico em 69,51% (2021), com uma taxa de mortalidade de 4,7 % (Relatório de avaliação EPI 2022 - 2023). O número de casos de TB associados ao VIH tem vindo a aumentar nos últimos anos, visto que a TB é a infecção oportunista mais comum neste grupo alvo. A taxa de prevalência de VIH nos doentes TB passou de 6,59% em 2020 para 9,7% em 2022 (relatório PNLT 2022).

Surgimento de casos de TB resistentes (TBMR/RR) vem agravar a situação e constitui um fardo suplementar para o sistema de saúde, alertando assim para a necessidade de se

reforçar o sistema de despistagem, tratamento e seguimento correto dos casos. A estimação da resistência aos tuberculostáticos é de 4% para os novos pacientes e 53% para os retratamentos (Global TB report 2022). Entre Maio de 2018 e Dezembro de 2022, o país confirmou 19 casos de TBMR/RR, 7 dos quais em 2021, o que representa 8,53% (7/82) dos casos de TB notificados (Relatório PNLT, 2022). De realçar que este aumento de casos TBMR/RR pode ser explicado por um lado, pela maior disponibilidade de diagnóstico rápido de TB (GeneXpert em São Tomé e Príncipe a partir de 2016), por outro lado, por uma implementação inicialmente débil da estratégia DOT ou mesmo por uma baixa taxa de sucesso terapêutico.

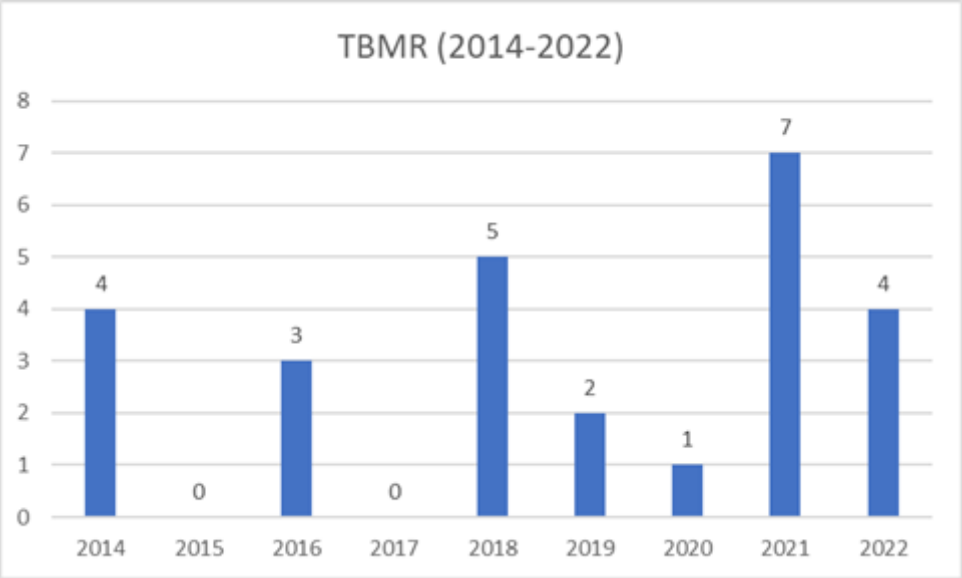


Figura 2: MR/RR-TB diagnóstico, São Tomé e Príncipe, 2014-2022

Acrescenta-se que a correlação entre TB/GX+ e o total de casos novos como TB pulmonar, notificados passou de 35,52% (54/152) em 2018 a 70,7% (87/123) em 2022 (Relatório PNLT 2022). Também é importante sublinhar que em 2022 os casos TB GX positivo representaram 71,5% (88/123) de todos os casos novos TB pulmonar; contudo, 45,97% (40/87) desses casos mostram uma média e alta positividade, o que poderá estar ligado à deteção e/ou chegada tardia dos pacientes às unidades sanitárias. No que toca a outras formas de TB notificadas, extrapulmonares e retratamento, constata-se que os casos de TB extrapulmonar variam ao longo dos anos. Em 2018 os casos de retratamento notificados foram 7. Entre 2018 e 2022, verificou-se uma redução de cerca de 50% destes casos.

O diagnóstico da TB nas crianças é difícil devido à dificuldade de colheita de amostra de escarro nesse grupo etário, além da indisponibilidade no país de outros métodos de diagnóstico, apesar de GeneXpert já ser uma realidade. Contudo, é evidente que houve um aumento de notificação de casos de TB nas crianças (de 2018 com 5 casos para 11 em 2019), que entretanto registou uma diminuição nos dois anos da Pandemia da COVID-19 (2020 e 2021), quando comparado com o ano precedente. Apesar do sub registo, algumas crianças foram submetidas à profilaxia com Isoniazida (INH).

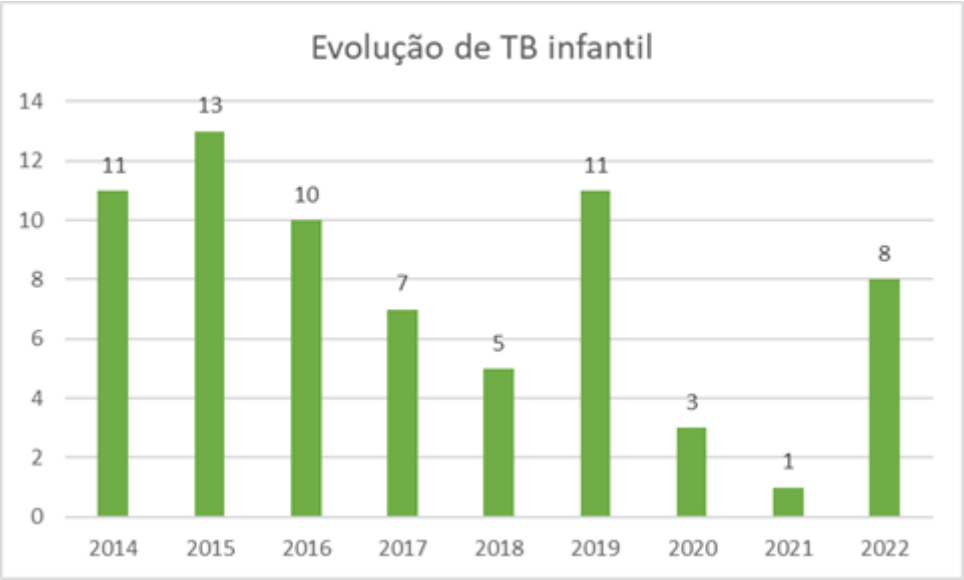


Figura 3: Evolução TB Infantil, São Tomé e Príncipe, 2014-2022

De maneira geral, a taxa de mortalidade por TB tem vindo a diminuir desde 2014 a 2022, embora se tenha registado um ligeiro aumento nos anos 2017 e 2019, como podemos observar na figura 4 abaixo.

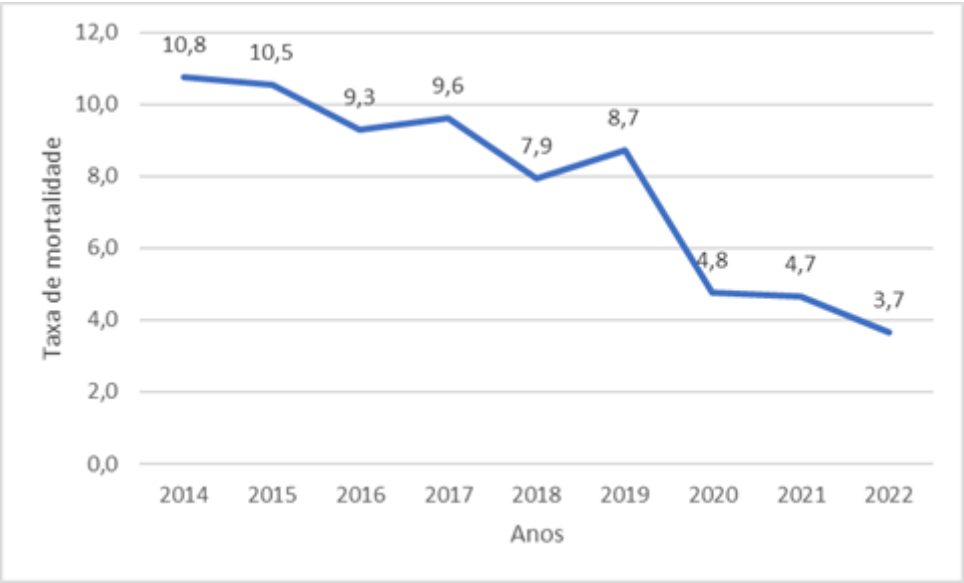


Figura 4: Taxa de Mortalidade por TB, São Tomé e Príncipe, 2014-2022.

A taxa de notificação de casos de TB em 2022 mostra uma forte variabilidade entre os distritos. Os distritos com as taxas mais elevadas foram Lemba (79,3 casos por 100.000 habitantes), Mé-Zochi (54,4 por 100.000) e Lobata (45,1 por 100.000). Em contrapartida, a Região Autónoma de Príncipe com 21,9 casos por 100.000 tinha a taxa de notificação mais baixa.

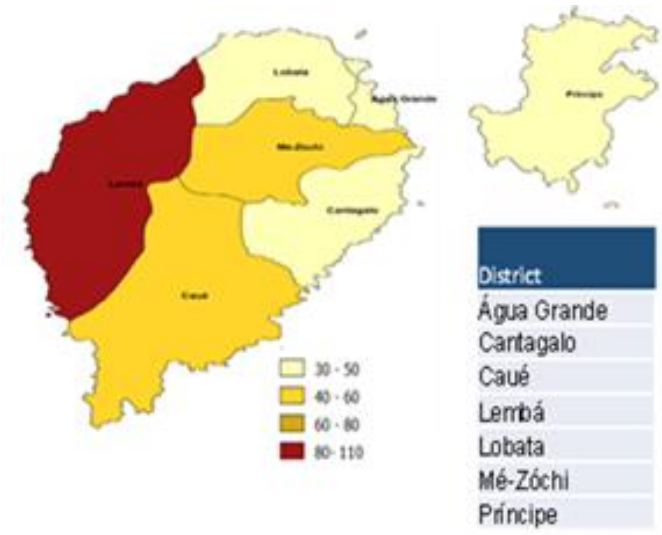


Figura 5: Taxa de notificação de casos novos e reincidentes de TB (todas as formas) por distrito em São Tomé e Príncipe em 2022.

Estas variabilidades regionais poderiam ser explicadas pela desigualdade na cobertura dos cuidados contra a tuberculose, demografia e urbanização.

Para inverter a tendência, podem ser consideradas as seguintes abordagens:

1. Aumentar a cobertura dos cuidados de diagnóstico da tuberculose
2. Procurar ativamente casos de tuberculose em falta no seio de grupo de populações vulneráveis;
3. Investigar sistematicamente a tuberculose em contactos de casos de índice;
4. Diagnosticar a maioria dos casos de tuberculose com ferramentas de diagnóstico molecular/rápido.

4.2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO VIH/SIDA E IST

O VIH continua a ter um impacto importante na saúde e bem-estar da população da África Ocidental e Central, com 5 milhões [4,5 milhões-5,6 milhões] de pessoas vivendo com VIH até ao final de 2021. A Região Africana tem o terceiro maior fardo de pessoas que vivem com o VIH no mundo, com cinco países a representar cerca de dois terços de todas as pessoas que vivem com o vírus.

Em alguns países, a resposta ao VIH está a funcionar melhor, mas os progressos na erradicação da SIDA continuam a ser insuficientes devido a uma combinação de factores, incluindo a falta de vontade política, sistemas de saúde fracos assim como procura do apoio das organizações de base comunitária. Falta de leis, medidas punitivas e dependência contínua das taxas de utilização dos serviços de saúde. Muitos países e comunidades da região são frágeis, afectados por conflitos, insegurança e crises humanitárias. Os efeitos económicos e sociais da pandemia da COVID-19 representam um fardo adicional do qual a resposta da região ao VIH ainda não se recuperou totalmente.

Os avanços programáticos não têm sido suficientes para satisfazer as necessidades regionais de serviços de VIH centrados nas pessoas. Devido a ambientes sociais punitivos e hostis, muitas populações-chave desconfiam dos serviços de tratamento e teste padrão. A falta de serviços de VIH e de saúde sexual e reprodutiva sensíveis ao género, e a

incapacidade de integrar plenamente os serviços existentes, contribuem para o fardo desproporcionado da epidemia sobre as mulheres e raparigas.

Ao nivel de STP, a epidemia do VIH é do tipo concentrado e do nivel baixo. Embora não tenha havido grandes pesquisas biocomportamentais e de soroprevalência nos últimos anos, as projeções do espectrum nos informam sobre as tendências da epidemia.

De acordo com a estimativa da Spetrum, até 2022, 1026 pessoas estariam a viver com VIH em São Tomé e Príncipe e destas, 953 (92,88%) estariam em TARV. De acordo com os dados reportados pelo programa, em Setembro de 2022, foi reportado um total de 1008 pessoas infectadas com o VIH, de um total de 1026 estimados pelo espectro. Isto corresponde em termos de cascata para o primeiro 95, a 98,26% PVVIH diagnosticados que conhecem o seu estatuto (1008/1026), excedendo assim a meta para os primeiros 95%.

O segundo 95 (tratar 95% dos seropositivos testados até 2030) não foi ultrapassado, tendo em conta o facto de que dos 1026 (Testados - tratados) que se estimava estarem em ART, 953 (92,88%) estavam em ART até 31 de Dezembro de 2022. Em relação ao terceiro 95 (supressão da carga viral em 95% das estimadas para o ART), o objectivo ainda não foi alcançado, uma vez que apenas 68,22% (511/749) de PVHIV sobre o ART nos últimos seis meses tiveram um teste de carga viral e conseguiram a supressão viral.

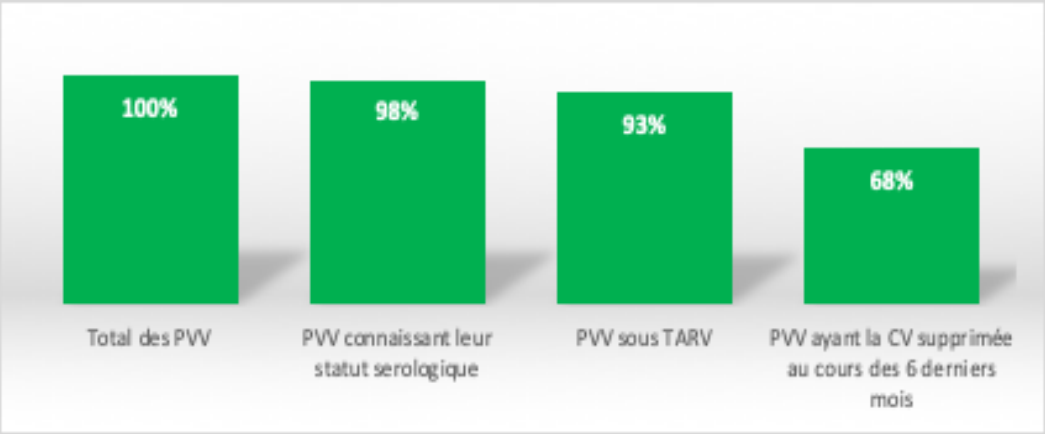


Figura 6: Cascata VIH 2022.

Enquanto o desempenho do tratamento entre os adultos parece aceitável e próximo dos objetivos, o mesmo não ocorre com as crianças, cuja cobertura é de apenas 35%. Isso constitui uma grande lacuna que deve ser corrigida com o desenvolvimento de estratégias para acelerar o atendimento pediátrico e reduzir essa desigualdade entre o tratamento de adultos e o de crianças.

VIH em populações-chave

As populações-chave constituem hoje o paradoxo mais gritante na luta contra o VIH em São Tomé, à semelhança de outros países africanos, uma vez que são mais massivamente afectadas pela epidemia e o seu acesso à prevenção e PEC é mais fraco.

Ao nível das populações-chave constituídas por profissionais do sexo (PS), homens que fazem sexo com homens (HSH) e reclusos, os últimos dados disponíveis indicam que em 2018 a prevalência do VIH entre os PS caiu de 4,2% em 2005 para 1,1% em 2013, e 1,6% 2018 (IBBS) e entre os presos aumentou de 4% em 2013 para 6,1% em 2014 e 0,5%.

De acordo com a pesquisa de 2014 sobre a existência ou não de HSH no país, 20 homens relataram fazer sexo com outros homens. A análise da situação mostrou que os HSH se estigmatizam, levando muitos deles a experimentarem a bissexualidade

Estas populações, por estigmatização e discriminação, vivem escondidas na sua identidade, na sua atividade profissional ou nas suas práticas de risco. Apesar desta situação, persistem as suas dificuldades no acesso ao reconhecimento dos seus direitos, prevenção adaptada aos cuidados, tratamento, serviços de apoio e cuidados diferenciados. As diretrizes unificadas da OMS para populações-chave especificam desde 2016 a importância de uma oferta abrangente e combinada para a prevenção do VIH. Além disso, triagem, diagnóstico e tratamento de IST "devem ser oferecidos rotineiramente como parte da prevenção geral do VIH e cuidados para todas as populações-chave".

De acordo com os resultados do IBBS 2022, a prevalência de VIH foi mais elevada entre os reclusos (4,6%;) e entre as profissionais de sexo (3,0%), tendo sido menor entre os homens que fazem sexo com homens (1,3%), com um predominio na faixa etária de maiores de 25 anos.

No que se refere ao uso do preservativo, este não é utilizado de forma universal. Apenas 62,8% das PS usaram preservativo em todas as relações sexuais com os clientes nos últimos 12 meses e 82,9% na última relação sexual. Quanto aos HSH, 60,6% usou o preservativo em todas as relações sexuais com homens e 89,7% na última relação sexual. Entre os reclusos apenas 18,2% utilizou preservativo durante a última relação sexual com um homem e 11,8% em todas essas relações (IBBS 2022). A indisponibilidade do preservativo no momento foi citada como uma das principais razões para a não utilização, bem como recusa por parte do cliente ou parceiro, não se preocuparem com isso e diminuição do prazer (IBBS).

Os comportamentos de risco são muito precoces sendo que 43,2% das PS iniciaram actividade como PS ainda menores e 19,2% antes dos 15 anos de idade. Não se trata de um ato pontual, mas continuam exercendo-a ao longo dos anos, sendo a principal razão evocada às necessidades económicas. A multiplicidade de parceiros foi característica tanto das PS, como dos HSH.

O estigma, a discriminação e a violência baseada em preconceitos foram relatados no seio familiar ou no círculo de amigos e não só. Cerca de 44,9% das PS e 26,0% dos HSH afirmaram já terem sido vítimas de estigmatização e discriminação. Nos últimos 12 meses, 9,2% das PS e 5,3% dos HSH sofreram discriminação ou abuso e ainda 16,2% das PS já foi assediada ou intimidada por agentes de segurança pública (IBBS 2022). Ainda, 18,8% das PS, 17,6% dos HSH e 22,1% dos reclusos sofreu violência física ou sexual. A violação dos direitos humanos também foi relatada no acesso aos serviços de saúde, onde 88,7% dos HSH evitou procurar um serviço por receio de estigma ou discriminação.

De acordo com o inquérito de 2014 sobre a existência ou não de HSH no país, 20 homens declararam ter relações sexuais com outros homens. A análise da situação mostrou que os HSH estigmatizam-se a si próprios, levando muitos deles a experimentar a bissexualidade. Há ainda uma falta de acção com populações-chave, e é necessário determinar a proporção e o comportamento destes grupos a fim de os envolver, pois podem desempenhar um papel muito importante na redução, aceleração ou estabilização da epidemia.

Para melhor responder às necessidades específicas das populações-chave, incluindo homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo (PS) e prisioneiros, é importante compreender as suas necessidades específicas. O conhecimento destas necessidades permitirá aos responsáveis políticos tomar as medidas mais adequadas para a prevenção e tratamento do VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). O estudo sobre cartografia, factores bio-comportamentais e estimativa da dimensão das populações-chave em São Tomé e Príncipe faz parte desta lógica.

É também essencial fornecer serviços de prevenção e educação sobre o VIH e as infecções sexualmente transmissíveis, uma vez que noutros países as necessidades destas populações não podem ser atendidas por métodos convencionais de vigilância ou por estudos sentinela de primeira geração. Utilizando métodos de vigilância de segunda geração, podem ser obtidos dados estratégicos para populações em alto risco de adquirir ou transmitir o VIH e as ISTs.

A identificação da importância de grupos e áreas geográficas específicas onde as intervenções precisam de ser reforçadas pode, portanto, melhorar as intervenções para prevenir a propagação e transmissão de ISTs/VIH. Isto requer a tomada em consideração dos desafios significativos associados ao sigilo e ao estigma social. Assim, o NACP e os seus parceiros realizaram um estudo para obter dados estratégicos para o planeamento, implementação e avaliação de programas nacionais para populações-chave.

A proposta técnica descrita neste documento é um complemento ao protocolo de 2014 e visa reflectir as realidades actuais.

Mortalidade relacionada com o VIH

O gráfico abaixo mostra uma oscilação na mortalidade por VIH, com uma tendência ascendente desde 2010 e 2011 (15 e 13 casos respectivamente), atingindo um pico em 2014 com 41 mortes, e mantendo este padrão de evolução até 2018, quando houve uma ligeira diminuição, com 19 mortes, e em 2021 em que foram registadas 20 mortes . Até terceiro trimestre de 2022, o número de mortes por VIH era de 14.

A taxa de sobrevivência dos doentes em terapia anti-retroviral de 12 meses tem flutuado, de um mínimo de 68% em 2015 para 85,6% em 2020 e 89,2% em 2021.

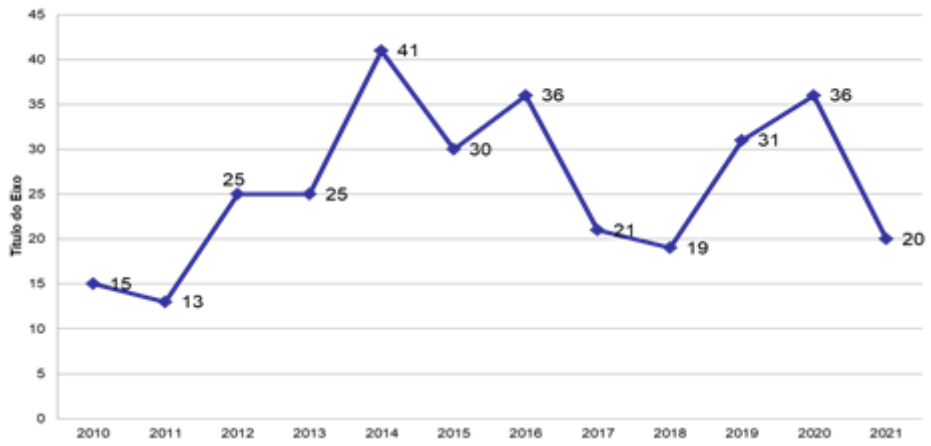


Figura 7: Taxas de mortalidade por SIDA em STP: 2010-2021

Retenção de doentes em tratamento

Um número bastante elevado de abandonos de TARV é observado em anos diferentes. Houve um aumento em todos os anos, com excepção de 2019/2020, que registou uma diminuição de 39 para 23 casos. Este estado de coisas não garante a retenção de doentes nos cuidados contínuos. Neste sentido, deve ser desenvolvida uma estratégia adequada de apoio ao tratamento para limitar a elevada taxa de PDV e assegurar a retenção do PVVIH no tratamento, a fim de reduzir o risco de mortalidade ou resistência aos ARVs.

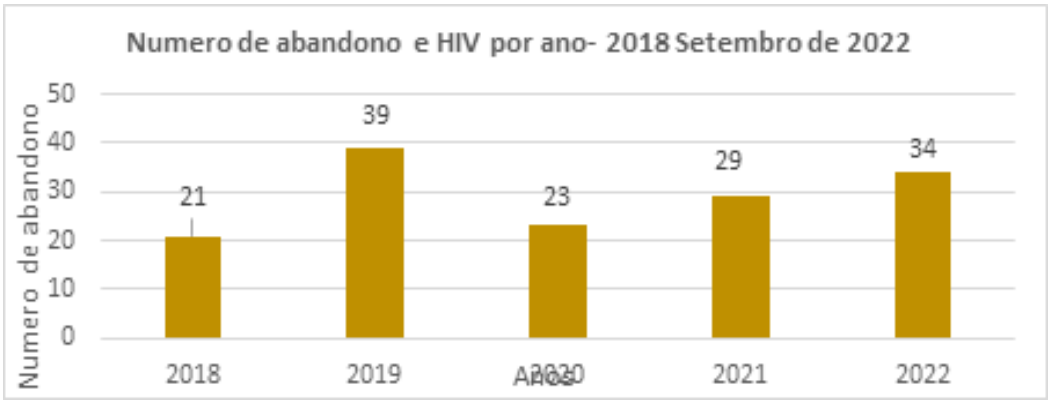


Figura 8: Número de Abandonos e HIV 2018-2022

Co-infecção (TB/HIV)

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana é um factor de risco conhecido para a tuberculose activa. Recomenda-se que todos os doentes com tuberculose sejam testados para o VIH. Durante o período PEN 2018-2022, 100% dos doentes notificados de tuberculose foram testados para o VIH. De 2018 a 2022, a percentagem de casos VIH positivos entre os doentes com TB variou, sendo que em 2018 a taxa foi de 14%, subindo para 16% em 2019, e tendo havido uma queda acentuada em 2020, onde a taxa foi de 7%, para mais tarde haver um novo aumento em 2021 para 15% e 10% em 2022. Globalmente, apesar das variações, se tivermos em conta o período entre 2018 a 2022, assistimos a uma diminuição da co-infecção TB/VIH, que pode estar relacionada com a introdução de rastreio e tratamento preventivo intermitente com isoniazida entre as PVHIV.

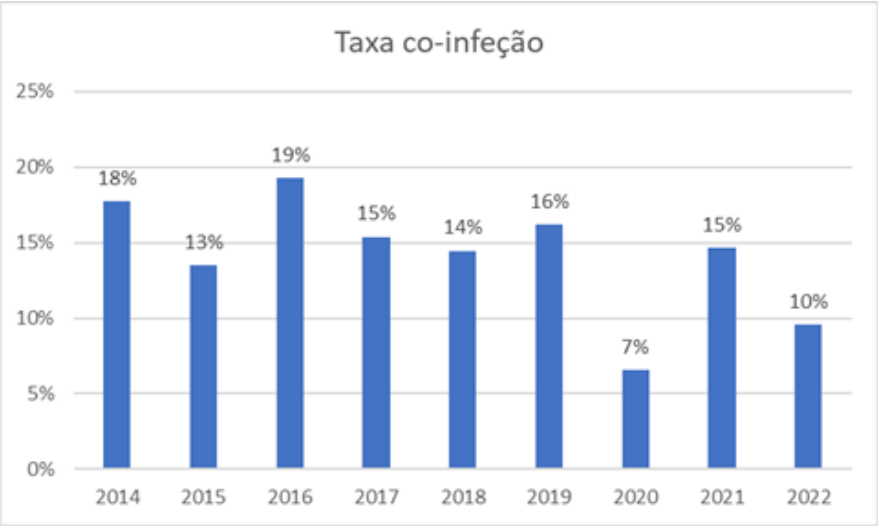


Figura 9: Distribuição da taxa de coinfecção TB/VIH, em STP - 2014 - 2022

4.3. ABORDAGEM EPIDEMIOLÓGICA DAS HEPATITES VIRAIS E ISTs

A hepatite é um fardo importante a nível mundial em termos de morbidade e mortalidade em comparação com o VIH/SIDA.

De acordo com o Relatório Global da OMS sobre VIH/SIDA, Hepatite Viral e DSTs 2021, o peso da infeção por VIH/SIDA foi dez vezes inferior ao da hepatite viral, com 38,4 milhões e 384 milhões de casos respetivamente. O número de novas infecções foi duas vezes mais baixo, com 1,5 milhões de novas infecções por VIH, em comparação com 3,0 milhões para as hepatites virais. Finalmente, o peso da mortalidade foi um terço menor, com 700.000 mortes por SIDA e 1,1 milhões de mortes por hepatite viral.

Apesar deste elevado fardo de doença e sua mortalidade, os países ainda não começaram dar a devida atenção a esta epidemia silenciosa. É por isso que, a nível da Região AFRO, considerando as sinergias entre estas epidemias, o Comité Regional validou o quadro integrado de resposta ao VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatite, com vista à sua eliminação até 2030.

São Tomé e Príncipe, com uma taxa de prevalência de quase 6,3% (Banco Sangue HAM 2022) na população geral, aproveitou a oportunidade de integração através do PNS para elevar a visibilidade da luta contra esta endemia e melhorar a sua visibilidade.

De facto, 5 milhões de PVVIH estão simultaneamente infectados com hepatite viral B e/ou C. Os pacientes co-infectados sofrem uma progressão rápida, mesmo ultra-rápida, dos danos hepáticos ao cancro e à morte, 12 a 16 anos mais cedo do que outros.

Em termos de transmissão mãe-filho, há uma duplicação do risco mútuo na co-infecção com o VIH e a hepatite viral B.

Na população-chave, 50% dos doentes co-infectados com VIH e hepatite C são usuários de drogas injetáveis (UDI). E os homens que fazem sexo com homens (HSH) estão em risco substancial de desenvolver hepatite viral.

Com a prevalência de hepatite viral B de 6,3%, STP situa-se entre os países com elevada endemicidade intermediária, como mostra o gráfico seguinte.

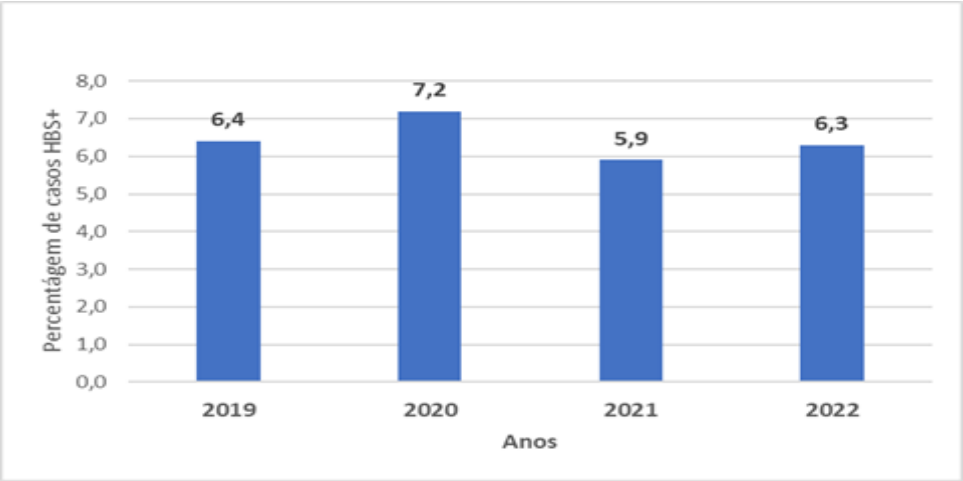


Figura 10: Prevalência de hepatite Viral B, 2019-2022

Em relação à prevenção da hepatite B viral, o país deixou de rastrear as mulheres grávidas para o HBsAg em 2017 com a introdução da vacinação universal contra esta doença à nascença. Desde 2003, o rastreio da hepatite B nas grávidas era associado com a vacinação das crianças.

As intervenções para combater o VIH/SIDA e a hepatite em crianças incluem o diagnóstico precoce de crianças expostas ao VIH, a gestão pediátrica de crianças infectadas, a segurança do sangue, a segurança das injeções, a imunização de rotina, bem como o teste rápido de crianças expostas ao HVB, pelo menos três meses após a imunização de rotina.

CONHECIMENTO SOBRE VIH E SIDA

Alguns dos pré-requisitos mais importantes para reduzir a taxa de infecção pelo VIH é o conhecimento exacto da forma da transmissão e os meios de prevenção. Uma informação correta é o primeiro passo para aumentar a sensibilização e fornecer aos adolescentes e jovens os instrumentos para se protegerem da infecção. Os equívocos sobre o VIH são comuns e podem confundir adolescentes e jovens e dificultar os esforços de prevenção.

Em São Tomé e Príncipe, segundo os resultados do MICS 2019, 96,2% da população já ouviu falar de SIDA, sendo que 96,4% são do meio urbano e 95,7% do meio rural. Relativamente ao nível de escolaridade, 92,8% são analfabetos, 93,6% com estudo básico, 97,9% com estudo médio, 100% com estudo universitário, 96% são adolescentes e 96% são adultos.

No relatório de Vigilância Global da SIDA (IRVG), a percentagem de jovens com conhecimentos abrangentes e corretos sobre prevenção e transmissão do VIH, é definido se resume comme suit forma:

1. 60,6% dos jovens acreditam que usar preservativos durante o sexo e ter um parceiro fiel não infectado pode reduzir o risco de desenvolvimento do VIH;
2. 82,8% acreditam que uma pessoa em aparente boa saúde pode ser infectada com o VIH;

3. 58,6% rejeitam os equívocos mais comuns sobre a transmissão e prevenção do VIH;
4. Apenas 40,3% dos homens e mulheres entre os 15 e os 49 anos de idade têm bons conhecimentos sobre a transmissão do VIH de mãe para filho.

5. O PLANO ESTRATÉGICO INTEGRADO PARA VIH, TB, IST E HEPATITES VIRAIS

5.1 QUAL É A ABORDAGEM DESTE NOVO PLANO?

O Plano Estratégico Nacional de Resposta à Sida e à Tuberculose está alinhado com os vários compromissos internacionais a que o país subscreveu, nomeadamente: (i) a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no âmbito do fim da epidemia do VIH até 2030 até a meta 95-95-95 (ii) as recomendações de "testar-tratar" da OMS (iii) a Estratégia Global do UNAIDS para a luta contra SIDA, 2021-2026; (iv) as Estratégias Globais do Setor de Saúde contra, respectivamente, HIV, Hepatite Viral e Infecções Sexualmente Transmissíveis para o período 2022-2030 da OMS.

Este plano para além de outras orientações está de acordo com a estratégia 95-95-95 da Organização Mundial de Saúde, tal como definida na Estratégia para acabar com a Tuberculose e VIH/SIDA até 2035, acrescentando acções específicas para a Hepatite e as IST, cuja ambição é melhorar tudo o que contribui para a marcha gradual rumo ao "Fim da epidemia de TB e HIV até o ano de 2035 em São Tomé e Príncipe. Assim o marco desse plano gostaria de oferecer uma assistência de qualidade, centrada nas pessoas e nos pacientes com TB e HIV.

Para isso, este PEN visa reforçar as medidas de prevenção para reduzir em 60 % o número de novas infecções por TB entre 2023 e 2027 em que está também previsto o rastreio de 95% dos casos elegíveis, testar 95% dos casos sintomáticos, tratar 95% dos casos diagnosticados com tuberculose e curar 95% dos doentes de TB, assim como a implementação da estratégia 95-95-95 para VIH. Neste sentido, isto requer uma rede laboratorial bem preparada e equipada com novas tecnologias de diagnóstico molecular e radiografia digital em cada distrito, para apoiar o diagnóstico da tuberculose (GeneXpert), assim como reforçar a cascata de rastreio e gestão do VIH e da tuberculose.

Os doentes com resistência à Rifampicina terão os seus testes repetidos antes de iniciar o tratamento para a tuberculose multirresistente. Também será 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 à VIH/SIDA, a mesma estratégia 95-95-95 visa diagnosticar 95% dos PVVIH, tratar e seguir 95% desses doentes com ARV após 12 meses e alcançar a supressão viral em 95% dos PVVIH em TARV após 12 meses de acompanhamento. Isto significa uma implementação mais agressiva do rastreio, para cobrir 50% da população geral, 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 adesão terapêutica, e oferecer uma melhor gestão de casos e assegurar a sua qualidade, de forma a reduzir o insucesso do tratamento e a mortalidade associada. Isto significará mudanças práticas tais como a implementação efetiva e eficaz da estratégia de Testar, Tratar e Reter assim como a realização da carga viral duas vezes por ano, ao

mesmo tempo que se reforça a ETP e se melhora a prevenção e manejo das Infeção oportunistica.

As actividades relacionadas com as IST serão integradas em todas as actividades relativas ao VIH, para a melhoria do diagnóstico e da prevenção primária dessas doenças. Relativamente, às Hepatites virais, 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.

Este plano 2023-2027 terá também em conta as lições aprendidas com a avaliação de desempenho da PEN 2018-2022 e refletirá a implementação das recomendações feitas. Além das intervenções desenvolvidas acima, este plano também se concentrará na aceleração dos cuidados pediátricos, eliminação tripla (HIV/IST/hepatite), prevenção entre jovens e populações-chave.

5.2. ESTIMATIVA DE META PROPOSTA PEN 2023-2027 TB, VIH, IST E HEPATITES VIRAIS

Entre 2014 e 2016, STP experimentou um aumento gradual na notificação de casos de TB sendo que este aumento foi de 13% entre 2014 e 2015 e de 8% entre este último e 2016. Entretanto, no ano 2017, registou-se uma diminuição de casos notificados em cerca de 25%, para conhecer um novo incremento em 2018 seguido de uma nova diminuição de 6,6% em 2019. Os dois anos seguintes (2020 e 2021) são considerados como anos atípicos, devido o impacto da pandemia de COVID 19 no sistema nacional de saúde de STP e consequentemente nas ações de luta contra a TB. Nestes dois anos registou-se uma diminuição considerável (33,5% entre 2019 e 2020 e 61% entre 2019 e 2021) no número de casos de TB notificados.
Em 2022 a notificação de casos conheceu melhorias consideráveis se comparado ao ano anterior com um aumento de 43%, entretanto ficando ainda muito abaixo da estimação da OMS.
Tendo como base os objetivos deste plano, pretende-se a partir do primeiro ano, alcançar 75% do número de casos estimados pela OMS (250 casos estimados para o ano 2021) e um aumento gradual de 5% ano até atingir os 95% almejados em 2027.

Neste sentido estimou-se a progressão seguinte:

- 188 casos em 2023
- 200 casos em 2024
- 213 casos em 2025
- 225 casos em 2026
- 238 casos em 2027

6. RESULTADO DA AVALIAÇÃO

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

6.1. 1. PROGRESSO NO DOMÍNIO DA TUBERCULOSE

Em São Tomé e Príncipe a incidência estimada da tuberculose é de 114 casos/100000 habitantes em 2021 (Global TB report 2022). As autoridades nacionais continuam a olhar com grande preocupação para a situação da tuberculose no país. O plano estratégico nacional conjunto de combate à tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e hepatites virais, elaborado para o período 2018-2022, com o intuito de fortalecer medidas preventivas para reduzir o número de novas infecções por tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite, está plasmado uma abordagem dessas quatro doenças em 4 eixos estratégicos a seguir discriminados:

1. Reduzir a morbimortalidade relacionada à tuberculose, VIH/SIDA, ISTs e hepatites, melhorando o atendimento ao paciente;
2. Alcançar todas as populações-chave e vulneráveis;
3. Melhorar os direitos humanos em relação ao acesso aos serviços;
4. Mobilizar os recursos necessários para implementar o plano estratégico e fortalecer o sistema de informações estratégicas.

O orçamento para a implementação do plano estratégico 2018-2022 foi estimado em 7.889.954,98 Euros.

Após cinco anos de vigência do PEN 2018-2022, com o apoio técnico da OMS foi realizada uma avaliação externa epidemiológica e programática do referido plano, que mediante os resultados da avaliação permitiu a elaboração do novo plano 2023-2027. Desde o início até o fim da implementação do plano, a maior parte das atividades foram realizadas com o apoio financeiro e técnico de diversos parceiros, entre eles o FG, OMS, UNICEF, UNFPA, Cooperação Brasileira e Cooperação Portuguesa. Os distritos sanitários, incluindo os ASC e algumas ONGs e OSC também desempenharam importante papel na implementação das ações para o controle dessas doenças. No anterior plano estratégico, o governo através do PNLT/PNLS assumiu as estratégias dos três 90 para a eliminação das duas doenças até 2035.

Em relação aos 90-90-90, foram feitos progressos significativos, sendo que houve uma melhoria na detecção de casos de TB, como podemos observar na tabela abaixo

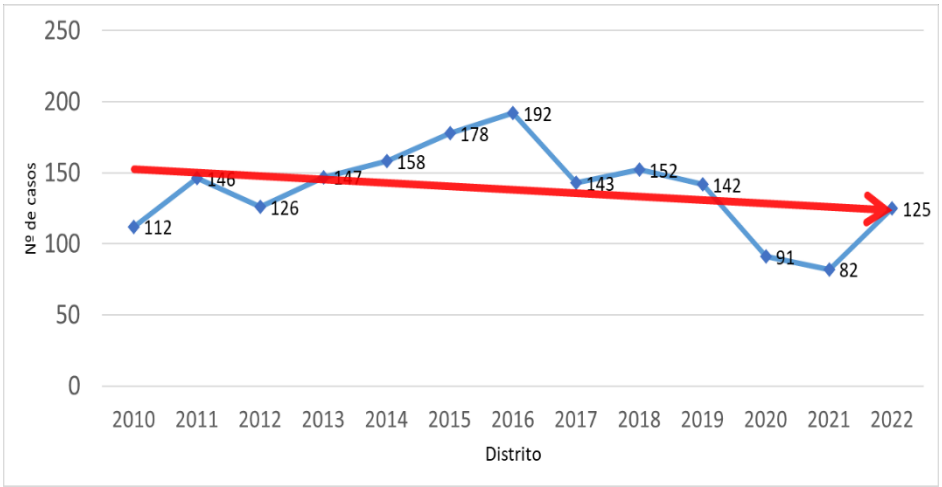


Tabela nº Evolução de notificação de casos de TB 2010-2022

Todos os casos notificados iniciaram o tratamento, no entanto, a retenção terapêutica constitui um desafio uma vez que a taxa de sucesso terapêutico para TB todas as formas foi inferior ao esperado (85%) em 2017 (75%), 2018 (66%), 2019 (46%) 2020 (63%), 2021 (76%) Além disso, a taxa de abandono ao tratamento da TB continua elevada, embora tenha caído de 11,1% em 2017 para 10,1% em 2019, registrando um aumento para 11% em 2021.

6.2. PROGRESSO REALIZADO EM RELAÇÃO A VIH/SIDA

Em relação à VIH/SIDA, ganhos relevantes foram obtidos, com a intensificação de ações de detecção de casos da doença e colocação desses doentes em TARV, sendo que em 2019 foram diagnosticados 87.7% PVVIH e 89% dos PVVIH estavam em TARV. Em 2018 88,3% PVVIH foram diagnosticados e 84,3% deles estavam em TARV. Contudo, ainda se regista alguns desafios em relação ao terceiro 90, na qual a taxa de supressão viral rondou os 32,6% em 2018, 59,1% em 2019 e 52,9% em 2020. A cascata 90-90-90 em 2021 foi de 100% PVVIH conhecem seu status, 86,8% PVVIH em TARV e 81,3% em supressão viral .

Em 2019, 89,3% de mulheres grávidas esperadas utilizaram os serviços de SSR (Saúde Sexual e Reprodutiva). A prevalência de VIH nesse grupo não ultrapassou os 0,6% durante os últimos 4 anos, sendo 0,3% em 2017, 0,2% em 2018, 2019, 2020 e 2021 e 0,3% em 2022. O país pretende concorrer para a certificação de eliminação da transmissão mãe-filho de VIH, tendo alcançado bons resultados, com a melhoria da taxa de cobertura de tratamento de PTMF, passando de 96,3 % em 2017 para 100% de mulheres grávidas infetadas em tratamento em 2020, 2021 e 2022. Entretanto, a taxa de transmissão de VIH de crianças nascidas de mães seropositivas passou de 3,18% em 2016 para 2,9% em 2019, 5,4% em 2021 e 4% em 2022. No que concerne à sífilis, com a mudança da estratégia de tratamento da doença e sua abordagem, tem-se notado uma tendência à diminuição de casos de grávidas positivas para RPR nos últimos três anos, passando de 0,8% em 2017 para 0,5% em 2019 .

No âmbito geral foram desenvolvidas as ações de formações, de comunicação para a mudança de comportamento, atividades direcionadas às populações chaves. Além disso, o Laboratório Nacional de Referência reforçou as suas competências com a realização do

teste de cultura, TSA e LPA, e estabeleceu um protocolo de cooperação com o Instituto Ricardo Jorge (Portugal).

As dificuldades ligadas à implementação das atividades de TB e VIH durante o período de 2018-2022 estão ligadas a aspetos financeiros, déficit no seguimento e avaliação das atividades, assim como na monitorização dos casos, desmotivação do pessoal envolvido na luta contra essas doenças e a pandemia da covid-19.

7. ANÁLISE SWOT

A revisão do PEN de 2018-2022 tornou possível fazer um balanço da implementação do plano em termos de progresso no desempenho dos indicadores, facilitando factores e constrangimentos, e tirar conclusões ou fazer recomendações para melhor orientar o planeamento futuro com vista a alcançar os objectivos nacionais e globais que o país subscreveu.
Esta análise do progresso relaciona-se com os diferentes temas ligados à prevenção, rastreio, cuidados e tratamento, mas também com aspectos de co-infecção e outras áreas ligadas à monitorização e informação estratégica.

Pontos fortes

7.1. Geral do programa

a. Governança, Parceria e Gestão do Programa TB, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites virais

- Existência do CCM a nível do Ministério da Saúde, que coordena a parceria com os doadores e supervisiona, monitoriza e avalia o progresso da implementação das atividades do programa;
- Programa de TB, VIH e Hepatites virais é um dos programas estratégicos do Ministério da Saúde;
- O Programa dispõe de Política e diretrizes estratégicas de luta contra as quatro doenças;
- O Programa Nacional de luta contra TB, VIH-SIDA, ISTs e Hepatites Virais está bem estruturado e dispõe de uma unidade central;
- O programa segue uma abordagem estruturada de planeamento, sendo o desenvolvimento do PEN precedido por uma revisão do programa;
- Existência de um plano estratégico nacional conjunto de combate às quatro doenças para o período de 2018-2022;
- Existência de um plano de supervisão conjunto e os relatórios de supervisão são redigidos;
- As directrizes nacionais para a implementação das intervenções são desenvolvidas e atualizadas com recomendações internacionais
- Existência de parceiros multilaterais e bilaterais (PNUD, UNICEF, UNFPA, OMS, Embaixada do Brasil, ASPF, INPG, etc.) que apoiam o programa;
- Memorando de entendimento entre o programa e as clínicas privadas estabelecido em 2022 já está operacional.
- O Programa já disponibiliza ferramentas de notificação e recolha de amostra, testes rápidos de VIH, preservativos, lubrificantes em 5 instalações de saúde, etc.);

- Existência de associações de doentes com TB (ASPA-TB) e pessoas vivendo com VIH (associação Apoio a VIHDA) que apoiam na implementação das atividades a nível comunitário;
- Envolvimento dos líderes comunitários na realização das actividades;
- Disponibilidade de materiais de comunicação (ficheiros, gráficos, etc.);
- Controlo da gestão dos medicamentos e consumíveis pela programa;
- Existência do M-Supply para apoiar na gestão de stocks de medicamentos a nível nacional;
- A gestão da co-infecção TB/HIV é uma prioridade para o programa TB/HIV;

b. Monitorização e avaliação do programa TB,VIH-SIDA, ISTs e Hepatites Virais

- A Unidade Central gere todos os dados de notificação das quatro doenças no país;
- Existência da Plataforma DHIS2 e do rastreador de VIH e TB;;
- Existência de um plano de supervisão e produção de relatórios trimestralmente;
- Existência de uma unidade de monitorização e avaliação;
- Existência de ponto focal para DHIS2 a nível distrital e dos programas;
- Realização de supervisão conjunta de SIS e dos Programas a nível de DHIS2;
- Existência de um plano de monitorização e avaliação harmonizado com o plano estratégico;
- Reuniões de coordenação trimestrais e semestrais com os distritos sanitários para validação de dados;
- Sistema de vigilância epidemiológica operacional;
- Existência de alguns estudos de vigilância epidemiológica em populações vulneráveis (ANC, Militares, Prisões)
- Existência de meios logísticos (computadores, Internet e outros)
- Formação de agentes em planejamento e informação estratégica.

c. Direitos humanos, género e proteção social

- Existência de alguns estudos de vigilância epidemiológica em populações vulneráveis (ANC, militares, prisioneiros)
- A comunidade está envolvida na luta contra a TB no nível operacional por meio de organizações comunitárias e vértices, pacientes de tuberculose
- Esses atores participam da luta com várias intervenções: comunicação, informação e sensibilização das comunidades, orientação de TB presumida, apoio a pacientes tratados com TDO comunitário, participação em atividades de investigação de TB em sujeitos de contato de casos índices, atividades de triagem ativa em locais comunitários e /ou prisões.

d. Comunicação para mudança de comportamento

- Desenvolvimento de mensagens-chave e organização de campanhas de sensibilização sobre mudança de comportamento social para reduzir os riscos de VIH e tuberculose através da utilização de instrumentos de ensino e de comunicação (brochuras, folhetos, utilização de rádio/TV e redes sociais);
- Existência de técnicos formados em comunicação sobre mudança de comportamento
- Envolvimento de líderes comunitários na realização de actividades de comunicação para mudança de comportamento;
- Existência das associações ASPA-TB, MSM e TS;
- Bom conhecimento da comunidade sobre transmissão, prevenção e tratamento (gratuito) do VIH/TB;
- Existência uma rede de HIVSTP para atividades de BCC e ATV a nível nacional.
- Existência de técnicos formados em matéria de comunicação para mudança de comportamento;
- Disponibilidade de materiais de comunicação (desdobráveis, cartazes, camisolas e chapéus);

7.2 Tuberculose

a. Prevenção

- Implementação da vacinação BCG à nascença;
- Profilaxia com Isoniazida em crianças menos de 15 anos de idade;
- Directrizes para o rastreio da tuberculose em crianças;
- Rastreio de TB na população prisional;
- Tratamento preventivo com INH para PVVIH;
- Existência de ONG ASP TB que participa nas atividades de CMC;
- Envolvimento de ASC e Líderes comunitários nas atividades preventivas;
- Rastreio dos contactos;
-

b. Despistagem

- Existência de atividade de busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios (nas comunidades);
- Realização de rastreio de contactos de TB nas unidades de tratamento;
- Existência de médicos formados no rastreio da tuberculose em crianças;
- A existência de livro de registos para os sintomas respiratórios nos centros de saúde;
- Rastreio mensal de TB nos PVVIH;
- Todos os doentes com tuberculose são testados para o VIH/SIDA;
- Rastreio de TB na população prisional;
- Testagem do VIH em todos os casos de tuberculose;

c. Tratamento

- Existência de protocolos de tratamento para pacientes com tuberculose sensíveis e MDR;
- Implementação da estratégia DOT comunitário (tratamento diretamente observado) a nível nacional;
- Existência de acompanhamento e apoio nutricional para pacientes com TB sensível e TBMR-TB;
- Implementação do regime de tratamento de curta duração para MDR-TB;
- Boa cobertura do tratamento anti-retroviral e profilaxia com cotrimoxazol em pacientes co-infectados;
- Existência de pontos focais de TB nos distritos para gestão e seguimento dos doentes de TB em tratamento;
- Existência de unidades de tratamento e seguimento de doentes de TB em todos os distritos;
- Realização de várias avaliações terapêuticas;
- Existência de uma unidade de internamento para pacientes com MDR-TB;
- Testes de VIH para todos os casos de tuberculose e TB em PVVIH;
- Boa cobertura do tratamento anti-retroviral e profilaxia de co-trimoxazol para indivíduos co-infectados;

d. Laboratório

- O processo de detecção de casos de TB é bem conhecido e os testes de TB em pacientes com sintomas respiratórios são considerados uma prática padrão nos serviços de saúde;
- Utilização de GeneXpert como primeiro teste de diagnóstico;
- Realização de cultura no meio sólido - Löwenstein Jensen;
- A descentralização do genexpert;
- Introdução de nova técnica para deteção da resistência de 2ª linha -LPA;
- Sequenciação de amostras da tuberculose;
- Seguimento e supervisões pontuais por parte do laboratório de referência para fortalecimento dos laboratórios distritais;
- Existência de parceria técnico com o instituto Ricardo Jorge e o laboratório nacional de referência nacional;
- Existência de colaboração de apoio técnico e de formação com o DCD África;
- Laboratório Nacional de referência da tuberculose reabilitado para responder a outras patologias;
- Existência de aparelhos de GeneXpert em 5/7 distritos sanitários;
- Descentralização da microscopia em todos os 6 distritos e na Região Autónoma de Príncipe.
- Existência de algoritmo de diagnóstico combinando métodos clássicos (microscopia, culturas fenotípicas e testes rápidos baseados em biologia molecular);
- Garantia de qualidade externa e atividades de controle de qualidade CDT;
- Existência de algoritmo de diagnóstico de TB com GeneXpert;

7.3 VIH/SIDA

Pontos Fortes

a. Prevenção

- Existência de rede VIHSTP para atividades de CMC e testagem voluntária a nível nacional;
- Existência de protocolo pós exposição ao VIH;
- Implementação de rastreio de VIH em todos os doadores de sangue;
- Rastreio de VIH em todos pacientes de TB;
- Incorporação do rastreio de VIH no inquérito IBBS (População prisional, HSH, PS);
- Rastreio sistemático de VIH em todos os mancebos (recrutamento Militar);

b. Despistagem

- Os testes feitos para grupos específicos TS e HSH são conduzidos por pares;
- Realização de teste á grávidas em todos os serviços de saúde reprodutiva;
- Testagem é realizada de forma equilibrada entre a rede clínica;
- Todos os novos recrutas da polícia e das forças armadas são testados.
- A implementação da política de Testar e Tratar;
- Disponibilidade de testes em todas US;
- Testagem de VIH nas populações chaves (HSH, PS e reclusos);
- Taxa de detenção >90;
- Serviço de testagem gratuito;
- Existência de técnicos formados em aconselhamento e testes;
- Realização de DIPS em todos as Unidades de Saúde;
- Serviço de testes gratuitos e disponibilidade de testes em todo o território dos US;
- Existência de uma rede VIHSTP para actividades de CMC e TV a nível nacional;
- Realização de testes de VIH em populações-chave (HSH, PS e prisioneiros)
- Realização de teste para VIH à 100% dos doentes com tuberculose;

c. Tratamento

- Boa cobertura do tratamento ARV em todo país (98%);
- Disponibilidade de cuidados e tratamentos gratuitos em todos as unidades de saúde;
- Implementação da estratégia Testar e Tratar para que 95% das PVVIH;
- Existência de equipas de cuidados domiciliários e equipas de (EAT) para a adesão em todos os centros de tratamento;
- Inclusão de ARV na lista de medicamentos essenciais;
- Integração de serviços para HSS na luta contra as IST/HIV/SIDA;
- Existência de normas claras para a utilização de ARV e medicamentos contra infecções oportunistas;
- Disponibilidade da Carga viral;
- Integração dos serviços controlo das IST/VIH/SIDA nos serviços de SSR;
- Existência de pessoal formados;

d. Laboratório:

- Existência de máquinas GeneXpert (8 no total em STP, todas com 4 módulos) para realização de alguns testes de confirmação e carga viral;
- Disponibilidade de equipamento;
- Existência de técnicos formados;
- Disponibilidade de parceiros para a compra de consumíveis;
- Realização de carga viral Gratuito;
- Realização de PCR para todas as crianças nascidas de mães soropositivas;
- Realização de controlo de qualidade interno e externo;

7.4 Hepatite virais e ISTs

a. Prevenção

- Notificação das ISTs;
- Implementação de Vacina contra a Hepatite B para todos os Recém-nascidos;
- Rastreio da Sífilis e Hepatites B e C no banco de sangue;

b. Despistagem

- Incorporação do rastreio da Sífilis e Hepatites no inquérito IBBS;
- Testagem gratuita da Sífilis e Hepatite B para todas as Grávidas;

c. Laboratório:

- Realização de testes sorológicos para as Hepatites B e C e as outras ISTs;
- Existência de técnicos disponíveis e formados;

a. Tratamento

- Existência de medicamentos para Hepatite B e IST gratuito para os PVVIH;
- Existência de protocolo de abordagem sindrômica para as ISTs;

Fraquezas

Geral do programa

a. Governança, Parceria e Gestão do Programa TB, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites virais

- Inexistência de técnicos de farmácia para assumir uma boa gestão de stock de medicamentos;

- Fraca colaboração do programa com outros parceiros técnicos nacionais;
- Inexistência de um comité nacional para a quantificação de medicamentos;
- Financiamento para a luta contra a tuberculose, VIH-SIDA, IST e Hepatites Virais insuficiente;
- Financiamento doméstico exíguo para o programa de tuberculose, VIH-SIDA, IST e Hepatites Virais;
- Financiamento do programa dependente de contribuições externas;
- Fraca coordenação de todos os atores envolvidos na gestão de dados;
- Não integração dos ASC de São Tomé no sistema nacional de saúde;
- Fraco envolvimento de empresas públicas e privadas na luta contra a tuberculose;
- Fraco compromisso e engajamento do governo para aquisição dos medicamentos;
- Falta de atualização da ficha de stock;
- Rutura de stock de Linezolida;
- Ausência de formulações de tuberculostáticos pediátrica;
- Alguns armazéns de medicamentos com condições ambientais inadequado (não existência de aparelho de Ar condicionado);
- Recursos humanos insuficientes e desmotivados.
- Falta de recursos financeiros para realizar o estudo de prevalência;
- Diretrizes nacionais de TB nem sempre bem implementadas em alguns distritos.
- Nenhum acordo ou convenção foi estabelecido com os países vizinhos sobre o manejo de pacientes com tuberculose e tuberculose multirresistente;
- Inexistência de um comité de pesquisa operacional a nível dos 2 programas;

b. Monitorização e avaliação do programa TB,VIH-SIDA, ISTs e Hepatites Virais

- Supervisão ineficaz nas unidades sanitárias;
- Fraca monitorização, avaliação e análise periódica de indicadores no plano de monitorização e avaliação;
- O sistema de DHIS2 ainda não permite fazer uma gestão de doentes (módulo TRACKER);
- Insuficiente monitoramento e avaliação das atividades ligados a rastreio de casos de TB;
- Uso inadequado dos softwares disponibilizados (DHIS2 e M-Supply)
- Existência de dois ou mais sistema de introdução de dados de TB o que deturpa as informações finais;
- Qualidade de dados não confiável e o programa de TB e HIV usa uma planilha Excel junto com o DH2;
- Falta de um plano de reforço DHIS2;
- Inconsistência de dados no DHIS2 e também discrepância entre os dados enviados pelos distritos e os dados encontrados durante as visitas de supervisão;
- O posto de saúde militar não tem um ponto focal. Isso significa que os dados de TB e VIH não são capturados na plataforma DHIS2.
- Não há coordenação de todos os atores envolvidos na gestão dos dados, quando a equipe de TB-HIV não realiza supervisão conjunta com a do SIS.

- Falta de feedback do Programa TB-HIV em relação às opiniões das unidades de saúde;

C. Equidade Gênero, Direitos Humanos e Protecção Social

- Estigmatização dos doentes com tuberculose;
- Envolvimento insuficiente do sector privado para mobilizar uma resposta multisectorial dinâmica e eficaz à tuberculose, VIH e hepatite viral;
- Ausência de leis regulamentando a abordagem de pacientes com tuberculose multirresistente;
- Exames de bioquímica pagos pelos pacientes;
- Sensibilização insuficiente da população sobre Gênero e Direitos Humanos.
- A equipe do PNLT responsável pelos aspectos do GDH TB não é treinada em GDH (Género, Direitos Humanos) TB e VIH/SIDA.
- Mensagens de conscientização sobre o GDH TB e VIH/SIDA não são popularizadas e antigas.
- Campanhas de conscientização sobre o GDH TB, VIH/SIDA não são realizadas.
- As organizações envolvidas na GDH TB não são bem conhecidas
- **O apoio às atividades de proteção social e apoio aos doentes é pouco feito**
- Falta de recursos para apoiar pacientes com tuberculose.
- Não são desenvolvidas atividades de proteção social para doentes de TB.
- O apoio psicossocial às pessoas acometidas pela TB e VIH/SIDA é mal implementado e pouco considerado pelo programa.
- Não são desenvolvidas atividades de reinserção social para as pessoas mais pobres afetadas pela TB
- Antigos conhecimentos/práticas de TB e VIH/SIDA ainda são atuais.
- A falha na popularização de novos saberes e práticas sobre TB, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites virais decretadas nas diretrizes do PNLT/PNLS;
- Os profissionais de saúde não são treinados no GDH para as 3 doenças e mal treinados em ética médica;
- Crenças, hábitos e costumes em relação à TB, VIH/SIDA, ISTs e Hepatites virais;
- As pessoas afetadas pelas 3 doenças são muitas vezes vítimas de discriminação, estigmatização e violação de direitos;
- Os atores jurídicos não estão interessados em apoiar as vítimas de discriminação, estigmatização e violação dos direitos de TB e VIH/SIDA porque eles não são treinados em GDH para essas doenças;
- Apoio jurídico para pessoas afetadas pela tuberculose e VIH/SIDA não é suportado;
- A questão do estigma e discriminação relacionados com as 3 doenças ainda é pouco discutida a nível nacional e distrital;
- A divulgação da Declaração dos Direitos das Pessoas Atingidas pela TB (ASPA-TB) e VIH/SIDA não é efetiva;
- Dificuldade de apropriação da ASPA-TB e Apoio a VHIDA por todas as partes interessadas no combate à essas doenças;
- Pouca atenção dada às pessoas acometidas por essas 3 doenças;
- O empoderamento das pessoas afetadas pela TB e VIH/SIDA não é feito o suficiente (para fazer valer seus direitos)
- Ambiente legal não favorável às pessoas afetadas pela TB (Sem lei de TB, as políticas de TB não são aplicadas ao pé da letra e nem sempre levam em consideração as especificidades das populações-chave e vulneráveis)

- O apoio jurídico não está operacional (não há clínicas jurídicas para apoiar as vítimas do estigma e da discriminação relacionados com a tuberculose e VIH/SIDA;
- Conceitos e aspectos ligados ao GDH da TB e VIH/SIDA não são dominados pelos profissionais de saúde e atores comunitários;
- **A implementação das atividades do GDH TB e VIH/SIDA não está assegurada;**
- Não definição de metas de intervenção e ausência de indicadores de GDH;
- Ausência do Guia de Gênero e Direitos Humanos da TB e VIH/SIDA;
- Falta de Mapeamento das Organizações da Sociedade Civil e organizações comunitárias intervenientes no GDH da TB e VIH/SIDA;
- Financiamento inexistente para atividades GDH TB e VIH/SIDA

d. Comunicação para Mudança de Comportamento

- Falta de um plano de comunicação que inclua aspectos gerais destinados a populações chave e vulneráveis (mulheres grávidas, crianças órfãs, pessoas com deficiência) e populações chave (HSH, ST, prisioneiros e PVH);
- Fraca promoção e realização da testagem em alguns distritos;
- Insuficiência de recursos humanos formados em comunicação para mudar o comportamento;
- Insuficiente equipamento de comunicação de massa para trabalhar com populações chave (câmara, megafones, mini-reprojector, mini-gerador, altifalantes e microfone);
- Insuficiente coordenação entre os programas e o CNES;
- Pouca divulgação da associação dos HSH e das TS;
- Falta de materiais de comunicação para sensibilização com os HSH, TS, Reclusos e PVVIH (desdobráveis, panfletos, pénis de madeira, vaginas);
- Fraco engajamento da população nas atividades de CMC;

Tuberculose

a. Prevenção

- A profilaxia de Isoniazida não está disponível para todos os PVVIH (apenas 31% dos PVVIH receberam TPI);
- Política e directrizes disponíveis, mas alguns documentos estão desatualizados;
- O rastreio da tuberculose em crianças tem permanecido baixo;
- Não implementação TPT para os PVVIH;
- Inexistência de protocolos de rastreio para população vulnerável (Profissionais de saúde, diabéticos e malnutridos;
- Inexistência de protocolo para manejo de caso de TB latente;
- Inexistência de medidas de controlo de infecção.

b. Despistagem

- Baixo desempenho na taxa de detecção de casos de TB durante o período de vigência do PEN 2018-2022;
- Detecção tardia de alguns doentes com tuberculose;

- Nenhuma actividade de investigação operacional;
- O rastreio dos contactos não está bem documentado;
- Colheita das amostras gástricas não são feitas;
- Registo deficiente dos sintomáticos respiratórios nos livros de registos das unidades sanitárias;
- Atraso na publicação dos resultados dos testes (genexpert), embora se trate de um teste rápido;
- Não envolvimento das comunidades na despistagem de casos de tuberculose;
- O rastreio da tuberculose não é apropriado para reclusos;
- Falta de registo de rastreio de contacto no livro.

c. Tratamento

- Pouco envolvimento de pediatras na elaboração das diretrizes e na formação dos técnicos de saúde;
- Não existe ponto focal de TB e VIH no posto de saúde militar;
- Inexistência de formulações pediátricas para segunda linha;
- Taxa de sucesso do tratamento inferior a 80% (PF-2021)
- Medidas de farmacovigilância inexistente;
- Espaço inadequado para internamento dos pacientes com TB/MR;
- Mortes e causas de morte ainda não registadas no registo civil;
- Os audiogramas não são realizados para acompanhamento de doentes;
- O ECG não é realizado gratuitamente para pacientes ambulatórios;
- A gestão da co-morbilidade da tuberculose/diabetes ainda não foi implementada;
- Alta taxa de desistência;
- Ainda não foi implementado a técnicas de recolha de amostra gástrica;
- Inexistência de guia de gestão de TB infantil;
- Indicadores de TB nas crianças não incluídos no plano de S&A;

a. Laboratório:

- Estrutura do laboratório não está de conformidade às normas estandartes;
- Laboratórios de Centros de Saúde com GeneXpert mal instalados ou módulos defeituosos;
- Falta de meios para realização de algumas análises (LPA);
- A máquina GeneXpert não é utilizada de uma forma otimizada;
- Recurso humano insuficiente;
- Transporte de amostras deficiente;
- Elevado número de erros e resultados inválidos devido a oscilações da corrente eléctrica;
- Inexistência de um plano estratégico do laboratório;
- Falta de pessoal qualificado em todos os níveis;
- Ausência de guias técnicos laboratoriais validados nos laboratórios dos centros de saúde;
- O algoritmo de diagnóstico não favorece o diagnóstico rápido de casos de TB resistente a medicamentos;
- Baixa solicitação de testes de diagnóstico de tuberculose por médicos;
- Não há participação de todos os CDTs nos ciclos de controle de qualidade;

- Baixa cobertura de GeneXpert para uso em pooling TB/HIV/HEPATITE/COVID (9 máquinas de 4 módulos);
- Recursos insuficientes e atividades relacionadas à manutenção de equipamentos e materiais de laboratório;
- Pesquisa operacional insuficiente no nível do LNR.

VIH - SIDA

a. Prevenção

- Inexistência de um centro de atendimento e gestão das gestante unificado (SSR + Centro TARV;
- Não realização do terceiro teste (WESTERN BLOT) para confirmação;
- Dolutegravir ainda não utilizado em gestantes;
- Não-introdução de PrEP e auto-testes;

b. Despistagem

- Falta de equipamento e materiais para facilitar os testes no terreno (por exemplo, unidade móvel, ecrã e tendas);
- Fraca promoção de sensibilização e testagem em alguns distritos;

c. Laboratório:

- Não realização de teste de (WESTERN BLOT) para confirmação;
- Ruptura de Stock de reagente para carga e PCR;
- Supervisão ao nível distrital deficiente;
- Dificuldade na comunicação entre laboratório do nível periférico e central;
- Indisponibilidades de análise Hemato Bioquímicas gratuitas para os PVVIH;
- Existência de uma rede de laboratório nacional;
- Descentralização insuficiente para realização de carga viral e teste de confirmação;

d. Tratamento

- Baixa taxa de cobertura de TPI;
- TPT não implementado;
- Insuficiente confidencialidade das consultas;
- Inexistência de um estudo sobre a adesão ao tratamento ARV;
- Ausência de legislação que regule a compra de medicamentos;
- Baixa taxa de supressão viral (68%) abaixo do alvo (< 95%);
- Falta de controlo de qualidade dos medicamentos a nível nacional;
- Indisponibilidades de análise Hemato Bioquímicas gratuitas para os PVVIH;
- Falta de serviço de farmacovigilância;
- Inexistência de um guiché único para atendimento, tratamento e seguimento dos doentes de TB e VIH/SIDA;
- Não realização do estudo sobre fármaco-resistência aos ARV;
- Taxa de co-infecção TB/VIH elevada;

- Elevada taxa de óbito por VIH/SIDA;
- Inexistência de um comité nacional de validação para certificação de eliminação da transmissão mãe-filho de VIH/Hep B e ISTs.
- Existência estigma e discriminação em relação ao VIH.

Hepatite e ISTs

a. Prevenção

- Indisponibilidade de teste de diagnóstico e confirmação para as ISTs e hepatites virais;
- Ruptura de stock de alguns consumíveis para manutenção de estratégia de transfusão segura para as ISTs e hepatites virais
- Inexistência de um protocolo de rastreio para ISTs e hepatites virais;
- Inexistência de um estudo de seroprevalencia para ISTs e hepatites virais a nível nacional;
- Escasa notificação das ISTs e hepatites virais;
- Não realização do teste pós tratamento; (SÍFILIS)
- Não há disponibilidade de testes de triagem e medicamentos para o tratamento das hepatites virais em geral

a. *Despistagem*

- Nem todas as mulheres grávidas são testadas para Hepatites virais e ISTs;
- Testes de Hepatites B e C não disponíveis para as grávidas;
- Não realização de teste de Hepatite B nas grávidas desde 2017;
- Não realização de rastreio de hepatite viral entre PVVIH

a. Laboratório:

- Falta de reagentes para a realização de exames das hepatites e ISTs;
- Não realização de testes de proficiência para Hepatite B e as ISTs no Laboratório Nacional de referência TB/VIH/Covid-19;
- Falta de alguns consumíveis para manter a estratégia de segurança do sangue com o rastreio da hepatite e das DST;

b. **Tratamento**

- Falta de directrizes para a gestão de casos das IST e das hepatites virais;
- Rara notificação de casos de Hepatites virais;
- Falta de um plano estratégico nacional para as hepatites virais.
- Falta de dados sobre a soroprevalência das hepatites virais na população em geral.

7.1.2 PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS NO CONTROLE DA TB VIH_SIDA; ISTs e Hepatites Virais:

Com base nas deficiências identificadas através da análise da situação, são identificados os seguintes problemas principais:

- Subdeclaração de TB a 50% com uma lacuna de 50% (SP-TB tanto em adultos como em crianças + PR-TB);
- Um aumento nos resultados adversos de 16 e 10% de perdas e 3,7 % de mortes (Distrito de Lemba com 33% de mortes);
- Fraca capacidade de gestão do programa TB/VIH-SIDA, ISTs e Hepatites virais (recursos humanos insuficientes);
- Parceria insuficiente na luta contra a as quatro patologias, incluindo o envolvimento insuficiente das comunidades e da sociedade civil;
- Obstáculos relacionados com o género, direitos humanos, protecção social e apoio aos doentes.

Ameaças

- Aumento do nível de pobreza na população geral;
- Estigma e discriminação persistentes na comunidade, especialmente entre as populações chave e vulneráveis;
- Financiamento insuficiente (interno e externo) para o programa;
- Dependência de parceiros internacionais para financiar actividades relacionadas com o VIH, a hepatite e as IST;
- Retirada de alguns parceiros devido à crise pandémica da Covid-19;
- Diminuição do financiamento externo dos parceiros internacionais por transição do país para o grupo dos países de rendimento médio;
- Fraco empenho político na luta contra o VIH/SIDA, a Hepatite e as DSTs
- Fraco empenho da comunidade no combate ao VIH/SIDA, Hepatite e DSTs

Oportunidades

- Existência de ONG e outros parceiros que apoiam a sensibilização e outras actividades programáticas;
- Envolvimento de alguns parceiros em apoio técnico e financeiro para algumas actividades de TB, VIH/SIDA, DST e Hepatite virais;
- Melhor e maior acesso a novas tecnologias;
- Existência de uma secção na EMB para o VIH/SIDA para apoiar as ONG; Apoio ao VIH/SIDA que pode ser utilizado para a tuberculose e a sociedade civil;
- Envolvimento das comunidades na luta contra o TB, VIH/SIDA, DSTs e Hepatite Virais;
- Característica insular do país com uma população pequena.

Recomendações

- Desenvolver um plano de comunicação que inclua a sensibilização das populações chave e vulneráveis para utilizar os serviços VIH e reduzir o estigma e a discriminação contra eles;
- Promover e levar a cabo mais actividades de informação a favor dos testes em certos distritos;

- Defender com os parceiros a aquisição de financiamento para levar a cabo mais actividades contidas no plano de comunicação;
- Aquisição de equipamento de comunicação de massa para sensibilizar as populações-chave;
- Formação e reciclagem de técnicos do CMC (comunicação, mobilização social, marketing e publicidade)
- Introduzir PrEP e auto-teste especialmente para populações chave e vulneráveis;
- Mobilizar os recursos financeiros necessários para realizar um estudo de prevalência na população HSH e PS e um estudo biocomportamental e de soroprevalência na população em geral
- Adquirir equipamento e materiais para facilitar os testes de campo (por exemplo, unidade móvel, ecrã e tendas).
- Realizar um estudo sobre adesão e retenção no tratamento aos 12, 24 e 36 meses, bem como um estudo sobre fármaco-resistência aos ARV e tuberculostáticos;
- Estabelecer um sistema de controlo de qualidade para medicamentos a nível nacional;
- Integrar os sítios de entrega de serviços de TB e VIH para os tornar sítios One Stop Shop;
- Melhorar o fornecimento de reagentes de carga viral e insumos para a hepatite
- Melhorar a integração e a fiabilidade dos dados na plataforma DHIS2;
- Criação de um comité de pesquisa operacional para os dois programas;
- Defender a mobilização de recursos atribuídos à investigação operacional.
- Assegurar a formação de profissionais de saúde sobre a gestão das quatro doenças;
- Criação de um comité nacional de validação da eliminação de transmissão mãe-filho (VIH, HB e ISTs).

8. A VISÃO DA RESPOSTA NACIONAL NO PEN 2023-2027

Visão

Até 2035 a visão é de um São Tomé e Príncipe livre de tuberculose, VIH/SIDA, DSTs e hepatites virais

Missão

Conseguir a eliminação da tuberculose, VIH/SIDA, DSTs e hepatites virais até 2035

Objectivo Geral

Contribuir para a eliminação da tuberculose, VIH/SIDA, DSTs e hepatite virais até 2035

Objetivo Específico

Tuberculose

4. Aumentar a taxa de detecção de novos casos de TB a 95% até 2027;
5. Submeter sob tratamento 95% dos pacientes de TB até 2027;
6. Aumentar a taxa de sucesso terapêutica em 95% dos pacientes de TB até 2027;

VIH-SIDA

5. Assegurar a taxa de detecção de novos casos de VIH a 100% até 2027;
6. Submeter sob tratamento 95% dos pacientes de VIH-SIDA até 2027;
7. Aumentar a taxa da supressão viral em 95% até 2027;
8. Assegurar a taxa de transmissão vertical inferior a 5% até 2027;

ISTs /Sífilis

3. Aumentar a taxa de detecção de novos casos de Sífilis nas grávidas a 100% até 2027;
4. Submeter sob tratamento 95% das gestantes infectadas com Sífilis e seus parceiros até 2027;

Hepatites Virais

4. Diagnosticar 95 % de grávidas com Hepatites B até 2027;
5. Submeter ao tratamento 95% das grávidas infectadas com Hepatite B até 2027;
6. Aumentar a taxa de vacina contra Hepatite B aos recém nascidos em 100%;

OS EIXOS ESTRATÉGICOS DESTE PLANO

De conformidade com o objetivo do programa foram delineados os seguintes eixos estratégicos:

• 1º EIXO: Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções de Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatites virais;
• 2º EIXO: Eliminar a transmissão vertical (VIH/SIDA, Sífilis e Hepatite B)
• 3ºEIXO: Reduzir a morbilidade e mortalidade relacionadas com a Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite virais, melhorando a gestão dos doentes;
• 4ºEIXO: Melhorar o ambiente favorável a um melhor acesso aos serviços para as populações-chave
• 5ºEIXO: Assegurar a coordenação, mobilização de recursos e informações estratégicas

Resultado do Impacto global esperado do PEN

Os resultados do impacto da PEN são os seguintes:

1. Novas infecções relacionadas com doenças prioritárias: Tuberculose, VIH, ISTs e hepatites virais reduzidas em 60% até 2027;

2. Mortalidade e morbilidade relacionadas com doenças prioritárias: Tuberculose, VIH, ISTs e hepatite, reduzidas em 50% até 2027;
3. Governação da resposta nacional às doenças prioritárias integrada e eficaz até 2027.

EIXO 1. Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções de Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatites virais;

- TUBERCULOSE

8.1.1. Contexto estratégico

Em São Tomé e Príncipe tem-se verificado um aumento de números de pessoas que desenvolvem tuberculose ativa. De conformidade com o PEN 2018-2022 os resultados indicam uma fraca captação dos pacientes face às metas nacional e mundial. Para reverter este quadro é necessário proceder reforço das ações que levem a uma melhoria na detecção de casos de Tuberculose. O número de casos de tuberculose multirresistente tem flutuado no período de 2011 a 2022. É de salientar que em termos de diagnóstico de TBMR/RR registou-se uma melhoria significativa tendo em conta o reforço das capacidades do LNR-TB. Entretanto só em 2021 conseguimos atingir a meta estipulada pela OMS de 7 pacientes.

Crianças e jovens adolescentes (com menos de 15 anos) representam cerca de 7% de todas as pessoas com tuberculose (TB) em STP (ver dados PNLT). O programa nacional de luta contra Tuberculose notifica menos da metade dessas crianças, o que significa que há uma grande lacuna na detecção de casos nesse grupo etário.

As razões para essa lacuna incluem desafios com a coleta de amostras e confirmação bacteriológica da TB em crianças pequenas, devido à natureza paucibacilar da doença da TB nessa faixa etária e à falta de testes locais altamente sensíveis.

Em 2020, a pandemia de COVID-19 teve um impacto negativo adicional nas notificações de TB em crianças. Além da lacuna de detecção de casos, apenas um terço das crianças com menos de cinco anos de idade elegíveis para tratamento preventivo de tuberculose (TPT) o recebeu em 2020. As crianças pequenas correm maior risco de desenvolver tuberculose, incluindo formas graves de tuberculose, após a infecção por tuberculose, e a maioria o faz dentro de alguns meses após a exposição e infecção.

Em STP, em crianças com sinais e sintomas de TB pulmonar (baixo peso ponderal, malnutrição, etc) o GeneXpert é usado como teste diagnóstico inicial para TB e deteção de resistência à rifampicina na urina ou fezes para aquelas que não conseguem expetorar, em vez de baciloscopia e testes fenotípicos de suscetibilidade. É usado o algoritmo integrado de decisão de diagnóstico para TB pulmonar em crianças atendidas em unidades de saúde.

Outra lacuna prende-se com o registo do tratamento preventivo com Isoniazida para profilaxia.

Quanto à co-infecção TB/VIH, regista-se o seguinte:

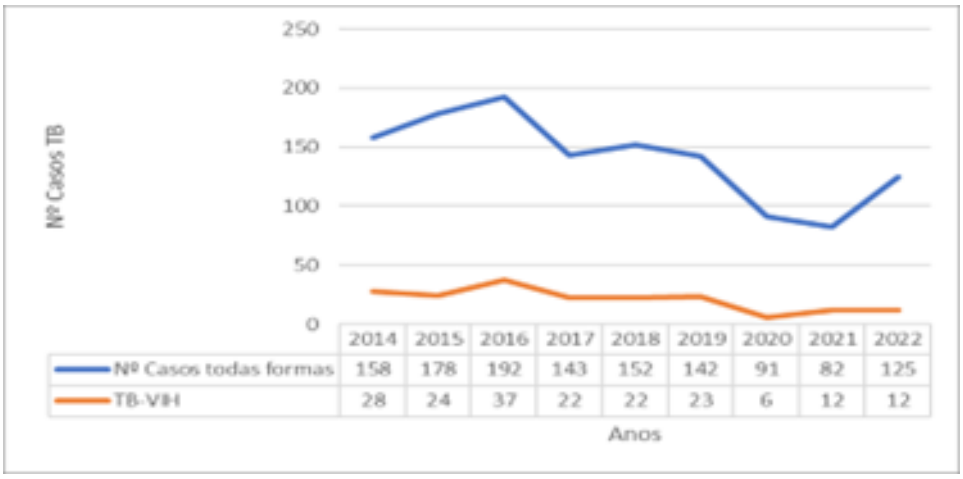


Figura xx : Evolução da co-infecção, 2014 a 2022

De 2017 a 2019 houve uma estagnação no número de casos de co-infecção TB/VIH notificados, com uma diminuição em 2020, período da pandemia da COVID-19, para depois registar um aumento em 2021 e estagnar nos anos seguintes (com 12 casos).

Circuito de diagnóstico, tratamento e seguimentos dos TBMR em STP

Antes de 2010, em São Tomé e Príncipe, informações/dados consistentes não existiam, apesar de ter havido pacientes que não negativaram até chegarem a óbito. O método básico e principal do diagnóstico na altura era baciloscopia na base do método de Ziehl Neelsen.

Com o apoio do Fundo Global, em 2010, iniciamos através de um protocolo com o Instituto Pasteur de Yaoundé – Cameroun, em que as amostras de pacientes que não negativavam eram enviadas, para efeitos de diagnóstico de multirresistências.

Foi nesta base que STP começou a registrar e tratar casos de Tuberculose Multidroga resistente.

Em 2016, com a instalação do aparelho de GeneXpert, iniciou-se uma nova fase de diagnóstico de TBMR/RR e a realização de cultura em meio sólido. Houve várias interrupções da realização da cultura em 2018, 2019 com suspensão por falta de produtos. Durante a pandemia da COVID-19, a cultura voltou a estar suspensa. Retomou-se em 2022 até o primeiro trimestre de 2023, com nova suspensão devido às condições de biossegurança.

Os pacientes no regime longo, eram internados na Tisiologia do Hospital Dr. Ayres de Menezes, durante fase ativa por um período de seis meses. Seguido por um médico infeciologista, com realização de controle com baciloscopia de 2 em 2 meses, incluindo bioquímica. Após alta da Tisiologia eram seguidos pelos clínicos gerais nas respectivas unidades de saúde até ao fim do tratamento.

No regime curto iniciado no ano de 2022 em STP, apesar das orientações técnicas da OMS para tratamento ambulatório, os pacientes eram “vigiados” na Tisiologia pelo infeciologista, durante duas semanas para qualquer eventual reação aos novos

medicamentos, depois são seguidos em ambulatório, também pelos clínicos gerais nas respectivas unidades de saúde até ao fim do tratamento.

Nos distritos (unidades de saúde) não temos infeciologistas que possam seguir estes pacientes.

8.1.1. **Abordagem estratégica**

Para melhorar a detecção dos casos presumíveis de Tuberculose, o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, VIH, ISTs e Hepatites Virais e Lepra pretende reforçar ações de busca ativa dos contatos de casos índex, busca ativa nas comunidades para as pessoas suspeitas com sinais e sintomas de tuberculose e nas populações chaves (crianças menores de 05 anos e adolescentes, carcerários (reclusos), profissionais de saúde e diabético) e mediante o mapeamento de casos. Assim como intensificação das campanhas de sensibilização em todos os distritos sanitários incluindo pessoas de difícil acesso. Sensibilização e capacitação dos prestadores de saúde serão realizadas sistematicamente. Continuidade da profilaxia, iniciando na maternidade com a vacina de BCG a nascença; prosseguirá também com o uso de Isoniazida para menores de cinco anos e Isoniazida + Rifampicina para os de 6 aos 14 anos, em caso de exposição à doença/casos contatos de TB. O programa continuará a aplicar a profilaxia a todas as PVVIH. O alargamento da profilaxia irá abranger os reclusos, os diabéticos e os profissionais de saúde.

● Resultado do impacto 1: A incidência de doenças prioritárias: VIH, tuberculose e hepatite viral são reduzidas em pelo menos 60% até 2027;

● Resultado 1.1: O número de novos casos de tuberculose todas as formas notificados aumenta em de 49% à 95% até 2027 (124 em 2022 para 209 em 2027);

● Resultado 1.1.1: O número de pessoas a serem colocadas em profilaxia (crianças menores de 5 anos) é aumentado para 100% até 2027;

● Resultado 1.1.2: A transmissão da tuberculose em contextos de cuidados de saúde reduzida

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de efeito 1 - Resultado 1.1: O número de novos casos de TB todas as formas notificadas aumentado em 95% até 2027 (125 em 2022 para 235 em 2027)

Resultados do produto	**Principais estratégias/intervenções**
	Colaboração entre comunidades, organizações da sociedade civil e prestadores de cuidados de saúde públicos e privados

Resultado do produto 1.1.1 Pelo menos 235 novos casos de tuberculose todas as formas e recaídas serão notificados ao NTP/PNLT até 2027	Rastreio de contacto e rastreio de contacto para pessoas com tuberculose pulmonar e tuberculose resistente a drogas.
	Identificação de casos de tuberculose entre populações-chave (PVVIH, profissionais de saúde, diabéticos, prisioneiros)
	Intensificação do rastreio activo entre grupos de risco (mapeamento de áreas de alta incidência)
	groupes à risque (cartographie des zones à
	Optimizar a acessibilidade geográfica das populações aos serviços de tuberculose (mapeamento e criação de novos CDTs)
	Reforçar a investigação de casos de tuberculose contagiosa nas suas casas e locais de trabalho
	Integrar ferramentas digitais de Rx no diagnóstico TB em sítios com Xpert pelo menos 4 Rx CAD4TB
	Reforço das capacidades da rede de laboratórios de tuberculose Rede de laboratórios TB
A estratégia nacional de advocacia, comunicação e mobilização social	Rever a estratégia nacional de advocacia, comunicação e mobilização social
	Desenvolver e produzir materiais de sensibilização (folhetos, cartazes, cartazes gigantes, t-shirts, chapéus, etc.)
	Formação de educadores de pares STP

	Realização de campanhas de sensibilização
Resultado 1.1.2: O número de pessoas a serem colocadas em profilaxia (crianças menores de 5 anos) é aumentado para 100% até 2027.	Melhorar a cobertura da profilaxia de RH&HP profilaxia (100% das crianças com menos de 5 anos de idade
	Actualização das orientações para o tratamento preventivo da tuberculose
	Reproduzir e disponibilizar o algoritmo de tratamento profilático em todos os centros de tratamento
	Dépistage de l'infection tuberculeuse à l'aide de tests cutanés à la tuberculine et tests IGRA (et d'autres nouveaux tests lorsque ceux-ci sont disponibles) conformément aux recommandations de l'OMS
	Rendre disponible le TPT (HP et RH) dans toutes les pharmacies de district
	Assurer une transition de la monothérapie à l'INH à la bithérapie HP & RH
	Replicar e disponibilizar o algoritmo de tratamento profiláctico em todos os centros de tratamento
	Implementação de sistemas de triagem da tosse, sistemas germicidas UV, sistemas de ventilação (mecânica, natural e mista), respiradores de partículas e medidas de protecção pessoal.
	Capacitar os profissionais de saúde em medidas de controlo de infecções (número de participantes)

Saídas: 1.1.3: A transmissão da tuberculose em ambientes de cuidados de saúde reduzida	Construir e equipar uma unidade de internamento para doentes com MDR-TB que cumpra as normas de controlo de infecções
	Adquirir e disponibilizar equipamento de protecção pessoal para todos os gabinetes de saúde (máscaras, cuidados respiratórios e cirúrgicos, luvas)
	Procura activa de TB de fornecedores a cada seis meses ou uma vez por ano
	Avaliação da aplicação da política de controlo das infecções
	Reabilitação dos CDT
	Implementação de sistemas de triagem da tosse, de sistemas germicidas UV, de sistemas de ventilação (mecânica, natural e mista), de respiradores anti-partículas e de medidas de protecção individual.
	Construir e equipar uma unidade de internamento para doentes com TBMDR que cumpra as normas de controlo das infecções

VIH – SIDA

8.2.2.1. Contexto estratégico

Tendo em conta a cascata 90-90-90 como um todo, as atividades de testagem foram consideradas ao mesmo tempo que as atividades preventivas para evitar uma maior transmissão do VIH. Os primeiros 90 foram 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 a 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. Atualmente, calcula-se que 25% da população adulta do STP tenha sido testada para o VIH. No que diz respeito à transmissão vertical, em 2022 a taxa de transmissão de VIH de mãe para filho foi de 4,6%. A redução das novas infecções pelo HIV tem sido lenta. Para o controle da epidemia em São Tomé e Príncipe é importante continuar a identificar as fontes de novas infecções pelo HIV e adequar estratégias de resposta focalizadas.

Abordagem estratégica

Segundo as novas orientações da OMS a nova abordagem é 95-95-95, ou seja, 95% de PVVIH testadas que conhecem seu estatuto, 95% PVVIH em TARV e 95% de PVVIH com carga suprimida. As melhores maneiras de reduzir as novas infeções pelo HIV são: (i) garantir que as estratégias de prevenção mais eficazes sejam priorizadas e amplamente implementadas; (ii) direcionar recursos de prevenção do HIV para os locais com maior peso da doença e para as populações em maior risco de infecção; e (iii) garantir o diagnóstico precoce e ligação imediata aos cuidados e tratamento para aqueles diagnosticados com HIV. Priorização da prevenção primária do VIH compreendendo aspectos comportamentais, biomédicos, estruturais, centrados nas pessoas e intimamente integrados com intervenções orientadas para as PVVIH e seus parceiros; intervenções orientadas para as populações-chave; disponibilidade e utilização de preservativos; profilaxia pré-exposição.

Resultados Esperados

1. Reduzir o número de novas infecções pelo VIH abaixo de 0,6% em 2027;
2. Reduzir a transmissão do VIH de mãe para filho a menos de 5% em 2027;
3. Garantir que 95% das mulheres na idade reprodutiva têm acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo as quatro patologias (TB, HIV, Hepatites e Sífilis);
4. Garantir que 95% das pessoas em risco de infecção pelo HIV têm acesso e usam opções de prevenção combinadas, apropriadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1 - Resultado 1.1: O número de novos casos de HIV é aumentado em 70% até 2027 (125 em 2022 para 209 em 2027)

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultado do produto 1.1.1. Reduzir o número de novas infecções pelo VIH abaixo de 0,6% até 2027.	Melhorar o acesso aos preservativos a população geral e sobretudo a população chave.
	Implementar a estratégia de autoteste a nível nacional e PreP
	Disponibilizar kits de PrEP às populações chaves.

	Reforçar ações de CMC nas comunidades e com maior enfoque nas comunidades mais afetadas pela infeção.
	Melhorar o acesso ao PEP.
	Melhorar o acesso aos lubrificantes a população geral e sobretudo a população chave.
	Promoção da prevenção combinada do VIH
	Intensificação das actividades de reforço das capacidades dos educadores de pares
	Aumentar a acessibilidade a população para os serviços de sensibilização e testagem.
	Realização de acções de sensibilização pelo par Educação para o pacote de prevenção combinada, incluindo o rastreio
Resultado do produto 1.1.2. Garantir que 95% das mulheres na idade reprodutiva têm acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo as quatro patologias (TB, HIV, Hepatites e Sífilis);	Melhora o acesso aos serviços de sensibilização e testagem.
	Criação de um comitê para a tripla eliminação.
	Melhorar o rastreio estrategico para as infeções (HIV, Hepatites virais, Sífilis).
Resultado do produto 1.1.3. Garantir que 95% das pessoas em risco de infecção pelo HIV têm acesso e usam opções de prevenção combinadas, apropriadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.	Promover a informação sobre os serviços existentes e criar a procura de serviços de rastreio para a população em geral
	Descentralizar os serviços preventivos

	Disponibilizar algoritmos para despistagem e testagem.
	Disponilizar os medicamentos para TPT em todas as unidades sanitarias.
	Implementar estratégias de CMC.
Resultado do produto 1.1.4. A estratégia nacional de advocacia, comunicação e mobilização social.	Rever a estratégia nacional de advocacia, comunicação e mobilização social.
	Desenvolver e produzir materiais de sensibilização (folhetos, cartazes, cartazes gigantes, t-shirts, chapéus, etc.)
	Realização de campanhas de sensibilização.
	Redução do estigma e descriminação.
	Divulgação da Lei sobre VIH/SIDA.
Resultados: 1.1.5: A transmissão do HIV/SIDA em ambientes de cuidados de saúde é reduzida .	Melhorar a acessibilidade aos servições de sensibilização e testagem voluntaria.
	Realização de actividades de rastreio, encaminhamento e cuidados para o VIH-TB, as IST e a hepatite
	Melhorar e intensificar as acções de CMC.

Hepatite B e C

8.2.2.2. Contexto estratégico

As hepatites virais são importante problema de saúde pública no mundo e em STP. A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constituem elo importante na cadeia de transmissão do HBV e HCV, que perpetua as duas doenças.

O planeamento estratégico do programa nacional de combate às Hepatites Virais implica o conhecimento aprofundado do problema e seus impactos sobre a sociedade. Devido à falta de informações sobre a realidade das Hepatites Virais em São Tomé e Príncipe, programou-se neste plano estratégico uma série de estudos epidemiológicos e operacionais, que abrangerá um diagnóstico detalhado da rede de assistência ambulatorial e laboratorial em todo o país.

Atualmente o PCR a todas crianças nascidas de mães seropositivas tem sido realizado entre e nascença até os dois meses. Em S. Tomé e Príncipe, existem escassos dados sobre a Hepatite B e C, principalmente na população em geral. Os dados obtidos do Banco de Sangue do HAM incidem sobre o rastreio sistemático de Hepatite B nos dadores de sangue.

Abordagem estratégica

Neste plano estratégico o Ministério da Saúde preconiza enfrentar este novo desafio para a prevenção e o controlo das Hepatites Virais, com objetivos de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e assistência aos pacientes com hepatites virais; promover a vigilância epidemiológica e sanitária; ampliar o acesso e incrementar a qualidade e a capacidade instalada dos serviços de saúde em todos os seus níveis; e organizar, regulamentar, acompanhar e avaliar o conjunto das ações de saúde.

Uma atenção será dada na elaboração, adaptação e implementação de normas e padrões para o tratamento das Hepatites Virais (B e C) em pacientes co-infectados por VIH, para melhorar a segurança dos estoques de sangue e hemoderivados (fortalecer a capacidade laboratorial para apoiar o diagnóstico, a vigilância e o fornecimento de sangue seguro), na prevenção da transmissão das Hepatites Virais (sobretudo B) de mãe para filho e na primeira infância, com a imunização.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1 - Resultado 1.1: Identificar e tratar as Hepatites virais para obtenção de 50% da população rastreadas até 2027.

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
	Advocacia para conscientização das hepatites virais.

Resultado do produto 1.1.1. Mobilização social e estabelecimento de cooperação para eliminação das hepatites ate 2030.	Implementar a estratégia de luta contra as hepatites virais.
	Mobilização de financiamento para luta contra as hepatites virais.
	Reforçar ações de CMC nas comunidades e com maior enfoque nas comunidades mais afetadas pela infeção. Criação de comitês de hepatites.
Resultado do produto 1.1.2. Garantir que 95% das mulheres na idade reprodutiva têm acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo as quatro patologias (TB, HIV, Hepatites e Sífilis);	Melhora o acesso aos serviços de sensibilização e testagem.
	Criação de um comite para a tripla eliminação.
	Melhorar o rastreio estratégico para as infeções (HIV, Hepatites virais, Sífilis).
Resultado do produto 1.1.3. Garantir que 90% das pessoas em risco de infecção pelas hepatites virais têm acesso e usam opções de prevenção combinadas, apropriadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.	Garantir a vacinação aos recém nascidos.
	Descentralizar os serviços preventivos.
	Disponibilizar algoritmos para despistagem e testagem.
	Disponibilizar os medicamentos.
	Implementar estratégias de CMC.

Resultado do produto 1.1.3. Rastreamento de 100% das bolas de sangue transfundidas.	Assegurar o rastreio das Hepatites B e C, Sífilis e HIV.
	Definir abordagens sobre as transfusões seguras.
	Capacitação de técnicos de saúde, sobre sangue seguro.

Infecções sexualmente Transmissíveis

Contexto estratégico

As IST continuam a ser preocupação para as autoridades sanitárias em STP, na Região Africana assim como à escala mundial. As ISTs incluem o risco significativo de morbilidade e morte tanto fetal como neonatal devida à sífilis durante a gravidez. O risco de cancro do colo do útero devido a infeções por HPV, o risco de infertilidade sobretudo decorrente da gonorreia e infeções por clamídia, assim como o facto de facilitar a transmissão sexual do VIH.

A faltam dados nacionais e os programas de vigilância das IST serem débeis, torna difícil planear uma acção centrada e priorizar a afetação dos recursos. O real valor da prevalência das IST em STP é desconhecido. Anualmente temos uma notificação por volta de 1163 casos de ISTs à nível nacional, sendo o diagnóstico feito baseado na abordagem sindrômica de base laboratorial e diagnóstico clínico, portanto considera-se que a nossa notificação não é realista. O aconselhamento e as intervenções a nível comportamental contribuem para a prevenção primária das IST, que inclui a educação sexual geral, a promoção do uso dos preservativos, intervenções dirigidas a adolescentes e populações-chave.

Abordagem estratégica

De conformidade com a estratégia global em STP, o programa pretende implementar estratégias em saúde pública que se preocupam em prevenir as ISTs, promover a saúde e impulsionar uma resposta sustentável a longo prazo, que assenta numa visão de sem nenhuma complicação, nem morte relacionada com ISTs e sem qualquer estigma e discriminação. O objetivo do programa das ISTs neste plano estratégico visa contribuir para pôr termo até 2030, às epidemias de IST consideradas graves preocupações de saúde pública; reduzir os casos de N. gonorreia e T. pallidum assim como erradicar a sífilis congênita e as lesões pré-neoplásicas do colo de útero.

Pretende-se neste plano estratégico sobre as IST fornecer diretrizes políticas e programáticas para a implementação da estratégia global para o sector da saúde relativa a IST, 2023-2027.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1 - Resultado 1.1: Identificação das IST em mais de 50% da população rastreadas até 2027.

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultado do produto 1.1.1. Mobilização social e estabelecimento de cooperação na luta contra as ISTs ate 2030.	Advocacia para conscientização das ISTs.
	Implementar a estratégia de luta contra as ISTs.
	Fortalecimento do sistema de monitorização/ avaliação.
	Reforçar ações de CMC nas comunidades e com maior enfoque nas comunidades mais afetadas pela infeção.
Resultado do produto 1.1.2. Garantir que 95% das mulheres na idade reprodutiva têm acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo as quatro patologias (TB, HIV, Hepatites e Sífilis);	Melhora o acesso aos serviços de sensibilização e testagem.
	Criação de um comitê para a tripla eliminação.
	Melhorar o rastreio estratégico para as infeções (HIV, Hepatites virais, Sífilis).
Resultado do produto 1.1.3. Garantir que 90% das pessoas em risco pelas ISTs têm acesso e usam opções de prevenção combinadas, apropriadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.	Garantir a vacinação aos recém nascidos.
	Descentralizar os serviços preventivos.
	Disponibilizar algoritmos para despistagem e testagem.
	Disponibilizar os medicamentos.

	Implementar estratégias de CMC.

EIXO 2: ELIMINAR A TRANSMISSÃO VERTICAL (VIH/SIDA, Sífilis e Hepatites Virais)

Contexto estratégico

A transmissão vertical do VIH, Sífilis e das Hepatites Virais se mantém como um grande desafio para a saúde pública, demandando novas estratégias de vigilância epidemiológica integrada, devido ao complexo processo infeccioso e ao comportamento da população.

A eliminação da transmissão vertical do VIH, Sífilis e das Hepatites Virais pode ser alcançada caso essas doenças sejam prevenidas e/ou diagnosticadas e tratadas durante o período de pré-natal. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a eliminação da transmissão vertical do VIH quando são alcançadas taxas de incidência menores de dois casos de VIH para cada 100 mães infectadas, e, para a Sífilis congênita, considera que a doença é eliminada quando existe a ocorrência de menos de um caso para cada 1.000 nascidos vivos. Existe ainda a possibilidade de prevenir a transmissão do VIH no momento do parto, o que não é possível para a Sífilis. A taxa de infecção da transmissão vertical do VIH pode ser reduzida a níveis inferiores a 2% e a Sífilis congênita pode ser evitada se a mãe for diagnosticada e tratada adequadamente durante o pré-natal.

A Sífilis, a infecção pelo HIV e Hepatites Virais (B e C) são infecções sexualmente transmissíveis (IST) que podem ser transmitidas verticalmente durante a gestação, na ausência de tratamento oportuno e adequado. A taxa estimada de transmissão vertical do VIH (TV-HIV) pode chegar a 30% quando não é utilizada a terapia antirretroviral. No entanto, se adotada a TARV e demais medidas preventivas, essa taxa se reduz para menos de 2%, principalmente quando não ocorre a amamentação.

Em São Tomé e Príncipe, ainda não temos um protocolo clínico de tripla eliminação (VIH, Sífilis e Hepatites Virais) que uniformiza as intervenções relacionadas a essas doenças no pré-natal, parto e puerpério. O Programa Nacional de Luta Contra TB, VIH/SIDA, IST e Hepatites Virais na vertente de PTMF assumiu como meta nacional eliminar a transmissão de VIH de mãe para filho até 2027. A prevalência desta infecção nas grávidas conheceu uma diminuição, saindo de 1,5% em 2005 para 0,2% em 2021 (fonte PNLS).

Por conta da pandemia COVID-19, a taxa de transmissão de mãe para filho, conheceu um ligeiro aumento, saindo de 2,9% para 5,4% em 2021 e de 4,6% em 2022. Neste ano a estimativa é de que estariam em tratamento com ARV cerca de 31 grávidas infectadas. De conformidade com a avaliação final do PEN 2018-2022 registou-se grande progresso em matéria da transmissão vertical mãe filho. Em 2022 a taxa de transmissão mãe filho situou-se em 4,6%, ou seja 2 crianças testadas positivas de 47 grávidas soropositivas.

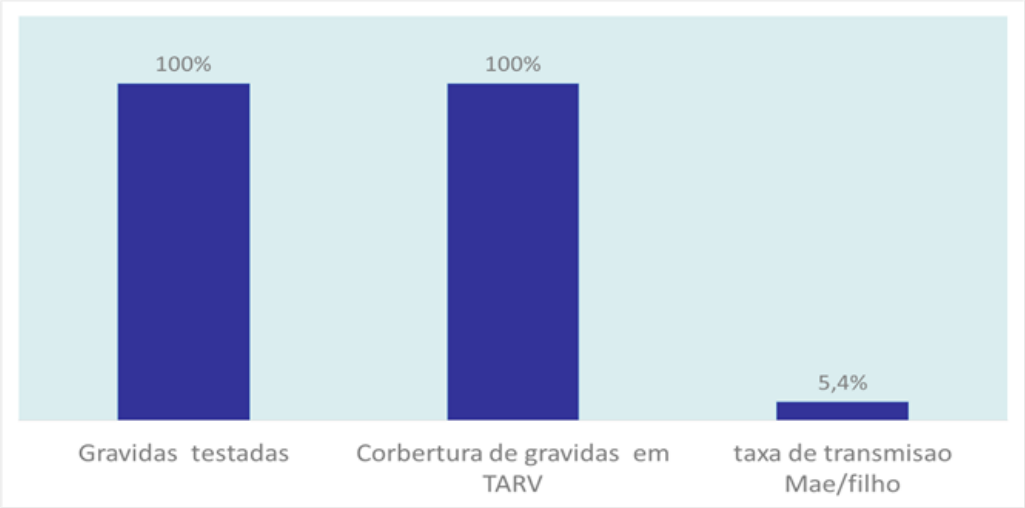


Figura xxx: Cascata PTMF em 2021, STP

Abordagem estratégica

O PEN 2023-2027, pretende garantir a eliminação da transmissão mãe-filho até 2027. Neste contexto foi realizada uma consultoria para PTMF em que foi elaborado um plano de ação para o fortalecimento dos serviços de PTMF para o período 2023-2027. O referido plano está em consonância com os critérios padronizados para a validação da Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) do VIH, Sífilis e HBV devem garantir:

As grávidas em situação de vulnerabilidade, como, as que utilizam o álcool em excesso ou outras drogas, trabalhadoras do sexo, imigrantes, adolescentes e pessoas privadas de liberdade, entre outras, enfrentam dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Estes grupos podem estar mais expostos ao risco de contrair uma IST incluindo o VIH-SIDA. A monitorização do plano é da responsabilidade da comissão nacional que será constituída para apoiar o reforço e expansão da estratégia ETV em São Tomé e Príncipe.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito - Eliminação tripla até 2027	
Resultados do produto	**Principais estratégias/intervenções**
Resultado 1. 95% gestantes testadas e submetidas sobre tratamento para as tes infeções até 2027	Reforçar as medidas de prevenção para reduzir o número de novas infecções por VIH/SIDA
	Reforçar acções de PTMF nos serviços de CPN e nas maternidades

Resultado 2. Ter >95% de mulheres grávidas recebem TARV.	Implementar a estratégia testar e tratar**.**
	Envolver os parceiros na Educação terapêutica.
	Reforçar a estratégia de Educação terapêutica
Resultado 3. Pelo menos 95% das grávidas esperadas serão testadas e tratadas para HIV, Sífilis e Hepatites virais.	Aumentar a acessibilidade das populações aos serviços de sensibilização.
	Aumentar a acessibilidade das populações aos serviços de despistagem.
	Envolver os parceiros na testagem e no tratamento.
Resultado 4. Obter uma cobertura vacinal da hepatite B de 100% para os recém nascidos.	Reforçar os serviços de vacinação dos recém-nascidos
	Aumentar ações de comunicação e informação sobre as Hepatites virais

EIXO 3: Reduzir a morbilidade e mortalidade relacionadas com a Tuberculose, VIH/SIDA, IST e Hepatite, melhorando a gestão dos doentes;

Tuberculose

Contexto estratégico

Na avaliação final do PEN 2018-2022, os resultados revelaram uma baixa taxa de sucesso terapêutico, uma taxa de mortalidade e perdidos de vista elevada. O número de casos de tuberculose multirresistente tem flutuado entre 2 a 7 e o manejo de casos desta variante é um desafio mesmo com implementação de esquema curto de tratamento, a partir de 2022.

É de salientar que em termos de diagnóstico de TBMR/RR registou-se uma melhoria significativa tendo em conta o reforço das capacidades do LNR-TB. A co-infecção por TB/VIH ainda é um factor preocupante. Mesmo após a adoção das novas recomendações da OMS para crianças e jovens adolescentes (com menos de 15 anos) o diagnóstico e o manejo de casos ainda está muito aquém do esperado.

Nos últimos anos, o país conheceu uma melhoria dos indicadores de saúde incluindo o da Tuberculose, tendo sido registado um aumento de números de pessoas que desenvolvem tuberculose ativa. No entanto, a missão é conduzir o País à eliminação da tuberculose até 2035. Ainda se utiliza uma abordagem centrada no paciente e para alcançarmos a meta preconizada necessário se torna implementar uma estratégia mais agressiva seguindo para a estratégia de rastreio essencialmente ativa nos grupos alvos como para os reclusos, pacientes com outras co-morbilidade como os diabéticos.

É muito importante identificar a tempo os casos presumíveis de tuberculose através da procura activa de contactos de doentes com tuberculose confirmada, fazer a profilaxia com Isoniazida aos contatos menores de cinco anos após excluir tuberculose ativa.

Por outro lado, a implementação da política de controle 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.

O apoio nutricional foi introduzido como um complemento para garantir a adesão ao tratamento medicamentoso gratuito. É de notar que todos os pacientes recebem apoio psicossocial. Os custos suportados pelos pacientes e suas famílias nos seus cuidados (custos catastróficos) não são avaliados.

Durante o tratamento todos pacientes são seguidos em consultas mensais, análises bioquímicas, visitas domiciliares, gestão de eventos adversos relacionados com o tratamento, e avaliação no tratamento.

Este plano estratégico nacional recomenda uma redução de 50% na mortalidade por tuberculose entre 2023 e 2027. Este ainda é um objectivo ambicioso, mas exequível.

Abordagem estratégica

A captação de pessoas com tuberculose ativa tem vindo a aumentar paulatinamente após a COVID 19, no entanto no que diz respeito à meta programada ainda estamos muito a

quem. O número de casos de tuberculose multirresistente está a flutuar. Para este plano ora elaborado o programa propõe aumentar a detecção de novos casos de TB progressivamente para atingir 209 casos até 2027. Paralelamente à melhoria de diagnóstico, este plano prevê aumentar também a cobertura de DOT e reduzir a mortalidade por TB.

Para melhor performance do manejo de casos e redução da morbi-mortalidade o Programa pretende pôr em práticas ações inovadoras rumo a eliminação da tuberculose, melhorando a implementação de estratégias para a adesão e retenção de pacientes durante o tratamento, minimizando assim os perdidos de vista, as complicações da tuberculose e bem como a morte; Instituição de um novo protocolo de tratamento para Tuberculose Sensível com Bedaquiline com critérios bem definidos na área com maior incidência de Tuberculose (Distrito de Água Grande) como um modelo piloto.

Para que estas metas sejam atingidas é necessário propomos os produtos e grandes linhas de intervenções.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultados do efeito 3. 1: A taxa de sucesso do tratamento para novos casos de todas as formas e recaídas de tuberculose é aumentada para 95% até 2027

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultado produto 3. 1: A taxa de sucesso terapêutico para novos casos de todas as formas e recaídas de tuberculose é aumentada de 83% para 95% até 2027	Melhorando o manejo da tuberculose em crianças
	Fortalecer a aplicação rigorosa do protocolo padronizado para o tratamento da tuberculose sob supervisão direta
	Melhorar a gestão da tuberculose nas crianças tuberculose em crianças
	Reforço do apoio psicossocial para pacientes
	Reforço da formação contínua dos agentes CDT

Resultados do efeito 1: Fortalecimento da gestão integrada da coinfecção TB/HIV e do suporte nutricional

Resultado 2: A taxa de mortalidade entre pacientes com TB TB/HIV DR-TB é reduzida para no máximo 50% até 2027	Fortalecimento da gestão integrada da coinfecção TB/HIV Fortalecimento do suporte nutricional para pacientes com tuberculose Estabelecimento de um sistema eficaz de auditoria de óbitos entre os doentes com TB Melhorar a retenção dos doentes de TB no tratamento: apoio aos doentes e investigação sobre a perda de pontos de vista

Resultado de efeito 2 - Pelo menos 80% dos pacientes multirresistentes colocados em tratamento de 2ª linha são curados até 2027

Reforçar a gestão efectiva de todas as formas de resistência utilizando novos tratamentos

Reforçar a vigilância de rotina da resistência aos medicamentos contra a tuberculose especialmente nos novos casos de TB

Implementar a vigilância activa dos acontecimentos adversos (aDSM)

Resultado 3: A taxa de cura para pacientes multirresistentes colocados em tratamento de 2ª linha é de pelo menos 80% até 2027	Reforçar a gestão eficaz de todas as formas de resistência através de novos tratamentos Estudo-piloto para um tratamento curto da TB-PR (BPal)

VIH/SIDA

Contexto Estratégico

De acordo com o protocolo nacional de manejo de casos do VIH/SIDA o diagnóstico é feito através de queixas sugestivas da infecção, ou durante o rastreio realizado as populações chaves e vulneráveis, nas campanhas de sensibilização e testagens nas comunidades bem como, através do DIPS, com a realização de um teste rápido e posteriormente a confirmação com o Determine e Bioline.

A mortalidade dos pacientes com VIH/SIDA após a implementação do PEN 2018 -2022 tem vindo a reduzir paulatinamente e atualmente a taxa situa-se nos (9,1%). Com a estratégia testar, tratar e a melhoria da cascata de serviços de VIH/SIDA contribuiu para a deteção precoce de pacientes, gestão imediata sem perdas secundárias, e adesão ao tratamento para pacientes com VIH/SIDA.

Intervenção Estratégica

Segundo as novas orientações da OMS a nova abordagem é alcançar as metas 95-95-95, ou seja, 95% de PVVIH testadas que conhecem seu estatuto, 95% PVVIH em TARV e 95% de PVVIH com carga viral suprimida. As melhores maneiras de reduzir a morbi-mortalidade por VIH são: (i) garantir que as estratégias de prevenção mais eficazes sejam priorizadas e amplamente implementadas; (ii) garantir o diagnóstico precoce e ligação imediata aos cuidados e tratamento para aqueles diagnosticados com HIV, (iii) garantir medicamentos e definir estratégias arrojadas para melhorar a adesão ao tratamento.

Neste atual PEN 2023-2027, a estratégia de diagnóstico será feita através da realização de três testes para a confirmação dos casos. O país irá incrementar os esforços para melhorar esta taxa detecção de casos, cobertura de TARV e supressão viral atendendo a meta Mundial, regional e nacional rumo a eliminação.

Com a estratégia testar, tratar e melhorar a cascata de serviços de VIH/SIDA, contribuirá para a deteção precoce de pacientes, gestão imediata sem perdas secundárias, e adesão ao tratamento para pacientes em TARV. Além disso, o programa pretende assegurar os bons resultados alcançados e aumentar o sucesso terapêutico com estratégias para aumentar a taxa de carga viral indetectável.

Atingir os três 95-95-95 na cascata, onde os 2 últimos 95 retratam o manejo de casos nacionais com uma boa taxa de cobertura ARV e com consequente obtenção da supressão da carga viral, continua sendo um dos objetivos pilares espelhados neste PEN. O primeiro 95 quando obtido por meio de cuidados eficazes que podem transformar as PVVIH em não infecciosas se forem imediatamente colocadas em tratamento ARV e atingirem a supressão viral. Assim, as medidas de prevenção assumem um significado mais amplo, seja na população geral, seja na população chave e vulnerável, visto que os três 95 estão interligados.

A redução da mortalidade, redução dos perdidos de vista, redução dos abandonos, aumento do nº de PVVIH sob TARV e com carga viral indetectável fazem parte do controle da epidemia em São Tomé e Príncipe. É importante continuar a identificar as fontes de novas infecções pelo VIH e adequar estratégias de resposta focalizadas, reforçando a oferta de cuidados do tratamento em todas as unidades sanitárias, assegurar a disponibilidade de produtos farmacêuticos e medicamentosos para uma boa gestão dos pacientes.

Por outro lado, o programa prevê reforçar as atividades de busca ativa para diminuir o número de casos perdidos; acelerar os cuidados pediátricos, melhorando a supressão sustentada da carga viral; melhorar o acesso a serviços para populações-chaves, bem como apoio psicossocial para PVVIH.

Para que estas metas sejam atingidas serão guiadas através das grandes linhas abaixo descrito:

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1 - Resultado 1.1: Cobertura TARV mais de 95% da população rastreadas até 2027.

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultados do produto 1.1. Garantir que mais de 95% de pacientes em TARV tenha a Carga viral suprimida.	Reforço da estratégia testar tratar.
	Adoção de estrategias invadoras para melhorar a adesão ao TARV.
	Apoio aos centros de tratamento.
	Implementar ação para a melhora da cobertura TARV.
	Adoção de estrategias invadoras para busca ativa dos perdidos e abandonos.
	Garantir o acesso aos serviços TARV.
Resultados do produto 1.2. Serviços centrados no PVVIH.	Implementação e reforço da estrategia TPT.
	Reforço às unidades laboratoriais.
	Fortalecimento dos laboratórios no diagnóstico das ISTs e IO.
	Gratuidade das análises hemato bioquímicas de seguimento dos PVVIH.

Résultat de l'accomplissement 1 - Résultat 1.1 : Couverture par le TAR de plus de 95 % de la population dépistée d'ici 2027.
Resultat1.1 : 95% des PVV ont une charge virale durablement supprimée pour la reduction de la mortalité

Résultats du produit	Principales stratégies/interventions
Résultats du produit 1.1. Plus de 95 % des PVV connaissent leur statut seroogique d'ici à 2027.	Opérationnalisation des recommandations de l'OMS sur l'algorithme de dépistage à 3 tests
	Démédicalisation du dépistage par l'opérationnalisation de la délégation des tâches aux non médicaux ;
	Approvisionnement les formations sanitaires en réactifs de dépistage, en mettant à profit la mutualisation des stocks et la coordination de leur gestion.
	Renforcement de la capacité´ des acteurs communautaires sur le dépistage différencié´ ;
	Renforcer le dépistage ciblé des adolescents/jeunes dans les centres conviviaux et groupes et associations de jeunes
	Réalisation des sorties de recherche de perdus de vue et d'accompagnement thérapeutique
	Renforcer le dépistage des fratries et cas index
Résultats du produit 1.2. Plus de 95 % des PVV (adultes et enfants).	Renforcement de la stratégie de test-traitement.
	Accélération du passage à l'échelle des schémas thérapeutiques à base de DTG dans les sites PEC (associé à la prévention TB (INH) ou traitement TB) ;
	Adoption de stratégies innovantes pour améliorer l'adhésion au TARV.
	Soutien aux centres de traitement.
	Mettre en des mecanismes d'alerte et de traçage de retard aux rendez vous dans les sites.
	Renforcement de la prise en charge pédiatrique
	Mettre en place un mecanisme communautaire d'identification des enfants nés de mère séropositives pour faciliter le dépistage précoce et leur enrolement en matière de traitement
	Mobilisation des parents/Tuteurs des enfants sous TAR au suivi régulier des Soins et des Traitements (éducation thérapeutique)
	Adoption de stratégies innovantes pour la recherche active des perdus et des abandonnés.
	Mettre en place un dispositif de surveillance et de la résistance aux ARV
	Garantir l'accès aux services ART.
Résultats du produit 1.3. Plus de 95 % des PVV ont	Sensibiliser/inciter les prestataires et les PVV sur la réalisation de la charge virale
	Intégrer les plateformes de GeneXpert dans l'offre de réalisation de la charge virale et l'EID

bénéficié de la charge virale.	Organiser des semaines de charge virale dans les sites à grande cohorte de PVV
	Renforcement du système d'approvisionnement en réactif de la charge virale
	Mettre en place un mécanisme de suivi et rapportage de la CV pour tous les sites avec une publication mensuelle des résultats.
Résultats du produit 1.4. Services centrés sur les PVVIH.	Mise en œuvre et renforcement de la stratégie TPT.
	Renforcement des unités de laboratoire.
	Renforcement des laboratoires dans le diagnostic des IST et IO.
	Analyses hématobiochimiques de suivi gratuites pour les PVVIH.
Résultats du produit 1.5 : Reduire de 60% les coinfections (TB/VIH) ainsi que les comorbidités	Renforcement de la mise en place des sites One Stop Shop (Guichet unique) en y intégrant le dépistage des hépatites
	Renforcer le dépistage des infections opportunistes;
	Approvisionner les structures de PEC en intrants pour la prise en charge des IO chez les adultes et les enfants
	Renforcement du dépistage du cancer du col chez les PVV et les PS
	Renforcement des acteurs sanitaires et communautaires sur la priseen charge des comorbidités

Infeções Sexualmente Transmissíveis IST

Contexto Estratégico

As IST continuam a ser preocupação de saúde pública em STP tendo em conta o risco significativo de morbilidade e morte tanto fetal como neonatal devida à sífilis durante a gravidez, o risco de cancro do colo do útero, devido a infeções por HPV, o risco de infertilidade sobretudo decorrente da gonorreia e infeções por clamídia, assim como o facto de facilitar a transmissão sexual do VIH. Faltam dados nacionais consistentes e os programas de vigilância das IST são débeis, o que torna difícil planear uma acção centrada e priorizar a afetação dos recursos. O real valor da prevalência das IST em STP é desconhecido. A abordagem sindrómica está na base da maioria dos dados e diagnóstico clínico, portanto considera-se que a nossa notificação não é realista.

Abordagem estratégica

De conformidade com a estratégia global em STP, o programa pretende implementar estratégias em saúde pública que se preocupam em prevenir as ISTs, promover a saúde e impulsionar uma resposta sustentável a longo prazo, que assenta numa visão de sem nenhuma complicação, nem morte relacionada com ISTs e sem qualquer estigma e discriminação.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Résultat de la réalisation 1 : Réduire les nouvelles infections des 4 maladies de 50 % dans la population clé.

Resultado de feito 1 : 50% da população rastreadas para IST até 2027.

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultados do produto 1.1. Garantia de diagnóstico e tratamento disponível a todo a população e a população chave.	Reforço da estratégia testar tratar.
	Fortalecimento dos módulos de diagnósticos e notificação.
	Desenvolver/adaptar módulos de formação sobre estigma/discriminação e direitos humanos para populações-chave,
	Informar e sensibilizar as comunidades sobre a discriminação/estigmatização das populações-chave

	Apoio a melhoria da cobertura, tratamento e controle do tratamento.
	Adoção de estratégias inovadoras para diagnóstico e tratamento.
	Melhoria de Garantir o acesso aos serviços .
	Organisation des campagnes multimédias de promotion des droits humains et lutte contre la stigmatisation/discrimination en faveur des populations clés
	Criação de uma linha verde para informação e orientação das populações vulneráveis
	Identificação e reforço das organizações populares para a sua participação na execução enquanto associação de identidade.
	Criação de mecanismos de sensibilização das vítimas de violência sexual e de género, bem como das vítimas de desigualdades de género, para o acesso a serviços de apoio psicossocial, de prevenção, jurídico e judiciário
	Popularização de leis (incluindo através das NTIC) para combater atitudes discriminatórias e estigmatizantes em relação ao VIH-TB relativamente às populações-chave e às pessoas vulneráveis
	Garantia de testagem e tratamento gratuito a todas mulheres grávidas.
Resultados do produto 1.2. Serviços centrados nos cuidados a IST.	Implementação e reforço da estratégia de diagnóstico e tratamento das IST.
	Envolvimento dos parceiros no tratamento.
	Fortalecimento aos laboratórios no diagnóstico das IST.
	Gratuidade das análises hemato bioquímicas de seguimento dos PVVIH.

	Identificar e criar estruturas de cuidados específicas para as populações-chave, a fim de gerir melhor os seus problemas de saúde.
	Criação de um observatório comunitário sobre a prestação (disponibilidade, qualidade, acessibilidade) de serviços e direitos humanos para as populações-chave.

Hepatites Virais

Contexto estratégico

Os vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV) são responsáveis por significativa morbidade e mortalidade em todo o mundo. O relatório da OMS de 2021 revela que quase 296 milhões de pessoas eram portadoras do vírus HBV em todo o mundo em 2019, incluindo mais de 82 milhões na região da África. Entre essas pessoas, 6,4 milhões são crianças menores de cinco anos e 4,3 milhões delas vivem na África subsaariana, ou quase 70%.

Em STP ainda continua a haver falta de conhecimento da situação relativa à Hepatite B e Hepatite C, e se considerarmos que em termos de transmissão mãe-filho, há uma duplicação do risco mútuo na co-infecção com o VIH e a hepatite viral B, por outro lado na população-chave, também esta possibilidade de co-infectados com VIH é também maior.

A extensão da doença não é bem compreendida devido à insuficiência de dados atualizados, mas um estudo realizado pelo Rotary Club na população geral em 2017 mostrou uma prevalência de 4% para hepatite B e 0,5% para hepatite C. Mesmo se a informação relativa à Hepatite B e à Hepatite C é insuficiente, mas a introdução da vacinação contra o VHB em crianças no EPI e o rastreio do VHB na Consulta de Pré-Natal é feito de forma sistemática e informa sobre a evolução da doença. De acordo com os dados da África continental, são esperadas prevalências de 10% para HBV e 5% para HCV, mas estes dados não podem ser considerados no contexto particular e insular de STP.

A maioria das pessoas desconhece seu estado de portador e constitui elo importante na cadeia de transmissão do HBV e HCV, que perpetua as duas doenças.

As hepatites virais continuam a constituir um problema de saúde pública no mundo inteiro. Dados apontam para cerca de 5 milhões de PVVIH simultaneamente infectados com hepatite viral B e/ou C. Os pacientes co-infectados sofrem uma progressão rápida, mesmo ultra-rápida, dos danos hepáticos ao cancro e à morte, 12 a 16 anos mais cedo do que outros.

Abordagem estratégica

O planeamento estratégico do programa implica no conhecimento aprofundado do problema e seus impactos sobre a sociedade. Devido a falta de informações sobre a realidade das Hepatites Virais em São Tomé e Príncipe, programou-se neste plano estratégico 2023-2027, uma série de atividades com intuito de implementar o diagnóstico

precoce e tratamento, podendo assim realizar o manejo de caso com intuito de reduzir a morbi- mortalidade.

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

Neste plano estratégico 2023 – 2027 está preconizado enfrentar este novo desafio que é a eliminação das Hepatites virais até 2030, passando pela redução da morbi – mortalidade das Hepatites virais implementando o manejo de caso de monoinfeção das Hepatites Virais.

Uma atenção será dada na elaboração, adaptação e implementação de normas e padrões para o tratamento das Hepatites Virais (B e C), em pacientes com monoinfeção, em pacientes co-infectados por VIH.

Uma atenção também será dado às intervenções direcionadas a prevenção de novas infecções pelos vírus da hepatite B e C

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1 - Resultado 1.1: Identificar e tratar as Hepatites virais para obtenção de 50% da população rastreada até 2027.

Resultados do produto	*Principais estratégias/intervenções*
Resultado do produto 1.1.1. Mobilização social e estabelecimento de cooperação para eliminação das hepatites até 2030.	*Advocacia para conscientização das hepatites virais.*
	Implementar a estratégia de luta contra as hepatites virais.
	Mobilização de financiamento para luta contra as hepatites virais.
	Assegurar a mobilização da comunidade para a luta contra a hepatite

	Reforçar ações de CMC nas comunidades e com maior enfoque nas comunidades mais afetadas pela infecção.
	Realização de estudos sobre a hepatite e investigação operacional
	Promoção do rastreio da hepatite e da vacinação do pessoal de saúde
	Desenvolver instrumentos de recolha de dados sobre a hepatite (registo de rastreio, fichas de recolha de dados .....)
	Criação de comitês de hepatites.
Resultado do produto 1.1.2. Garantir que 95% das mulheres na idade reprodutiva têm acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo as quatro patologias (TB, HIV, Hepatites e Sífilis);	*Melhora o acesso aos serviços de sensibilização e testagem.*
	Reforçar a oferta e a procura de testes
	Criação de um comitê para a tripla eliminação.
	Melhorar o rastreio estratégico para as infecções (HIV, Hepatites virais, Sífilis).
	Reforço do sistema de controlo/avaliação da hepatite
	Apoio à expansão dos serviços de prevenção da transmissão da hepatite B de mãe para filho

Resultado do produto 1.1.3. Garantir que 90% das pessoas em risco de infecção pelas hepatites virais têm acesso e usam opções de prevenção combinadas, apropriadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.	*Garantir a vacinação aos recém nascidos.*
	Descentralizar os serviços preventivos.
	Disponibilizar algoritmos para despistagem e testagem.
	Disponibilizar os medicamentos.
	Implementar estratégias de CMC.
Resultado do produto 1.1.4. Rastreamento de 100% das bolas de sangue transfundidas.	*Assegurar o rastreio das Hepatites B e C, Sífilis e HIV.*
	Definir abordagens sobre as transfusões seguras.
	Capacitação de técnicos de saúde, sobre sangue seguro.
Resultat du produit 1.1.4 : 50% des personnes porteuses du VHB et VHC sont sous traitement	Optimisation de la prise en charge des personnes diagnostiquées
	Renforcement de capacité des médecins et paramédicaux sur la prise en charge globale des hépatites
Resultado do produto 1.1.5. 50% das mulheres com VHB são beneficiárias de serviços de prevenção da transmissão vertical	*Apoio à ampliação dos serviços de prevenção da transmissão vertical da hepatite B*
Resultado do produto 1.1.6. 90% das crianças receberam três doses de vacina contra hepatite B além da dose ao nascer	*Apoio à melhoria da cobertura vacinal para crianças dos 0 aos 11 meses)*

Resultado do produto 1.1.7. 100% das bolsas de sangue transfundidas são negativas para HCV, HBV, HIV e sífilis	*Fortalecendo a segurança transfusional das doações de sangue*
Resultado do produto 1.1.8. 90% dos grupos de maior risco (usuários de drogas injetáveis, pessoas em risco, prisioneiros, pessoas vivendo com HIV e profissionais de saúde) adotam comportamentos de menor risco para hepatite	*Melhor conhecimento do público em geral e das populações de maior risco sobre os riscos e proteção contra as hepatites virais B e C*
	Promovendo a triagem e vacinação contra hepatite para o pessoal de saúde
	Promoção de testagem e vacinação para pessoas vivendo com HIV
	Fortalecimento de intervenções para populações-chave (usuários de drogas injetáveis e pessoas em risco)

EIXO 4 : Melhorar o ambiente favorável para um melhor acesso aos serviços para as populações-chave.

8. 2.4.1. Contexto estratégico

Em STP o conhecimento sobre PC, especialmente PS e HSH vem melhorando paulatinamente. 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. Os seus factores de risco para a infeção do VIH/SIDA, para os grupos de mototaxistas, 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, profissionais de saúde e diabéticos são populações chaves e as vulneráveis crianças menores de 5 anos, crianças desnutridas e as PVVIH. No país ainda continua a existir algum estigma ligado aos doentes com tuberculose e esta doença esta muito acentuada na camada mais pobre do país. Assim sendo, negligenciar a PC para esta doença pode fazer com que a estratégia 95-95-95 falhe. Por outro lado, a promoção e proteção dos direitos humanos é fundamental para acabar com as quatro doenças inscritas neste plano estratégico. Uma abordagem baseada em direitos humanos está fundamentada na legislação internacional, regional e nacional. Essas leis estabelecem direitos à saúde, não discriminação, privacidade, confidencialidade, participação, liberdade de movimento e gozo dos benefícios do progresso científico, entre outros (ref. FG humans ritgs).

O estigma e a discriminação desencorajam a procura e utilização de serviços de testagem e tratamento. Para pessoas com coinfecção HIV-TB, o estigma relacionado à TB pode ser exacerbado pelo estigma relacionado ao HIV. Atualmente ainda não existem estudos

aprofundados sobre a situação do estigma nas PC, PVVIH e os pacientes com tuberculose, entretanto sabe-se que o estigma social ainda impede o acesso à testagem, tornando difícil a adesão ao Tratamento, uma vez que as pessoas afetadas tendem frequentemente a esconder-se.

Em São Tomé e Príncipe os aspetos relacionados com o género e direitos humanos ligados à TB e VIH e SIDA. IST e Hepatites Virais, são poucos explorados, principalmente para a TB, onde não existem leis direcionadas à proteção social e dos direitos dos doentes de TB. Para o VIH, em 2018 foi criada a Lei de PVVIH que aborda os direitos e deveres das pessoas que vivem com a doença. Notadamente, verifica-se pouco engajamento político na garantia da proteção social dos doentes de TB e dos PVVIH. Verifica-se também pouco conhecimento e engajamento dos profissionais de saúde assim como da comunidade em matéria de redução de discriminação e estigmatização de doentes de TB e VIH. A comunicação continua a ser insuficiente, nomeadamente na orientação dos casos presumíveis de TB. Além disso, a estigmatização e a discriminação, bem como a falta de proteção social e outros apoios às pessoas com suspeita e acometidas pela TB constituem obstáculos ao acesso aos serviços, cuidados e todo o seu apoio. Certos aspectos, ao nível dos serviços de saúde e ao nível da comunidade, podem constituir barreiras ao acesso para serviços de tuberculose para que as pessoas com suspeita e acometidas por TB se apresentem para triagem, e isso pode ter um certo impacto e contribuir para a lacuna de detecção de TB.

8.2.4.2. Abordagem estratégica

Em primeiro lugar, para este plano estratégico é recomendado continuar com o reconhecimento mais profundo das PC, incluindo HSH e PS, com um mapeamento que inclua fatores bio-comportamentais e a prevalência precisa do VIH e das IST nestas populações. Este conhecimento deverá permitir: 1) Uma abordagem específica adequada das atividades e à sua cobertura; 2) Um acompanhamento bio-comportamental do impacto destas atividades 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 e aumento de atividade turistica). 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 atividades específicas, têm um aumento do VIH. Ao mesmo tempo, propõe-se reforçar e expandir as atividades de testes e cuidados para a População Chave e melhorar o acompanhamento clínico das PVVIH.

Abordar as barreiras para a Tuberculose, HIV e SIDA, IST e as Hepatites Virais de forma integrada com divulgação especial, integração destes serviços nas unidades de saúde com profissionais de saúde treinados para entender o estigma e as preocupações com os direitos humanos inerentes para as quatro doenças, apoio de pares e apoio da comunidade para manutenção do tratamento e apoio a entidades governamentais e comunitárias é uma linhas estratégicas fundamentais para este novo plano. Neste sentido, primeiro é necessária uma revisão da situação da discriminação e do estigma das populações-chave para determinar sua existência. 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.

Em conformidade com os princípios da OMS, é necessária uma abordagem baseada nos direitos humanos centrados nas necessidades dos pacientes, que 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.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1 : Reduzir a 50% novas infecções das 4 doenças na população chave.

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultados do produto 1.1. Garantia de diagnóstico e tratamento disponível a todo a população e chave.	Reforço da estratégia testar tratar.
	Fortalecimento dos módulos de diagnósticos e notificação.
	Apoio a melhoria da cobertura, tratamento e controle do tratamento.
	Adoção de estratégias inovadoras para diagnóstico e tratamento.
	Garantir o acesso aos serviços .
	Garantia de testagem e tratamento gratuito a todas mulheres grávidas.
Resultados do produto 1.2. Serviços centrados no nos cuidados a IST.	Implementação e reforço da estratégia de diagnóstico e tratamento das IST.
	Envolvimento dos parceiros no tratamento.
	Fortalecimento dos laboratórios no diagnóstico das IST.

	Gratuidade das análises hemato bioquímicas de seguimento dos PVVIH.
Resultado 1.3: Até 2027, pelo menos 15% dos casos de TB são notificados entre as principais populações vulneráveis (8% crianças, 10% PVHIV e diabéticos, 1% prisioneiros, migrantes e pessoas deslocadas)	
Realização 1.3.1 Pelo menos 10% das crianças são notificadas até 2027 (ou seja, 20 casos)	Desenvolvimento de estratégias e algoritmos para o diagnóstico da tuberculose resistente aos medicamentos em crianças Rastreio de contactos e despistagem de contactos, incluindo crianças, entre pessoas com tuberculose pulmonar e tuberculose resistente aos medicamentos. Aquisição de fórmulas pediátricas combinadas para o tratamento curativo e preventivo das crianças Reforço das capacidades dos prestadores de serviços e dos membros da comunidade
Resultado 1.3.2 O rastreio da tuberculose é efectuado no centro de detenção até 2027 (pelo menos 1% de todos os casos de tuberculose)	Prestação de serviços móveis ligados às unidades de saúde locais e rastreio/testes regulares, Organizar o transporte de amostras dos reclusos para laboratórios externos Fornecer medicamentos para o tratamento da tuberculose Fornecer medicamentos para o tratamento preventivo da tuberculose Aplicar medidas de controlo das infecções
Resultados: 1. 3.3 Os deslocados e migrantes de STP são notificados da TB até 2027	Apoiar as organizações e os representantes das populações móveis Organizar serviços móveis ligados às unidades de saúde locais e efectuar rastreios/testes regulares, Procura activa de casos, rastreio de contactos e despistagem da tuberculose nos migrantes antes da reinstalação ou da imigração Actividades para reforçar os procedimentos de encaminhamento transfronteiriços e a colaboração entre os programas nacionais e as partes interessadas

EIXO 5 : Assegurar a coordenação, mobilização de recursos e informação estratégica

8.5.1. Contexto Estratégico

A coordenação é uma das áreas de crucial importância na resposta nacional, tendo como essência aglutinar consensos que definam estratégias de combate a Tuberculose, HIV – SIDA, Hepatites Virais e as ISTs, focalizando-se em áreas identificadas como chave nos planos estratégicos e em programas sectoriais.
Um dos principais ganhos da coordenação é permitir a aglutinação de esforços para uma mais eficiente alocação e uso dos recursos, bem como para o desenvolvimento de sinergias e de parcerias público- privadas e destes para com a sociedade civil. A coordenação mantém a visão de unicidade, permitindo o revigorar da visão multissetorial da resposta assente num único órgão de articulação e aglutinação dos esforços e investimentos nacionais, uma única estratégia conjunta por todos e uma única abordagem de monitoria assente numa plataforma de indicadores da resposta nacional de consenso.

O PNLT/PNLS tem assistido a uma diminuição gradual na contribuição financeira das instituições internacionais para o seu orçamento, com um aumento gradual por parte do governo de STP nos últimos 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 o STP a alcançar as metas de eliminação da TB, VIH/ SIDA, ISTs e Hepatites Virais até 2035. O financiamento externo está de facto fora do controlo das autoridades de STP. Mudanças nas prioridades globais ou crises econômicas podem ter um impacto inevitável sobre a boa abordagem do PNLT/PNLS. A sustentabilidade do programa é um compromisso nacional para alcançar com sucesso 2035 e depende de um financiamento suficiente e sustentado

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 quatro doenças. Este programa tem o seu próprio orçamento, mas deve satisfazer as necessidades estratégicas e específicas de todos os programas.

O sistema de informação é a base da vigilância epidemiológica. A vigilância permite acompanhar a evolução das epidemias de tuberculose, VIH, IST e Hepatites virais e reconduzir a tempo as atividades e ações para responder a situações emergentes (epidemias, abandono do tratamento etc), rápida e eficazmente. Fornece também a base para avaliações regulares e finais do programa que permitirão a implementação de mudanças estratégicas, de actividades ou redirecionamento de atividades que tenham sido implementadas.

Finalmente, a qualidade da base de dados permitirá a realização de pesquisa operacional para captar evidências que possam ser introduzidas no programa, nos programas de outros países, ou programas subsequentes. Assim, o país necessita reforçar o sistema de informação, seguindo as recomendações da OMS para implementar as tecnologias digitais para a recolha de todos os dados. 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.

Atualmente, o sistema de informação sanitária no STP ainda baseia-se parcialmente 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 corretiva ou de planificação. Ao mesmo tempo, depende do preenchimento em tempo útil e do preenchimento de formulários, o que não é o caso.

Abordagem Estratégica

Esta estratégia deve ser baseada em projeções presentes e futuras, num sentido alargado até 2035 para alcançar o objectivo de eliminar a TB, VIH e SIDA, ISTs e Hepatites Virais. A planificação orçamental deve permitir compromissos entre o governo e as autoridades locais, com base em projeções realistas. É necessário incentivar este compromisso através da relação custo-eficácia para justificar a mobilização de recursos públicos. A prevenção de casos de TB, VIH/ SIDA, IST e Hepatites Virais 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.
A advocacia junto aos órgãos parlamentares e de tomada de decisão é necessária. Esta advocacia deve basear-se nas evidências que sustentam os objetivos e atividades 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 atividades (facilitação de transportes, apoio a atividades de formação, etc.). O apoio pode ser geral ao programa ou direcionado a atividades 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
O objectivo final é 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, sobretudo com os pilares fundamentais de um sistema de vigilância.
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 coletores de dados a continuar o seu trabalho uma vez reconhecida a sua utilidade.
O CNE / PNLT / PNLS em colaboração com todas as partes interessadas terá a responsabilidade de coordenar e assegurar a disseminação da informação a todos os níveis nomeadamente: Parceiros de desenvolvimento; Actores de implementação; Sub-benefeciarios; Estruturas de implementação e a população.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito 1: Programa capaz de dar resposta às exigências das 4 doenças.

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Produto 3.1. : Liderança do programa reforçada	*Realizar capacitações internas e externas aos técnicos do progra*
Produto 3.1. : Liderança do programa reforçada	*Capacitação dos serviços de controle da Hepatite*

	Realizar estudos sobre hepatite e garantir a pesquisa operacional
Resultado de produto 3.2. *Financiamento desponivel para o combate às hepatite***s**	*Mobilizar recursos dos parceiros para o combate às hepatites*
Resultado 3.3: *Comunidade envolvida no combate às Hepatites*	*Garantir a mobilização da comunidade para o combate às hepatites*

9.0. ACTIVIDADES TRANSVERSAIS

9.1 Reforço da capacidade laboratorial

Contexto Estratégico

A mudança de paradigma na abordagem do TB, VIH - HIV, ISTs e Hepatites Virais 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 tratamento dos pacientes), e a implementação da CV duas vezes por ano. Para este plano será reforçado a capacidade de laboratórios nomeadamente que irá orientar as actividades específicas e as mudanças resultantes deste novo Plano Estratégico integrada

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 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 ao nível central. 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 corelação 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

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito - Laboratório capaz de dar resposta às necessidades do programa	
Resultados do produto	**Principais estratégias/intervenções**
Resultado 1. Técnicos dos laboratórios com competências técnicas para realizar os exames para as quatro doenças	Realização de ações para o reforço técnico do pessoal dos laboratórios tanto de referência como ao nível distrital
Resultado 2. Laboratórios equipados para realizar os exames para as quatro doenças ou nível mais alto	Aquisição de equipamentos, materiais e insumos para os laboratórios
	Reforçar o sistema de controlo de qualidade interno e externo
	Expansão do laboratório de referência

9.2 Reforço das condições de trabalho dos ASC

Contexto Estratégico

Uma das observações das avaliações do Programa 2018-2022 foi constatado como uma fraqueza das atividades no nível comunitário que estão a cargo dos 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 atividade do DOT e pelo seu sucesso. No 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 capacidade para responder aos novos desafios do programa. Necessário se torna, o reconhecimento do seu papel e do seu trabalho no sistema de saúde.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito - Agentes de Saúde comunitário mais engajados nas atividades comunitárias

Resultados do produto	Principais estratégias/intervenções
Resultado 2. Melhorar as condições de trabalho para ASC	Advogar junto as autoridades sanitária para o enquadramento dos ASC
	Criar melhores condições de trabalho para os ASC

9.3 Reforço das Genre et Droits humains

Contexto Estratégico

En accord avec les principes de l'OMS, il faut une approche basée sur les droits humains et centrée sur les besoins des patients. Elle inclut que des efforts pour que ces PC, les PVVIH et les patients TB puissent avoir accès dans la cascade de services de façon effective : accessibilité au dépistage, prise en charge adéquate à leurs besoins et suivi clinique. Les PC souffrent de deux niveaux de stigma, une auto-discrimination qui les empêche avoir une autonomisation suffisante pour avoir accès spontanément aux services ou rendent difficile la prise en charge et le suivi, la faiblesse socio-économique fréquemment associé à ces populations et le stigma et la discrimination du côté de la société, incluant les professionnels de la santé qui peuvent ou bien montrer des attitudes discriminatives ou offrir des services qui ne répondent pas à leurs besoins spécifiques. À STP le stigma empêche l'accès au dépistage rendant ainsi difficile l'adhérence au TARV car les personnes affectées ont souvent tendance à se cacher.. À STP, il manque des études approfondies sur la situation du stigma chez les PC, PVVIH et patients avec TB.

Abordagem Estratégica

Il faut d'abord une révision de la situation de discrimination et stigma des populations clé pour déterminer leur existence, incluant les PVVIH et patients TB. La formation du personnel de santé et des services sociaux est importante pour diminuer ces appréhensions, car ils sont en contact régulier avec ces patients, et au même temps éviter la discrimination qui peut exister au sein du système de santé. La lutte contre le stigma doit être adressé à tous les services publics et à la société en générale. La même philosophie est applicable aux autres PC (les HSH et les PS), susceptibles de discrimination et stigma. En même temps, il faut relier ces activités d'une forme transversale avec d'autres programmes sociaux et les activités des ONG qui ont un accès privilégié et non-stigmatisant. Les activités doivent inclure la formation en connaissances autant de la société, personnel de santé et les membres des PC. Il faut viser vers un *empowerment* des PC à travers de la promotions sociale et l'enlèvement de barrières à travers de changements légales. Dans ce sens, il est spécialement relevant analyser le cadre légale et détecter les lois ou normatives stigmatisâtes, que sont de barrières ou les gaps légales qu'il faudrait remplir à travers d'activités de plaidoyer et la suivie de leur implémentation.

Résultat d'effet 3: Les droits humains, genre et communauté sont améliorés d'ici à 2027 (125 en 2022 à 209 en 2027)	
Resultados do produto	**Principais estratégias/intervenções**
Résultat de produit 3.1. : Élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées à la tuberculose d'ici 2027	Analyse et évaluation de la situation, de la stigmatisation associée à la tuberculose Mettre en place le programmes visant à réduire toutes les formes de stigmatisation internalisée dans les communautés touchées par la tuberculose. Promouvoir les activités de soutine mises en place par l'association des patients TB Organiser la surveillance à base communautaire permanente sur la qualité des services en ce qui concerne la stigmatisation, la discrimination et d'autres violations des droits
Résultat de produit 3.2; Renforcer la capacitié des prestataires sur la lutte contre la stigmatisation	Formation sur les questions de confidentialité et de protection de la vie privée liées à la tuberculose Intégration des formations aux droits humains et à l'éthique médicale dans la formation préalable et continue. Surveillance communautaire régulière et continue, y compris à l'aide de « clients mystère Apprentissage collaboratif entre les agents de santé, y compris les agents de santé communautaires, pour favoriser un soutien permanent entre pairs
Résultat de produit 3.3 Garantie des pratiques d'application des lois centrées sur la personne et fondées sur les droits	Formation sur la tuberculose et les droits humains à l'intention des agents des forces de l'ordre
Résultat de produit 3.4 Réponse aux besoins des personnes incarcérées ou se trouvant dans d'autres lieux fermés	Mobiliser les détenus pour animer entre pairs des activités de lutte contre la tuberculose Organiser les soins de la tuberculose en milieu carcéral avec une prise en charge communautaire des détenus après leur libération pour éviter les interruptions de soins après la libération.
Résultat de produit 3.5 Réduction de la discrimination fondée sur le genre et des normes de genre nocives et la violence en lien avec la tuberculose	Évaluations sur la dimension genre - communautés, droits et genre Mise en place de consultations communautaires pour identifier les obstacles liés au genre dans l'accès aux services de lutte contre le VIH/la tuberculose.

	Autonomisation des groupes de femmes pour améliorer la sensibilisation aux droits liés à la tuberculose et la surveillance des violations
Résultat de produit 3.6 Éducation juridique sur « Connaitre vos droits »	Former les membres de la communauté ou pairs educateurs sur les droits humains et de l'éducation juridique Élaborer et diffuser le supports de communication sur les droits des patients et autres documents sur les droits humains
Résultat de produit 3.7 Améliorer l'accès à la justice	Mettre en place le cabinet d'assistance jurique Mettre e,n place un numéro vert et autres mécanismes de riposte rapide en cas de violations des droits liés à la tuberculose Former le milieu judiciaire sur la tuberculose en lien avec les droits humains

10. ACTIVIDADES ESTRATÉGICAS COMPLEMENTARES

Finalmente, o capítulo sobre a luta e controle da resistência ARV será discutido neste capítulo.

10.1. Prevenção e Controlo da Resistência aos AR

As atividades complementares abordam aspectos que constituem ameaças à realização dos objetivos 95-95-95. 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 as ameaças tais como: 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.

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. 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 nesta faixa etaria, assim como relaçóes sexuais com estrangeiros que chagam ao pais para turismo.

É necessário assinalar os utilizadores de drogas injectáveis, como uma População Chave para o VIH, cuja sua presença 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 vigilância 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, monitorá-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 Programa e visa populações de PS e raparigas jovens no sentido mais amplo da SSR. Este programa inclui atividades 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 localizá-las melhor e coordená-las com o Programa.
Para o alcance do objetivo do programa este plano estratégico preconiza alguns produtos e grandes linhas abaixo discriminados.

QUADRO DE RESULTADOS E GRANDES LINHAS

Resultado de feito - Conhecer a resistência aos ARVs	
Resultados do produto	**Principais estratégias/intervenções**
Resultado 1. Resistência primária determinada no seio dos PVVIH	Instalar mecanismo de controlo de qualidade dos fármacos utilizados no programa
	Realizar estudos de resistência primária aos ARVs

11. PLANO OPERACIONAL

12. I

13. ORÇAMENTO

O orçamento total deste plano para 5 anos é de **XXXXX DBS**, ou seja **XXXXX Euros**.
O orçamento de intervenção pode ser encontrado no quadro abaixo.

Resumo orçamental por intervenção