

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA  DE S. TOMÉ E PRÍNCIPE

(UNIDADE-DECIPLINA-TRABALHO)

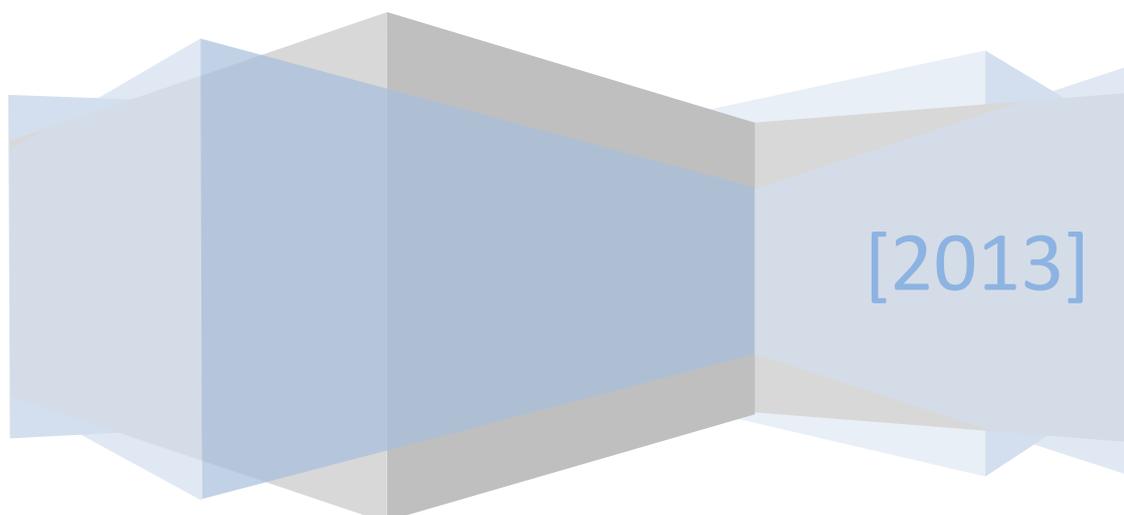
MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSUNTOS SOCIAIS

**CNE:** CENTRO NACIONAL DE ENDEMIAS

**PNLS:** PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA O SIDA



**PLANO ESTRATÉGICO**  
**MULTISSECTORIAL DE LUTA**  
**CONTRA O VIH/SIDA**  
**2013 - 2017**



# ÍNDICE

LISTA DAS ABREVIATURAS	i
AGRADECIMENTOS	iii
<b>I. CONTEXTO GERAL</b>	<b>1</b>
1.1 Introdução	1
1.2 Situação Geográfica e Demográfica	2
1.3 Situação Política e Administrativa	3
1.4 Situação Sócio-Económica	3
1.5 Situação da Educação	5
1.6 Situação Socio – Cultural	5
1.7 Contexto Mídia e Informação	6
1.8 Sistema Nacional de saúde	7
<b>II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO VIH / SIDA E DAS IST</b>	<b>11</b>
2.1 Contexto epidemiológico do VIH e tendências	11
2.1 Seroprevalência do VIH na população e vigilância biológica do VIH e SIDA	11
2.2 Resultados da serovigilância do VIH através dos Sítios Sentinelas nas mulheres grávidas	12
2.3 Prevalência do VIH nos outros grupos – alvos	13
2.4 Notificação da Morbilidade e Mortalidade atribuídas ao VIH e ao SIDA	13
2.5 Dados de vigilância das IST	15
2.6 Dados sócio – comportamentais sobre o VIH e SIDA	16
2.6.1 Factores de propagação	17
2.6.2 Modos de transmissão	17
2.6.3 Principais grupos mais expostos ao risco da infeção ao VIH	17
<b>III. ANÁLISE DA RESPOSTA</b>	<b>19</b>
3.1 Resumo do historial da resposta nacional ao VIH e SIDA	19
3.2 Análise dos resultados obtidos por domínio programático	19
3.2.1 Resultados no domínio da prevenção	19
3.2.1.1 CMC na população em geral	19
3.2.1.2 b. Preservativo	20
3.2.1.3 c. Manejo de caso das IST	21
3.2.1.4 d. Circuncisão	21
3.2.1.5 Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV)	21
3.2.1.6 Segurança transfusional	22
3.2.1.7 Profilaxia pós-exposição	23
3.2.1.8 Biossegurança	23
3.2.1.9 Prevenção da transmissão vertical (PTMF)	24

3.2.2	Resultados no domínio dos cuidados e de tratamento	24
3.2.2.1	Infecções oportunistas (IO)	24
3.2.2.2	VIH/TB	25
3.2.2.3	ARV adultos e pediátrico	25
3.2.2.4	TARV de Segunda Intenção	26
3.2.2.5	Mortalidade dos doentes sob TARV	26
3.2.2.6	Seguimento biológico/Lab.TARV/ e Resistência.	27
3.2.2.7	Tratamento, Cuidados e Medicina Tradicional	27
3.2.3	Resultados no domínio dos cuidados psicológicos e sócio-económicos	27
3.2.3.1	Apoio Psico-social, Nutricional e Actividades Geradoras de rendimento (AGR)	27
3.2.3.2	Cuidados Domiciliares e Paliativos	28
3.2.3.3	Órfãos e Crianças Vulneráveis (OCV)	28
3.2.4	Resultados no domínio da vigilância e informações estratégicas	28
3.2.4.1	Vigilância epidemiológica	28
3.2.4.2	Vigilância comportamental	29
3.2.4.3	Inquérito Demográfico Sanitário	29
3.2.5	Análise dos resultados obtidos segundo as diferentes respostas sectoriais e perspectivas.	30
3.2.5.1	Comunitário	30
3.2.5.2	. Privado	30
3.2.5.3	Público	31
3.2.5.4	Presidência da República	31
3.2.5.5	Educação	32
3.2.5.6	Turismo	32
3.2.5.7	Acções sociais	32
3.2.5.8	Mídias	33
3.2.5.9	Defesa	34
3.2.5.10	Parlamento e Justiça	34
3.2.5.11	Juventude, desporto e lazer	35
3.2.6	Análise dos resultados obtidos na implementação dos princípios da "three ones " e Parceria	36
3.2.6.1	Um único quadro de referência	36
3.2.6.2	Um único mecanismo de coordenação	36
3.2.6.3	Um Único mecanismo de Seguimento e Avaliação	36
<b>IV.</b>	<b>SÍNTESE DOS PROBLEMAS ESTRATÉGICOS, PRIORIDADES E DESAFIOS</b>	<b>38</b>
4.1	Problemas estratégicos	38
4.2	Prioridades e Desafios	39
<b>V.</b>	<b>ORIENTAÇÕES ESTRATEGICAS DE RESPOSTA AO VIH e SIDA, 2013-17</b>	<b>40</b>
5.1	Visão da resposta ao VIH	40

5.2	<b>Principais directrizes da Estratégia Nacional de Luta contra o VIH E SIDA</b>	<b>40</b>
<b>VI.</b>	<b>Finalidade, eixos estratégicos, objectivos e domínios prioritários</b>	<b>42</b>
6.1	<b>Eixos e Objectivos Estratégicos 2013-2017</b>	<b>42</b>
6.2	<b>Domínios , Estratégias e Acções Prioritárias</b>	<b>44</b>
	EIXO 1 : REFORÇO DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VIH E DAS IST's	44
	EIXO 2 : REFORÇO DO ACESSO AO TRATAMENTO	60
	EIXO 3 : Reforço do apoio e da protecção das PVVIH, dos Órfãos e Crianças Vulneráveis (OCV) e das pessoas afectadas.	67
	EIXO 4 : Apropriação da luta contra o VIH pelo conjunto dos actores	72
	EIXO 5 : Reforço do sistema de saúde	77
	EIXO 6 : Informação estratégica	79
	EIXO 7 : Coordenação, parceria e gestão	84
<b>VII.</b>	<b>QUADRO INSTITUCIONAL E ORGANOZACIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN VIH e SIDA 2013-2017</b>	<b>89</b>
7.1	<b>Evolução e organização da luta contra o VIH</b>	<b>89</b>
7.2	<b>Quadro institucional</b>	<b>90</b>
7.3	<b>Estrutura de execução</b>	<b>91</b>
7.3.1	Sector público	91
7.3.2	Sector privado	92
7.3.3	Parceiros bilaterais e multilaterais	93
7.4	<b>Estratégia de implementação e seguimento e avaliação</b>	<b>93</b>
7.4.1	Considerações gerais	93
7.4.2	Pesquisa Operacional	94
7.4.3	Abordagem da Comunicação	95
7.4.4	Mtriz dos Indicadores de Seguimento e Avaliação	96
	ANEXOS	102

## **LISTA DAS ABREVIATURAS**

<b>ASC</b>	Agentes de Saúde comunitário
<b>ARV</b>	Anti-Retroviral
<b>ASPF</b>	Associação Santomense para Promoção Familiar
<b>BK</b>	Bacilo de Koch
<b>CCM</b>	Conselho de Coordenação Multisectorial
<b>CDT</b>	Centros de Despistagem e de Tratamento
<b>CD4</b>	CÉLULAS DE DEFESA
<b>ATV</b>	ACONSELHAMENTO TESTAGEM VOLUNTÁRIA
<b>CNLS</b>	Comissão Nacional de Luta contra o SIDA
<b>CPN</b>	CONSULTA PRÉ NATAL
<b>CMC</b>	Comunicação para a Mudança do Comportamento
<b>CDS</b>	Centros Distritais de Saúde
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>CSN</b>	Comité Nacional de Sida
<b>CT</b>	Centros de Tratamento
<b>DCS</b>	Direção de Cuidados de Saude
<b>DIPs</b>	Despistagem Iniciadas pelos Prestadores
<b>IDS</b>	Inquerito Demografico Sanitario
<b>DOTS</b>	Tratamento sobre a Observação Directa
<b>ENRP</b>	Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
<b>EPP</b>	Estimação e Projeção dos Países
<b>FNM</b>	Fundo Nacional de Medicamentos
<b>G8</b>	Grupo (8 membros)
<b>GIPA</b>	Greater Involment of People living with Aids
<b>HAM</b>	Hospital Ayres de Menezes
<b>HBS</b>	Hepatite B
<b>IAP</b>	Iniciativa de Alerta Precoce
<b>IDF</b>	Instituto Diocesano Franciscano
<b>IDS</b>	Inquérito Demográfico Sanitário
<b>IEC</b>	Informação e Educação para a Comunicação/
<b>CMC</b>	Comunicação para Mudança de Comportamento
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IO</b>	Inefecções Oportunistas
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>IUCAI</b>	Instituto Universitário Contabilidade Administração e Informática
<b>MAPDR</b>	Ministério da Agricultura, Pesca e desenvolvimento Rural
<b>MICS</b>	Inquerito de Indicadores Multiplos
<b>MM</b>	Médico do Mundo

<b>MT</b>	Medicina Tradicional
<b>OBC</b>	Organização de Base Comunitária
<b>OCV</b>	Órfãos e Crianças Vulneráveis
<b>OMD</b>	Objecto para o Desenvolvimento do Milénio
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>ONUSIDA</b>	Organização das Nações Unidas para o SIDA
<b>OSC</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>PA</b>	Pessoas Afectadas
<b>PAM</b>	Programa Alimentar Mundial
<b>PCIMAA</b>	Manejo Integrado de caso da mãe e criança
<b>PCR</b>	Cadeia de reacção em Polimerização
<b>PSC</b>	Posto de Saude Comunitari
<b>PEN</b>	Plano Estratégico Nacional
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNLS</b>	Programa Nacional de Luta contra o SIDA
<b>PNUD/FG</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/ Fundo Global
<b>PPAE</b>	Países Pobres Altamente Endividados
<b>PPP</b>	Parceria Público-Privada
<b>PS</b>	Posto Sanitário
<b>PTMF</b>	Prevenção da Transmissão da Mãe para o Filho
<b>PVVIH</b>	Pessoas que vivem com Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>RAJSTP/SPD</b>	Rede de Associações Juvenis de STP
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SS</b>	Serviços Sanitários
<b>SSR</b>	Saúde Sexual Reprodutiva
<b>STP</b>	S. Tomé e Príncipe
<b>TARV</b>	Tratamento Anti retro Viral
<b>TB/VIH</b>	Tuberculose/ Vírus de Imuno-deficiência Humana
<b>UNFPA</b>	Fundo das Nações Unidas para a População
<b>UNGASS</b>	Sessão Especializada da Assembleia Geral das Nações Unidas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>USD</b>	Dólares Americanos
<b>VID</b>	Vigilância Integrada de Doença
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana

## **AGRADECIMENTOS**

Durante este longo processo, largamente participativo, queremos exprimir os nossos sentimentos e gratidão a todas as organizações e às pessoas que participaram neste árduo trabalho.

Agradecemos ao UNICEF pelo financiamento para a elaboração deste importante instrumento para o País, a OMS e a Cooperação Brasileira, pelo apoio financeiro e/ou técnico para a revisão do mesmo.

Os nossos agradecimentos são extensivos também aos representantes dos sectores públicos, nomeadamente do Ministério da Educação, Finanças, Juventude e Desporto. Gostaríamos também de dirigir os nossos agradecimentos aos técnicos do Ministério da Saúde, da OMS, do PNUD/Fundo Global, das Associações Cívicas (Alisei, ASPAF, Médicos do Mundo) e da Associação das “Pessoas que Vivem com o VIH”, os quais estiveram fortemente implicados em todas as etapas do processo, colaborando também para enriquecer este Plano Estratégico com as suas experiências. Este documento é fruto do trabalho colectivo e a preocupação maior, para que ele possa ser eficaz na luta contra o VIH E SIDA, contribuindo assim para a melhoria da saúde da população e para a diminuição do impacto socioeconómico.

Por fim, os nossos sinceros agradecimentos a equipa técnica multidisciplinar de revisão, cujo contributo foi particularmente decisivo para a viabilização do presente documento.

## I. CONTEXTO GERAL

### 1.1 Introdução

Ciente dos efeitos socio - económicos da epidemia do VIH sobre o desenvolvimento do país, o Governo de São Tomé e Príncipe fez da luta contra o VIH e SIDA, um dos domínios prioritários da Estratégia Nacional de Redução da Pobreza. Este engajamento foi materializado através da adopção do primeiro Plano Estratégico de Luta contra o VIH e SIDA que cobriu o período de 2004 a 2008.

Com o apoio dos parceiros técnicos e financeiros, as intervenções de luta contra esta epidemia foram progressivamente intensificadas através da adopção de várias medidas políticas e estratégicas. A adopção e a implementação do primeiro plano estratégico, contribuiu de maneira significativa para manter o nível da epidemia baixo, situando a taxa de prevalência na população geral em 1,5% (IDS 2008-2009).

Os resultados alcançados até a presente data em termos de redução da propagação do vírus e as suas consequências, tanto ao nível internacional como nacional, são remarcáveis. Ao nível nacional, os resultados são perceptíveis na prevenção, no manejo de casos e nos cuidados, às pessoas que vivem com o VIH.

Em matéria de coordenação nacional, foi criada a Comissão Nacional de luta contra o SIDA (CNLS), presidida pelo Presidente da República e que é integrada por representantes dos diversos sectores da vida nacional, tanto público como privado e a sociedade civil.

Foram elaborados Planos sectoriais para alguns sectores como a Educação, Justiça, Juventude e Comunicação Social.

Com base nas lições tiradas na implementação do primeiro plano, nos resultados registados com a sua implementação e com o apoio dos parceiros de desenvolvimento e das organizações da sociedade civil, incluindo as pessoas que vivem com o VIH, o Governo de São Tomé e Príncipe decidiu seguir uma metodologia participativa, ainda mais reforçada, na elaboração do presente quadro estratégico multi-sectorial do VIH e do SIDA numa perspectiva de consolidar os resultados já alcançados. Este importante documento de planificação, de advocacia e de mobilização de recursos, comporta a descrição de todo o processo de avaliação e elaboração do plano, os capítulos ligados ao contexto e à análise de situação do VIH/ SIDA, síntese e priorização dos problemas encontrados e o Plano estratégico propriamente dito com todas as suas componentes.

## 1.2 Situação Geográfica e Demográfica

São Tomé e Príncipe é um País insular constituído essencialmente por duas ilhas, de origem vulcânica, a de S. Tomé e a do Príncipe, localizadas no Golfo da Guiné. A sua superfície é de 1001km<sup>2</sup>, sendo S. Tomé a maior com 859 Km<sup>2</sup>. A distância entre as duas ilhas é de 150 km, e com a costa Africana é de 350 km.

O clima é tropical húmido, caracterizado pela existência de duas estações: a das chuvas, com uma duração de cerca de 9 meses (Setembro a Maio) e a estação seca, denominada «Gravana», com uma duração de cerca de 3 meses (Junho a Agosto). Existe no entanto, uma estação intermédia chamada «Gravanito» que ocorre temporariamente, entre os meses de Dezembro e Janeiro.

A população de São Tomé e Príncipe passou de 64.000 habitantes em 1975 para 187.356 em 2012 (RGPH de 2012), sendo 50,03% homens e 49,97% mulheres. Nos últimos 11 anos (2001-2012) a população passou de 137.599 para 187.356 habitantes o que revela um aumento de 36.2%, ou seja duas vezes superior ao crescimento do período entre censos precedente.

A repartição da população é desigual sobre o território. Verifica-se que o distrito de Água Grande (73.091) é o mais populoso, seguido de Mé-Zóchi e Lobata com 46.265 e 20.007 respectivamente. Os distritos de Cantagalo e Lembá aparecem em terceiro plano com uma população de 18.194 e 15.370. Por outro lado, a RAP e o distrito de Caué são os menos populosos, com 7.542 e 6.887, respectivamente. (RGPH-2012) Relativamente à densidade populacional também constata-se variação, sendo 4299 hab/km<sup>2</sup> para Água Grande, 379 para Mé-Zóchi, 191 para Lobata, 153 para Cantagalo, 67 para Lembá, 53 para RAP e 26 para Caué.

Os dados da tabela abaixo resumem os aspectos demográficos de STP.

*Tabela 1: Principais indicadores demográficos e sociais de S. Tomé e Príncipe*

INDICADOR	NÚMERO
População total	187356 habitantes (2012)
População masculina	50% (2012)
População urbana	61,7%
População rural	38,3
Crianças 0 - 4 anos	14,5%
Crianças 5 - 14 anos	28,2%
Taxa de crescimento anual	2,41%
Mulheres 15-49 anos	49,6%
Taxa de alfabetização	84,4%
Índice de pobreza	53,8%
Índice de pobreza extrema	15,1%
PIB <i>per capita</i>	384 USD
Crescimento PIB	6% (em 2007)

*Fonte: INE- Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) 2008-2009 STP. INE 2012-IRGH (dados preliminares);*

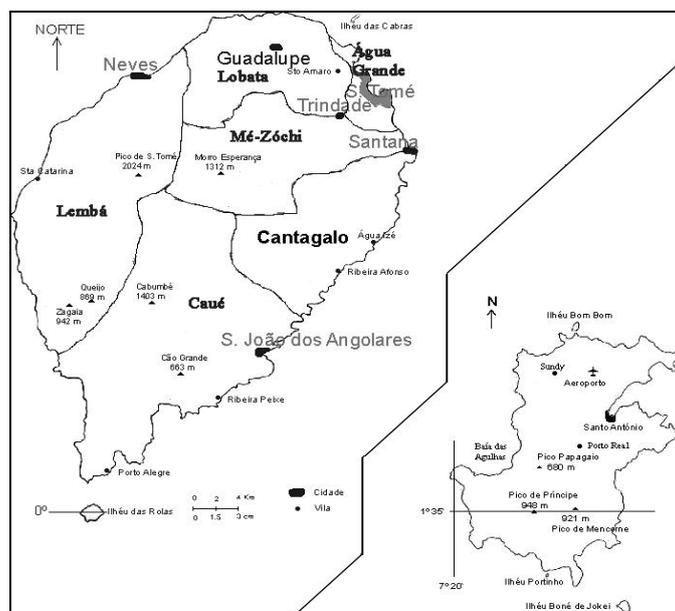
### 1.3 Situação Política e Administrativa

Administrativamente, o país está subdividido em 6 distritos e uma Região Autónoma do Príncipe, com uma Autarquia especial.

A divisão Administrativa corresponde à sanitária. O distrito com maior extensão territorial é o de Caué, que se situa no extremo sul da ilha de S. Tomé, no entanto é o menos povoado. O distrito com maior densidade populacional é o distrito de Água Grande onde se situa a Cidade Capital.

Os distritos com maior índice de pobreza são os de Lembá e de Caué, situados respectivamente, nos extremos Norte e Sul da Ilha de S. Tomé e, onde grande parte da população é pescatória. A Região Autónoma do Príncipe também tem um nível de pobreza comparável aos dois distritos de S. Tomé, onde a maior parte da população dedica-se à agricultura.

Figura 1 – Carta administrativa de S. Tomé e Príncipe



### 1.4 Situação Sócio-Económica

A queda drástica da economia de São Tomé e Príncipe obrigou as autoridades a assinarem em 1987, um acordo de ajustamento estrutural com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial. Em 2002, o País adoptou um quadro estratégico de redução da dívida.

O crescimento económico aumentou ligeiramente nos últimos anos situando-se nos primeiros meses de 2012 em 4,5%. Por outro lado, a partir de 2010 o País assinou um acordo com Portugal para a adopção de taxa de câmbio fixa com o euro o que permitiu reduzir a taxa de inflação de 37% em 2008 para 13% em finais 2010.

Apesar desse desempenho económico 66,2% da população vive abaixo do limiar da pobreza (Inquérito Orçamento Familiar- IOF, INE 2010) e o Índice de Desenvolvimento Humano do país em 2010 é de 0,488.

A pobreza continua sendo um fenómeno predominantemente rural. Caué e Lembá são os distritos com taxas de pobreza mais elevadas (Caué 84,5% e Lembá 73,4).

A pobreza afecta relativamente mais as mulheres (71,3%) que os homens (63,4%), justificando-se de modo geral por um fraco nível de instrução académica. O empobrecimento da população parece estar correlacionado com a sua situação de emprego, afectando menos a classe dos activos que os inactivos e os desempregados.

A maior quota da taxa de desemprego (cerca 64%) refere-se às mulheres, contrariamente aos homens (36%).

O nível de desemprego levou a um aumento do número de mulheres e homens no sector informal, bem como ao aumento do número de crianças “trabalhadoras”, no meio urbano, e à desocupação dos jovens já formados, marginalizando assim estes grupos.

Face aos altos índices de pobreza, verificou-se um aumento do comércio sexual das jovens raparigas na ordem dos 20,5 % de 2008 para 2009 (Alisei 2009), incluindo indícios de existência de exploração do comércio sexual das crianças, o que poderá tornar-se num verdadeiro problema social. A situação de pobreza, a degradação dos valores, a ausência de acompanhamento familiar e as dificuldades financeiras do país, constituem os principais factores para esse fenómeno.

As jovens raparigas encontram-se confrontadas com os problemas da gravidez precoce e não desejada, baixos níveis de educação, pobreza e a pouca oferta de emprego, o que constitui um dos factores importantes de vulnerabilidade para o VIH e SIDA.

O distrito da capital do País é onde se regista a maior concentração da população desempregada, correspondendo a 48,5% da população total desempregada registada em todo o País.

Também, relativamente às mulheres, é na zona urbana, onde se concentra uma das maiores taxas de desemprego do País. É de notar que em cada 3 mulheres uma é chefe de família, (2001) sendo estas geralmente quem assegura o sustento dos filhos e muitas vezes doutros dependentes.

Existe uma tendência de crescimento contínuo da taxa de desemprego na região urbana, provavelmente devido ao fenómeno do êxodo rural, traduzindo um fluxo migratório massivo das regiões rurais para as regiões urbanas com o abandono significativo das terras agrícolas.

As principais actividades da população são: a agricultura, a pesca e o sector informal.

Os indicadores económicos e sociais mostram que a qualidade de vida das populações, em particular dos grupos mais vulneráveis (crianças, mulheres e idosos) têm vindo a degradar – se. Os grupos sócio – económicos mais vulneráveis, segundo a ENRP são: trabalhadores agrícolas, pequenos funcionários, pescadores, vendedoras (palaiês) e as mulheres chefes de família.

O número médio de família é inversamente proporcional ao seu nível de rendimento, contando-se 6,43 pessoas para as famílias extremamente pobres e 3,78 para aquelas consideradas como não sendo pobres.

### 1.5 Situação da Educação

A taxa líquida de escolarização até ao primeiro ciclo do ensino básico (1ª a 6ª classe) em 2002 era de 97,2% passou para 75,5% em 2009 (Ministério da Educação / Gabinete de Planeamento e Inovação Educativa).

A taxa líquida de escolarização do segundo ciclo do ensino básico (7ª a 9ª classe - dos 12 aos 15 anos) é de 16,9% sendo as raparigas de 52,9% e a do segundo ciclo do secundário (10ª e 11ª classe) é de 3,7% sendo a das raparigas de 46,2%.

*Tabela 2: Indicadores do sector de educação, ano lectivo 2008-2009*

Indicadores (taxa e Rácio)	Ano lectivo 2008/2009		
	Primário	Secundário	
	1ª a 6ª classe	7ª, 8ª e 9ª classe	10ª e 11ª classe
Taxa bruta de escolarização	121,7%	58%	14,3%
Percentagem das raparigas	48,2%	52,9%	46,2%
Taxa de abandono no ensino primário 19,5%	12,6%	ND	ND
Taxa de escolarização bruta / ensino superior		1,72%	
Taxa de alfabetização dos adultos		42,16%	

*Fonte : INE- IDS, 2008-2009*

A taxa de analfabetismo é superior a 68% atingindo 72 % nos homens, enquanto nas mulheres é de 64 % (INE 2001).

O ensino básico é universal, obrigatório e gratuito de acordo com a Lei de Base do Sistema Educativo. No âmbito desta lei, o Ensino Básico compreende 6 classes distribuídas em 2 ciclos, sendo as primeiras de 1ª a 4ª classe e o segundo 5ª e 6ª classe, respectivamente.

### 1.6 Situação Socio – Cultural

A População de S. Tomé e Príncipe é constituída por 4 grupos de características sócio-culturais diferentes: Forro, Minu'ié, Angolar e Cabo-verdiano. Contudo nota-se cada vez mais a mestiçagem, produto da fusão das raças existentes. De forma geral, os usos e costumes destes grupos não apresentam marcadas diferenças.

O País tem como língua oficial o Português e quase 100% da população percebe esta língua.

O fenómeno cultural de herança de parceiros (herança de esposas), no seio familiar; a prática de circuncisão bem como a de excisão não constituem os hábitos da população do País.

A maior parte dos santomenses é cristã com uma predominância da Igreja Católica seguida das Igrejas Evangélica e Adventista. Nos últimos tempos vêm surgindo outras religiões tais como Nova Apostólica, Maná, Jeová, Deus é Amor, Muçulmana, Reino de Deus, Juré, Aprofundamento da Vida Cristã, dentre outras.

No país ainda não se verificou grandes situações de crise humanitária, que pudessem provocar o deslocamento massivo da população. No entanto, existe grande mobilidade, cada vez mais crescente, ao nível da ilha de S. Tomé em direcção à capital do País, a Cidade de S. Tomé, e entre as duas principais ilhas do País. Esta tendência migratória que ameaça “despovoar” as áreas rurais sobretudo os distritos mais periféricos e com menos recursos, tem as suas causas na degradação das condições de vida, onde os níveis de pobreza são maiores.

O mesmo fenómeno regista-se entre S. Tomé e alguns países estrangeiros, nomeadamente Gabão, Angola, Portugal, Cabo Verde, Nigéria e Guiné Equatorial.

Mais recentemente tem-se observado o aumento de imigração de cidadãos de diversas nacionalidades (Libaneses, Nigerianos, Camaroneses ....) para S. Tomé, os quais concentram a sua actividade principalmente no sector comercial. Por outro lado, a emergência do petróleo também fez disparar o fluxo de imigração para S. Tomé, nomeadamente de Africanos e Europeus.

Existe também uma grande mobilidade dos nacionais, motivada pelo comércio, entre S Tomé e alguns países da Costa Africana nomeadamente, Nigéria, Camarões, Guiné Equatorial, Togo e Benim.

Este aumento actual de intercâmbio de pessoas, associado à aproximação de S. Tomé e Príncipe em relação a determinados países da sub-região Africana, onde a prevalência do VIH e SIDA é mais alta, e o desenvolvimento do turismo, são factores que tornam o País mais vulnerável à transmissão e à propagação da infecção.

O Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais , através da Direcção da Protecção Social, tem a missão de zelar para o bem-estar social da população em geral e, em particular, dos grupos mais vulneráveis nomeadamente mulheres, crianças, órfãos e idosos.

O Ministério conta com 7 centros sociais em todo o País dos quais 6 operacionais. Também existem 8 centros-dia destinados a proporcionar lazer aos idosos durante o dia e fornecer uma refeição quente diária.

Fora do sector público conta-se com 6 centros que albergam crianças e jovens adolescentes.

## **1.7 Contexto Mídia e Informação**

Os Mídias desempenham um papel fundamental na mudança e adopção do comportamento do cidadão e, por conseguinte, ele é um verdadeiro motor de desenvolvimento de um País. O papel da comunicação social é o de informar, formar e educar as populações, a fim de produzir as mudanças

desejadas para uma transformação qualitativa da sociedade. A comunicação é também uma arma forte, que quando não é utilizada adequadamente pode ser destrutiva e vincular mensagens erróneas.

Em S.Tomé e Príncipe, não obstante algum notável progresso que se assiste no espectro mediático, mormente com a proliferação de instrumentos electrónicos e com o surgimento de serviços de radiodifusão comunitária, limitações de várias ordens condicionam em grande medida a cobertura que as Mídias estatais e privadas dão a temas ligados ao VIH e ao SIDA.

Existem no País 1 rádio estatal, 4 rádios privadas (sendo 3 em São Tomé e 1 na Região Autónoma do Príncipe), 2 rádios comunitárias ( 1 Caué e 1 Lembá) e 1 TV estatal. Uma grande parte da população já tem acesso a outras TV estrangeiras. Em relação à imprensa escrita existem: 6 jornais impressos: Correio da Semana, Era de Petróleo, Parvo, Visão de Sábado, e 1 Jornal *online* estatal ( STPpress). Dentre os jornais privados destacam – se : Téla non, Parvo, Viso, Vitrine, Tropical, Correio da Semana, Kê Kwá.

A rádio e a televisão nacionais têm uma cobertura espacial a volta de 90% e 60% do território, respectivamente.

### **1.8 Sistema Nacional de saúde**

No âmbito do processo da reforma do sector da saúde, foi elaborado em 1999, para um período de 5 anos, (2001 – 2005), a Política Nacional de Saúde e o Plano Estratégico de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), bem como a carta sanitária. Esses instrumentos foram actualizados em 2011/2012 cobrindo o período 2012/2016.

O Sistema de Saúde está organizado em 2 níveis, o central e o distrital, e é composto por uma dupla organização piramidal, administrativa e técnica nos supracitados níveis.

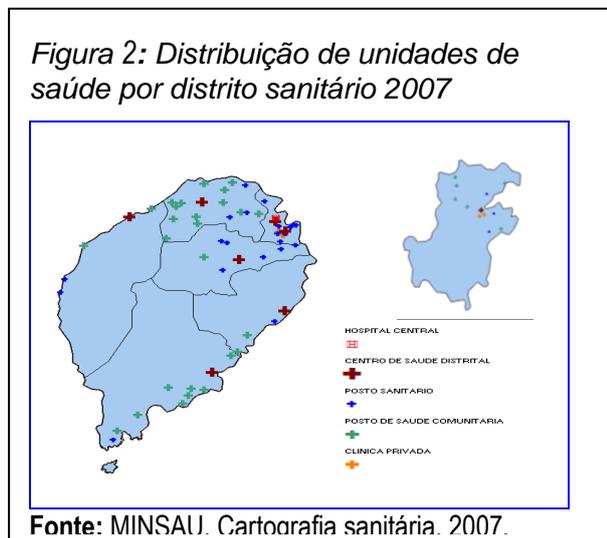
O nível central tem por mandato a elaboração de políticas, estratégias, normas, planificação e seguimento e avaliação, bem como a coordenação das intervenções dos diferentes actores no domínio da saúde.

É composto pelo Gabinete do Ministro, Direcção dos Cuidados de Saúde (que superintende os Programas de Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde dos Adolescentes, Saúde Escolar, Saúde Oral, Saúde Mental, departamentos de epidemiologia, Farmacêutico e Saneamento de Meio e o Centro Nacional de Educação para a Saúde); o Centro Nacional de Endemias que coordena as grandes endemias (Paludismo, VIH e SIDA e Tuberculose, assim como as Doenças Não Transmissíveis e Negligenciadas e a Direcção do Plano), Administração e Finanças que superintende os departamentos de Recursos Humanos e de Informação Sanitária.

O nível central de prestação de Cuidados é assegurado pelo Hospital Dr. Ayres de Menezes que desempenha o papel de referência nacional. A este nível e sob a dependência directa do Gabinete de Ministro, existe ainda o Fundo Nacional de Medicamentos, serviço com autonomia administrativa e financeira, responsável pelo aprovisionamento e distribuição de parte dos medicamentos essenciais destinada ao sector público.

O nível periférico compreende 7 distritos sanitários, sendo 6 na Ilha de São Tomé e a Região Autónoma do Príncipe, que para efeitos da aplicação da PNDS organiza-se como um distrito. O distrito sanitário constitui a unidade funcional fundamental.

Cada distrito é gerido por equipas distritais de saúde, chefiadas por um médico Delegado de Saúde e integram enfermeiros do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, técnicos de nutrição, técnicos de saneamento do meio, técnicos de farmácia, técnicos de estatística e epidemiologia e técnicos de laboratório.



Os distritos apresentam as seguintes unidades de prestação de cuidados: Centro de saúde com ou sem internamento dirigido por um médico delegado

Posto de saúde dirigido por um enfermeiro

Posto comunitário de saúde encarregue dos cuidados elementares, de primeiros socorros e de promoção da saúde. Estes postos são dirigidos por um agente de saúde comunitária

(ASC).

O país possui uma boa cobertura de unidades de saúde, estando 95,5% (Relatório de Inquérito sobre acesso medicamentos essenciais em STP-2008) da população situada a menos de uma hora de percurso a pé. Cerca de 78% dos agregados que vão a pé a uma unidade sanitária fazem-no em menos de 30 minutos, mas existe uma relativa inacessibilidade geográfica e financeira aos cuidados especializados (INE, 2008).

O rácio de agente de saúde por número de habitantes é aceitável para algumas categorias profissionais. No entanto, existe problema em relação à distribuição geográfica em quantidade e qualidade destes profissionais.

O perfil epidemiológico continua a ser marcado pelas doenças transmissíveis, responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade e de morbilidade (Tabela 3), embora a prevalência dos factores de risco das doenças não transmissíveis seja elevada.

*Tabela 3: Principais indicadores de saúde*

<b>Indicadores sanitários</b>	<b>Taxas</b>
Esperança de vida ao nascer	M: 68.5; H: 63.5
Taxa de mortalidade infantil	38/1000
Taxa de mortalidade infanto-juvenil	63/1000
Taxa de mortalidade materna	101/100000 nados vivos
Índice sintético de fecundidade	4,9
Taxa de Cobertura pré-natal	97,9%
Taxa de Cobertura vacinal global	76,6%
Taxa de cobertura de parto institucional	78,9%
Taxa de cobertura de parto por pessoal formado	81,7%
Taxa bruta de natalidade (nascidos por 1000 habitantes)	33,4‰
Mortalidade por mil habitantes	8,5‰

**Fonte:** RGPH, 2001; IDS, 2008/2009.

Relativamente ao sector privado de saúde, embora existente, não se encontra estruturado e os dados existentes sobre o sector são insuficientes. Ao nível central do sistema de saúde não existe uma estrutura responsável pela definição de políticas e de directrizes para o sector privado de saúde e nem tão pouco mecanismos de seguimento e avaliação da qualidade dos seus serviços prestados.

As estruturas privadas de saúde existentes no país são: clínicas, consultórios médicos, alguns serviços de cuidados de enfermagem e farmácias. Não existem hospitais privados.

Até 2011, o Orçamento Geral do Estado (OGE), não incluía uma rubrica específica para a luta contra o VIH e SIDA. O OGE alocado para a saúde foi de 10% em 2010, com 0,25% correspondente aos programas do CNE (VIH, Tuberculose, Paludismo e Doenças Não Transmissíveis).

*Tabela 4: Estruturas de saúde em S. Tomé e Príncipe*

<b>Distrito</b>	<b>Total US Publico</b>	<b>Hosp</b>	<b>CS</b>	<b>PS</b>	<b>PSC</b>	<b>Total US privadas</b>	<b>Clínicas</b>	<b>Consultório</b>	<b>Farmácia</b>
Água Grande	7	1	1	5*	<b>0</b>	20	0	12	8**
Mé-Zóchi	7	0	1	6	<b>2</b>	3	0	1	2
Cantagalo	6	0	1	5*	<b>9</b>	2	0	1	1
Lobata	5	0	1	4	<b>8</b>	0	0	0	0
Lembá	3	0	1	2	<b>6</b>	0	0	0	0
Caué	3	0	1	2	<b>5</b>	0	0	0	0
Região A. Príncipe	7	1	0	6*	<b>7</b>	2	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>30</b>	<b>37</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>13</b>

*Fonte : PNLIS*

*Obs.: \* Inclui SSR. \*\* inclui PSPT, ASPF*

Dentre alguns problemas do sector farmacêutico destacam-se a multiplicidade não coordenada de fontes de aprovisionamento e as frequentes rupturas de stock de medicamentos, reagentes, e outros produtos estratégicos, com uma repercussão negativa na qualidade de cuidados aos pacientes.

Segundo o relatório do estudo de acesso aos medicamentos essenciais realizado em 2008, o acesso geográfico aos medicamentos e sua disponibilidade não são satisfatórios.

No subsistema do SIS, a vigilância epidemiológica semanal e mensal está estabelecida em todas as unidades sanitárias, e funciona de acordo com as orientações técnicas da vigilância integrada da doença e resposta (VIDR).

O sistema de informação sanitária apesar de certas melhorias, enfrenta ainda alguns problemas sobretudo ao nível central nomeadamente, a ausência de directrizes para a gestão e formação de prestadores de serviços, a deficiente supervisão, e a não abordagem do género.

Quanto ao financiamento do sistema nacional de saúde, o sector não possui informações exactas sobre o custo da saúde nem das contribuições das várias fontes de financiamento na saúde. O Orçamento Geral do Estado alocado ao sector da saúde contrasta com os engagements internacionais assumidos pelos Chefes de Estado e de Governo em 2001 em Abuja, de garantir pelo menos 15% do orçamento geral à Saúde.

Não existe uma política nacional de financiamento do sistema de saúde e os mecanismos não estão regulamentados.

Relativamente ao financiamento das acções de resposta à epidemia do VIH, no quadro da implementação do plano estratégico 2004-2008, dos 42,4% (2.027.077 USD) do valor mobilizado, 98.8% foi financiando pelos seguintes parceiros: Fundo Global (R4), ONUSIDA, OMS, PAM, UNFPA, UNICEF, e a Cooperação Brasileira.

Apesar dos indicadores de saúde serem encorajadores, a organização do sistema nacional de saúde constitui um obstáculo para a realização dos objectivos do Acesso Universal.

## II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO VIH / SIDA E DAS IST

### 2.1 Contexto epidemiológico do VIH e tendências

Entre 1991 e 1996, os dados de vigilância sentinela indicavam uma seroprevalência de VIH nas mulheres grávidas nos Sítios Sentinela que era relativamente elevada, variando entre 1% e 12% (2.2% em 1991, 5.7% em 1994, 12% em 1995 e 6% em 1996); importa no entanto realçar que estes resultados estavam ligados as flutuações decorrentes dos métodos dos inquéritos e dos testes de diagnóstico da infecção (teste ELISA de 1989 a 1993).

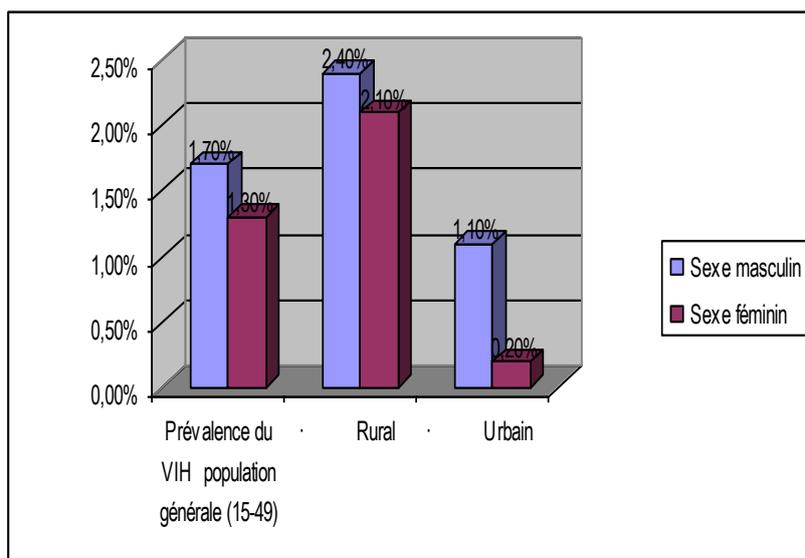
De 2001 à 2005, os dados de seroprevalência indicavam taxas mais baixas que iam de 0,1% a 1,5%. É importante notar-se no mesmo período uma taxa elevada de seroprevalência do VIH nos doadores de sangue (2,5% em 2004 e 2,1% em 2008).

São Tomé e Príncipe enfrenta actualmente uma epidemia que pode ser classificada entre fraca e concentrada, se for tomada em conta os dados da vigilância na população em geral e os dados do estudo sentinela nas grávidas e nas profissionais de sexo. A prevalência do VIH nas mulheres grávidas é 0.5%, segundo os dados da consulta pré-natal, PNLs-2012.

### 2.1 Seroprevalência do VIH na população e vigilância biológica do VIH e SIDA

Os resultados dos estudos do Inquérito Demográfico Sanitário combinado com o teste de VIH, de 2008, mostraram taxas de infecção nos adultos de 15 a 49 anos de 1,5% com uma prevalência de 1,7% nos homens contra 1,3% nas mulheres.

*Grafico 1: Seroprevalência do VIH nos adultos de 15 à 49 anos segundo os meios de residência e o sexo, 2008/2009*

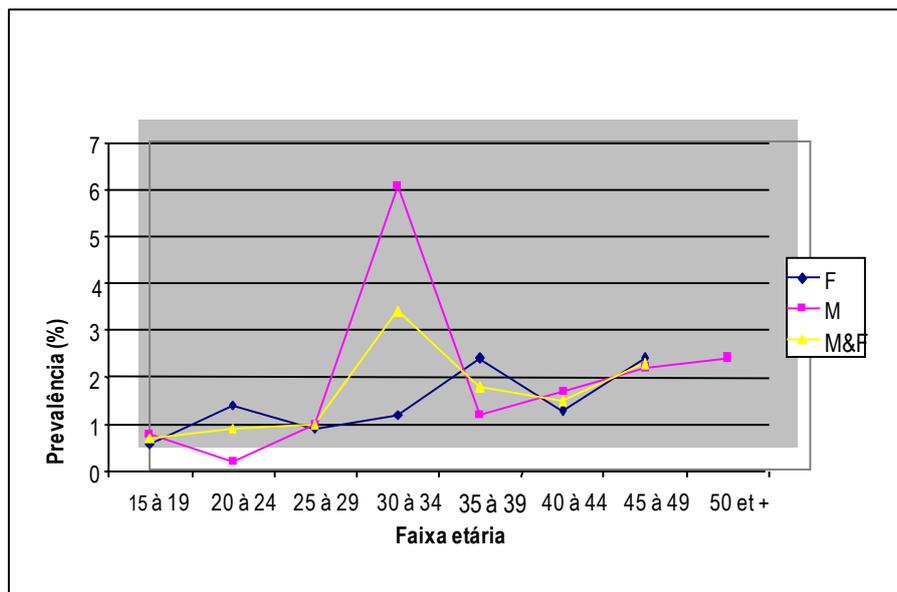


Segundo o inquérito, o meio rural estaria mais afectado do que o meio urbano com prevalências de VIH respectivas de 2,3% e 0,8%. Esta diferença é muito mais pronunciada nas mulheres

(rural: 2,1%; urbano: 0,2%).

A seroprevalência mais elevada observa-se nos homens de 30 a 34 anos (6,1%) e na mulher não instruída (4,0%).

Grafico 2: Seroprevalência do VIH na população geral, por sexo e por faixa etária, 2008/2009



O quadro epidemiológico da infecção pelo VIH na população adulta parece ser atípico comparado às demais epidemias generalizadas da África subsariana que regista taxas de infecção mais elevadas nas mulheres que nos homens, e mais elevadas no meio urbano que no meio rural.

## 2.2 Resultados da serovigilância do VIH através dos Sítios Sentinelas nas mulheres grávidas

Segundo os dados de serovigilância de 2008, a seroprevalência média do VIH nas mulheres grávidas variou entre 0% (nos distritos de Lobata, Cantagalo, Lembá, Caué) e 1,7% na Região Autónoma do Príncipe. Em 2012, como se pode observar na tabela abaixo, a prevalência do VIH nas mulheres grávidas foi de zero por cento em todos os distritos.

Com a aceleração das intervenções de PTMF e da despistagem do VIH e do aconselhamento e despistagem iniciado pelos prestadores, as condições estariam criadas para que a taxa de aceitação do teste VIH aumente até atingir a cobertura universal. Neste contexto, a OMS e o ONUSIDA encorajam os países a evoluir para a utilização dos dados de despistagem do VIH no quadro da PTMF e de seguir durante um período de alguns anos a comparabilidade dos dados das duas fontes

*Tabela 5: Serovigilância do VIH nas mulheres grávidas*

Distrito	2008			2012		
	Testados	VIH+	% VIH+	Testados	VIH+	% VIH+
<b>1-Água Grande</b>	712	5	0,7	698	0	0
<b>2-Mé-Zóchi</b>	213	2	0,9	341	0	0
<b>3-Lobata</b>	112	0	0	106	0	0
<b>4-Cantagalo</b>	81	0	0	89	0	0
<b>5-Lembá</b>	165	0	0	166	0	0
<b>6-Caué</b>	53	0	0	46	0	0
<b>7-R. A. do Príncipe</b>	62	1	1,7	64	0	0
<b>TOTAL</b>	1398	8	0,6	1510	0	0

*Fonte : SS*

### 2.3 Prevalência do VIH nos outros grupos – alvos

Em 2008 foi feito um inquérito de seroprevalência do VIH em militares e não se detectou casos de infecção neste grupo, assim como em 2012. Relativamente às TS registou em 2008 uma taxa de infecção de 4,2% e em 2012 não se registou nenhum caso.

A prevalência das infecções transmissíveis pelo sangue, nos doadores de sangue nos anos 2008 e 2012 foi respectivamente de 2,1% e 0%

*Tabela 6 - Prevalência de VIH nos grupos alvo, 2008 e 2012*

Grupo	Seroprevalência do VIH	
	2008	2012
Militares (15-24 anos )	0%*	0%*
Profissionais de sexo	4,2%*	0%*
Homens 15-49 anos	1,7%**	ND**
Mulheres 15-49 anos	1,3%**	ND**
Doadores de sangue	2,1%	0%
Mulheres grávidas (CPN durante o ano)	0,8%	0,5%

*Fonte: \*SS, \*\*IDS e PNLIS*

### 2.4 Notificação da Morbilidade e Mortalidade atribuídas ao VIH e ao SIDA

Em 2012, foram notificados 55 novos casos de SIDA perfazendo um acumulado de 327 casos, de 2005 até Dezembro de 2012 (Tabela 7). A distribuição do número absoluto de casos notificados por ano mostra uma tendência para crescimento. Esse aumento deve-se à melhorias registadas nos serviços de aconselhamento e testagem voluntária, no sistema de notificação dos casos e na expansão do tratamento a todos os distritos.

Tabela 7 - Número de casos de SIDA segundo o sexo, 2005-2012

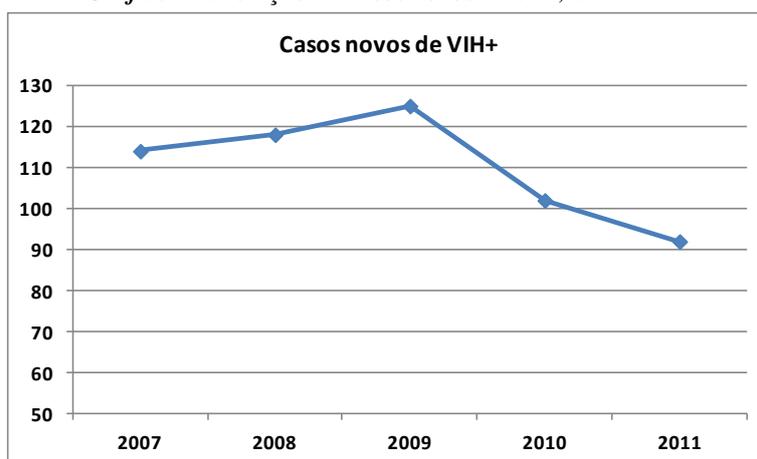
Ano	Masculino	Feminino	Total
2005	10	20	30
2006	8	18	26
2007	16	18	34
2008	7	23	30
2009	24	30	54
2010	15	27	42
2011	24	32	56
2012	22	33	55

Fonte: PNLIS 2012

Quanto ao VIH, de modo geral regista-se uma tendência para a diminuição.

Entre 2007 e 2009 verificou-se um aumento dos casos novos de VIH, tendo-se registado uma tendência desce a partir desta data até 2011. Esta tendência corrobora os resultados dos estudos realizados em 2005 e 2009 que apontam para uma estabilização da epidemia no país.

Grafico 3: Evolução de casos novos de VIH, 2007-2011



Em Dezembro de 2012, foram notificados um total cumulativo de 133 óbitos devido ao VIH e SIDA. Esta mortalidade atinge tanto os homens como as mulheres com idade entre os 25 e os 49 anos.

Dos 56 pacientes que têm pelo menos 12 meses de tratamento com ARV, 43 (ou seja 76,7%) estavam ainda com vida em finais de Dezembro de 2012. Verifica-se uma redução deste indicador, relativamente aos anos anteriores devido ao corte da cesta básica aos doentes sob TARV e ao atraso no desbloqueamento de fundos.

*Tabela 8 : Evolução da mortalidade ligado ao SIDA depois da introdução dos ARVs, 2005-2012*

Ano	%
2005	16,4%
2006	10,5%
2007	8,6%
2008	5,2%
2009	3,4%
2010	2,4%
2011	1,4%
2012	2,6%

*Fonte: Spetrum 2013*

No entanto como se pode observar na tabela acima, a mortalidade ligada ao VIH e SIDA tende a diminuir, apesar de em 2012 ter-se registado um aumento do número de óbitos (EPP 2013, PNLS). Esta tendência de redução prende-se, entre outros, com a melhoria do manejo de casos, as campanhas de CMC e de ATV nas comunidades e uma certa diminuição da discriminação e da estigmatização. Os dados da tabela em Anexo 1 retratam a projecção do VIH e do SIDA em São Tomé e Príncipe de 2012 à 2020.

## 2.5 Dados de vigilância das IST

Em 2012, foram notificados e manejados 2046 casos de IST. Os dados registados sugerem que as mulheres seriam de longe as mais infectadas (97,8%); mas na realidade trata-se de um efeito relativo a questão de frequência as estruturas de cuidados, uma prática muito mais recorrente nas mulheres do que nos seus parceiros.

A tabela abaixo mostra o número de casos de IST notificados segundo a abordagem sindrómica, e tratados no período de 2007 e 2012 nas unidades sanitárias. Verifica-se uma acentuada diminuição de casos a partir de 2008, devido à melhoria registada no sistema de notificação dos casos (redução da dupla notificação).

*Tabela 9: Evolução do número de casos de IST, 2007-2012*

Ano	Mulheres	Homens	TOTAL
2007	6496	101	6597
2008	8062	133	8195
2009	5006	68	5075
2010	3278	104	3280
2011	2038	110	2148
2012	2001	45	2046

*Fonte: PNLS*

Comparando os dados dos anos 2008 e 2012 verifica-se, de modo geral, uma tendência para o aumento da seroprevalência da sífilis nos grupos-alvo, como se observa na tabela abaixo.

*Tabela 10: Seroprevalência da sífilis nos grupos alvos, 2008 e 2012*

Grupo	Seroprevalência da sífilis	
	2008	2012
Militares (15-24 anos )	0%	19,1%
Mulheres grávidas	1,2%	1,7%
Trabalhadoras de sexo	5,6%	4,4%

**Fonte: SS**

Nos doadores de sangue, registou-se uma diminuição da seroprevalência desta IST entre 2009 (0,2%) e 2012 (0,5), PNLs.

Relativamente às outras IST's nos doadores de sangue em 2009 nomeadamente VIH, HBS e HCV a taxa de prevalência foi de 0,8%, 16,7% e 2% respectivamente, sendo em 2012 0%, 8,1% e 1% (PNLS).

## 2.6 Dados sócio – comportamentais sobre o VIH e SIDA

Estudos comportamentais de 2008/2009 realizados pelo INE, revelaram que quase todas as pessoas inquiridas já tinham ouvido falar do VIH (Tabela 11).

Dentre estas pessoas, no que toca aos conhecimento sobre a utilização do preservativo, 76,8% das mulheres e 81,7% dos homens dos 15 aos 49 anos declararam que é possível limitar os riscos de contrair o VIH com a utilização do preservativo. Além disso, 81% das mulheres e 80% dos homens responderam de forma afirmativa que a restrição das relações sexuais a um único parceiro fiel e não infectado, permite evitar a contracção do VIH.

Isto revela que entre a população dos 15 aos 49 anos a maioria sabe como proteger-se, pois identifica correctamente as formas da prevenção da transmissão sexual do VIH e rejeitam as principais concepções erradas.

*Tabela 11: Conhecimento sobre o VIH e o SIDA e os meios de prevenção da transmissão sexual*

Conhecimento do VIH e SIDA e dos meios de prevenção	Masculino	Feminino
<b>Conhecimento do VIH e SIDA:</b>		
- Já ouviram falar de VIH e do SIDA	99,8%	99,4%
<b>Conhecimento dos meios de prevenção do VIH e SIDA:</b>		
- Utilização de preservativos para reduzir os riscos de contrair o VIH e SIDA	81,7%	76,8%
- Limitação das relações sexuais a um só parceiro sexual fiel e não infectado	80,3%	81%

*Fonte – IDS – 2008-2009*

Os resultados deste inquérito, revelam ainda que, mais de um homem sobre cinco (21,7%) assinalaram ter tido relações sexuais com pelo menos 2 parceiros e 44% tiveram relações sexuais com um parceiro extra-conjugal e não coabitante.

Uma parte importante das pessoas que tiveram relações sexuais de risco não se protegeu nas suas últimas relações sexuais de alto risco.

*Tabela 12: - Comportamentos sexuais associados à infecção pelo VIH*

<b>Comportamentos sexuais associados à infecção pelo VIH</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
% das pessoas que tiveram pelo menos 2 parceiros no decorrer dos 12 últimos meses	21,7%	1,3%
% das pessoas que tiveram relações sexuais de alto risco no decorrer dos 12 últimos meses	44%	14%
% das pessoas que utilizaram preservativo no decorrer da última relação sexual de alto risco	59,10%	48,10%

*Fonte – IDS – 2008-2009*

### 2.6.1 Factores de propagação

Muitos factores favorecem a transmissão do VIH cuja importância varia de um subgrupo da população para o outro. O nível de conhecimento sobre os meios de prevenção do VIH (60% das pessoas de 15-49 anos com conhecimento sobre o VIH, IDS 2008-2009), as condições de vida difíceis, a promiscuidade, a precocidade das relações sexuais, a multiplicidade de parceiros sexuais e o estigma, parecem ser os mais importantes. A estes se associam a pobreza e as barreiras socio – culturais..

### 2.6.2 Modos de transmissão

**Transmissão sexual:** ela constitui a principal via (92%) pela qual as pessoas contraem o VIH, segundo as estatísticas do PNLS;

**Transmissão de mãe para o filho:** estimada em 5 % dos casos;

**Transmissão por via sanguínea:** em 2% segundo os dados do PNLS;(2008)

**Transmissão desconhecida:** estimada em 4,3% segundo os dados do PNLS;

### 2.6.3 Principais grupos mais expostos ao risco da infecção ao VIH

Trabalhadores do Sexo e seus clientes;

População móvel;

Embora a toxicomania seja um problema emergente, a utilização de drogas não está documentada ao nível nacional. O mesmo acontece com a transmissão por via homossexual (HSH e MSM).

Os adolescentes e os jovens, os habitantes do mundo rural e as pessoas não instruídas são populações mais exposta ao risco da infecção do VIH.

### III. ANÁLISE DA RESPOSTA

#### 3.1 Resumo do historial da resposta nacional ao VIH e SIDA

Em 1987, desde que foi dectetado o primeiro caso de VIH em S.Tomé Príncipe, criou-se o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA, sob a coordenação do Centro Nacional de Endemias que tem também sob a sua tutela os Programas de Luta contra as outras grandes endemias, nomeadamente o Paludismo, a Tuberculose e as Doenças Não Transmissíveis. Este Centro é directamente tutelado pelo Ministro da Saúde e dos Assuntos Sociais. A partir de então, o Programa de Luta Contra o SIDA foi trabalhando com microplanos anuais ou bienais, até o ano 2004, altura em que foi elaborado o primeiro Plano Estratégico Nacional 2004 – 2008.

Em 2005 foi criada a Comissão Nacional de Luta Contra o SIDA, chefiada ao mais alto nível (Presidente da República), no entanto o secretariado executivo nunca chegou a funcionar. Por conseguinte, o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS) passou a encarregar-se da coordenação das actividades de luta contra o VIH, embora este seja uma estrutura essencialmente de execução. Uma Comissão de Coordenação Multisectorial criada em 2004 (CCM) para o Paludismo, VIH e SIDA e Tuberculose, presidida pelo Ministro da Saúde vêm fazendo alguma coordenação das actividades, embora muito direccionada para as acções com patrocínio do Fundo Global.

As acções de luta contra o VIH e SIDA estão descentralizadas pelos seis distritos sanitários e a Região autónoma do Príncipe que são, por excelência, o pilar de execução das actividades. Na luta contra o VIH e SIDA estão envolvidos algumas ONGs e sectores extra saúde, alguns dos quais já elaboraram os seus planos sectoriais. O Seguimento e Avaliação das acções de Luta contra o SIDA, ao nível nacional, é realizado pelo PNLS. Existe uma estreita colaboração entre o PNLS e os Programas de TB e de Saúde Reprodutiva

#### 3.2 Análise dos resultados obtidos por domínio programático

##### 3.2.1 Resultados no domínio da prevenção

###### 3.2.1.1 CMC na população em geral

No âmbito da Comunicação para Mudança de Comportamento que se tem vindo a realizar são as campanhas de informação e sensibilização feitas pelo PNLS, Programa de Saúde Reprodutiva, Associação de PVVIH, ONGs (Alisei, ASPF, Cruz vermelha Médicos do Mundo ...), algumas confições religiosas tais como: Igreja Adventista de setimo dia, Rede cristã para luta contra o SIDA entre outras. As actividades são realizadas durante todo o ano, dirigidas às populações em geral, e para alguns grupos-alvo como por exemplo jovens dentro e fora da escola. A Comunicação para a Mudança de Comportamento também é feita pelos técnicos de saúde nos seus respectivos Centros ou Postos de saúde.

O pouco recurso financeiro mobilizado pelo programa junto ao OGE e parceiros constitui uma das fraquezas do programa, proporcionando assim uma insuficiente implementação das campanhas de sensibilização.

### 3.2.1.2 b.Preservativo

Existe uma política de distribuição gratuita dos preservativos masculino e feminino em todo o país. No Sector da Saúde, esta distribuição é efetuada em todas as Unidades Sanitárias.

No Sector extra saúde, a distribuição durante algum tempo foi feita pela ONG (ALISEI) em mais de 400 pontos de distribuição existentes à nível nacional (quiosques, bares, discotecas, hotéis, etc, tarefa essa que actualmente está a cargo dos Distritos Sanitários e RAP. Várias campanhas de CMC foram realizadas para uso correcto do preservativo. Outras ONGs também contribuem na distribuição dos preservativos sobretudo nas suas cedes e em algumas campanhas.

Constituem pontos fracos neste domínio os seguintes aspectos: a fraca aceitação do uso do preservativo feminino, devido alguns tabus ainda existentes no seio da população; ruptura frequente do stocks de preservativos nos pontos de distribuição devido à falta de meios para o aprovisionamento; fraco poder de negociação do sexos e a utilização do preservativo, por parte das mulheres.

O número de acções de sensibilização para a promoção do uso do preservativo feminino é ainda insuficiente. Verifica-se a ausência de estudos e de seguimento do uso do preservativo.

Face aos pontos fracos assinalados, o programa pretende aumentar e ou regularizar o abastecimento dos pontos de distribuição e aumentar as acções de informação e sensibilização visando aumentar o uso dos preservativos.

Tabala 13: Número de preservativos distribuídos por ano

Tipo de preservativos	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Preservativos Masculinos	709.106	1.283.377	2.376.402	1.234.881	615.021	230.735
Preservativos Femininos	2.094	180	670	652	943	2.010

Fonte : Relatório PNLIS - 2012

O número de preservativos distribuídos aumentou progressivamente de 2007 a 2009 (triplicou) no entanto registou-se uma queda entre 2010 - 2011, devido a transição da actividade de distribuição/abastecimento dos preservativos da ONG ALISEI para os Distritos Sanitários. O rácio de preservativos por adulto (15 à 49 anos) por ano, passou assim de 27 em 2009 para cerca de 16 em 2011.

### **3.2.1.3 c. Manejo de caso das IST**

No que toca às ISTs, o País dispõe de um algoritmo sobre a abordagem sindrómica das ISTs, revisto em 2003 e implementado ao nível nacional com excepção do Hospital Dr Ayres de Menezes onde está instalado o laboratório de referencia. Foram formados mais de 100 Técnicos de saúde nesta abordagem.

Os medicamentos para o tratamento das IST estão disponíveis em todas as farmácias das unidades sanitárias e são realizadas campanhas de CMC para a prevenção das IST tanto nas comunidades como através da mass média.

Não obstante, alguns pontos fortes, ainda existem algumas fraquezas tais como: fraca procura dos serviços por parte dos homens; inexistência de um serviço específico para atendimento dos homens; apenas o Hospital Central dispõe de meios/técnicas laboratoriais para o diagnóstico de algumas IST; falta de uma política do Estado sobre o controlo de venda dos medicamentos, para impedir o fenómeno de auto medicação; falta de rigor no cumprimento do protocolo terapêutico; falta de uma coordenação conjunta entre o Ministério da Saúde/ PNLs, e os praticantes da Medicina Tradicional.

Para fazer face a estes pontos fracos há toda a necessidade de se proceder à revisão do algoritmo, criar um serviço específico para atendimento dos homens, melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial no Hospital Ayres de Menezes (laboratório de referencia) e descentralizar o diagnóstico em todos os centros de saúde.

### **3.2.1.4 d. Circuncisão**

A circuncisão não faz parte da cultura santomense, porém, algumas circuncisões são efectuadas no Hospital Central, no entanto estes dados não estão disponíveis. Dada a importância deste método de prevenção, seria de todo necessário realizar-se um estudo de aceitabilidade para uma posterior introdução ou não desta actividade.

### **3.2.1.5 Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV)**

Os serviços de aconselhamento e testagem voluntária neste momento é realizada em todo o território nacional. Como pontos fortes nesta área temos: existem de serviços gratuitos de Aconselhamento e Testagem Voluntária em todas as unidades sanitárias, (tendo testado 11.918 pessoas em 2012); realização periódica de equipas móveis por PNLs em conjunto com as ONGs (ASPF e Médico do Mundo e Associação Apoio à VIHDA), de campanhas de testagem voluntárias nas comunidades. Alguns pontos fracos ainda persiste tais como: não implementação de aconselhamento e testagem voluntária por iniciativa dos prestadores; campanhas de CMC e testagem voluntária insuficiente; algumas rupturas de stock dos testes

As actividades de aconselhamento e despistagem do VIH realizados em 2011 e 2012, são descritas na tabela abaixo, e demonstra-nos que casos positivos vem aumentando

consideravelmente no grupo de pessoas com Tuberculose e reduziu a zero nos doadores de sangue

*Tabela 14: Número de pessoas testadas e casos positivos durante o ano 2011 e 2012*

Grupos alvo	2011			2012		
	Número	VIH+	%	Número	VIH+	%
Homens	3802	24	1,3%	2063	27	1,3%
Mulheres nao grávidas	3113	27	1,6%	3626	36	1%
Mulheres grávidas	6213	24	0,4%	6229	31	0,5%
Pacientes de Tuberculose	146	13	8,9%	126	17	13%
Doadores de sangue	1008	4	0,4%	960	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>14282</b>	<b>92</b>	<b>1%</b>	<b>13004</b>	<b>111</b>	<b>1%</b>

*Fonte: PNLS*

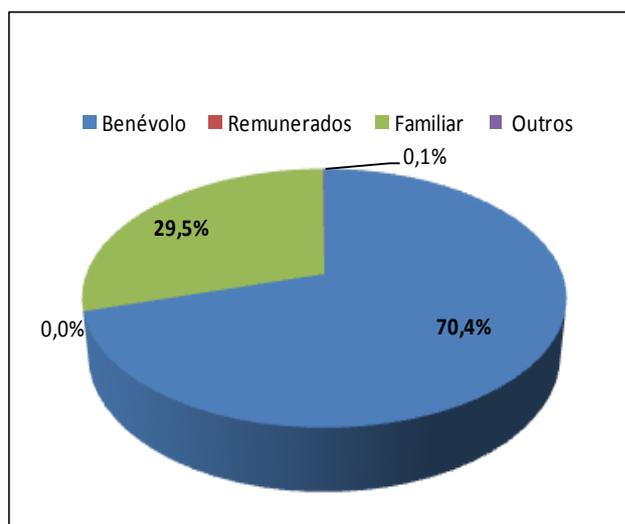
### **3.2.1.6 Segurança transfusional**

Com vista à garantir a segurança transfusional, o Governo adoptou a Política Nacional de Tansfusão Sanguínea, a sua estratégia e regulamentos, em 2006, baseado nos princípios de testagem de todos os dados para os quatros antigénios. Por outro lado foram adaptadas as directrizes clínicas sobre o uso clínico de sangue e seus derivados.

Assiste – se uma clara melhoria da segurança transfusional desde 2007, momento em que a política começou a ser implementada com a análise de todas as bolsas de sangue transfundidos em relação ao VIH, hépatite B, hepatite C e sífilis. Desde 2007, 100% das bolsas de sangue são testados para o VIH, mas para o conjunto dos quatro antígenos (VIH, HBS, HBC e sífilis) as taxas foram respectivamente de: 22.8 % em 2007; 52,1 % em 2008 e de 100% de 2009 a 2012

No entanto, persistem ainda algumas fraquezas, a saber : uma certa percentagem de doadores familiares (29,5%) em 2012, se bem que se tenha reduzido significativamente a doação por este grupo que era de 50% em 2009; fraca participação das mulheres; repartição de sacos de sangue de 500 ml para muitos receptores pediátricos; ruptura de stock dos reagentes e consumíveis do laboratório; e a caducidade dos equipamentos, alguns deles há já vários meses avariados e fora de funcionamento.

Gráfico 4: Proporção do tipo de doadores de sangue, 2012



Fonte: PNLS 2012

Os principais desafios para os próximos anos são:

Avaliação a meio percurso da implementação da estratégia e consequentemente a revisão da mesma; a mobilização de recursos para a sua implementação; actualização do quadro técnico do serviço de banco de sangue; apetrechamento do banco de sangue; melhoria do sistema de abastecimento dos consumíveis e a instalação do sistema de controlo de qualidade interna e externa.

### 3.2.1.7 Profilaxia pós-exposição

A profilaxia pós-exposição está incluído no protocolo de cuidado e tratamento. Os medicamentos estão disponíveis, gratuitamente em todos os centros de saúde, que asseguram o tratamento e os cuidados das pessoas infectadas com VIH e os doentes de SIDA. Os resultados alcançados nesta área foram: formação de 87 enfermeiros, 63 parteiras e 45 auxiliares de acção médica (AM). Já foram atendidos e tratados segundo o protocolo alguns técnicos de saúde que estiveram expostos ao líquido biológico dos doentes de SIDA.

Não obstante alguns ganhos, ainda é necessário formar mais técnicos de saúde, e reforçar a informação de massa (CMC), para aumentar a cobertura tanto para os profissionais de saúde, como para as pessoas que estiveram expostos por agressão sexual.

### 3.2.1.8 Biossegurança

A disponibilidade de meios de protecção ao nível dos serviços de saúde ainda é insuficiente. Temos a realçar alguns pontos fracos como : ausência de normas/padrão de bio-segurança por diferentes sectores de acordo às suas especificidades; insuficiente formação dos técnicos em relação a esta matéria; necessidade de meios financeiros para disponibilização suficiente de

todos os materiais que fazem parte do pacote de bio-segurança; implementação de normas/padrão de bio-segurança em diferentes sectores de saúde.

### **3.2.1.9 Prevenção da transmissão vertical (PTMF)**

A prevenção da transmissão do vírus do VIH de mãe para o filho (PTMF) é feita segundo um protocolo de prevenção da transmissão de mãe para filho elaborado em 2007. As actividades de prevenção vertical (PTMF) são feitas em todos os centros de tratamento com ARV, aconselhamento e testagem voluntária, são realizados em quase todos os serviços de saúde onde são prestados os serviços pré-natais. O protocolo é baseado no esquema de triterapia, iniciado desde a 14<sup>a</sup> semana da gravidez. Aos bebés de mães seropositivas, AZT logo após o nascimento (6 primeiras horas) e o cotrimoxazol depois dos 45 dias até 12 meses de idade.

No entanto ainda existe algumas fraquezas como por exemplo: fraca captação das gestantes; fraca adesão das gestantes captadas por ainda existir uma grande discriminação e estigmatização quanto a esta doença;

## **3.2.2 Resultados no domínio dos cuidados e de tratamento**

### **3.2.2.1 Infecções oportunistas (IO)**

No que toca a área de cuidados e tratamento, foi introduzido em S. Tomé e Príncipe o tratamento das PVVIH com os ARVs desde 2005. Com a introdução dos ARVs, o programa começou a captar mais doentes e a mortalidade por VIH baixou consideravelmente.

Quanto ao manejo das infecções oportunistas (IO) também melhorou consideravelmente. As IO mais comuns diagnosticadas em S Tomé e Príncipe são: Tuberculose Pulmonar, síndrome de emaciação (as Diarreias, Candidíase oral e perda de peso), Herpes Zoster, Toxoplasmose e Sarcoma de Kaposi.

As forças a ressaltar são: tratamento para as IO mais comuns disponíveis e gratuitas, assim como o tratamento profilático com cotrimoxazol. Este último é feito a todos os doentes com critérios imunológicos; formação de 36 médicos em manejos das IO, sendo alguns no Brasil, no âmbito do protocolo de Cooperação entre os dois Países; formação de outros técnicos (Enfermeiros e técnicos de laboratório) no domínio de diagnóstico e manejo de casos.

Dentre as fraquezas no manejo das IO assinalamos: inexistência de meios de diagnóstico para a maioria das infecções oportunistas; inexistência de medicamentos para o tratamento de Sarcoma de Kaposi, Toxoplasmose cerebral e Meningite criptocócica.

Em termos de necessidade temos a salientar: equipar os laboratórios com meios para o diagnóstico das IO; formar os técnicos para o tratamento da Sarcoma de Kaposi; adquirir medicamentos para tratamento do sarcoma de Kaposi e proceder à quimio-profilaxia da Tuberculose Pulmonar

### **3.2.2.2 VIH/TB**

Neste momento, o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais, através do Programa Nacional de Luta contra o SIDA implementou serviços de aconselhamento e testagem voluntária para todos os doentes de tuberculose internados no serviço de Tisiologia do Hospital Central Ayres de Menezes. O tratamento para ambas as infecções é gratuito, assim como o Cotrimoxozole para a profilaxia das outras infecções.

Em 2009 foram testados 78 pacientes com TB, dos quais 6 eram positivos para o VIH, e em 2012 foram testados 126 dos quais 17 foram positivos.

Todos os co-infectados recebem um suporte nutricional e têm consultas de acompanhamento gratuito.

O programa ainda depara com algumas fraquezas nesta área sendo: não introdução da estratégia dos 3 Is a saber : tratamento preventivo pela Isoniazida (IPT); : despistagem e tratamento da TB nas PVVIH (ICT); controlo da Infecção (IC). Torna-se necessário a realização de uma intensa advocacia junto às autoridades nacionais, com vista à adopção da política, das directrizes operacionais e da mobilização de recursos para a sua implementação; a falta de meios de diagnóstico precisos, assim como a cultura e o teste de sensibilidade aos fármacos. Face a essa situação, é necessário adquirir meios para realização de culturas e teste de sensibilização, reforçar o sistema DOTS e o tratamento descentralizados e seguimento dos doentes de TB para todos os níveis da rede sanitária.

### **3.2.2.3 ARV adultos e pediátrico**

O tratamento com os Antiretrovirais (TARV) foi iniciado em 2005 tanto para adultos como para crianças, e baseia-se num protocolo inicial elaborado graças à cooperação técnica bilateral com o Brasil, no domínio da saúde, e revisto em 2007 com o apoio da OMS. A política é tratar todos os PVVIH com critérios de elegibilidade para TARV, assim como o tratamento profiláctico das gestantes seropositivas e os seus bebés (PTMF). A PTMF que inicialmente era efectuada somente na maternidade central, foi expandido para 6 dos 7 distritos sanitários existentes.

Foi instalado um aparelho de CD4 no laboratório de referência, onde são realizadas todas as análises de CD4 e também as confirmações dos testes positivos.

O aprovisionamento dos medicamentos, reagentes e consumíveis são feitos com a colaboração dos parceiros bilaterais e multilaterais e coordenado pela equipa nacional. Estes medicamentos são armazenados no Fundo Nacional de Medicamentos (FNM).

Até ao momento, a cobertura em TARV é de 100% dos pacientes que apresentam numa unidade sanitária, e possuem critérios para serem submetidos ao tratamento. Até 2012 registou-se 296 doentes de SIDA sob tratamento com ARV. Outro avanço a destacar é a descentralização do tratamento dos doentes de SIDA para os 7 distritos sanitários existentes.

Outro importante resultado da resposta à epidemia de SIDA refere-se ao Programa de Prevenção da Transmissão do VIH da mãe para o filho (PTMF). Até 2013 já existe 10 pontos de tratamento profiláctico para as mulheres grávidas seropositivas contrariamente aos 3 postos

existentes em 2007. É incontestável, os enorme resultados alcançado com a introdução do tratamento e a profilaxia com os ARV desde 2005.

Apesar destes bons resultados alcançados ainda continuamos com algumas fraquezas no domínio do TARV sendo: algumas rupturas de stock de medicamentos (ARVs), procura tardia dos serviços de saúde pelos doentes; pagamento de análises de bioquímica pelos pacientes; dificuldade de diagnosticar precoce das crianças de mães seropositivas, por falta de equipamento laboratorial; existência de um so aparelho de CD4 instalado no laboratório de referencie em S. Tomé.

#### 3.2.2.4 TARV de Segunda Intenção

O tratamento com os ARV de segunda intenção iniciou em 2008, altura em que o programa começou a adquirir estes medicamentos.

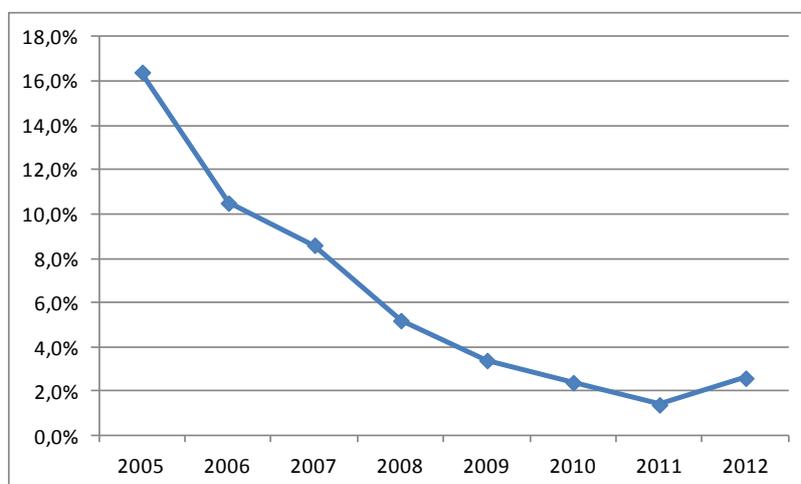
Alguns avanços foram alcançados com a introdução destes medicamentos, nomeadamente a redução da mortalidade. Até dezembro de 2012 o sistema de saúde tem 27 doentes sob TARV de segunda intenção.

Existem algumas fraquezas que ainda continuam a impedir o início do tratamento dos doentes com estes medicamentos, nomeadamente : falta de um aparelho para contagem da carga viral ou acordos para envio de amostras para realização deste tipo de análise ; rupturas de stock de alguns ARVs, o que têm levado a algumas resistências aos medicamentos de primeira linha.

#### 3.2.2.5 Mortalidade dos doentes sob TARV

A mortalidade por SIDA após o início de TARV diminuiu significativamente, passando de 16,4% em 2005 para 2,6% em 2012 (EPP 2013). Esta tendência de redução prende-se com a melhoria do manejo de casos, as campanhas de CMC e de ATV nas comunidades e uma certa diminuição da discriminação e da estigmatização.

Gráfico 5- Evolução da taxa de mortalidade nos doentes de SIDA 2005-2012



Fonte : PNLS- 2013

### **3.2.2.6 *Seguimento biológico/Lab.TARV/ e Resistência.***

Em 2005 com o início de manejo dos casos de SIDA, utilizando os ARVs os seguimentos biológicos eram feitos na base de hemograma. A partir de 2007 foi instalado no laboratório de referência um aparelho paara a determinação de CD4 o que veio melhorar significativamente o manejo dos doentes de SIDA.

Quanto às forças, podemos destacar: possibilidade de realizar teste rápido em todos os distritos sanitários, realização de testes imunológicos como o CD4, CD8 no laboratório central, gratuitamente. As análises de bioquímicas para o seguimento dos doentes, são realizados em cerca de 90% dos cassos.

No entanto, deparamos com algumas fraquezas que por vezes têm influência no tratamento dos doentes de SIDA tais como: pagamento das análises; ausência de carga viral, PCR, Western blot, genotipagem e fenotipagem; não realização do PCR para o seguimento das crianças nascidas de mães seropositivas; inexistência de directrizes para alerta precoce e o seguimento da resistência aos ARV

### **3.2.2.7 *Tratamento, Cuidados e Medicina Tradicional***

Existe uma associação dos praticantes da medicina tradicional que actuam também na área de tratamento do SIDA. O tratamento é feito numa forma empírica, à margem de critérios técnicos e científicos.

A não colaboração dos mesmos com técnicos do Ministério de Saúde, apesar de várias tentativas, tem – se traduzido em impactos negativos por parte daqueles que acreditam na cura da doença com medicamentos tradicionais. É necessário, que se crie um mecanismo de aproximação entre estas duas áreas para informação, formação, troca de experiência com base em estudo de caso.

Até ao momento, não temos quaisquer forças nesta área e reconhecemos que é uma fraqueza, e sublinhamos que este facto tem contribuído para que alguns pacientes cheguem tardiamente aos serviços de saúde.

## **3.2.3 Resultados no domínio dos cuidados psicológicos e sócio-económicos**

### **3.2.3.1 *Apoio Psico-social, Nutricional e Actividades Geradoras de rendimento (AGR)***

Para o apoio psico-social, foi criada uma equipa de clínicos, psicólogas e enfermeiras que vêm prestando este serviço. Os principais resultados obtidos nesta área são: todos os pacientes de SIDA dispõem de apoio Psico – social gratuitamente; cerca de 48 doentes de SIDA já foram beneficiados de actividades geradoras de rendimento, nomeadamente nas actividades de salga de peixe, horticultura e criação de gado.

No entanto, ainda deparamos com algumas fraquezas tais como: falta de técnicos de assistência social como parte importante para a equipa de manejo de casos; suspensão do apoio nutricional que anteriormente era dado pelo PAM.

### **3.2.3.2 Cuidados Domiciliares e Paliativos**

Existe uma equipa que oferece serviço para cuidados domiciliares que esta localizada no distrito de água grande e que presta este serviço em 3 distritos sanitários nomeadamente distrito de Água Grande, Mé-Zóchi e Lobata. São realizadas visitas periódicas (3 vezes por semana) durante a qual são prestados todos os cuidados paliativos aos doentes de SIDA.

Pontos fortes: existência de uma equipa multidisciplinar funcional; disponibilidade de medicamentos básicos; aumento da adesão ao tratamento e redução do abandono ao tratamento.

No entanto existem alguns pontos fracos: existência de um alto nível de estigma e discriminação o que motiva a recusa dos doentes aos cuidados domiciliares; inexistência de alguns medicamentos específicos; inexistência de equipas distritais para realização das visitas domiciliares; insuficiente recursos (consumíveis, balanças, glucómetro, meios rolantes e combustível)

### **3.2.3.3 Órfãos e Crianças Vulneráveis (OCV)**

Segundo o estudo sobre OCV feito pelo UNICEF em 2005, existia em todo o País cerca de de 75 OCV de pai e/ou mãe seropositivo (a). Atualmente estão em seguimento 80 OCV, sendo 60 em S. Tomé e 20 na Região Autónoma do Príncipe.

Existem algumas forças alcançados nos trabalhos com os OCV, nomeadamente: o apoio em materiais escolares, vestuários e suporte nutricional.

As fraquezas existentes são: ausencia de uma política do Governo em relação a este grupo; desactualização dos dados sobre a verdadeira dimensão dos órfãos e situação dos mesmos, financiamento insuficiente para apoio à todos os OCV elegíveis

## **3.2.4 Resultados no domínio da vigilância e informações estratégicas**

### **3.2.4.1 Vigilância epidemiológica**

O País vem se esforçando para manter uma vigilância epidemiológica do VIH.

Até ao momento, poucos estudos foram realizados desde o início da epidemia, o que dificulta a projecção dos dados, assim como a definição da epidemia de uma maneira bem justificada.

Foram realizados os seguintes estudos:

- 2005: Estudo de seroprevalência nas grávidas ;

- 2008-2009: IDS - prevalência de VIH na população geral e alguns grupos específicos;
- 2008-2012: Sítio sentinela nas grávidas, PS e militares

Dados epidemiológicos de 2012 revelam uma prevalência de VIH na população geral de 1,5% (IDS-2009) e nos doentes de Tuberculose 13,5%.

Em 2008, foram instalados 10 Sítios sentinelas para recolha anual de dados de seroprevalência nos seguintes grupos: grávidas nas consultas pré-natais, militares e trabalhadoras de sexo. Preve-se o aumento de sítios sentinela para as grávidas em CPN e implementação de alguns para recolha de dados junto aos reclusos.

Algumas fraquezas nesta área ainda persiste sendo: insuficiência de dados epidemiológicos para projecções e estimações; ausência de um plano de pesquisa; insuficiência de dados sobre a vulnerabilidade dos grupos específicos ao VIH; ausência de informações sobre grupo considerados de alto risco, cujos fenómenos já começam a surgir em STP (HSH, MSM...); ausência de dados sobre a resistência do VIH aos ARV; ausência de dados de impacto das intervenções.

#### ***3.2.4.2 Vigilância comportamental***

A vigilância comportamental é pouco explorada no País. No entanto foram conduzidos alguns inquéritos comportamentais, assim como a introduzidos de algumas questões de âmbito comportamental no IDS 2008-2009

Apesar disto, estes poucos dados possibilitaram o programa: conhecer o comportamento da população perante a questão do VIH e SIDA; conhecer o nível do uso dos preservativos como um dos meios de prevenção.

Fraquezas, os poucos inquéritos realizados ainda carecem de alguns acertos: muitas questões não são colocadas da maneira mais correcta; falta de muitas perguntas que são utilizadas internacionalmente para comparação de alguns dados.

#### ***3.2.4.3 Inquérito Demográfico Sanitário***

Um único Inquérito Demográfico Sanitário foi realizado no País em 2008 – 2009 e forneceu dados de prevalência e comportamentos relativos ao VIH na população em geral.

Forças: estes dados adicionados aos outros permitiram determinar o estado da epidemia em STP; confirmar a prevalência na população em geral.

Fraquezas: número limitado de perguntas relacionadas com o comportamento da população perante o VIH;

### 3.2.5 Análise dos resultados obtidos segundo as diferentes respostas sectoriais e perspectivas.

A multisectorialidade pressupõe que as diferentes intervenções devem ter em conta os mandatos dos diferentes sectores com vista a obter a eficácia requerida na resposta sectorial. É necessário a implementação em conjunto, das diferentes partes, para que haja um impacto sobre a redução das novas infecções do VIH, por exemplo a Educação, Forças Armadas, Empresas, Comunidades Religiosas, ONGs, OBC, serviços de saúde, médias etc.

As forças que podemos destacar nesta área são: envolvimento de algumas empresas privadas, tais como a Companhia Santomense das Telecomunicações, na instalação e manutenção de uma linha telefonica (linha verde) onde as pessoas podem tirar as suas dúvidas sobre o VIH e SIDA gratuitamente; apoio de alguns bancos, nomeadamente o banco internacional de STP nas comemorações de 1 de Dezembro; realização de algumas acções de CMC por parte de algumas instituições, tais como a Educação, Forças Armadas entre outros;

Para que a resposta Nacional a esta pandemia seja eficaz é necessário que cada um dos sectores afins disponha de um plano e mobilize fundos para a sua implementação.

#### 3.2.5.1 *Comunitário*

A participação comunitaria é fundamental para uma resposta adequada e frutuosa ao VIH e SIDA. Não existe uma estratégia que oriente as acções neste domínio, nem Organizações de Base Comunitárias.

As acções de Comunicação para Mudança de Comportamento (CMC) bem como a de Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV) nas comunidades, são realizadas por ONGs que se deslocam do centro para a periferia, visto que as poucas ONGs existentes no País estão todas concentradas na capital do País. O envolvimento da comunidade e das PVVIH no apoio e seguimento local dos doentes de SIDA é cada vez mais notável. Deve ser elaborado um plano orientador para as acções de base comunitária e melhorar os mecanismos para o envolvimento das comunidades nas suas respectivas localidades.

#### 3.2.5.2 *. Privado*

Tendo em conta o impacto sócio-económico do VIH e SIDA sobre todos os sectores, incluindo o sector privado, a implicação efectiva do sector privado na resposta epidemia é prioritária e incontornável.

Para uma resposta conjunta às empresas privadas devem:

- Criar células de luta contra o SIDA;

- Elaborar um plano de luta contra o SIDA no meio de trabalho;
- Realizar campanhas de prevenção no seio das empresas.

O PNLS deve advogar junto aos responsáveis das empresas para a integração do VIH nas suas actividades; de forma a contribuir na luta contra a discriminação no seio de trabalho bem como no âmbito de recrutamento e admissão do pessoal.

Existe pouca participação do sector privado na resposta ao VIH e SIDA quer do ponto de vista financeiro quer nas acções de promoção. Em certas empresas ainda continua a existir a discriminação e estigmatização contra as pessoas que vivem com VIH e SIDA. Há falta de pessoas formadas que possam realizar acções de informação e sensibilização dentro das empresas.

No entanto é de se assinalar que uma empresa privada assegura a existência de uma linha telefónica (linha verde), no PNLS, onde a população possa obter informações sobre as IST e o VIH e SIDA, gratuitamente. Esta mesma empresa apoiou o PNLS na criação de uma Web-site.

### **3.2.5.3 Público**

Para além do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, o envolvimento de outros sectores públicos na resposta ao VIH e SIDA é praticamente inexistente. Alguns sectores, nomeadamente a Justiça, Educação e Comunicação Social, dispõem de planos sectoriais, no entanto somente a Educação vem implementado algumas acções no âmbito do seu plano. Ainda não há a interiorização da importância da transversalidade da problemática do VIH e SIDA, o que torna necessário uma advocacia para a mobilização de fundos, por estes sectores. O sector da Saúde é visto como o único actor na resposta a esta pandemia!

Os resultados obtidos no sector publico são: existência de alguns planos sectoriais; envolvimento de alguns sectores no combate ao VIH e SIDA.

Para que a resposta Nacional a esta pandemia seja eficaz é necessário que cada um dos sectores afins disponha de um respectivo plano e mobilize fundos para a sua implementação.

Pontos fortes nesta área: implementação de algumas acções de CMC em algumas instituições, tais como na Educação, Forças Armadas entre outros; Contribuição destes sectores na informação do seu pessoal;

Pontos fracos: fraco envolvimento de outros sectores nas acções de combate ao VIH e SIDA.

### **3.2.5.4 Presidência da República**

Em 2004 foi criada a Comissão Nacional de luta contra o SIDA, presidida ao mais alto nível “Presidente da Republica”, tendo como o Vice Presidente o Ministro da Saúde e dos assuntos Sociais. No entanto esta comissão poucas são as acções por ela realizada não chegando nunca a exercer a sua principal função, que é a de coordenação das acções de luta contra o SIDA.

Dentre as fraquezas desde nível de coordenação se destacam: o não funcionamento do secretariado executivo.

### **3.2.5.5 Educação**

As questões de Infecções Sexualmente Transmissíveis, incluindo a infecção pelo VIH estão integradas nos currículas escolares, nos dois primeiros do ensino secundario ( 4<sup>a</sup>, 5<sup>a</sup>, 6<sup>a</sup> – básico e 7<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> do secundario). Para os outros escalões do ensino secundario e as pré uniniversitarias e universitárias, estas informações são passadas algumas em forma de palestras e em outras em sessões especiais.

O ensino destes conteúdos é ministrado nas diversas escolas públicas por docentes (nos ensinios básico e secundário) e por Técnicos do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais nomeadamente na Escola de Formação de Professores e Educadores (EFOPE).

Durante mais de dez anos a impressão de suportes pedagógicos tanto para professores, como para alunos era assegurado exclusivamente pelo UNFPA. Com a reforma escolar e curricular em curso, os conteúdos de SSR/IST/VIH e SIDA já estarão integrados nos manuais reformulados. Assim os constrangimentos vividos pelo Ministério da Educação e Cultura com relação aos suportes pedagógicos estarão superados.

A finalidade do Ministério da Educação e Cultura é educar a comunidade escolar e os gestores educativos em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva para prevenir e reduzir a incidência das gravidez na adolescencia e as IST/VIH e SIDA, com vista a minimizar os impactos socioeconomica da epidemia no Sistema Nacional de Educação.

### **3.2.5.6 Turismo**

O fluxo turístico variou de 43,7 % a 56,2% entre o ano 2002 e 2006, com um crescimento médio anual de 5,85% entre os anos 2002 e 2005, sendo que o ano de 2005 foi o ano que se registou uma maior entrada de turistas no País.

Apesar de se constatar melhoria no domínio de turismo, não existe um plano sectorial de luta contra o VIH e SIDA e nem sua articulação com o sector da Saúde. Relativamente à industria hoteleira, a única acção direccionada para a prevenção do VIH é a disponibilização gratuita de preservativos, pelo PNLS, através dos Distritos Sanitários , a todos os hotéis e residenciais do País

### **3.2.5.7 Acções sociais**

Até ao momento, não existe no País centros de apoio Social direccionados para os infectados e afectados do VIH e SIDA. O seguimento psicologico é assegurado pelo Ministerio da Saude e dos Assuntos Sociais e algumas ONGs.

As insuficiências a destacar neste sector são: a fraca colaboração entre os ministérios afins, nomeadamente em formação dos seus técnicos no apoio psicossocial junto as pessoas infectadas e afectadas com o VIH e SIDA para a sua melhor integração na sociedade.

Para além do seguimento clínico assegurado pelo Ministério da Saúde, é necessário melhorar o seguimento psico-social dos doentes e dos seus familiares através da segurança social. Por outro lado, este sector deverá estender as suas acções para outros grupos vulneráveis tais como as Trabalhadoras de sexo e as viúvas.

Torna-se também necessário reforçar a capacidade dos técnicos de acção social no domínio de VIH e SIDA; realizar a análise da situação dos Órfãos e viúvas; elaborar e implementar uma estratégia nacional de apoio sócio-económico a estes grupos, em parceria com outros sectores

### 3.2.5.8 *Mídias*

Os Média desempenham um papel importantíssimo na evolução da epidemia do VIH e SIDA. Atraves dos midias podemos para alem de outras mensagens fazer passar a voz e opiniões dos jovens, mulheres e as pessoas que vivem com VIH e SIDA de modo a contribuir para a mudança de comportamento no seio da população em geral e em grupos específicos em especial.

Em S.Tomé e Príncipe, não obstante o notável progresso que se assiste no, mormente com a proliferação de órgãos electrónicos e com o surgimento de serviços de radiodifusão comunitária, ainda existe limitações de várias ordem que condicionam em grande medida a cobertura que os média estatais e privados dão aos temas ligados ao VIH e SIDA. Há que sublinhar que as mensagens de índole de sensibilização devem ser passadas também em línguas locais.

A insuficiência dos meios técnicos e materiais constitui um dos grandes constrangimentos aliados à falta de quadros capacitados ou treinados, sobretudo especializados em material de VIH e SIDA.

Contudo, tem havido um esforço por parte de algumas ONGs, Associações ( ALISEI, Médicos do Mundo, ASPF , Instituto Valle Flor) e algumas agências das NU (UNFPA, UNICEF, OMS) em produzir conjuntamente com as estações de rádio e da televisão programas relacionados com o VIH e SIDA e outras doenças.

Na imprensa escrita, a cobertura é ainda muito mais reduzida, concentrando em artigos pontualmente publicados em alguns jornais ou por ocasião da celebração do Dia Mundial de Luta contra a SIDA.

A formação do pessoal da comunicação social sobre a matéria realizada em 2008 pela recém criada Rede de Jornalistas e Comunicadores com o patrocínio do UNFPA tem-se revelado insuficiente. É preciso que mais acções de formação sejam proporcionadas aos profissionais da imprensa.

O aumento da capacidade dos profissionais dos média e sobretudo a sua especialização em matéria do VIH e SIDA; a realização de inquéritos para se conhecer o impacto das intervenções já desenvolvidas no âmbito da comunicação, são eventualmente algumas acções que a curto e médio prazo deverão ser empreendidas.

### **3.2.5.9 Defesa**

Os militares constituem um grupo-chave, particularmente, vulnerável quanto às ISTs, VIH e SIDA. Eles podem constituir agentes propagadores da infecção e podem ser a população ponte para que as infecções passem para a população geral.

O efectivo de Militares e Paramilitares em S. Tomé e Príncipe é cerca de 1500 incluindo homens e mulheres.

No Exército, existem diferentes repartições, incluindo a de logística onde está inserido o Centro de Saúde Militar.

O País procede anualmente durante o ingresso dos novos militares, e após a fase de recrutamento dos mesmos a realização de estudo de seroprevalência de segunda geração (Sítios Sentinela). Por outro lado realiza-se campanhas de informação e sensibilização dos militares efectivos no que diz respeito a ISTs, VIH e SIDA, entre outras informações.

A seroprevalência do VIH e SIDA e da sífilis, no seio dos militares, em 2012, é de 0% e 19% respetivamente, segundo os resultados do estudo de Sítio Sentinela. Esta atividade é realizada em parceria com o departamento do Comando Militar para Africa da Defesa dos Estados Unidos da América.

No entanto, é necessário ressaltar que o resultado do estudo feito com as trabalhadoras de sexo (SS 2008), a seroprevalência foi de 4,2 em 2012%.

Verifica-se algumas actividades ligadas ao VIH e SIDA realizadas pelo Centro de Saúde Militar em parceria com o PNLIS, visando a redução da transmissão das infecções. Estas incluem: a distribuição de preservativos masculinos e femininos em todos os destacamentos, informação e sensibilização dos militares nos quartéis e destacamentos, introdução de matéria ligada ao VIH e SIDA nas aulas de preparação combativa e formação de elementos como educadores de pares.

Quanto às forças para – militares somente são disponibilizados preservativos masculinos nas unidades existentes em todos os distritos do País

### **3.2.5.10 Parlamento e Justiça**

Dentre as comissões especializadas do Parlamento de S. Tomé e Príncipe existe uma para a Área Social (a terceira comissão) e outra (a quinta comissão) ligada a direitos humanos, género e violência doméstica.

A implicação do parlamento no quadro de resposta nacional de luta contra VIH e SIDA deveria ser feita através das referidas comissões. No entanto, estas não realizam nenhuma acção nesta área o que constitui uma das maiores fraquezas do parlamento e a não implicação dos deputados na resposta ao VIH e SIDA.

Para que haja o envolvimento do Parlamento deve-se reforçar as acções de advocacia para engajamento ao mais alto nível da Assembleia, no quadro da resposta nacional ao VIH e SIDA; promover acções de sensibilização e formação junto aos deputados.

O país dispõe de uma Proposta de Lei de protecção dos PVVIH, elaborada em 2007, que ainda não foi aprovada.

O Ministério da Justiça possui um plano sectorial para a luta contra o VIH e SIDA. Contudo, este plano nunca foi implementado, e nem sequer foram mobilizados recursos para o efeito. Existe neste Ministério um ponto focal para a resposta a esta epidemia e servir de elo de ligação com o PNLS. As insuficiências destas Instituições devem-se à fraca assunção da problemática do VIH e SIDA como uma questão transversal.

Contudo, considerando as insuficiências legislativas relativamente as minorias incluindo pessoas vivendo com VIH e SIDA, prevê-se o desenvolvimento de um diálogo nacional abrangente na perspectiva de adopção de um pacote legislativo para a protecção dos direitos humanos desses grupos

#### *3.2.5.11 Juventude, desporto e lazer*

Em S.Tomé e Príncipe, a Juventude constitui mais de 60% da população activa. Esta franja da população cheia de singularidade e especificidade enfrenta graves e difíceis problemas que o País atravessa. Do ponto de vista demográfico a juventude abarca a faixa etária dos 15 aos 35 anos de idade. Em termos do analfabetismo a população compreendida na referida faixa etária regista cerca de 11% do total de indivíduos do país que não sabem ler nem escrever e 19% dos maiores de 15 anos iletrados.

Os governos têm inscrito nos seus programas, acções que visam criar oportunidades e minimizar algumas dificuldades que enfrentam a camada juvenil. Não obstante algumas actividades estarem em curso, em prol da juventude, reconhece-se que esta faixa da população enfrenta sérios problemas de desemprego o que conseqüentemente tem criado problemas sociais como o consumo de droga, bebidas alcoólicas, delinquência, prostituição, pobreza e exclusão social, que tem aumentado significativamente. Actualmente, a grande maioria dos jovens tem optado por desenvolver actividades comerciais informais porque não têm qualificações e aptidões que lhes permitam concorrer no precário mercado de emprego.

Em 2003 foi criado o Instituto da Juventude através do decreto-lei Nº 7/2003, cujo um dos objectivos é o de trabalhar com todas as ONGs juvenis do País. Com o apoio de UNFPA em parceria com o Instituto da Juventude, foi criada a Rede das Associações Juvenis de S. Tomé e Príncipe (RAJSTP/SPD) com o objectivo de congregar todas as associações Juvenis que vêm trabalhando em matéria de Informação, Educação, Comunicação, especificamente no âmbito de SSR, ISTs, VIH e SIDA nas comunidades.

No plano de acção do Instituto da Juventude, a problemática do VIH e SIDA é prioritário. Algumas acções, no âmbito desta doença, são programadas e realizadas através de pequenas ONGs, sem que haja alguma coordenação entre elas. De igual modo, a mobilização de fundos para a execução dessas acções é feita isoladamente junto aos diversos parceiros.

Quanto ao laser existem várias actividades que são realizadas nos gabinetes de escuta, instalados na maioria das escolas secundárias (que integra jovens a partir dos 13 anos) e são direccionadas para os jovens no meio escolar, e dois centros para jovens fora da escola. Nestes centros os jovens podem ler revistas sobre SSR, VIH e SIDA, assistir filmes sobre esta problemática.

### 3.2.6 Análise dos resultados obtidos na implementação dos princípios da "three ones" e Parceria

#### 3.2.6.1 *Um único quadro de referência*

O primeiro plano Estratégico de resposta ao VIH e SIDA que cobria o período de 2004-2008, constituiu a referência nacional para a elaboração dos planos sectoriais.

Apenas os sectores de Educação, Justiça e Comunicação Social elaboraram os planos sectoriais de resposta ao SIDA.

As principais fraquezas para que um único quadro de referência seja implementado são: a não adopção oficial do plano pelo Governo e a fraca disseminação do documento.

#### 3.2.6.2 *Um único mecanismo de coordenação*

Dada a transversalidade desta problemática, torna necessário, reforçar mecanismo de coordenação.

A insuficiência deste mecanismo de coordenação entre os parceiros dificulta a obtenção e a optimização da utilização dos recursos. A frágil colaboração e coordenação entre os programas e outras instituições do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, e o incipiente quadro de planificação, de concertação e de coordenação dos parceiros constituem importantes factores de estrangulamento neste domínio. O CCM, organismo criado para preparar, seguir e avaliar a implementação dos projectos submetidos ao Fundo Global passou a desempenhar de quando em vez a coordenação de algumas actividades.

#### 3.2.6.3 *Um Único mecanismo de Seguimento e Avaliação*

Foi elaborado o plano nacional de seguimento e avaliação para permitir o devido seguimento e avaliação da implementação da estratégia nacional e do programa nacional. Nele, constam os principais indicadores, a periodicidade da sua colecta, a forma de cálculos, etc.

Os esforços foram desenvolvidos para instalação no CNE, uma unidade de seguimento e avaliação responsável pela compilação e análise dos dados provenientes dos distritos, e de outros parceiros de implementação, e elaboração de relatórios periódicos (mensais, trimestrais, semestrais e anuais) incluindo os de Acesso Universal e UNGASS, e as suas disseminações.

Dentre as fraquezas constatam-se: a multiplicidade de mecanismos de seguimento; e avaliação; os atrasos na remissão dos relatórios e a ausência de relatórios de alguns parceiros; a insuficiência de reuniões de monitorização; a insuficiente coordenação e articulação de informações epidemiológicas e programáticas. O sistema de informação sanitária instalado no

Ministerio, não está ainda a altura de jogar o seu papel de centralização dos dados do sector da saúde. A retro-informação ainda continua muito limitada e o mecanismos de partilha e de disseminação da informação ainda é insuficiente.

## IV. SÍNTESE DOS PROBLEMAS ESTRATÉGICOS, PRIORIDADES E DESAFIOS

### 4.1 Problemas estratégicos

- *Persistência de novas infecções*

A epidemia está concentrada e, por isso, o número de novos casos de infecções não cessa de surgir. O foco da infecção está nas trabalhadoras de sexo e os seus clientes, nos habitantes do meio rural, e nos migrantes móveis (nómadas), segundo o IDS 2008.

- *Persistência das tendências da morbilidade e da mortalidade associadas ao VIH e SIDA*

A taxa de captação de casos de SIDA está a aumentar graças ao sucesso obtido com o TARV, descentralização da despistagem do VIH nos serviços de saúde e nas comunidades, e actividades de CMC, enquanto a mortalidade ligada ao SIDA está a baixar. O aumento da taxa de cobertura do TARV pediátrico, a implementação do programa nutricional, apoio psico-social e comunitário, contribuirão para melhorar a qualidade de vida dos PVVIH e reduzir a morbi-mortalidade pelo VIH e SIDA.

- *Insuficiência de esforços para minimizar o impacto do VIH nos indivíduos, famílias e comunidades.*

A discriminação e a estigmatização estão bem presentes em todos os níveis, essencialmente nos lugares de prestação dos cuidados de saúde. Não existe uma legislação nacional que protege especificamente as PVVIH e os OCVs

#### **Utilização tardia dos serviços pelos potenciais beneficiários. (PVVIH, TS....)**

Devido à discriminação e à estigmatização, pela existência de certos preconceitos sócio-culturais, os serviços são relativamente utilizados tardiamente. Isto acontece nos casos dos doentes de SIDA que vêm ao centro do tratamento já no estágio terminal do SIDA.

- *Fraqueza na apropriação de outros sectores convergentes à luta contra o VIH e SIDA.*

A luta contra o VIH é essencialmente virada para o sector da Saúde, o que é negativo, pois os outros autores superficialmente estão implicados, o que repercute sobremaneira na implementação do programa de luta contra o VIH e SIDA.

- *Fraqueza do Sistema de Saúde,*

As principais fraquezas do Sistema traduzem-se nomeadamente nos seguintes factos:

- Insuficiência dos recursos humanos o que subtrai as capacidades no domínio do VIH e SIDA;

- Fraca capacidade de gestão de stock o que tem como consequência as rupturas de stock dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos ;
- Fraca capacidade dos laboratórios, incluindo o Laboratório de referência, para assegurar o seguimento biológico e garantir uma troca correcta da linha terapêutica (da 1ª para a 2ª linha);
- Insuficiência do sistema de vigilância, seguimento e avaliação como consequência da insuficiência da informação estratégica necessária para uma planificação e colecta de dados através das fichas de seguimento dos pacientes;
- Fraca capacidade de coordenação das intervenções dos parceiros no aprovisionamento dos ARV ;
- Insuficiência de financiamento para a implementação do Plano Estratégico Nacional.

*•Fraca mobilização multisectorial dos actores (comunidades, sector privado) no âmbito da estratégia “three one” para a luta contra o VIH e SIDA*

## **4.2 Prioridades e Desafios**

- *Reforço das intervenções ligadas à prevenção do VIH e SIDA, derivadas do relatório que aborda o acesso das mulheres ao serviço, das trabalhadoras de sexo e dos seus clientes, e das populações das regiões rurais;*
- *Após a expansão do tratamento (escala global), reforçar a qualidade, o seguimento e a sua supervisão;*
- *Melhorar a cobertura das acções ligadas aos cuidados pediátricos;*
- *Reforço do suporte às PVVIH e OCVs, da redução da estigmatização e discriminação, e da melhoria do ambiente geral de luta contra o VIH e SIDA;*
- *Reforço da mobilização multisectorial, ao nível comunitário, privado e ao nível de outros sectores além da saúde, pela melhoria da apropriação da luta contra o VIH e SIDA em STP;*
- *Promoção de estratégias específicas visando melhorar a produção e a gestão de informações estratégicas, particularmente sobre os aspectos emergentes da luta contra o VIH e SIDA, no que concerne à circuncisão masculina, HSH, UDI;*
- *Reforço do sistema de saúde, essencialmente nos aspectos dos recursos humanos, prestação de serviços e financiamento do sistema de saúde ;*
- *Reforço da coordenação da parceria e da mobilização dos recursos financeiros, humanos...face ao VIH e SIDA;*
- *Melhoria substancial das capacidades dos diferentes parceiros (públicos, privados e associações e comunitárias).*

## V. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS DE RESPOSTA AO VIH e SIDA, 2013-17

### 5.1 Visão da resposta ao VIH

Conduzir, com plena implicação de todos os sectores e actores da vida nacional, para o desenvolvimento integral de S. TOMÉ E PRÍNCIPE, graças ao acesso universal, à prevenção, ao tratamento, aos cuidados Alinhamento do CSLS 2013 – 2017 com as orientações nacionais/internacionais.

Estes resultados devem – se à implementação de várias iniciativas internacionais entre as quais temos a citar:

- A declaração dos objectivos do milénio (Setembro de 2000);
- A declaração do engajamento sobre o VIH e SIDA da sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS, 2001);
- O quadro Mundial sobre o VIH e SIDA (Junho de 2001);
- A implementação dos mecanismos especiais de mobilização de recursos, nomeadamente, o programa multi-países do Banco Mundial para o VIH e SIDA em África (MAP 2000), o Fundo Mundial de Luta contra o SIDA a Tuberculose e o Paludismo (2002) e o PEPFAR do Presidente Bush (2003);
- A implementação dos três princípios de coordenação das respostas nacionais “three ones” promovida pela ONUSIDA e, com a adesão dos países e dos doadores que se assenta essencialmente sobre um único quadro estratégico, um único mecanismo de coordenação e um único mecanismo de seguimento e avaliação aceite por todos;
- A iniciativa conjunta OMS e ONUSIDA de “3 by 5”, que visava colocar em tratamento 3 milhões de PVVIH elegíveis sob tratamento ARV de 2003 a 2005;
- O Engajamento do G8 adoptada pelos estados membros das Nações Unidas na Cimeira Mundial das Nações Unidas em 2005 sobre o acesso Universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoios;
- A declaração de Brazzaville sobre o engajamento para a aceleração das intervenções de luta contra o VIH e SIDA visando o acesso Universal a prevenção, ao tratamento aos cuidados e apoios;

O papel central do sistema de saúde na resposta nacional

### 5.2 Principais directrizes da Estratégia Nacional de Luta contra o VIH e SIDA

S. Tomé e Príncipe engajou-se em alguns compromissos internacionais relativos à luta contra VIH e SIDA, nomeadamente no alcance dos Objectivos do Milénio; no respeito pelos “**três princípios**” (uma só Política de Luta Contra SIDA, uma só Estrutura de Coordenação e uma só Estrutura de Seguimento e Avaliação) defendidos pela ONUSIDA e outros parceiros

internacionais e na procura de meios humanos, materiais e financeiros para garantir o acesso universal à prevenção, ao tratamento e ao cuidado.

É pois, neste contexto, que os princípios a seguir apresentados nortearão toda a implementação do presente Plano Estratégico

**1. Liderança e Engajamento político:**

Ao mais alto nível é fundamental para tomada de decisões e a sua aplicação efectiva;

**2. Multisectorialidade:**

O combate à pandemia do VIH E SIDA é uma questão multi-dimensional e requer uma abordagem multisectorial;

**3. Parcerias:**

O envolvimento das parcerias para a mobilização de recursos e partilha de responsabilidade aumenta as sinergias nesta área. O apoio da cooperação internacional na luta contra o VIH e SIDA é imprescindível tendo em conta o elevado custo que se requer para fazer face a esta Pandemia;

**4. A descentralização**

Todos os níveis (distrital e comunitário) do órgão de coordenação das actividades e dos recursos (humanos, materiais e financeiros) são fundamentais para o alcance dos resultados preconizados;

**5. A coordenação**

A articulação intersectorial a nível do Ministério da Saúde constitui um factor de reforço da capacidade de resposta deste sector em geral e do PNLIS, em particular;

**6. Reforço da participação e mobilização comunitária:**

O envolvimento e a participação efectiva da sociedade civil deverão ser alargados e reforçados. O forte poder de mobilização e de educação dos líderes religiosos, associação juvenil, comunitários, sindicais e outros deverão ser aproveitados para a adopção de comportamentos responsáveis;

**7. Implicação das PVVIH e de outros beneficiários:**

A implicação das pessoas que vivem com VIH e SIDA para uma maior consciencialização da sociedade e do problema em S. Tomé e Príncipe . A garantia de cuidados integrados específicos às pessoas que vivem com o VIH e SIDA, visando a melhoria da qualidade de vida;

**8. Solidariedade e equidade:**

Promoção da solidariedade em torno da problemática da infecção VIH e SIDA, para com os órfãos e PVVIH.

## **VI. Finalidade, eixos estratégicos, objectivos e domínios prioritários**

O principal objectivo das acções e intervenções previstas no PEN 2013-2017 é de contribuir para a redução do impacto sanitário e socio-económico do VIH e do SIDA e das Infecções Sexualmente Transmissíveis, na população de S. Tomé e Príncipe (STP) em geral e, nas pessoas infectadas e/ou afectadas pelo VIH e o SIDA, em particular.

### **6.1 Eixos e Objectivos Estratégicos 2013-2017**

O Plano Estratégico 2013-2017 comporta 7 eixos estratégicos (EE), dos quais se deduzem 7 Objectivos Estratégicos correspondentes (OE):

**1. Reforço da prevenção da transmissão adulta em VIH:**

Minimizar sensivelmente, daqui até 2017, os riscos de transmissão do VIH e das IST através da criação de serviços adaptados de prevenção ao nível de todos os distritos sanitários, bem como junto a todos os grupos específicos em S. Tomé e Príncipe;

**2. Reforço do acesso aos tratamentos:**

Melhorar, daqui até 2017, a qualidade de vida das PVVIH graças a um manejo de caso médico e comunitário de qualidade em STP;

**3. Reforço do suporte e da protecção das PVVIH, dos órfãos e das crianças afectadas :**

Reduzir sensivelmente, daqui até 2017, o impacto social e económico da doença nas pessoas que vivem com o VIH, nos Órfãos e Crianças Vulneráveis (OCV) e nas outras pessoas afectadas em STP;

**4. Apropriação da luta contra o VIH pelo conjunto dos actores:**

Contribuir, daqui até 2017, para melhorar a apropriação da luta pelos diferentes actores da luta contra o VIH e o SIDA em STP;

**5. Reforço do sistema de saúde:**

Contribuir, daqui até 2016, para reforçar o sistema de saúde de STP através da luta contra o VIH, o SIDA e as IST's;

**6. Gestão da informação estratégica e da pesquisa no domínio da luta contra o VIH, o SIDA e as IST's:**

Contribuir, daqui até 2017, para melhorar a produção, utilização e gestão da informação estratégica no domínio da luta contra o VIH, o SIDA e as IST's;

**7. Coordenação multisectorial, parceria e gestão da luta contra o VIH, o SIDA e as IST's;**

Contribuir, daqui até 2017, para melhorar a coordenação multisectorial, a parceria e a gestão da luta contra o VIH, o SIDA e as IST's.

## 6.2 Domínios , Estratégias e Acções Prioritárias

### **EIXO 1 : REFORÇO DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VIH E DAS IST'S**

A epidemia do VIH é do tipo concentrada. Por este facto, o reforço da prevenção da transmissão das IST e do VIH no seio da população geral estará no centro das actividades no decurso do período 2013-2017 e estas intervenções de prevenção serão orientadas, especificamente em função dos grupos mais expostos e dos mais vulneráveis. Por outro lado, as temáticas como a circuncisão, a saúde da reprodução e as violências feitas às mulheres serão tomadas em conta de maneira a reforçar a eficácia dos programas de prevenção.

#### **Objectivo estratégico 1**

**Minimizar, daqui até 2017, os riscos de transmissão do VIH e das IST's através da criação de serviços adaptados de prevenção ao nível de todos os Distritos Sanitários.**

#### **Impactos**

- Reduzir a prevalência do VIH na população (ambos os sexos) de 15-49 anos em cerca de 1/3 até 2017;
- Reduzir a prevalência VIH nos jovens (ambos os sexos) de 15-24 anos em 50% até 2017;
  - Reduzir a prevalência do VIH nos grupos de alto risco, grupos-chave (PS, HSH, UDI) em, pelo menos, 20% até 2017;
- Reduzir a prevalência da Sífilis nos grupos-alvo dos Sítios Sentinela (PS 30%, grávidas 40%, militares 20% e reclusos 30%), até 2017
- Reduzir a transmissão do VIH da mãe para o filho até, pelo menos, menos 3% em 2017

#### **Resultados esperados e domínios de intervenção prioritários**

- Baixar a prevalência do VIH e das IST's em, pelo menos, 30% nos grupos mais expostos e nos mais vulneráveis ao risco de transmissão sexual de 2013 a 2017.
  - Comunicação para a mudança de comportamento;
  - Promoção da utilização correcta do preservativo (masculino e feminino);
  - Prevenção e manejo de casos das IST's;
  - Promoção da circuncisão masculina ;
  - Reforço da prevenção do VIH direccionada para os grupos mais vulneráveis (Adolescentes/ jovens, homens uniformizados, reclusos, populações móveis), marinheiros );
  - Reforço da prevenção do VIH direccionada para os grupos mais expostos (PS e seus clientes, HSH, Utilizadores de droga Injetável)
- A transmissão do VIH nos serviços de saúde tende para zero daqui até 2017.
  - Reforço da segurança transfusional;

- Manejo de casos: dos acidentes de exposição ligados ao sangue/líquidos biológicos, e violações sexuais;
- A transmissão da mãe para o filho será reduzida a uma taxa, pelo menos, de 3%.
  - Reforço da prevenção secundária;
  - Prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho;
  - Reforço das relações entre o VIH e a saúde sexual e reprodutiva;
- A proporção de pessoas de 15 a 49 anos que tenham efectuado teste de despistagem do VIH nos últimos 12 meses (homens e mulheres) passa para pelo menos 50 % até 2017;
  - Reforço do aconselhamento e testagem voluntária por iniciativa dos prestadores;
  - Aumento da despistagem comunitária

**RESULTADO 1.1** : A prevalência do VIH e das IST's baixa pelo menos 30%, nos grupos mais vulneráveis e nos mais expostos ao risco de transmissão sexual entre 2013 e 2017.

**Domínio de intervenção prioritária 1.1.1** : Comunicação para a mudança de comportamento.

Produtos :

- ✓ Os conhecimentos, as atitudes e as práticas da população em relação à SSR/VIH e IST são melhorados.

Indicador:

- ✓ Proporção de pessoas (homens e mulheres) de 15 a 49 anos possuindo conhecimentos exactos sobre os meios de prevenção da transmissão sexual do VIH e que rejeitam as principais ideias falsas concernentes à transmissão do vírus, ultrapassam 80%, em 2017
- ✓ Proporção de escolas e de estruturas de formação que tenham incluído um ensinamento relativo ao VIH nos programas (preparação para a vida activa) no decurso do último ano escolar, ultrapassa 95% em 2017 (UNGASS).

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da sensibilização e da informação na população geral	Elaborar e implementar uma estratégia nacional de comunicação;
		Adaptar os instrumentos de comunicação (mensagem) a abordagem de género;
		Produzir suportes de informação para as campanhas de CMC;
		Reforçar as actividades de prevenção em proveito dos grupos específicos;
		Reforçar as actividades de CMC nos meios de trabalho;
		Desenvolver actividades de <i>mass média</i> e de comunicação interpessoal;
		Realizar campanhas de sensibilização de massa;

2	Extensão da formação sobre a SSR/VIH e IST	Acelerar a introdução do conteúdo sobre a SSR/VIH e IST, nos curricula dos programas escolares, profissionais e sector informal;
	para os estabelecimentos escolares, profissionais, confissões religiosas	Produzir instrumentos e materiais didácticos de educação para a prevenção em matéria de SSR/VIH e IST;
		Reforçar as capacidades dos actores de educação e da formação profissional sobre o ensinamento em matéria de SSR/VIH e IST
		Revisão/Multiplicação/Disseminação do manual escolar com conteúdo do SSR/IST/VIH (850 exemplares)

Alvos

- ✓ População geral;
- ✓ Jovens escolares e extra-escolares;
- ✓ Trabalhadores dos sectores público e privado incluindo o sector informal;
- ✓ Estruturas de educação e de formação profissional : públicas, privadas, comunitárias, confissões religiosas

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais e outros afins ;
- ✓ Estruturas de educação e de formação profissional : públicos, privados, comunitários e confissões religiosas;
- ✓ ONG/Associações,
- ✓ Organização de Base Comunitária (OBC) ;
- ✓ Empresas e organizações de trabalho;

**Domínio de intervenção prioritária 1.1.2 : Promoção da utilização correcta do preservativo (masculino e feminino).**

Produto :

- ✓ A utilização correcta do preservativo é aumentada nas populações expostas ao risco de contaminação pelo VIH;
- ✓ Proporção de pessoas de 15 a 49 anos (homens e mulheres) que tenham tido mais que um parceiro sexual no decurso dos últimos 12 meses e que declaram ter utilizado um preservativo na sua última relação sexual

Indicadores :

- ✓ A proporção de pessoas de 15 a 49 anos (homens e mulheres) que tenham tido mais de um parceiro sexual no decurso dos 12 meses e que declaram ter utilizado um preservativo na sua última relação sexual, ultrapassa 50%;
- ✓ A cobertura nacional em preservativos ultrapassa 85%
- ✓ Número total de preservativos distribuídos;
- ✓ Proporção de preservativos femininos distribuídos

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da disponibilidade e da acessibilidade aos preservativos tanto para a população em geral, como para as populações mais expostas ao risco	Adquirir preservativos masculinos e femininos de qualidade;
		Prosseguir a implementação dos pontos de distribuição dos preservativos
2	Reforço da promoção de utilização correcta do preservativo	Realizar campanhas nacionais de promoção da utilização correcta do preservativo (masculino e feminino) ;

Alvos

- ✓ População geral (zonas urbanas e rural) ;
- ✓ População mais exposta ao risco.

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais e outros afins
- ✓ ONGs
- ✓ Outros actores da luta contra o VIH : público, privado, sociedade civil, OBC, etc.

**Domínio de intervenção prioritária 1.1.3 : Prevenção e manejo de casos das IST**

Produto

- ✓ Todos dos casos das IST diagnosticados são tratados de acordo às normas nacionais em vigor.

Indicador

- ✓ Até 2017, 100% dos casos das IST diagnosticados serão tratados de acordo às normas nacionais em vigor (por sexo, faixa etária e tipo)

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da prevenção e manejo das IST	Reforçar as actividades de CMC relativas as IST nos Centros de Saúde, estabelecimentos escolares, universitários e nas associações de jovens fora do sistema escolar
		Elaborar e imprimir a política e as estratégias de luta contra as IST
		Melhorar a disponibilidade dos medicamentos, reagentes e consumíveis para o manejo de casos das IST

		Reforçar as capacidades dos prestadores para o manejo de casos das IST segundo as directrizes nacionais
--	--	---

Grupos alvo

- ✓ População geral
- ✓ Grupos mais expostos (reclusos, homens uniformizados, HSH, PS...)

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e Assuntos Sociais
- ✓ Organização da sociedade civil
- ✓ Formações sanitárias público,privada, incluindo as confissões religiosas

**Domínio de intervenção prioritária 1.1.4 : Promoção da circuncisão masculina**

Produto :

Aumento até 2017 :

- ✓ daceitação da circuncisão masculina na população
- ✓ da proporção das crianças do sexo masculino, com menos de 5 anos, circuncisadas
- ✓ da proporção dos jovens do sexo masculino de 15-24 anos circuncisados
- ✓ da prevalência da circuncisão masculina nos serviços

Indicador :

- ✓ A proporção das crianças do sexo masculino, com menos de 5 anos, circuncisadas, ultrapassa os 40%
- ✓ A proporção dos jovens do sexo masculino de 15-24 anos circuncisados ultrapassa 25%;
- ✓ A prevalência da circuncisão masculina nos serviços de saúde ultrapassa 20%;

Nº	Estratégia	Ações prioritárias
1	Reforço da sensibilização a favor da circuncisão masculina	Elaborar e difundir mensagens de sensibilização sobre a circuncisão masculina, especialmente nas consultas pré-natais;
2º	Melhoria da oferta de serviços de circuncisão	Reforçar a capacidade do pessoal técnico das unidades sanitárias em matéria de circuncisão

Grupos alvo

- ✓ Recém – nascidos de sexo masculino
- ✓ População masculina
- ✓ Líderes comunitários

Actores de implementação

- ✓ Organização da sociedade civil,
- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas incluindo as confissões religiosas

**Domínio da intervenção prioritária 1.1.5 :** Reforço da prevenção do VIH nos grupos vulneráveis.

*Estratégia: 1.1.5.1 Intervenções centralizadas nos adolescentes e nos jovens*

Produtos:

- ✓ Percentagens dos jovens (rapazes e raparigas) que tenham efectuado o teste de despistagem;
- ✓ Taxa de utilização dos preservativos na última relação sexual de risco, nos jovens de 15 à 24 anos (rapazes e raparigas);

Indicador:

- ✓ 80% dos jovens dos 15 aos 24 anos realizam a despistagem do VIH até 2017;
- ✓ A taxa de utilização dos preservativos aquando da última relação sexual de risco nos jovens, (raparigas e rapazes) de 15 – 24 anos nos últimos 12 meses atinge 73% até 2017;
- ✓ 95% das escolas integram o conteúdo de SSR, IST e VIH nos curriculum escolares até 2017;
- ✓ A prevalência do VIH nos jovens/adolescentes de idade entre 15 à 24 anos reduz para metade até 2017;

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	<b>Intervenções centralizadas nos adolescentes e nos jovens</b>	Elaborar um plano de reforço da prevenção do VIH nos adolescentes e jovens de todos os meios, (urbano e rural);
		Promover os valores de fidelidade e abstinência nas actividades das confissões religiosas direccionadas para adolescentes e jovens;
		Advocacia para integração de uma componente de VIH a favor dos jovens rurais nos projectos/programas e outras intervenções;
		Formar Educadores de pares para a promoção das actividades de prevenção do VIH e IST
		Reforçar as capacidades dos movimentos juvenis

Grupos alvo

- ✓ Adolescentes e jovens no meio escolar e extra escolar.

Actores de implementação

- ✓ Ministério da juventude,
- ✓ Ministério da Educação, Cultura e Formação;
- ✓ Estruturas da sociedade civil, ONG e Associações que intervêm a favor de jovens;
- ✓ Unidades Sanitárias.

***Estratégia: 1.1.5.2. Intervenções centralizadas na população prisional***

Produtos:

- ✓ Percentagem da população encarcerada com conhecimento do VIH;
- ✓ Proporção da população encarcerada que realizou o teste de despistagem do VIH;
- ✓ Número de pessoas encarceradas infectadas e tratadas;

Indicador:

- ✓ 80% da população encarcerada com conhecimento sobre o VIH, até 2017;
- ✓ 50% da população encarcerada conhece o seu estado serológico, até 2017;

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Intervenções centralizadas na população prisional	Advocacia para melhorar a luta contra o VIH nas prisões;
		Reforçar as capacidades técnicas e os conhecimentos dos trabalhadores das prisões;
		Formar educadores de pares nas prisões;
		Implementar os serviços SSR e manejo dos casos das IST/VIH e SIDA, nas prisões;
		Disponibilizar preservativos nas prisões;
		Promover as campanhas de despistagem do VIH e da TB;
		Implementar actividades de sensibilização sobre VIH, as IST's e a TB;

Grupos alvo:

- ✓ População encarcerada

Actores de Implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais;
- ✓ Ministério da Defesa e Ordem Interna;
- ✓ Estruturas da sociedade civil intervindo nas prisões;

***Estratégia: 1.1.5.3. Intervenções centralizadas nas populações móveis (marinheiros, caxeiros viajantes e imigrantes)***

Produtos:

- ✓ Percentagem das populações móveis que têm conhecimento correcto do VIH ;
- ✓ Taxa de utilização dos preservativos na última relação sexual de risco nas populações móveis;
- ✓ Percentagem das populações móveis que procuram uma unidade sanitária para tratamento das IST's.

Indicadores:

- ✓ 70% das populações móveis sejam abrangidas pelos programas de prevenção até 2017;
- ✓ 90% das populações móveis tenham conhecimento correcto sobre o VIH até 2017 ;

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Intervenções centralizadas nas populações móvel (marinheiros, caxeiros viajante e , imigrantes)	Desenvolver campanhas de sensibilização direccionadas para as populações móveis ; Realizar campanhas de despistagem no seio da população móvel

**Domínio de intervenção prioritária 1.1.6 :** Reforço da prevenção do VIH direccionada aos grupos mais expostos ao risco.

*Estratégia: 1.1.6.1 Intervenções centralizadas nos profissionais do sexo (Homens, Mulheres) e seus clientes*

Produtos:

- ✓ Nº dos (das) TS abrangidas pelo programa de prevenção (UNGASS);
- ✓ Percentagem das TS testadas nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado (UNGASS);
- ✓ Percentagem dos (das) TS com conhecimento sobre o VIH e que rejeitam as falsas ideias (UNGASS);
- ✓ Percentagem dos (das) TS que declaram ter utilizado o preservativo no último contacto sexual com um cliente.

Indicadores:

- ✓ 95% das TS com conhecimento correcto (rejeitam as falsas ideias ) do VIH até 2017;
- ✓ A proporção das TS que conhecem o seu estado serológico ultrapassa 90% até 2017;
- ✓ Pelo menos 40% das TS declaram ter usado o preservativo aquando do último contacto sexual com um cliente até 2017;
- ✓ Pelo menos 70% das TS que apanharam uma IST nos últimos 12 meses, consultam uma unidade de saúde até 2017.

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Intervenções centralizadas nos Trabalhadores do sexo (Homens, Mulheres) e seus clientes	Actualizar os pontos de concentração das TS com vista a facilitar as intervenções Criar um serviço funcional de atendimento (PEC) e de despistagem VIH/IST e de tratamento das IST para as TS ; Reforçar as capacidades das partes envolvidas (gerentes de locais dos (das) TS ... ) ; Pôr à disposição dos (das) TS os preservativos (masculino e femininos); Desenvolver as actividades geradoras de rendimento para a

		reconversão dos (das) TS ;
		Desenvolver acções de informação e sensibilização junto as TS (CMC)
		Elaborar os guias para o PEC das patologias anais nos TS

Grupos alvo

- ✓ Trabalhadores de sexo (Homens e mulheres)
- ✓ Clientes dos (das) TS

Actores de implementação

- ✓ ONG ;
- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais;
- ✓ Unidades Sanitárias;
- ✓ Gerentes do estabelecimentos lúdicos.

***Estratégia: 1.1.6.2- Intervenções centralizadas nos HSH***

Produtos:

- ✓ Análise da situação dos HSH feita;
- ✓ Prevalência do VIH e da sífilis nos HSH
- ✓ Percentagem dos HSH que fizeram teste do VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o seu resultado;

Indicadores:

- ✓ 40% dos HSH sob o programa, declaram ter utilizado o preservativo aquando do último contacto sexual de risco;
- ✓ 80% das HSH no programa fizeram o teste do VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o resultado;
- ✓ 50% dos HSH no programa têm conhecimento correcto do VIH e rejeitam as falsas ideias;

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	<b>Intervenções centralizadas nos HSH</b>	Realizar a análise da situação ;
		Desenvolver actividades de promoção de utilização do preservativo e da despistagem;
		Reforçar o acesso ao preservativo masculino;
		Melhorar a oferta e o acesso dos serviços de saúde nos HSH (despistagem, IEC, IST, SSR ...);

Grupos alvo:

- ✓ Homens que fazem sexo com homens (HSH)

Atores de implementação

- ✓ ONGs;
- ✓ Unidades Sanitárias

***Estratégia: 1.1.6.3- Intervenções centralizadas nos UDI (usuários de droga injectável)***

Produtos:

- ✓ A análise da situação dos UDI feita;
- ✓ Percentagem dos UDI que fizeram o teste nos últimos 12 meses e conhecem o seu resultado
- ✓ Percentagem dos UDI com conhecimento do VIH e que rejeitam as falsas ideias
- ✓ Prevalência do VIH e da sífilis nos UDI

Indicadores:

- ✓ 80% doas UDI com conhecimento do VIH até 2017;
- ✓ 80% dos UDI sob o programa que fizeram o teste do VIH nos últimos 12 meses e que conhecem o seu resultado;
- ✓ Prevalência do VIH nos UDI reduzida para metade, até 2017

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
	<b>Intervenções centralizadas nos UDI</b>	Realizar a análise da situação ;
		Melhorar a oferta e o acesso dos serviços de saúde para os UDI (despistagem, preservativos, CMC, IST, SSR);

Grupos alvo

- ✓ Usuários de droga injectável (UDI)

Actores de implementação

- ✓ OGEs
- ✓ Unidades Sanitárias ;

**RESULTADO 1.2** : A transmissão do VIH por via sanguínea é reduzida a zero daqui até final de 2017.

**Domínio de intervenção prioritária 1.2.1 : Reforço da segurança transfusional**

Produto :

- ✓ Proporção de bolsas de sangue transfundidos, submetidos à despistagem do VIH;
- ✓ Proporção de bolsas de sangue vindas de doadores benévolos entre as unidades transfundidas ;
- ✓ Proporção de doadores benévolos e fixos;
- ✓ Número de unidades sanitárias (Hospitais e Centros de Saúde) que transfundem sangue seguro ;

Indicadores:

- ✓ 100% das bolsas de sangue transfundidas sejam seguras em relação ao VIH
- ✓ 80% das bolsas de sangue transfundidas vêm de doadores benévolos até 2017
- ✓ Número de unidades sanitárias que transfundem sangue seguro

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Melhoria da stocagem e da distribuição de sangue seguro	Reforçar as capacidades dos prestadores
		Dotar as unidades sanitárias (Hospitais e Centros de Saúde) de equipamentos e materiais para a conservação e distribuição de unidades de sangue.
2	Disponibilidade de sangue seguro em quantidade suficiente	Fazer campanhas de CMC para a doação de sangue.
		Aumentar e assegurar um número maior de doadores benevolos fixos; (reproduzir 20/ano crachares, para isenta-los de alguns serviços de saude, incluindo a compra de leite)
		Desenvolver parceria, com as organizações da sociedade civil, para a promoção de doação de sangue gratuito

Alvos

- ✓ Jovens
- ✓ População adulta
- ✓ Associações

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais;
- ✓ Sociedade civil;
- ✓ Actores comunitários ;
- ✓ Outros sectores públicos e privados ;
- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas e incluindo as confissões religiosas.

**Domínio de intervenção prioritário 1.2.2 : Manejo de caso dos acidentes pós-exposição ligados ao sangue/líquidos biológicos e violências sexuais**

Produtos:

- ✓ Proporção dos casos pós-exposição manejados segundo as directivas nacional;
- ✓ Número de vítimas de violências sexuais beneficiadas com kits de profilaxia pós-exposição (PPE);
- ✓ % das Unidades Sanitárias que aplicam correctamente as normas de bio-segurança.

Indicadores:

- ✓ 100% das vítimas dos acidentes pós-exposição e das violências sexuais declaram ter beneficiado de um manejo de caso durante o período adequado, até 2017
- ✓ Número de vítimas de violências sexuais beneficiadas com kits de profilaxia pós-exposição

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço das medidas de prevenção contra a infecção pelo VIH em locais de trabalho, mediante acções prioritárias	Reproduzir e difundir os guias de precauções universais para a prevenção da contaminação da infecção pelo VIH em meio de trabalho
		Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde em precauções universais
		Reforçar as capacidades das estruturas de manejo de caso médico em gestão de resíduos biomédicos
		Adquirir o material de protecção (luvas, botas, aventais, óculos...) para a protecção universal na saúde
2	Reforço do manejo de casos de acidentes pós-exposição ligados ao sangue e outros líquidos biomédicos	Melhorar a gestão de stock de kits para manejo de casos pós-exposição
		Sensibilizar a comunidade para as declarações das violações;
		Dotar estruturas sanitárias de kits de profilaxia pós-exposição (PPE)

Alvos

- ✓ Raparigas, mulheres, rapazes, homens, jovens ;
- ✓ Profissionais de saúde;
- ✓ Actores implicados nas actividades de despistagem e no manejo das PVVIH ;

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais;
- ✓ Sociedade civil;
- ✓ Actores comunitários, públicos e privados ;
- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas incluindo as confissões religiosas ;

**RESULTADO 1.3** : A transmissão do VIH de mãe para filho é reduzida até, pelo menos, 3 % nos finais de 2017

**Domínio de intervenção prioritário 1.3.1 : Reforço da prevenção secundária.**

Produto :

- ✓ Proporção das PVVIH (homens, mulheres) que utilizam preservativos aquando das relações sexuais;
- ✓ Proporção das PVVIH (homens, mulheres) que beneficiam de um acompanhamento no quadro da promoção da vida positiva.

Indicadores :

- ✓ 95% dos adultos infectados pelo VIH têm comportamentos favoráveis que impedem a propagação do vírus do VIH, até 2017.

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da responsabilidade das PVVIH	Reforçar os conhecimentos das PVVIH sobre as vias de transmissão, incluindo a transmissão vertical (mãe para o filho-PTMF) ;
2	Reforço das medidas de prevenção e de propagação do VIH	Promover a utilização dos preservativos masculinos e femininos
		Reforçar o manejo de caso adequado das IST's;

Alvos

- ✓ PVVIH

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais
- ✓ ONGs
- ✓ Estruturas comunitárias implicadas no manejo de casos das PVVIH

**Domínio de intervenção prioritário 1.3.2: Prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho ( PTMF).**

Produto :

- ✓ Percentagem de mulheres grávidas nas CPN que aceitaram fazer a despistagem do VIH;
- ✓ Percentagem de mulheres cujos maridos aceitaram fazer o teste de despistagem do VIH;
- ✓ Percentagem de mulheres grávidas seropositivas às quais se administraram os ARVs de acordo com as directivas (UNGASS) para reduzir a TMF;
- ✓ Percentagem de recém-nascidos de mães seropositivas tendo recebido os ARV;
- ✓ Taxa de transmissão vertical do VIH (da mãe ao filho) ou percentagem de recém-nascidos de mães seropositivas que infectadas pelo VIH (UNGASS)

Indicadores:

- ✓ Pelo menos, 95% das mulheres seropositivas grávidas recebem os ARV para reduzir a transmissão da mãe para o filho, até finais de 2017;
- ✓ 100% das crianças nascidas de mães seropositivas recebem os ARV, até finais de 2017;
- ✓ 100% das crianças nascidas de mães seropositivas fazem PCR durante as primeiras seis semanas de vida, até finais de 2017.

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço dos serviços de PTMF	Elaborar a lei sobre a Prevenção da Transmissão Mãe Filho (PTMF)
		Estender a PTMF a todas as Unidades Sanitárias públicas e privadas incluindo as religiosas
		Reforço da segurança dos produtos de SSR
2	Reforço da utilização dos serviços de PTMF	Fazer campanhas de informação visando os homens
		Reforçar as estratégias para o aumento da cobertura de CPN (CPN1 a CPN4)
		Reforçar as estratégias comunitárias de mobilização social
		Reduzir a discriminação e a estigmatização no seio dos profissionais da saúde
3	Reforço da performance das actividades PTMF	Reforçar o acompanhamento dos casais e melhorar o acesso das mulheres grávidas seropositivas aos exames biológicos (CD4)
		Promover o diagnóstico precoce no recém-nascido de mãe infectada (PCR)
		Criar um sistema de referência/contra-referência das mulheres grávidas seropositivas
		Implementar um sistema de transferência/ contra-transferência das mulheres grávidas seropositivas

Alvos

- ✓ Mulheres e raparigas jovens
- ✓ Homens
- ✓ Líderes de opinião
- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas, incluindo as religiosas

Actores de implementação

- ✓ ONGs
- ✓ ASC/ prestadores comunitários
- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas, incluindo as confissões religiosas

**Domínio de intervenção prioritário 1.3.3:** Reforço da interligação entre o VIH e a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR).

Produto

- ✓ Percentagem das estruturas de SSR que integram a despistagem e o aconselhamento do VIH.

Indicadores :

- ✓ 75% dos SSR integram as actividades de luta contra o VIH até finais de 2017.

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Integração das actividades de VIH nas actividades de SSR, e de SSR nas actividades do VIH	Elaborar directivas para a integração do VIH e SSR ;
		Integrar as actividades do programa de SSR no programa de luta contra o VIH e vice-versa, simultaneamente com as actividades da CMC
		Integrar a SSR/VIH nos programas de ensino geral, técnico e profissional;

Alvos

- ✓ Rapazes e raparigas jovens, dos 15 aos 24 anos ;
- ✓ Mulheres na idade fértil, bem como os homens.

Actores de implementação

- ✓ Ministerio da Saúde e dos Assuntos Sociais e outros afins
- ✓ ONGs

**RESULTADO 1.4** : A proporção de pessoas (homens e mulheres) tendo feito o teste do VIH e recebido o resultado alcança, pelo menos, 50 % até finais de 2017

**Domínio de intervenção prioritário 1.4.1** : Despistagem por iniciativa dos prestadores da saúde (DIPS)

Produto :

- ✓ Proporção das Unidades Sanitárias oferecendo os serviços de despistagem;
- ✓ Proporção de pessoas ( homens, mulheres ) despistadas no quadro do DIPS

Indicadores :

- ✓ 100% das unidades sanitárias aplicam a estratégia DIPS até 2017

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Aumento da oferta de despistagem	Reforçar as capacidades dos técnicos da saúde;
		Reforçar a luta contra a estigmatização e a discriminação nas Unidades Sanitárias;
2	Implantação dos mecanismos de referência e contra-referência	Disponibilizar meios para a ligação entre os diferentes serviços (manejo de caso psicológico, manejo de caso médico, PTMF, saúde sexual reprodutiva);
		Implementar a estratégia «contact tracking » nas despistagens (procura de parceiros );

Alvos

- ✓ Utilizadores dos serviços de saúde
- ✓ Grupos mais expostos ao risco

Actores de implementação

- ✓ Unidades sanitárias públicas e privadas incluindo as das confissões religiosas

**Domínio de intervenção prioritário 1.4.2 : Aconselhamento e despistagem comunitário (serviço de proximidade)**

Produto:

- ✓ Proporção de pessoas (homens, mulheres) despistadas através dos serviços de proximidade (na comunidade );
- ✓ Proporção dos grupos específicos mais expostos e vulneráveis ao VIH que fazem o teste e recebem os seus resultados.

Indicadores:

- ✓ Pelo menos 40% dos grupos específicos mais expostos e vulneráveis ao VIH (TS e seus clientes, homens uniformizados, jovens adolescentes, mulheres na idade de procriar) fazem o teste do VIH e recebem os seus resultados até de 2017,

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Promoção da despistagem do VIH envolvendo a comunidade	Implicar as autoridades municipais e religiosas na mobilização das comunidades a favor da despistagem na comunidade;
		Implicar os grupos associados (OBC) na despistagem e aconselhamento;
		Promover a despistagem no quadro familiar.
		Reforçar as campanhas móveis de despistagem

Alvos

- ✓ População geral
- ✓ Grupos mais expostos ao risco e outros grupos vulneráveis

Actores de implementação

- ✓ Estruturas comunitárias e organizações de base comunitária
- ✓ Organização dos grupos de pessoas de risco/vulneráveis

## **EIXO 2 : REFORÇO DO ACESSO AO TRATAMENTO**

No domínio do tratamento, tratar-se-á de consolidar o processo de descentralização e de intensificação da oferta, apoiando-se no sistema de saúde e no sistema comunitário eficazes e complementares. Isto permite visar qualitativa e quantitativamente os ODM em matéria de tratamento.

### **Objectivo estratégico 2**

**Melhorar até 2017, a qualidade de vida das PVVIH graças a um manejo de caso médico e comunitário qualificado.**

### **Impactos**

- Número de mortes ligadas ao VIH baixa, ao menos 50% até 2017
- Proporções dos doentes sob TARV até aos 12 e 24 meses são respectivamente superiores ou iguais à 97,5% e 95% até 2017.

### **Resultados esperados e domínios de intervenção prioritários**

- Ao menos 95% das infecções oportunistas ligadas ao VIH, diagnosticadas, sejam correctamente manuseadas nas Unidades Sanitárias até 2017
  - Manejo de casos e profilaxia das IO
  - VIH/TUBERCULOSE
- A proporção dos doentes sobre TARV atingem 98% até 2017.
  - TARV crianças
  - TARV adultos
- Ao menos 95% dos doentes sob TARV, depois de 12 meses, até 2017
  - Manejo de casos psicológicos
  - Manejo de casos comunitários das PVVIH
  - Manejo de casos nutricionais das PVVIH

**Resultado 2.1** : Ao menos 90% das infecções oportunistas ligadas ao VIH são diagnosticadas e correctamente manuseadas nas Unidades Sanitárias até 2017

**Domínio de intervenção prioritário 2.1.1** : Reforço do manejo de caso e da profilaxia das infecções oportunistas (IO)

Produtos:

- ✓ Proporção e número dos pacientes com VIH e SIDA, sob Cotrimoxazole
- ✓ Proporção de IO diagnosticadas e tratadas correctamente

Indicadores:

- ✓ 90% das co-infecções diagnosticadas são correctamente manuseadas até 2017;
- ✓ 100% das PVVIH elegíveis beneficiam de uma profilaxia adequada com cotrimoxazole até 2017 .

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço do diagnóstico e do manejo de caso das infecções oportunistas	Assegurar a disponibilidade dos consumíveis de laboratório e medicamentos ao nível das formações sanitárias;
		Conceber, elaborar e disponibilizar às unidades sanitárias um kit de documentos normativos, guias técnicos e material de acompanhamento dos pacientes (registos, fichas, etc) dos materiais de seguimento dos doentes (incluído na Referência e contrarreferência):
2	Reforço da profilaxia	Reforçar as capacidades dos prestadores dos serviços;
		Assegurar a disponibilidade dos medicamentos ao nível das formações sanitárias;
		Actualizar as directivas e políticas nacionais.

Alvo

- ✓ PVVIH;
- ✓ Prestadores de serviço.

Actores de implementação

- ✓ Unidades sanitárias públicas e privadas incluindo as confissões religiosas

**Domínio de intervenção prioritário 2.1.2: Reforço do manejo de caso da co-infecção VIH/TUBERCULOSE**

Produtos:

- ✓ Proporção de pacientes com co-infecção TB/VIH recebendo concomitantemente um tratamento contra as 2 doenças (UNGASS)
- ✓ Proporção de pacientes VIH diagnosticados com TB
- ✓ Proporção de pacientes VIH legíveis sob profilaxia com izoniazida
- ✓ Proporção de pacientes TB em que a despistagem VIH foi realizada

Indicador:

- ✓ 100% dos pacientes co-infectados VIH/TB com manejo de caso segundo as directivas nacional, até 2017

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço do diagnóstico e do manejo de caso da co-infecção TB/VIH	Melhorar a despistagem da TB nos pacientes com VIH; (reforço de capacidade)
		Melhorar a despistagem VIH nos pacientes da TB;
		Assegurar a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento das co- infecções;
		Reforçar as medidas de controle da tuberculose em todas as unidades sanitárias;
		Elaborar e disponibilizar nas unidades sanitárias um kit de documentos normativos incluindo, guias técnicos e materiais de acompanhamento dos pacientes (registo, fichas,etc.);
2º	Reforço da profilaxia	Assegurar a profilaxia com izoniazida nos pacientes VIH positivos

Alvos

- ✓ Pacientes co-infectados
- ✓ PVVIH
- ✓ Prestadores de serviço

Actores de implementação

- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas incluindo as confissões religiosas
- ✓ Organizações e actores comunitários

**Resultado 2.2 :** A proporção dos doentes sobre TARV passa a 98% em 2017.

**Domínio de intervenção prioritário 2.2.1 :** Reforço do TARV nos adolescentes e adultos

Produtos:

- ✓ Percentagem de pacientes adultos e adolescentes elegíveis sob o tratamento ARV.
- ✓ Proporção das PVVIH sobre tratamento de 2ª linha;
- ✓ Proporção dos Distritos Sanitários que oferecem manejo de casos das PVVIH (crianças e adultos)

Indicadores:

- ✓ Percentagem de pacientes adultos e adolescentes elegíveis submetidos ao TARV ultrapassa 98%, até 2017;
- ✓ Percentagem das PVVIH sobre TARV que ganharam mais de 10% de peso corporal depois de 12 meses do tratamento;
- ✓ Número de técnicos formados em manejo de casos das PVVIH inclusive sobre as principais co-infecções, nomeadamente a co-infecção TB/VIH

Nº	Estratégias	Acções prioritárias
1	Dotar todos os Distritos Sanitários de serviços de manejo de casos nos adultos	Capacitar os técnicos em estratégia Atenção Integrada de Doenças do Adulto e do Adolescente (AIDAA) Actualizar e difundir em todas as estruturas de manejo, normas e directivas nacionais.
2	Reforçar as capacidades dos recursos humanos no manejo de casos médicos	Promover a formação dos formadores ao nível nacional sobre o curso de aderência e educação terapêutica do HAART (Tratamento c/ os ARV) Formar técnicos (médicos e enfermeiros sobre) a aderência e educação terapêutica do HAART Formar agentes de saúde (ASC) Integrar as PVVIH em todas equipas de manejo de casos dos pacientes infectados no meio hospitalar e comunitário. Reforçar os ensinamentos sobre manejo de casos do PVVIH na currícula de formação da instituição ISVSM (formação inicial). Organizar as supervisões regulares aos centros de tratamento;
3º	Melhoria da disponibilidade dos medicamentos e dos exames laboratoriais	Adquirir os ARV e outros consumíveis laboratoriais necessários; Assinar protocolos/convénios, com os laboratórios dos países vizinhos, para efetuar os testes de carga viral; Implementar uma política nacional de aquisição, e manutenção do material médico-técnico assim como o controlo de qualidade dos resultados do laboratório.

Alvos

- ✓ Unidades Sanitárias;
- ✓ Prestadores de saúde ;
- ✓ PVVIH.

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais;
- ✓ Empresas privadas, organizações da sociedade civil e confissões religiosas

### Domínio de intervenção prioritário 2.2.2 : Reforço da TARV pediátrico

Produto:

- ✓ Proporção dos Distritos Sanitários que oferecem tratamentos ARV pediátricos
- ✓ Proporção das crianças elegíveis que beneficiam do tratamento ARV
- ✓ Proporção das crianças sob tratamento de 2ª linha
- ✓ Proporção das crianças que beneficiam de uma despistagem precoce

Indicador :

- ✓ Até ao fim de 2017, 100% das crianças infectadas pelo VIH elegíveis beneficiam do tratamento ARV

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Dotar todos os Distritos Sanitários de serviços de atendimento às crianças	Reforçar as capacidades dos recursos humanos no manejo dos casos pediátricos (TARV e PCR) (200 técnicos, 100 / ano 1 e 3; sendo 170 em STP e 30 na RAP)
2	Reforçar as ofertas de despistagem precoce do VIH nas crianças	Reforçar a procura activa das crianças expostas ao VIH através de conselho, despistagem iniciadas pelos prestadores (DIPs) e acções dos voluntários comunitários;
		Estabelecer parceria com os países vizinhos para o diagnóstico precoce do VIH nas crianças através de PCR
		Assegurar o envio das amostras aos laboratórios de referência, para a realização do PCR

Alvo

- ✓ Unidades Sanitárias Prestadores de saúde ;
- ✓ Crianças nascidas de mães seropositivas.

Actores de implementação

- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas, incluindo as confissões religiosas;

**Resultado 2.3 :** Ao menos 95% dos doentes sob TARV são seguidos psicologicamente até 2017.

**Domínio de intervenção prioritário 2.3.1 :** Reforçar o manejo de casos psicológico

Produtos:

- ✓ Proporção dos Distritos Sanitários que oferecem atendimento psicológico
- ✓ Percentagem das PVVIH sobre TARV que beneficiam de atendimento psicológico

Indicador :

- ✓ 100% dos PVVIH (adultos sobre TARV e parentes das crianças sobre TARV) beneficiando de seguimento psicológico, até 2017

Nº	Extratégia	Acções prioritárias
1	Dotar todos os Distritos Sanitários de um serviço de cuidados psicológicos	Advogar junto ao MSAS para dotação do PNLS de pessoal adequado: 1 psicólogo, 1 médico e um gestor-administrativo
		Actualizar e difundir as normas específicas (Guião de aconselhamento e cuidados psicológicos)

Alvo

- ✓ Unidade Sanitárias Prestadores de saúde
- ✓ PVVIH e suas famílias
- ✓ Líderes comunitários e religiosos

Actores de implementação

- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas uncluinós as confissões religiosas;
- ✓ Associações comunitárias e religiosas

**Domínio de intervenção prioritário 2.3.2 : Intervenção comunitária**

Produtos:

- ✓ Proporção de abandono;
- ✓ Proporção dos PVVIH sobre ARV de 2ª linha;
- ✓ Proporção de abandono depois de 12 meses de TARV;
- ✓ Taxa de observância dos tratamentos nas PVVIH;

Indicadores:

- ✓ A proporção de abandono é inferior à 2.5% no 12º mês de TARV, até 2017
- ✓ Número de PVVIH que beneficiam de atendimento ao domicílio;
- ✓ Número de PVVIH que beneficiam de manejo de casos comunitário.

Nº	Extratégia	Acções prioritárias
1º	Reforçar a observância dos tratamentos nas Unidades Sanitárias e nas comunidades	Reproduzir e distribuir as ferramentas de de gestão de observância
		Reforçar as capacidades das estruturas comunitárias e dos prestadores (praticantes-tradicionais, parteiras tradicionais, etc.) para a observância.
2º	Reforçar a continuidade dos cuidados	Elaborar os guias de manejo de casos comunitário dos PVVIH
		Sustentar a implementação das actividades de manejo de casos comunitário (kits de primeiros socorros, visitas/cuidados a domicílio, cuidados paliativos ...)
		Organizar o sistema de referência e de contra referência eficaz entre os serviços de saúde e outras estruturas de manejo de casos.
3º	Promoção de parceria entre as Unidades Uanitárias e as estruturas comunitárias de manejo de casos	Desenvolver a colaboração com os prestadores de terapias alternativas (praticantes tradicionais, naturopatas, etc.) para um melhor manejo de casos das PVVIH.
		Implicar as associações das PVVIH no manejo de casos comunitário.

Alvo

- ✓ PVVIH
- ✓ Agentes de saúde comunitária;

- ✓ Voluntários comunitários;
- ✓ Unidades Sanitárias públicas e privadas incluindo as confissões religiosas;
- ✓ Prestadores de terapias alternativas.

Actores de implementação

- ✓ Estruturas de confissões religiosas;
- ✓ Estruturas comunitárias;
- ✓ Associações das PVVIH;
- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais.

**Domínio de intervenção prioritário 2.3.3 : Reforço de manejo de caso nutricional das PVVIH**

Indicador:

- ✓ 80% das PVVIH sobre TARV beneficiam de cuidado nutricional

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço das capacidades das Unidades Sanitárias para o manejo de casos nutricionais das PVVIH	Elaborar e dissimular as directivas nacionais;
		Capacitar os nutricionistas das Unidades Sanitárias sobre o manejo de casos das PVVIH
		Reforçar as capacidades dos prestadores de saúde (incluindo os nutricionistas) na utilização do Protocolo nutricional para as PVVIH
2	Reforço da participação comunitária para o manejo de casos nutricionais	Produzir e divulgar as ferramentas de ajuda nutricional, através de: jornal de parede com imagens, fotografias e outras, para estimular os PVVIH;
		Integrar a componente nutricional no manejo de casos
3	Disponibilização dos produtos farmacêuticos e consumíveis para apoio das PVVIH	Adquirir os suplementos nutricionais (víveres, nutrientes...);

**EIXO 3 : REFORÇO DO APOIO E DA PROTECÇÃO DAS PVVIH, DOS ÓRFÃOS E CRIANÇAS VULNERÁVEIS (OCV) E DAS PESSOAS AFECTADAS.**

Em matéria de apoio e de protecção, os esforços serão direccionados para minimizar o impacto do VIH, sobre as PVVIH, os OCV e as outras pessoas afectadas. Nesse sentido, os apoios psicológico, social e económico, serão reforçados e apoiados pelos principais actores que são o sector da saúde e o sector comunitário.

A redução do impacto do VIH nesses grupos consiste em os garantir uma igual oportunidade de acesso aos serviços sociais de base e a criação de um ambiente favorável de desenvolvimento. Os esforços serão conjugados para minimizar a discriminação e a estigmatização das PVVIH, que ainda são bem presentes em S. Tomé e Príncipe.

**Objectivo estratégico 3**

**Reduzir sensivelmente até 2017, o impacto social e económico da doença sobre as pessoas que vivem com VIH, os OCV e outras pessoas afectadas;**

**Impactos**

- O impacto sócio-económico do VIH sobre os PVVIH, os OCV e outras pessoas afectadas são atenuadas durante o período 2013 - 2017
- Reinserção social
- Autonomização

**Resultados esperados e domínios de intervenção prioritários**

- 80% das pessoas infectadas e 65% dos OCV e seus familiares recebem apoio até 2017;
  - Apoio social e económico às PVVIH;
  - Apoio aos OCV (apoio sanitário, escolar, nutricional, psico-social e protecção jurídica) ;
- Implicação das associações locais na protecção e no apoio às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH;
  - Luta contra a estigmatização e a discriminação;
  - Protecção jurídica das PVVIH e pessoas afectadas.

**Resultado 3.1 : 80% das PVVIH e 65% dos OCV e seus familiares recebem apoio, até 2017**

**Domínio de intervenção prioritário 3.1.1 : Apoio psicológico, social e económico às PVVIH e seus familiares**

Produtos:

- ✓ Todas as PVVIH identificadas recebem apoio psicológico, social e económico

- ✓ As Associações de PVVIH criadas e funcionais

Indicador:

- ✓ 80% das PVVIH identificadas recebem apoio psicológico, social e económico até 2017
- ✓ 95% de PVVIH e pessoas afectadas recebem apoio psicológico,
- ✓ 45% de PVVIH e pessoas afectadas recebem apoio socio-economico,
- ✓ Número de associações de PVVIH funcionais

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1º	Reforço das capacidades institucionais e dos líderes de todas as associações de PVVIH;	Apoiar o funcionamento das associações de PVVIH
		Reforçar as capacidades dos membros das associações das PVVIH em gestão, planificação, seguimento, advocacia e boa governação;
2º	Reforço do apoio psicológico e social às PVVIH e seus familiares;	Acompanhar o desenvolvimento dos grupos de auto-ajuda em cada distrito
		Assegurar as mediações sociais a favor dos VIH
3º	Reforço do apoio económico às PVVIH e aos seus familiares ;	Desenvolver programas de actividades geradoras de rendimento para às PVVIH.

Alvo

- ✓ PVVIH
- ✓ Pessoas afectadas

Actores da implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais Associações de PVVIH
- ✓ Organizações da sociedade civil e ONGs
- ✓ Sector privado
- ✓ Comunidades locais organizadas

**Domínio de intervenção prioritário 3.1.2:** Apoio aos OCV (apoio escolar, sanitário, nutricional, psicológico e protecção jurídica)

Produto:

- ✓ OCV reportados por sexo e por faixa etária, na base de dados
- ✓ OCV usufruindo de apoio (Educação, apoio económico, acesso aos serviços, apoio jurídico), por sexo e por faixa etária
- ✓ OCV e seus familiares recebem apoio, até 2017

Indicador:

- ✓ Número de OCV, reportados por sexo e por faixa etária, na base de dados;
- ✓ 50% dos OCV e seus familiares recebem apoio
- ✓ 80% de OCV usufruindo de apoio (Escolarização, apoio económico, acesso ao serviços, apoio jurídico) até 2017 ( por sexo e por faixa etária).
- ✓ Número de OCV, reportados na base de dados, por sexo e por faixa etária;
- ✓ Número de documentos de orientação disponíveis;

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Implementar uma política de manejo de casos dos OCV em STP	Elaborar um documento de estratégia para protecção e apoio de OCV
		Conceber e actualizar uma base de dados dos OCV e OSC
		Rever e difundir as ferramentas de identificação e de seguimento dos OCV
		Reforçar os encontros de coordenação das acções a favor dos OCV
2	Desenvolvimento das intervenções de direccionadas aos OCV	Advocacia para Implementação de um sistema de patrocínio dos OCV em STP
		Desenvolver os mecanismos de apoio económico aos OCVs e seus familiares

Alvo:

- ✓ OCV
- ✓ Famílias /comunidades dos OCV

Actores de implementação:

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais/Ministério da Justiça
- ✓ Organizações da sociedade civil e ONGs

**Resultado 3.2** : Reduzir 50% o nível de discriminação das pessoas infectadas e afectadas, até 2017

**Domínio de intervenção prioritário 3.2.1:** Implicação dos poderes locais descentralizados na protecção e no apoio dos PVVIH, OCV e outras pessoas afectadas

Produto :

- ✓ Equipas Distritais implicadas no apoio e na protecção dos PVVIH, OCV e outras pessoas afectadas

Indicador:

- ✓ 100% das equipas Distritais implicadas no apoio e na protecção dos PVVIH, OCV e outras pessoas afectadas
- ✓ Número de distritos que organizam actividades de sensibilização contra a estigmatização e a discriminação ligada ao VIH

- ✓ Número de distritos com “caixa de solidariedade” funcional
- ✓ Número de OCV apoiados pelo distrito

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Adoção de um mecanismo de acompanhamento dos poderes locais na implementação de acções de protecção e apoio das PVVIH e dos OCV	Redinamizar e reforçar as capacidades de intervenção dos comités dos distritos na luta contra o VIH E SIDA
		Organizar sessões de sensibilização contra a estigmatização ligado ao VIH.
2	Apoio às iniciativas de solidariedade comunitária a favor das PVVIH e dos OCV	Implementar um mecanismo de iniciativa das pessoas moral e fisicamente fortes, para amparo dos OCV ;
		Advogar junto às famílias para o acolhimento das OCV

Alvo

- ✓ PVVIH e OCV
- ✓ Equipas Distritais
- ✓ Famílias

Actores de implementação

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais;
- ✓ Organizações patronais ;
- ✓ Ministério das Finanças e Cooperação Internacional;
- ✓ Instituições de micro finanças (IMF);
- ✓ Sector privado ;
- ✓ Organizações da sociedade civil e ONGs.

**Domínio de intervenção prioritario 3.2.2 : Protecção jurídica das PVVIH , dos OCV , pessoas afectdas e outras minorias**

Produto :

- ✓ Existência de uma política nacional sobre a protecção e suporte dos OCV
- ✓ Instrumentos de protecção e promoção dos direitos das PVVIH e dos OCV disponíveis

Indicador:

- ✓ Existência de um quadro jurídico de protecção dos direitos e deveres das PVVIH
- ✓ Existência de Instrumentos de protecção e promoção dos direitos das PVVIH e dos OCV

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Desenvolvimento de um ambiente jurídico favorável face às PVVIH	Assegurar a advocacia para a implementação de um quadro legislativo de protecção dos direitos e deveres das PVVIH e dos OCV
		Difundir as leis sobre os direitos e deveres das PVVIH e pessoas afectadas
		Organizar campanhas de luta contra as práticas discriminatórias e estigmatizantes
2	Maior envolvimento das PVVIH	Promover a inserção profissional das PVVIH desde que tenham competências e qualificações

Alvos

- ✓ PVVIH
- ✓ Pessoas afectadas

Actores de implementação:

- ✓ Ministério de Saúde e Assuntos Sociais Ministério Justiça e Ordem Interna
- ✓ Assembleia Nacional
- ✓ Associação das PVVIH
- ✓ Sindicatos de luta pela protecção dos direitos humanos, ONG, associações

#### **EIXO 4 : APROPRIAÇÃO DA LUTA CONTRA O VIH PELO CONJUNTO DOS ACTORES**

No decurso do período da implementação do plano estratégico anterior, houve a apropriação por alguns actores (parceiros, ONGs ...) contudo, os resultados ficaram aquém das expectativas.

A implicação do sector público e privado, das Autarquias locais, das organizações da sociedade civil, das confissões religiosas quanto à resposta nacional face ao VIH e SIDA, merece ser reforçado no quadro da multissectorialidade, através de uma parceria activa e durável no domínio da prevenção do VIH e do manejo das pessoas infectadas e afectadas.

##### **Objectivo estratégico 4**

**Contribuir daqui à 2017, pela melhoria da apropriação da luta contra o VIH e o SIDA pelos diferentes sectores/ actores da vida nacional.**

##### **Impactos**

*- As acções dos diferentes sectores/ actores na luta contra o VIH e o SIDA são boas, sinérgicas e consolidadas.*

##### **Resultados esperados e domínios de intervenção prioritários**

- A implicação das instituições do sector público, das empresas público-privadas, do sector informal, do sector comunitário e as Autarquias locais sejam aumentadas entre 2013 e 2017.
  - Reforço da implicação do sector público na resposta ao VIH e SIDA
  - Reforço da implicação do sector privado (formal e informal) na luta contra o VIH e SIDA
  - Reforço da implicação das Autarquias locais na resposta ao VIH e SIDA
  - Integração do VIH nos projectos e programas de desenvolvimento
  - Reforço da implicação das organizações de base comunitárias e confissões religiosas

**Resultado 4.1:** A implicação das instituições do sector público, das empresas público-privada, do sector informal, do sector comunitário e das Autarquias locais sejam aumentados entre 2013 e 2017

**Domínio de intervenção prioritário 4.1.1:** Reforço da implicação do sector público na resposta ao VIH e SIDA

Produto :

- ✓ Instituições do sector público e Autarquias implicadas nas actividades de luta contra o VIH

Indicador:

- ✓ Proporção de Instituições implicadas nas actividades de luta contra o VIH ultrapassa 80%, até à 2017
- ✓ Número de Ministerios implicados nas actividades de luta contra o VIH

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Melhoria da implementação das actividades de luta contra o VIH	Reforçar as capacidades dos actores em planification, seguimento e avaliação
		Elaborar/ actualizar e implementar os planos de acções sectoriais
2	Desenvolvimento dos mecanismos de perenização e de apropriação da luta no sector público	Implementar um mecanismo de mobilização dos recursos para o financiamento dos planos de acções sectoriais contra o VIH
		Desenvolver advocacia para redinamizar a liderança ao nível da administração pública
		Guiar, conduzir a advogar para a inscrição de linha orçamental para a luta contra o VIH no orçamento das estruturas públicas.

Alvos

- ✓ Ministerios
- ✓ Autarquias
- ✓ Sector publico e privado
- ✓ ONGs
- ✓ Comunidades

Actores de implementação

- ✓ Ministerios

**Domínio de intervenção prioritário 4.1.2 : Reforço da implicação do sector privado (formal e informal) na luta contra o VIH**

Produto:

- ✓ Existência da política de luta contra o VIH no mundo do trabalho
- ✓ Maior envolvimento do sector privado nas acções de luta contra VIH (integração nos seus planos de acção)

Indicador

- ✓ 80% das empresas integrando nos seus planos de acção, actividades de luta contra VIH
- ✓ Número de estruturas do sector privado na implementação de actividades de luta contra o VIH
- ✓ Existência de um quadro de concertação dos actores do sector privado

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Promoção da parceria Público-Privada (PPP) para mobilizar os recursos financeiros	Identificar as oportunidades de parcerias PP e as operacionalizar
2	Melhoria da coordenação e seguimento da luta no seio do sector privado	Elaborar uma política de luta contra o VIH no mundo laboral
Implementar uma plataforma de coordenação da resposta do sector privado		
Assegurar o seguimento e a avaliação da resposta no sector privado		
Desenvolver as parcerias com os outros sectores (Saúde, Sociedade Civil/ Associação, PVVIH...)		

Alvos

- ✓ Empresas
- ✓ Organizações do sector informal
- ✓ Organizações dos Empregadores,
- ✓ Organizações dos trabalhadores

Actores de implementação

- ✓ Ministerios afins
- ✓ Sector formal
- ✓ Sector informal (cooperativa, grupos dos produtores, associações e organizações sindicais do sector informal)

**Domínio de intervenção prioritário 4.1.3 : Reforço da implicação das Autarquias na resposta ao VIH**

Produto:

- ✓ Maior envolvimento das Autarquias na implementação de planos de acção/ actividades de luta contra o VIH até 2017

Indicadores:

- ✓ 100% dos distritos implementam os planos de acção/ actividades de luta contra o VIH até 2017

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Implicação dos distritos na luta contra o VIH e SIDA	Envolver o poder local nas equipas distritais de luta contra o VIH e SIDA
Apoiar o funcionamento das equipas distritais		
Elaborar planos de acção distritais para a luta contra o VIH e SIDA		
Reforçar as capacidades das equipas distritais visando o desenvolvimento das actividades de luta contra o VIH e SIDA		

Alvos

- ✓ Distritos e Autarquias Comunidades

Actores de implementação

- ✓ Distritos
- ✓ Autarquias Ministérios afins

**Domínio de intervenção prioritário 4.1.4 : Integração do VIH nos projectos e programas de desenvolvimento**

Produto:

- ✓ Projectos/programas de desenvolvimento integrando componentes de luta contra o VIH, até 2017

Indicador:

- ✓ 50% dos projectos/ programas de desenvolvimento integram componentes de luta contra o VIH, na sua estruturação até 2017

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1º	Integração do VIH nos projectos/programas	Advocar para a integração da componente de luta contra o VIH nos projectos/programas e a mobilização dos recursos próprios
		Reforçar as capacidades dos actores sobre a implementação, o seguimento e o relatório das actividades de luta contra o VIH dos projectos/programas.

Alvo

- ✓ Projectos e programas

Actores de implementação

- ✓ Ministerios afins Sector privado e público
- ✓ Distritos
- ✓ Autarquias

**Domínio de intervenção prioritário 4.1.5: Reforço de implicação, das Organizações da sociedade civil, organizações comunitárias e confissões religiosas**

Produto:

- ✓ O sector comunitário e outros dispõe das capacidades técnicas e operacionais suficientes para sustentar uma resposta eficaz à SIDA no decorrer do período de 2013-2017.

Indicadores:

- ✓ 50% das confissões religiosas implementam actividades de luta contra o VIH
- ✓ Número das estruturas comunitárias reforçadas
- ✓ Proporção dos distritos sanitários que dispõem de estruturas comunitárias funcionais
- ✓ Proporção das OSC implementando as actividades de luta contra o VIH
- ✓ Número de parcerias estabelecidas entre as ONGs e outros actores

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço das capacidades das Organização da Sociedade Civil (OSC) na luta contra o VIH e SIDA	Reforçar as capacidades das OSC no desenvolvimeto das actividades específicas de prevenção, manejo de casos, suporte, planificação e seguimento da luta contra o VIH e SIDA
2	Reforço da planificação, seguimento e avaliação ao nível comunitário	Reforçar as capacidades dos actores no domínio da planificação e do seguimento Implementar um sistema de seguimento, avaliação e informação ao nível comunitário Elaborar, reproduzir e disponibilizar o manual de boas práticas, produção e utilização de informação estratégica ao nível comunitário
3	Reforço da governação e da parceria com os outros sectores de implementação	Reforçar as capacidades das OSC em gestão Criar e promover as redes de organização da sociedade civil

Alvos

- ✓ Confissões religiosas
- ✓ Organizações comunitárias e a sociedade civil (ONG, OBC, associações....)

Actor de implementação

- ✓ Confissões religiosas
- ✓ Ministérios
- ✓ Estruturas comunitárias (OSC, cooperativas, associações...)

## EIXO 5 : REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE

A reforço do sector da saúde constitui um dos pilares da resposta ao VIH. Tendo em conta o seu papel primordial, este sistema merece estar reforçado, dentro das metas a atingir, sustentando o esforço da resposta para o Acesso Universal à prevenção, aos cuidados e ao tratamento. Este reforço visa a prestação de serviços de qualidade.

### Objectivo estratégico 5

**Contribuir até 2017, para reforçar o sistema de saúde através do reforço de acções de luta contra as IST's o VIH e SIDA**

### Impacto

- o sector saúde dispõe de técnicas, operacionais e logísticas suficientes para assegurar uma resposta eficaz ao VIH e SIDA, até 2017.

### Resultados esperados e domínios prioritários

- 100% dos Distritos Sanitários implementam kits completos, integrados e acessíveis, para serviços de qualidade de luta contra o VIH e SIDA com vista ao Acesso Universal à prevenção, tratamento, cuidados e protecção.
  - Melhoria dos diferentes pilares do sistema de saúde

- **Resultado 5.1** : 100% dos Distritos Sanitários implementam em kits completos, integrados e acessíveis, para serviços de qualidade de luta contra o VIH e SIDA com vista ao acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e protecção.

**Domínio de intervenção prioritário 5.1.1** : Melhoria dos diferentes pilares do sistema de saúde

Produto :

- ✓ O sistema de saúde é reforçado através desses pilares e permite uma boa resposta na luta contra o VIH e SIDA.

Indicador

- ✓ Número de distritos sanitários dispendo de kits completos de luta contra o VIH
- ✓ Número de pessoal formado (por categoria)
- ✓ Números de sítios de TARV
- ✓ Número de sítios de PTME
- ✓ Número (%) de unidades sanitárias que oferecem os serviços de TARV tendo tido reportado uma ruptura de stock de mais de uma semana
- ✓ Existência de uma política de gratuidade dos cuidados para as PVVIH
- ✓ % de orçamento nacional alocado à luta contra o VIH e SIDA
- ✓ Existência de um plano da saúde para a luta contra o VIH

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da prestação dos serviços	Reabilitar as infra-estruturas
		Equipar as unidades sanitarias e assegurar a logística necessária
2	Reforço e desenvolvimento dos recursos humanos	Desenvolver os mecanismos para o reforço das capacidades dos recursos humanos visando melhorar a oferta dos cuidados de saúde
		Desenvolver os mecanismos para melhoria das condições gerais e a motivação dos RH
3	Reforço do sistema de aprovisionamento em produtos médicos e outros equipamentos tecnológicos	Desenvolver os mecanismos de melhoria das políticas, normas, directrizes e regras para a compra de medicamentos e outros produtos de base
		Elaborar os planos de aprovisionamento dos consumíveis
		Reforçar as capacidades dos actores e das estruturas para a gestão e logística dos consumíveis
4	Melhoria do sistema de financiamento da saúde	Elaborar e implementar a política de acesso gratuito aos serviços de base relativo ao VIH/Sida

Alvos:

- ✓ Programa Nacional de Luta contra SIDA
- ✓ Distritos Sanitários
- ✓ Estruturas sanitárias privadas incluindo as confissões religiosas

Actores de implementação:

- ✓ Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais
- ✓ Ministerios afins
- ✓ Confissões religiosas

## **EIXO 6 : INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA**

Tendo em conta o perfil epidemiológico e o nível de implementação das actividades, os actores operacionais e os gestores do programa terão necessidade de uma informação estratégica de qualidade e utilizável. No decorrer do período de 2013-2017, o PEN prevê o reforço do dispositivo actual de produção de informação estratégica de qualidade, para uma tomada de decisões eficazes.

Este dispositivo permitirá:

- Obter informações das intervenções programadas por diferentes actores;
- Obter informações dos níveis de mobilização e de utilização dos recursos;
- Documentar os resultados obtidos através dos dados das diferentes intervenções em termo de utilização e de qualidade dos serviços ofertados;
- Documentar os efeitos do impacto ao nível da população em geral e das pessoas afectadas em particular.

### **Objectivo estratégico 6**

Contribuir até 2017 para a melhoria da produção, utilização e gestão da informação estratégica no domínio da luta contra as IST's, VIH, e SIDA e;

### **Impacto**

- A resposta dos actores em relação ao VIH e SIDA é guiada pela disponibilidade de informação estratégica de qualidade no decorrer do período de 2013-2017.

### **Resultados esperados e domínios de intervenção prioritários**

- Todos os dados epidemiológicos sobre as IST, o VIH, e SIDA, as IO e a co-Infecção são disponíveis e de qualidade
  - Reforçar a vigilância epidemiológica, comportamental e de resistência aos ARVS;
  - Promover a investigação no domínio do VIH
- Ao fim de cada ano, 95% dos dados programados, produzidos, serão de qualidade e disponíveis
  - Reforçar o seguimento e a avaliação das intervenções (dados programados)
  - Reforçar a supervisão, o controle da qualidade e da utilização dos dados

**Resultado 6.1 :** Todos os dados epidemiológicos sobre as IST's o VIH e SIDA, , as IO e a co-infecção são disponíveis e de qualidade

**Domínio de intervenção prioritário 6.1.1 :** Reforço da vigilância epidemiológica, comportamental e de resistências aos ARVs

Produto:

- ✓ Os dados de vigilância das IST's, do VIH e SIDA , das IO e da co-infecção na população em geral e nos grupos específicos, assim como as informações sobre a resistência e os efeitos indesejáveis aos ARV, são disponíveis.

Indicadores

- ✓ Taxa de cumprimento e prontidão dos relatórios dos inquéritos de vigilância epidemiológicas das IST do VIH, , das IO e co-infecções;
- ✓ Taxa de cumprimento e prontidão dos relatórios de notificação dos casos das IST, do VIH , e SIDA, das IO e da co-infecções;
- ✓ Número de sítios sentinela efetuando a sero-vigilância segundo as normas.

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da vigilância sentinela do VIH	Realização de estudo sentinela
		Validar e difundir relatórios de vigilância sentinela
		Realizar as avaliações periódicas do sistema de vigilância sentinela
2	Reforço da vigilância das IST's, do VIH e SIDA, , das IO e da co-infecção	Reforçar a todos os níveis as capacidades das pessoas implicadas na vigilância e na gestão dos dados
		Actualizar e difundir os instrumentos de colecta de dados, para as estruturas comunitárias, públicas e privadas, implicadas na prevenção, no médico e na despiagem do VIH
3	Reforço da vigilância comportamental	Realizar periodicamente inquéritos comportamentais ligados à serologia
4	Reforço da vigilância das resistências e dos efeitos colaterais dos ARVs	Implementar um observatório sobre as resistências e os efeitos colaterais dos medicamentos (farmaco-vigilância dos ARV e medicamentos contra as infecções oportunistas; revisão periódica do protocolo de vigilância da sensibilidade dos germes)
		Fazer inquéritos para o seguimento dos Indicadores de Alerta Precoce (IAP), à emergência da resistências (primárias secundárias) aos ARV

Alvos

- ✓ Ministério da Saúde e Assuntos Sociais PVVIH
- ✓ Estruturas de investigação

Actores de implementação

- ✓ Programa Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Instituto Nacional da Estatística ;
- ✓ Universidades ;
- ✓ Laboratórios de referência;
- ✓ ONG/Associações ;
- ✓ Unidades sanitárias públicas, privadas incluindo as das confissões religiosas e estruturas comunitárias.

**Domínio de intervenção prioritário 6.1.2 : Promoção da investigação no domínio do VIH**

Produto :

- ✓ A investigação sobre o VIH é coordenada e responde às necessidades da Comissão Nacional de Luta Contra SIDA (CNLS), 2013-2017.
- ✓ Inquéritos e Estudos realizados sobre a vigilância epidemiológica e comportamental relativos ao VIH e SIDA
- ✓ Melhoria da quantidade e da qualidade de dados bem como dos conhecimentos sobre a situação global do VIH e SIDA no país

Indicador

- ✓ Existência de um plano de investigação sobre as ISTs, o VIH, e SIDA, as IO e a co-infecção
- ✓ Existência de um base de informação estruturada agregando os dados e resultados decorrentes das investigações, estudos e inquéritos
- ✓ Número de Inquéritos e Estudos realizados sobre o VIH e SIDA

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Desenvolvimento de uma plataforma para a investigação sobre o VIH	Identificar os actores potenciais implicados na investigação sobre o VIH e SIDA;
		Desenvolver as parcerias com as instituições de investigações, incluindo a medicina tradicional;
2	Elaboração e implementação de uma agenda de investigação sobre o VIH	Elaborar um plano de investigação sobre as IST o VIH, as IO e a co-infecção
		Reforçar as capacidades dos actores e estruturas (laboratórios, estruturas de investigação...) implicadas na investigação e na realização de inquéritos e estudos sobre o VIH e SIDA.
3	Valorização dos resultados da investigação sobre o VIH e SIDA	Assegurar a disseminação dos resultados da investigação sobre o VIH

Alvos

- ✓ Ministerio da Saúde e dos Assuntos Sociais
- ✓ Populações alvo
- ✓ Estruturas implementando actividades de luta contra o VIH

Actores de implementação

- ✓ Ministerio da saúde e dos Assuntos sociais

- ✓ Ministérios afins
- ✓ Universidades
- ✓ Instituições de investigação
- ✓ Estruturas implementando actividades de luta contra o VIH

**Resultado 6.2 :** Até o fim de cada ano, 95% dos dados programados produzidos são de qualidade.

**Domínio de intervenção prioritário 6.2.1 :** Reforço do seguimento e avaliação das intervenções

Produto:

- ✓ Melhoria da prontidão e da exactidão dos relatórios das IST's, do VIH e SIDA, das IO e da Co-infecção, até 2017.

Indicador

- ✓ 100% dos dados de rotina completos e disponibilizados no prazo, até 2017
- ✓ Proporção de indicadores actualizados com base nos dados de rotina
- ✓ Número de investigação/avaliação de programa/projecto realizado

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Melhoria da produção dos dados	Reforçar as capacidades das unidades de seguimento e avaliação do Programa Nacional de Luta contra o VIH e SIDA e de outros sectores em recursos humanos, técnicos, materiais e infraestruturas
		Actualizar e pôr à disposição os instrumentos de colecta de dados
		Assegurar a supervisão com vista à melhoria da qualidade dos dados
2	Melhoria da produção dos relatórios nos diferentes níveis, com prontidão e completos	Avaliar o sistema nacional de seguimento e avaliação
		Implementar um sistema de seguimento da produção e da reportagem dos dados de informação estratégica
3	Melhoria da o monitorização e avaliação das intervenções de luta contra o VIH e SIDA	Avaliação ao meio percurso do Programa Nacional de Luta contra o SIDA

Alvos

- ✓ Programa Nacional de Luta contra o VIH e SIDA
- ✓ Unidades sanitárias
- ✓ Estruturas privadas e comunitárias (ONG, OBC, associações...),

Actores de implementação

- ✓ Programa Nacional de Luta contra o VIH e SIDA
- ✓ Unidades Sanitarias
- ✓ Estruturas de coordenação dos sectores, privado e comunitário

**Domínio de intervenção prioritário 6.2.2 : Reforço da supervisão, do controle da qualidade e da utilização dos dados**

Produto:

- ✓ Os dados produzidos em todos os níveis são de qualidade

Indicadores

- ✓ Número de supervisões realizadas
- ✓ Existência de um plano de segurança da qualidade dos dados

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da supervisão de rotina	Elaborar/actualizar e difundir as directrizes de supervisão das actividades e de colecta dos dados a todos os níveis
		Difundir as directrizes para a supervisão das actividades de colheita dos dados ao nível dos distritos
		Reforçar as supervisões e a retro informação
2	Desenvolvimento e implementação de um plano de segurança da qualidade dos dados	Elaborar e implementar um plano de segurança da qualidade dos dados
		Reforçar as capacidades dos actores implicados na colectas dos dados
		Melhorar o arquivo e a colheita, controlo e a validação de dados
3	Reforço da disseminação e da utilização dos dados	Desenvolver um modelo padronizado para a elaboração dos relatórios
		Produzir os documentos de advocacia a partir os dados disponíveis sobre a resposta ao SIDA
		Realizar encontros anuais de restituição de dados aos parceiros, pelo CNLS

Alvos

- ✓ Programa Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Unidades de seguimento e avaliação dos diferentes sectores
- ✓ Ministérios afins
- ✓ Estruturas privadas, comunitárias (ONG, OBC, associações...), confissões religiosas

Actores de implementação

- ✓ Ministerio de Saude e Assuntos Sociais
- ✓ Estruturas de coordenação dos sectores público, privado e comunitário incluindo aas cofições religiosas
- ✓ Unidades de seguimento e avaliação dos diferentes sectores

## **EIXO 7 : COORDENAÇÃO, PARCERIA E GESTÃO**

O desenvolvimento da parceria e da coordenação favorecem a multisectorialidade, assim como a implicação do conjunto dos actores. No decorrer do período de 2013-2017, a parceria com o sector público, privado e as organizações da sociedade civil, será reforçada, bem como os os recursos humanos e suas competências.

Com vista a assegurar o sucesso da implementação do PEN de 2013-2017, um acento particular será dado à mobilização dos recursos nacionais e internacionais. Ao nível nacional, as alavancas serão accionadas para que haja mecanismos inovadores de financiamento. Em matéria de gestão, os princípios de uma boa governação e de gestão baseada sobre os resultados serão utilizados.

Aplicação do princípio dos *Three Ones (três um)* e a Declaração de Paris. Isso trata-se de reforçar os mecanismos nacionais de coordenação e de desenvolver a concertação com os parceiros com vista a reforçar a apropriação, o alinhamento, a harmonização, a gestão baseada nos resultados e responsabilidade mútua. A experiência de fundo comum no quadro da saúde, inspirará a luta contra o VIH e SIDA.

### **Objectivo estratégico 7**

**Contribuir daqui até 2017 para a melhoria da coordenação multisectorial, a parceria e a gestão da luta contra as IST, o VIH e SIDA.;**

### **Impacto**

No decorrer do período 2013-2017, os mecanismos nacionais de coordenação e de concertação com os parceiros são reforçados, com vista à apropriação, alinhamento, harmonização, gestão baseada nos os resultados e responsabilidade mutua.

### **Resultados esperados e domínios de intervenção prioritários**

- A coordenação e a gestão do programa são melhoradas
  - Reforço das capacidades organizacionais e institucionais das estruturas de coordenação,
  - Reforço da coordenação multi parceria
- Pelo menos 80% dos recursos necessários são mobilizados para a implementação do PEN
  - Reforço da parceria nacional, sub-regional e internacional
  - Reforço da mobilização dos recursos

- **Resultado 7.1** : A coordenação e a gestão do programa são melhorados

**Domínio e intervenção prioritário 7.1.1** : Reforço das capacidades organizacionais e institucionais das estruturas de coordenação

Produto:

- ✓ Reforço das capacidades técnicas e organizacionais das estruturas de coordenação, de gestão e de execução permitindo a implementação das actividades de resposta e assegurar a coordenação das intervenções

Indicadores

- ✓ Número de reuniões realizadas em todos os níveis e com o Comité Nacional de Luta contra o SIDA,
- ✓ Nível de execução das recomendações/resoluções tomadas no decorrer das reuniões

Nº	Estratégia	Ações prioritárias
1	Reforço do dispositivo de coordenação dentro do quadro da multi-sectorialidade	Organizar encontros e trocas regulares de informação entre os diferentes parceiros

Alvos

- ✓ Estruturas de coordenação e de execução

Actores de implementação

- ✓ Programa Nacional de Luta contra SIDA
- ✓ Ministerios afins
- ✓ Estruturas de coordenação

**Domínio de intervenção prioritária 7.1.2** : Reforço da coordenação multiparceria

Produto :

- ✓ Sob a coordenação do Comité Nacional de Luta contra o SIDA, todos os actores implicados na luta se alinham às orientações do PNLs.

Indicadores:

- ✓ Número de ministérios que tenham uma célula de coordenação funcional
- ✓ Número de encontros anuais do Comité Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Nível de aplicação dos ``Three Ones`` de la Déclaration de Paris e dos planos operacionais
- ✓ Numero de encontros de coordenação com os parceiros, realizados

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da coordenação nacional de resposta ao VIH	Assegurar/realizar com regularidade os encontros estatutários do Comité Nacional de Luta contra o SIDA
		Reactivar o CNLS e reorganizar o Secretariado Executivo
		Reforçar as capacidades dos membros do secretariado executivo
2	Reforçar a coordenação comunitária	Reforçar as capacidades dos actores da sociedade civil em matéria de coordenação

Alvo:

- ✓ Estruturas de coordenação, de gestão e de execução : comunitária, pública, privada e dos parceiros técnicos e financeiros (PTF)

Actores de implementação:

- ✓ Comité Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Estruturas de coordenação : comunitária, pública, privada, confissões religiosas e das PTF

**Domínio de intervenção prioritária 7.1.3 : Reforço da parceria nacional, sub-regional e internacional**

Produto:

- ✓ Os acordos, convenções de parceria e trocas entre os diferentes intervenientes são aumentados

Indicadores:

- ✓ Número de parcerias operacionais estabelecidas
- ✓ Número de projectos multi-países desenvolvidos

Nº	Estratégia	Acções prioritárias
1	Reforço da parceria ao nível nacional e internacional	Reforçar a integração do VIH nos planos de desenvolvimento
		Implementar os quadros de trocas e de concertação ao nível dos distritos
2	Reforço da cooperação nacional e internacional	Participar nos encontros internacionais sobre o VIH

Alvos

- ✓ Estruturas comunitárias, públicas e privadas
- ✓ Artarquias
- ✓ Estruturas de coordenação nacionais
- ✓ Parceiros técnicos financeiros

Actores de implementação

- ✓ Comité Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Estruturas da sociedade civil, do sector privado e político

**Resultado 7.2** : no período de 2013-2017, os recursos mobilizados para a implementação do PEN serão atingidos em pelo menos 80% das necessidades totais

**Domínio de intervenção prioritário 7.2.1** : Reforço da advocacia para mobilização dos recursos ao nível nacional e internacional

Produto :

- ✓ O engajamento dos parceiros nacionais e internacionais para o financiamento é acrescido

Indicador

- ✓ Número de actores formados
- ✓ Número de advocacias realizadas
- ✓ Número de células de advocacias operacionais

Nº	Estratégia	Ações prioritárias
1	Reforço das capacidades dos actores da luta contra o SIDA em todos os sectores em matéria de advocacia	<p>Criar uma célula de advocacia, elaborar instrumento, conceber e implementar o respectivo plano</p> <p>Elaborar e implementar um plano de formação dos actores (célula de advocacia) em matéria de advocacia (Assistência Técnica Nacional)</p>

Alvos

- ✓ Actores da luta dentro de todos os sectores

Actores de implementação

- ✓ Comité Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Actores de luta em todos os sectores
- ✓ Parceiros técnicos e financeiros

**Domínio de intervenção prioritária 7.2.2** : Reforço da mobilização dos recursos

Produto :

- ✓ Em cada ano, os recursos financeiros mobilizados atinja pelo menos 80% das necessidades

Nº	Estratégia	Ações prioritárias
1	Reforço da implicação dos parceiros técnicos e financeiros na luta contra o SIDA	Fazer a advocacia para implicação dos parceiros técnicos e financeiros
2	Implementar os mecanismos de mobilização dos recursos	Desenvolver mecanismos inovadores de recursos financeiros ao nível nacional

Alvos

- ✓ Parceiros técnicos e financeiros
- ✓ Sector publico e privado

Actores de implementação

- ✓ Comité Nacional de Luta contra o SIDA
- ✓ Parceiros técnicos e financeiros
- ✓ Outros actores nacionais e sectores públicos, privados, comunitários, confissões religiosas

## VII. QUADRO INSTITUCIONAL E ORGANIZACIONAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN VIH e SIDA 2013-2017

### 7.1 Evolução e organização da luta contra o VIH

#### *Evolução da luta*

Com o aparecimento do primeiro caso de SIDA no mundo, no início da década de 80, o número de casos notificados não parou de aumentar, constituindo a primeira causa de mortalidade a nível do continente africano e a quarta a nível mundial.

Em São Tomé e Príncipe, o primeiro caso de infecção por VIH foi declarado em 1987, enquanto que o primeiro caso de SIDA foi diagnosticado em 1990. A partir desta data o Governo reconheceu oficialmente a existência desta pandemia no País. Criou-se o Programa Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA, com o objectivo de elaborar os planos operacionais anuais e bienais. Até 2005 o Programa contou sobretudo com o apoio técnico e financeiro da OMS e da UNICEF. Em 2004, com base nos 3 Princípios Internacionalmente conhecidos, foi elaborado o Plano Estratégico Nacional com uma vertente multisectorial.

A vontade política de lutar contra esta doença concretizou-se com a criação de uma estrutura única de coordenação em 2006, a Comissão Nacional de Luta Contra o SIDA –CNLS, chefiada ao mais alto nível (Presidente da República), e de um sistema único de seguimento e avaliação, cujo plano foi elaborado em 2005 tendo sido operacionalizado em 2007.

Em 2005 o Governo de S. Tomé e Príncipe beneficiou de um apoio financeiro do Fundo Global no valor de aproximadamente 1,2 milhões de dólares americanos, o que permitiu reforçar, em grande medida, as acções de luta contra o VIH E SIDA. De igual modo começou a contar-se com o apoio de outros parceiros nomeadamente, Brasil, Banco Mundial e Instituto Marques de Valle Flor/Portugal.

Nos últimos anos foram conseguidos alguns avanços importantes, nomeadamente, um maior conhecimento da epidemia (de natureza epidemiológica e sócio comportamental); estabelecimento de uma abordagem multisectorial e implementação de uma estratégia descentralizada; parcerias importantes com outros Ministérios, ONGs nacionais e estrangeiras; e uma grande mobilização da sociedade Santomense.

Com o desenvolvimento das acções de Luta Contra o SIDA foi constituída em 2008, e legalizada no início de 2009, a primeira Associação de Apoio às Pessoas que vivem com VIH E SIDA “ Apoio a VIHDA”, o que revelou um primeiro passo para o processo de apropriação e fortalecimento deste grupo, podendo trazer benefícios para a luta contra o VIH E SIDA em S. Tomé e Príncipe.

O Plano Estratégico de Luta Contra o VIH/SIDA, 2004-2008, foi revisto (avaliação a meio percurso) em 2007 com vista à integração dos objectivos do Acesso Universal à prevenção, cuidados e apoio.

## 7.2 Quadro institucional

A resposta Nacional à epidemia do SIDA implica todos os parceiros no quadro da multissetorialidade e da descentralização para intencificar a resposta nacional face à esta epidemia. Os diferentes determinantes de propagação do VIH e do impacto do SIDA, requer o engajamento das instituições públicas e privadas, da sociedade Civil, das organizações comunitárias e das pessoas que vivem com VIH, assim como os parceiros de desenvolvimento, numa sinergia de esforços bem organizados e coordenados, visando uma resposta eficaz. Esta resposta é orientada por um documento de política nacional aprovado pelo governo em 2004.

Para uma coordenação adequada, o Governo criou a CNLS, em 2005, presidida pelo Presidente da República e tem como o Vice Presidente o Ministro da Saúde.

Esta comissão integra vários parceiros de desenvolvimento multilateral e bilateral, Sociedade civil, PVVIH, Organizações Religiosas, vários Ministérios, nomeadamente Justiça, Saúde, Comunicação Social, Educação, Trabalho e Solidariedade, Defesa, ONGs entre outros e, prevê um secretariado executivo cuja função é coordenar, monitorizar e avaliar as acções, dos actores que participam na resposta ao VIH e o SIDA.

No entanto a ausência de financiamento para o funcionamento deste Secretariado tornou esta Comissão inoperante passando o Programa Nacional de Luta Contra o SIDA a encarregar-se da coordenação e do seguimento e avaliação. Mas, tendo em conta a escassez de recursos humanos e a devida atribuição do Programa, torna-se difícil e insuficiente assegurar a coordenação multissetorial.

A execução das acções ao nível dos distritos sanitários é assegurado pelas respectivas equipas distritais. As ONGs participam também na execução das acções, particularmente na componente preventiva. A execução concernente aos outros sectores públicos neste momento é praticamente inexistente.

A análise da situação e da resposta feita durante a revisão do Plano Estratégico 2004-2008 mostrou insuficiências ao nível da Coordenação.

A nível operacional o Programa de Luta Contra o VIH/SIDA (PNLS), está sob a tutela do Ministério da Saúde e sob a dependência directa do Centro Nacional de Endemias (CNE).

### Atribuições da CNLS

A Comissão Nacional de Luta Contra o SIDA tem por atribuição:

1. Elaborar as Políticas e o quadro estratégico em matéria de prevenção, manejo de caso; minimização do impacto negativo e pesquisa operacional;
2. Mobilizar de forma coordenada os recursos internos e externos necessários, zelar pela sua utilização racional, e assegurar a repartição equitativa dos mesmos aos diferentes sectores;
3. Suscitar e enquadrar a participação activa de todas as componentes da sociedade na luta contra a pandemia;
4. Garantir uma participação efectiva e eficaz de todos os parceiros .

## 7.3 Estrutura de execução

### 7.3.1 Sector público

Verifica-se no sector público varias categorias de actores com diferentes funções:

1. **Centros Distritais de Saúde** têm como função de: Despistagem do VIH, Diagnóstico clínico das IO, Profilaxia e tratamento das IO, Seguimento Clínico dos PVVIH sob ARV, Referência dos PVVIH, Hospitalização dos doentes SIDA, Despistagem e manejo das grávidas seropositivas (PTMF), Sítios Sentinela, Integração da PTMF nos serviços de saúde sexual e reprodutiva, Colheita de dados, Gestão dos medicamento, Realização de acções de CMC, Distribuição dos preservativos masculino e feminino, Equipa móvel de aconselhamento e Testagem Voluntária, Aprovisionamento e gestão de medimentos e outros consumíveis, Gestão de recursos (humanos, material e financeiro), Aprovisionamento dos postos de saúde em consumíveis, PPE, Spervisão, Monotorização e Avaliação.
2. **HOSPITAL DE REFERÊNCIA** tem como função de: Despistagem do VIH e da TB, Diagnóstico clínico e o manejo de caso das IO e da co-infecção TB/VIH, Profilaxia e tratamento das IO, Manejo de caso Médico incluindo o tratamento gratuito com os ARVs e manejo psicológico, Seguimento clínico dos PVVIH sob ARV, Hospitalização dos doentes com SIDA, Despistagem e tratamento das parturientas e dos recém-nascidos, Realização da cesariana programada das grávidas seropositivas, Aprovisionamento e gestão de medimentos e outros consumíveis, Despistagem do sangue dos doadores ( segurança transfusional), PPE, Gestão de recusus (humanos, material e financeiro).
3. **PNLS** tem como função de: Aprovisionamento de medicamentos e consumíveis para VIH aos hospitais e Centros de Saúde, Supervisão/ Avaliação das actividades, Formação sobre VIH e o SIDA, Compilação, análise dos dados e *feed back*, Gestão dos recursos (Humanos, Materiais e financeiros), Planificação das actividades de luta contra o VIH e o SIDA, Apoio técnico aos Centros de Saúde e hospitais e outros parceiros de implementação das acções, Coordenação dos parceiros que intervêm no âmbito da luta contra o SIDA, Confirmação do VIH, Contagem do CD4, Determinação da carga viral, Organização dos Sítios Sentinela, Coordenação das intervenções de luta contra o VIH e o SIDA, Análise e aprovação dos sub-projectos, Mobilização de recursos materiais e financeiros, Apoio à planificação distrital das actividades de luta contra o SIDA, Seguimento e Avaliação, Análise e acompanhamento dos sub-projectos, Orientação dos temas de sensibilização, Seguimento da evolução do stock central, Formação sobre a TB/VIH , Controlo de qualidade dos testes, Realização de Estudos sobre VIH e SIDA.

4. **Fundo Nacional de Medicamentos** tem como função de: Armazenamento de medicamentos e consumíveis, Gestão de Stock de medicamentos e consumíveis do VIH, Realização de supervisão de gestão de stock.
5. **PNSR:** Gestão e distribuição de preservativos, reagentes e consumíveis para os tem como função de centros distritais de saúde (CDS), Formação das parteiras de saúde reprodutiva, Realização de supervisão, monitorização e avaliação, Integração da PTMF nos serviços pré-natais.
6. **PNLT** tem como função de : Análise de dados, Despistagem, diagnóstico e tratamento da TB e VIH, Integração da composição do VIH dentro das CT e do CDT.
7. **Educação tem como função de:** CMC nas escolas, Formação de pares, Elaboração e produção de materiais de CMC, Instalação e seguimento dos centros de escuta e aconselhamento, Distribuição de preservativos.
8. **Defesa ( Forças Armadas)** tem como função de: CMC e ATV nas paradas militares, Participação nos Sítios Sentinela, Realização do estudos operativos no seio dos militares, Formação de pares, Abordagem de VIH na formação dos recrutas.
9. **Comunicação social** tem como função de: Divulgação de Spots, filmes e dramatizações, Realização de programas e reportagens sobre VIH e SIDA, Coberturas de eventos relacionados com VIH e SIDA,
10. **Associações (ONGs)** têm como função de: Mobilização comunitária, Participação nos estudos operacionais do VIH, Realização de ATV, Distribuição dos preservativos, Formação de pares e de activistas em VIH e SIDA, Concepção e produção de materiais de IEC, Realização de estudos operacionais, Distribuição da cesta básica aos doentes, Formação dos PVVIH em actividades geradoras de rendimento, Apoio aos órfãos, Campanha de doação benévola de sangue, Supervisão, monitorização e avaliação.
11. **Organizações Religiosas** têm como função de: CMC e despistagem junto aos crentes.

### 7.3.2 Sector privado

Os privados não constituem actores directos na luta contra o VIH e o SIDA mas apoiam financeiramente de forma pontual para a resposta da epidemia do VIH embora com pouca relevância.

1. **Clinicas Privadas** têm como função de: Realização de ATV, Distribuição de preservativos e desdobráveis, Encaminhamento dos PVVIH nos centros de seguimento.
2. **Empresas Privadas** têm como função de: Apoio financeiro pontual, Distribuição de preservativos e desdobráveis.

### 7.3.3 Parceiros bilaterais e multilaterais

**1. Os parceiros Bilaterais e Multilaterais** têm como função de: Apoio financeiro, Apoio medicamentoso, reagentes e consumíveis, Assistência técnica, Corredor internacional, Mobilização de recursos, Apoio no seguimento e avaliação, Coordenação.

## 7.4 Estratégia de implementação e seguimento e avaliação

### 7.4.1 Considerações gerais

O PEN 2013-2017 do PNLIS adoptou a abordagem de gestão baseada em resultados para a resposta nacional. Uma gestão baseada em resultados pressupõe três aspectos fundamentais: *medidas baseadas nos resultados, implementação baseada em resultados e planificação baseada em resultados*. Assim, o sistema de Seguimento e Avaliação (S&A) deve reforçar estes três princípios.

Importa sublinhar os desafios persistentes na componente de S&A que incluem:

- (i) A maior parte de indicadores de execução (insumo, processo e produto) ainda não possui linhas de base, o que dificulta o processo de monitorização;
- (ii) A falta de dados para o cálculo de alguns indicadores, especialmente aqueles relativos as populações em alto risco e intervenções comunitárias como é o caso de cuidados domiciliários, apoio psicossocial e assistência técnica comunitário;
- (iii) Ausência de uma base de dados sustentável e durável;
- (iv) Carência de mecanismos de apoio ao técnico responsável pela recolha de dados, o que limita a quantidade e a qualidade da informação epidemiológica;
- (v) Fraco envolvimento dos múltiplos actores integrados na resposta nacional ao VIH e SIDA, no que concerne à recolha, partilha e processamento de dados de S&A que devem alimentar um sistema nacional único de S&A;
- (vi) Fraca colaboração dos diversos parceiros nacionais e internacionais em reportar regularmente de acordo com a periodicidade estabelecida, além da

fraca coordenação de actividades entre os sectores originando a verticalização e duplicação de esforços.

As prioridades estratégicas nesta componente são: (i) A elaboração do plano de Monitoria e Avaliação multisectorial orçamentado para o período 2013-2017 terá indicadores baseados nos padrões nacionais e internacionais que permitirão a quantificação dos resultados esperados no PEN de 2013-2017; (ii) O mapeamento de dados que alimentem os indicadores, partindo das linhas de base e se necessário condução de estudos de base e recolha de dados suficientemente abrangentes; (iii) Avaliação das actividades do PEN 2013-2017; avaliação a meio percurso a ser efectuada no trimestre 4 de 2015, incluindo a adequação ao novo quadro de investimento recomendado pelo ONUSIDA e uma avaliação global no final dos cinco anos (2017) da implementação das actividades do PEN; (iv) A coordenação com o INE para harmonizar os períodos dos inquéritos de vigilância epidemiológica e comportamental populacional (como o IDS e MICs) de modo a servirem de meios para reforçar a avaliação de meio-termo e final do PEN; (v) A estruturação e harmonização da cadeia funcional da componente de monitoria permitindo uma fluida intercomunicação entre os intervenientes/SB para alimentar o sistema de S&A; (vi) As acções de formação, acompanhamento e de supervisão para garantir uma avaliação objectiva dos progressos e constrangimentos da resposta, permitindo a adopção de medidas correctivas apropriadas e oportunas; (vii) A promoção de avaliação intermédia que permita actualizar e redireccionar as intervenções; (viii) A definição de um mecanismo que obrigue a todos os actores (de coordenação e de implementação) da resposta nacional a prestar informação programática e financeira das acções da resposta nacional; e (xix) A elaboração de um plano de fortalecimento dos mecanismos de captação e reporte de dados do VIH e SIDA em todos os sectores, destacando os sectores chave (multisectorial: saúde, educação, mulher e acção social, juventude e defesa) e redes de organizações da sociedade civil, dada a sua potencialidade de abrangência e cobertura nos serviços providenciados.

#### 7.4.2 Pesquisa Operacional

A pesquisa operacional constitui uma componente importante para o reforço das áreas prioritárias do presente plano. Ela é um mecanismo para informar o processo de tomada de decisão e orienta para uma adequada planificação das intervenções de resposta. Uma resposta sistemática ao VIH e SIDA requer um processo sistemático de produção e utilização de conhecimento, orientado à busca de soluções mais adequadas ao perfil da epidemia. O enfoque estratégico para a componente de pesquisa deverá estar voltado para promover uma pesquisa-acção e/ou utilitária que permita entender diferentes configurações da epidemia e permitir o aperfeiçoamento das intervenções; uma pesquisa que evidencie o impacto do VIH e SIDA documentando tendências, determinantes e populações de risco e experiências de respostas para que as instituições usem no desenvolvimento de programas.

De forma geral, a implementação do PEN 2013-2017 deverá ser baseado em evidências que serão sustentadas pelos resultados decorrentes de pesquisas efectuadas. No entanto para que

tal aconteça é necessário que se reconheça a transversalidade da pesquisa como ferramenta de planificação e validação das intervenções; que se invista na massificação de mecanismos que permitam a partilha e utilização do conhecimento; que se estabeleça, através do CNE e do SIS redes de partilha de informação, conhecimento produzido no âmbito da implementação e operacionalização de intervenções direccionadas ao VIH e SIDA; facilitar, através do PEN 2013-2017 o diálogo para a promoção, disseminação e utilização do conhecimento desenvolvido no âmbito da resposta nacional para fundamentar intervenções; facilitar a alocação de recursos para a pesquisa operacional no contexto de programas de mudança comportamental e social para compreender o que funciona e resultados de mudança comportamental; e continuar a promover coordenação, financiamento e capacitação da pesquisa através do Programa Nacional de Pesquisa em VIH e SIDA.

#### 7.4.3 Abordagem da Comunicação

A abordagem da comunicação deverá, em termos operacionais, assentar na observância das seguintes prioridades e princípios: Orientar as estratégias projectadas através de mensagens voltadas a construção de novos valores sociais e para a adopção de comportamentos seguros; Dinamizar a comunicação usando línguas locais e envolvendo figuras locais, incluindo as testemunhas dos PVVIH e das pessoas com comportamento de risco, conciliando o uso dos diferentes instrumentos linguísticos disponíveis para a correcta localização das mensagens e públicos-alvo; Combinar, adequadamente, o uso da comunicação interpessoal e comunicação de massa nas intervenções de comunicação; Reforçar as capacidades das instituições do sector privado, sociedade civil e actores comunitários em conceber e implementar programas de comunicação adequados às suas necessidades.

Uma comunicação efectiva deve basear-se em pressupostos que explicam como a cultura e as normas sociais determinam o comportamento humano e como este pode ser afectado pela comunicação interpessoal e de massas; basear-se em pesquisas formativas sobre *os grupos-alvo* para a adequação das mensagens; utilizar os canais de comunicação apropriados para objectivos específicos; incluir a participação dos beneficiários, quer no desenho como na pré-testagem, apropriação e utilização das mensagens e materiais de comunicação, indo de encontro aos objectivos estratégicos definidos em cada um dos pilares do PEN 2013-2017.

Estes elementos deverão estar inseridos de forma exaustiva no *Plano de Comunicação* a ser elaborado no quadro das actividades do PEN 2013-2017. Ter em conta que o Plano de Comunicação deve conter os diversos padrões de comportamento da epidemia e a comunicação deverá ser estruturada, estratégica e sistemática, para produzir efeitos que conduzam a mudanças de comportamento.

As tabelas que seguem contêm os principais **Indicadores** bem como os respectivos **objectivos** e **metas** para o Seguimento e Avaliação das actividades previstas no âmbito do presente Plano Estratégico Multisectorial de Luta contra o VIH e SIDA

7.4.4 Matriz dos Indicadores de Seguimento e Avaliação

Indicadores S&A: Tabela 1

Domínio de intervenção prioritária	Indicadores	Valor de base	Ano de Base	Fonte de verificação	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017
1.1.1 : Comunicação para a mudança de comportamento	Proporção de pessoas de 15 a 49 anos (Homens e mulheres) possuindo todos os conhecimentos exactos sobre os meios de prevenir os riscos de transmissão sexual do VIH e que rejeitam as principais ideias falsas concernentes à transmissão do vírus (OMD)	77% (mulheres) 82% (homens)	2009	IDS	N/A	75%	N/A	N/A	80%
	Proporção de escolas e estruturas de formação que tenham incluído o ensinamento relativo ao VIH nos programas de preparação para a vida activa no decurso do último ano escolar (UNGASS).								95%
1.1.2 : Promoção da utilização correcta do preservativo (masculino e feminino).	Proporção de pessoas de 15 a 49 anos (homens e mulheres) que tenham tido mais que um parceiro sexual no decurso dos últimos 12 meses e que declaram ter utilizado um preservativo na sua última relação sexual;								50%
	Cobertura nacional em necessidade de preservativos;								>85%
1.1.3 : Prevenção e manejo de casos das IST	Número de casos das ISTs diagnosticados e tratados segundo as normas (por sexo , faixa etária e tipo)								100%
1.1.4 : Promoção da circuncisão masculina	Prevalência da circuncisão masculina ;	N/A		MICS 5					20%
	Proporção das crianças de sexo masculino, menores de 5 anos, circuncidados ;								40%
	Proporção dos jovens de sexo masculino de 15-24 anos circuncidados								25%
1.1.5 : Reforço da prevenção do VIH em direcções aos grupos vulneráveis face ao VIH	Percentagens dos jovens que tenham efectuados os testes de despistagem (rapazes e raparigas);								80%
	Taxa de utilização dos preservativos na última relação sexual de risco nos jovens de 15 à 24 anos (rapazes e raparigas);								73%
	Percentagem das escolas que integram o conteúdo de SSR, IST e VIH nos curriculos escolares								95%
	Percentagem dos homens uniformizados conhecendo o seu estado serológico de VIH, nos últimos 12 meses;	N/D							50%
	Percentagem da população encarcerada que tenha conhecimento do VIH;	N/D							80%
	Proporção dos presos tendo feito o teste de despistagem do VIH;								
	% das populações móveis que têm conhecimento correcto do VIH ;	N/D							90%
1.1.6 : Reforço da prevenção do VIH direccionada aos grupos mais expostos ao risco.	Percentagem de população movel abrangidos pelo programas de prevenção								70%
	Percentagem das TS tendo feito o teste de despistagem nos últimos 12 meses e que conhecem o seu resultado (UNGASS);								90%
	Percentagem das TS tendo conhecimento exacto sobre do VIH e que rejeitam as falsas ideias (UNGASS);								95%
	Percentagem das TS que declaram ter utilizado o preservativo no último contacto sexual com um cliente;								40%
	Percentagem das TS tendo contaminada uma IST durante os 12 últimos meses e que fazem consulta com uma agente sanitária (FS) para um manejo de caso								70%
	Numero de HSH afectos ao programa de prevenção	N/D							

Indicadores S&A: Tabela 2

Domínio de intervenção prioritária	Indicadores	Valor de base	Ano de Base	Fonte de verificação	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017
1.1.6 : Reforço da prevenção do VIH direccionada aos grupos mais expostos ao risco.	Percentagem das HSH tendo feito o teste de despistagem nos últimos 12 meses e que conhecem o seu resultado;								80%
	Percentagem das HSH tendo conhecimento exacto do VIH e que rejeitam as falsas ideias;								50%
	Prevalência do VIH e de la syphilis nas HSH;	N/D							
	Percentagem das UDI tendo feito o teste nos últimos 12 meses e que conhecem o seu resultado	N/D							80%
	Percentagem das UDI tendo conhecimento exacto do VIH e que rejeitam as falsas ideias								80%
1.2.1 : Reforço da segurança transfusional	Prevalência do VIH e da syphilis nos UDI	N/D							
	Proporção das bolsas de sangue transfundidos submetidas à despistagem do VIH;								100%
1.2.2 : Manejo de caso dos acidentes de exposição ligados ao sangue/líquidos biológicos e violências sexuais	Proporção das bolsas de sangue vindas dos doadores benévolo entre as unidades transfundidas ;								85%
	Proporção dos casos de AES/AELB manejo de caso segundo as directivas nacionais;								100%
	Número de vítimas de violências sexuais declaradas beneficiárias dos kits PEP.								100%
1.3.1 : Reforço da prevenção secundária	% das formações sanitárias que aplicam correctamente as normas de bio-segurança	7	2010						90%
	Proporção das PVVIH (homens, mulheres) que utilizam sistematicamente preservativos aquando das relações sexuais								90%
	Proporção do PVVIH (homens, mulheres) que beneficiam de um acompanhamento no quadro da promoção da vida positiva	N/D							
1.3.2: Prevenção da transmissão do VIH da mãe à criança com vista a eliminação virtual PTMF	Percentagem de mulheres grávidas vistas no CPN que aceitaram de fazer a despistagem do VIH	92%	2012						>95%
	Percentagem de mulheres grávidas que os maridos aceitaram em fazer o teste de despistagem do VIH	N/D							
	Percentagens de mulheres grávidas seropositivas que administraram o ARV de acordo com as direcções (UNGASS) para reduzir o TMF	60.5%	2012	PLNS	70%	70%	75%	80%	85%
	Percentagem de recém-nascidos de mães seropositivas tendo recebido os ARV								100%
1.3.3: Reforço de laços entre o VIH e a Saúde Sexual e Reprodutiva	Taxa de transmissão residual do VIH (TMF) da mãe ao filho ou percentagem de recém-nascidos de mães seropositivas que estão infectadas pelo VIH (UNGASS)	12%	2012	SPT		3%	3%	3%	3%
	Percentagem das estruturas da SSR que integram sistematicamente a despistagem conselho do VIH	10%	2012	PMI Central	15%	20%	-10%	-5%	75%
1.4.1 : Despistagem Conselho iniciado pelos Prestadores	Proporção das formações sanitárias oferecendo os serviços de despistagem								100%
	Proporção de pessoas (homens, mulheres) despistadas no quadro do DCHP	N/D							

Indicadores S&A: Tabela 3

Domínio de intervenção prioritária	Indicadores	Valor de base	Ano de Base	Fonte de verificação	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017
1.4.2 : Despistagem, Conselho Comunitário e de Proximidade	Proporção de pessoas (homens, mulheres) despistadas para as estratégias comunitárias			PNLS					
	Proporção dos grupos específicos mais expostos e vulneráveis ao VIH que fazem o teste do VIH e retiram os seus resultados segundo as aproximações comunitárias			PNLS					40%
1.1.6: Reforço da prevenção do VIH direccionada aos grupos mais expostos ao risco.	% das TS com conhecimento correcto (rejeitam as falsas idcias) do VIH								> 90%
	Proporção das TS que conhecem o seu estado serológico								40%
2.1.1 : Reforço do manejo de caso e da profilaxia das infeções oportunistas	% das TS que apanharam uma IST nos últimos 12 meses, consultam uma unidade de saúde								70%
	Proporção e número dos pacientes com VIH e SIDA, sob Cotrimoxazole	100%	2012	PNLS	>99%				100%
2.1.2 : Reforço do manejo de caso co-infecção VIH/TUBERCULOSE	Proporção d' IO e outras mortalidades correctamente diagnosticadas com manejo de caso		2012	PNLS	mais 10%	-5%	mais 5%	-5%	97%
	Proporção de pacientes apresentando uma co-infecção TB/VIH recebendo concomitantemente um tratamento contra as 2 doenças (UNGASS)	88%	2012	PNLT	88%	90%	mais 10%	-5%	100%
2.2.1 : Reforço de TARV adolescentes e adultos	Proporção dos pacientes VIH diagnosticados pela TB								100%
	Proporção dos pacientes VIH legíveis sob profilaxia INH								100%
2.2.2 : Reforço da TARV pediátrico	Proporção dos pacientes TB em que a despistagem VIH foi realizada	100%	2012	PNLT	100%	100%	100%	100%	100%
	Percentagem de pacientes adultos e adolescentes elegíveis submetidos ao TARV.								>60%
2.3.1 : Reforçar o manejo de casos psicológicos	Percentagem das PVVIH sobre TARV que ganharam mais de 10% de peso corporal depois de 12 meses do tratamento.	N/D							
	Proporção das PVVIH sobre a 2ª linha	42%	2012	PNLS	43%	46%	51%	59%	60%
2.3.1 : Reforçar o manejo de casos psicológicos	Número de prestadores formados em manejo de casos dos PVVIH inclusive sobre as principais co-infecções, nomeadamente a co-infecção TB/VIH								
	Proporção dos distritos sanitários oferecendo manejo de casos das PVVIH (crianças e adultos)	85%	2012	PNLS	mais 5%	mais 10%	>90%	>95%	100%
2.3.1 : Reforçar o manejo de casos psicológicos	Proporção dos distritos sanitários oferecendo tratamentos ARV pediátricos	85%	2012	PNLS	mais 5%	mais 10%	>90%	>95%	100%
	Proporção das crianças elegíveis beneficiadas do tratamento ARV								100%
2.3.1 : Reforçar o manejo de casos psicológicos	Proporção das crianças sob a 2ª linha								>60%
	Proporção das crianças beneficiadas de uma despistagem precoce								
2.3.1 : Reforçar o manejo de casos psicológicos	Proporção dos distritos sanitários oferecendo atendimento psicológico	85%	2012	PNLS	mais 5%	mais 10%	>90%	>95%	100%
	Percentagem das PVVIH sobre TARV beneficiadas de atendimento psicológico	N/D	N/D	PNLS					100%

Indicadores S&A: Tabela 4

Domínio de intervenção prioritária	Indicadores	Valor de base	Ano de Base	Fonte de verificação	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017
2.3.2 : Intervenção comunitária	Proporção de abandono nas estruturas dos cuidados	N/D	N/D	PNLS					2.5%
	Proporção dos PVVIH sobre ARV de 2ª linha								
	Proporção de abandono depois de 12 meses de TARV								
	Taxa de observância dos tratamentos nos PVVIH								
	Número de PVVIH beneficiado de atendimento ao domicílio								
2.3.3 : Reforço de manejo de caso nutricional das PVVIH	Número de PVVIH beneficiadas de manejo de casos comunitários	N/D	N/D						
	Percentagem das PVVIH sobre TARV beneficiam de cuidado nutricional			PNLS					80%
3.1.1 : Apoio psicológico, social e económico às PVVIH e seus familiares	Número de associações de PVVIH funcionais	1	2012	PNLS					
	Número ( % ) de PVVIH e pessoas afectadas que receberam apoio psicológico,		2012	PNLS					95%
	Número ( % ) de PVVIH e pessoas afectadas que receberam apoio socio- economico,	15	2012	PNLS					45%
	Número ( % ) de PVVIH e pessoas afectadas que receberam apoio psicologico, social e económico								80%
3.1.2 : Apoio aos OCV (apoio escolar, sanitário, nutricional, psicológico e protecção jurídica)	% dos OCV e seus familiares que recebem apoio			PNLS/ONG					50%
	Número de documentos de orientação disponíveis								
	Número de OCV reportados na base de dados, por sexo e por faixa etária	80	2012	PLNS/ONG	mais 20	mais 30	mais 30	mais 20	180
	(%) de OCV usufruindo de apoio (Escolarização, apoio económico, acesso ao serviços, apoio jurídico), por sexo e por faixa etária			PLNS/ONG					80%
3.2.1: Implicação das colectividades territoriais descentralizadas na protecção e o apoio aos PVVIH, OCV e outras pessoas afectadas	Percentagem das equipas distritos implicadas no apoio e na protecção das PVVIH, OCV e outras pessoas afetadas	N/D	N/D						100%
	Número de OCV apoiados pelo distrito	80	2012	PLNS/ONG	mais 20	mais 30	mais 30	mais 20	100
	Número de distritos que organizaram actividades de sensibilização contra a estigmatização e a discriminação ligada ao VIH	N/D	N/D						7
	Número de distritos com caixa de solidariedade funcional	N/D	N/D			4	5	6	7
3.2.2 : Protecção jurídica das PVVIH, dos OCV e outras	Existência de um quadro jurídico de protecção dos direitos e deveres das PVVIH								
	Existência de instrumentos de protecção e promoção dos direitos de PVVIH								
4.1.1 : Reforço da implicação do sector público de resposta	Proporção de instituições implicadas nas actividades de luta contra o VIH								
	Numero de Ministerios implicados nas actividades de luta contra o VIH								

Indicadores S&A: Tabela 5

Domínio de intervenção prioritária	Indicadores	Valor de base	Ano de Base	Fonte de verificação	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017
4.1.2 : Reforço de implicação do sector privado (formal e informal) na luta contra o VIH	Percentagem de empresas integrando nos seus Planos de acção, actividades de luta contra VIH								
	Número de estruturas do sector privado implementando as actividades de luta contra o VIH								
	Existência dum quadro de concertação dos actores do sector privado	N/D	N/D						80%
4.1.3 : Reforço da implicação das colectividades locais na resposta ao VIH	Proporção dos distritos que implementam as actividades de luta contra o VIH	N/D	N/D						
4.1.4 : Integração do VIH nos projectos e programas de	Número (percentagem) de projectos/programas que integram a componente de luta contra o VIH na sua estruturação	N/D	N/D						80%
4.1.5: Reforço de implicação das Organizações da sociedade civil, das organizações comunitárias e das confissões religiosas	Proporção das confissões religiosas que implementarem as actividades de luta contra o VIH	N/D	N/D	PNLS					
	Número das estruturas comunitárias reforçadas	N/D	N/D	PNLS			90%	95%	100%
	Proporção do distrito sanitário dispondo estru tras comunitárias funcionais	N/D	N/D	PNLS	30	35	40%	45%	50%
	Proporção das OSC implementando as actividades de luta contra o VIH	N/D	N/D	PNLS	30	35	40%	45%	50%
5.1.1 : Melhoria dos diferentes pilares do sistema de saúde	Número de parcerias estabelecidas entre as OSC e os outros actores								
	Número de distritos de saúde dispondo os kits completos de luta contra o VIH	N/D	N/D	PNLS					7
	Número de pessoal formado (por categoria)	N/D	N/D	PNLS					
	Números de sites TARV	N/D	N/D	PNLS					5
	Número de sites PTME	N/D	N/D	PNLS					7
	Número (%) de unidades sanitárias oferecendo os serviços de TARV tendo tido reportado uma ruptura de stock de mais de uma semana								
	Existência de uma política de gratuidade dos cuidados para o VIH e o sida	N/D	N/D						
% de orçamento nacional alocado à luta contra o VIH e SIDA	N/D	N/D	PNLS					7	
6.1.1 : Reforço da vigilância epidemiológica, comportamental e de resistências	Existência de um plano da saúde para a luta contra o VIH e SIDA								
	Taxa de cumprimento e de prontidão dos relatórios dos inquéritos de vigilância epidemiológicas do VIH, IST, IO e outras co-infecções								
	Taxa de prontidão e de cumprimento dos relatórios de notificação dos casos, de VIH , Sida, IST IO e outras co-morbilidades								
6.1.2 : Promoção da investigação no domínio doVIH	Número de sítios sentinela efetuando a sero-vigilância segundo as normas.								
	Existência de um plano de investigação sobre as ISTs,o VIH, e SIDA, as IO e a co-infecção								
	Existência de um base de informação estruturada agregando os dados e reultados decorrentes das investigações, estudos e inquéritos								
	Número de Inquéritos e Estudos realizados sobre o VIH e SIDA								

Indicadores S&A: Tabela 6

Domínio de intervenção prioritária	Indicadores	Valor de base	Ano de Base	Fonte de verificação	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015	Meta 2016	Meta 2017
6.2.1 : Reforço do seguimento e avaliação das intervenções (dados programados)	Percentagem de dados de rotina completos e disponibilizados no prazo								
	Proporção de indicadores actualizados com base nos dados de rotina								
	Número de investigação/avaliação de programa/projecto realizado								100%
6.2.2 : Reforço da supervisão, do controlo da qualidade e da utilização dos dados	Número de supervisões realizadas								
	Existência de um plano de segurança da qualidade dos dados								
7.1.1 : Reforço das capacidades organizacionais e institucionais das estruturas de coordenação	Número de reuniões realizadas atingindo todos os níveis do Comité Nacional de Luta contra o sida,								
	Nível de execução das recomendações/ resoluções tomadas no decorrer das reuniões								
7.1.2 : Reforço da coordenação multi parceria	Número de ministérios que tenham uma célula de coordenação funcional								
	Número de re-encontros anuais do Comité Nacional de Luta contra o Sida								
	Nível de aplicação dos ``Three Ones`` de la Déclaration de Paris e dos planos operacionais								
	Numero de encontros de coordenação com os parceiros, realizados								
7.1.3 : Reforço da parceria nacional, sub-regional e internacional	Número de parceiros operacionais desenvolvidos								100%
	Número de projectos multi-países desenvolvidos								
7.2.1 : Reforço da advocacia para mobilização dos recursos ao nível nacional e internacional	Número de actores formados								
	Número de advocacias realizadas								
	Número de células de advocacias operacionais								

# **ANEXOS**

## ANEXO 1: Projecção do VIH e do SIDA em São Tomé e Príncipe de 2012 à 2020

Indicador	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<b>N. de PVVIH Total</b>	1.034	1.022	1.015	1.014	998	973	953	935	903
Adultos	843	833	829	833	823	808	799	790	766
Crianças	152	153	153	151	148	140	132	126	120
Grávidas	39	36	33	30	27	25	22	19	17
Incidência nos adultos	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0	0
<b>N. de óbitos atribuídos ao SIDA</b>	52	36	34	31	33	34	36	36	34
Adultos	44	29	27	25	27	29	31	31	30
Crianças	8	7	7	6	6	5	5	5	4
N.de pessoas necessitando tratamento	718	789	798	841	840	832	817	809	797
Adultos	637	708	716	757	754	747	734	729	720
Crianças	81	81	82	84	86	85	83	80	77
Nº de grávidas necessitando de PTMF	39	36	33	30	27	25	22	19	17

*Fonte: Estimativas baseadas no programa Spectrum, PNLS-Junho 2013*

## Anexo 2.1:Tabela de Actividades eOrçamentos

### Orçamento Global e por EIXO ESTRATÉGICO

<b>EIXOS ESTRATÉGICOS</b>	<b>Orçamento</b>
EIXO 1 : REFORÇO DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO DO VIH E DAS IST'S	\$1 158 708,00
EIXO 2 : REFORÇO DO ACESSO AO TRATAMENTO	\$2 661 608,90
EIXO 3 : REFORÇO DO APOIO E DA PROTECÇÃO DAS PVVIH, DOS ÓRFÃOS E CRIANÇAS VULNERÁVEIS (OCV) E DAS PESSOAS AFECTADAS.	\$329 510,65
EIXO 4 : APROPRIAÇÃO DA LUTA CONTRA O VIH PELO CONJUNTO DOS ACTORES	\$74 054,00
EIXO 5 : REFORÇO DO SISTEMA DE SAÚDE	\$239 600,00
EIXO 6 : INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA	\$419 602,00
EIXO 7 : COORDENAÇÃO, PARCERIA E GESTÃO	\$177 643,00
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>\$5 060 726,55</b>

**Anexo 2.1.1**

Objectivo estratégico 1: Minimizar sensivelmente, daqui até 2016, os riscos de transmissão do VIH e das IST's através da criação de serviços adaptados de prevenção ao nível de todos os distritos sanitários, bem como junto a todos os grupos específicos em S. Tomé e Príncipe.

Domínio	Estratégia	ACTIVIDADES				ORÇAMENTO						
		CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (2015)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial		
1.1.1: Comunicação para mudança do comportamento	1. Reforço da sensibilização e da informação da população geral	1.1.1.1.1	Elaborar e implementar uma estratégia nacional de comunicação	1	2 350					2 350		
		1.1.1.1.2	Adaptar os instrumentos de comunicação (mensagem) a abordagem de género; Dramatizações	2	1 400	1 400	1 400	1 400	1 400	7 000		
		1.1.1.1.3	Produzir suportes de informação para as campanhas de IEC; CMC e testagem voluntária nas comunidades	3	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000		
		1.1.1.1.4	Reforçar as actividades de prevenção em proveito dos grupos específicos; Produção, reprodução e distribuição de materiais de CMC...	4	18 000	15 000	15 000	15 000	15 000	78 000		
		1.1.1.1.5	Reforçar as actividades de CMC nos meios de trabalho;	5	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000		
		1.1.1.1.6	Desenvolver actividades de mass média (Trasmissão de spots nas rádios e televisões)	6	2 500	2 500	2 500	2 500	2 500	12 500		
		1.1.1.1.7	Realizar campanhas de sensibilização de massa	7	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	30 000		
	2. Extensão do ensinamento sobre a SSR/VIH e IST para os estabelecimentos escolares, profissionais, confissões religiosa	1.1.1.2.1	1.1.1.2.1	Acelerar a introdução da curricula nos programas escolares e pré-escolares, da primária e da secundária não formal;(Consultoria + Aetliê + Produção e Reprodução da Curricula)	8	32 620					32 620	
		1.1.1.2.2	1.1.1.2.2	Capacitação / Reciclagem dos professores - todos os níveis (440 professores, sendo 30 usd/formando*3dias incluindo RAP; Professores = 100+80+65+65+50+40+40)	9	9 757	11 894		11 894	9 757	43 303	
		1.1.1.2.3	1.1.1.2.3	Produção e reprodução dos instrumentos e materiais didácticos de CMC em matéria de SSR/VIH e IST; custos indexados nas ctividades 11113 e 11114	10						0	
		1.1.1.2.4	1.1.1.2.4	Revisão/Multiplicação/Dissiminação do manual escolar com conteúdo do SSR/IST/HIV (850 exemplares) custos indexados na ctividade 11121	11						0	
		1.1.1.2.5	1.1.1.2.5	Reforçar as capacidades dos actores de educação e da formação profissional, confesões religiosas, sobre o ensinamento em matéria de SSR/VIH e IST CMC e testagem voluntária custos indexados na ctividade 11122	12						0	
	1.1.2: Promoção da utilização correcta do preservativo (masculino e feminino).	1. Reforço da disponibilidade e da acessibilidade aos preservativos tanto para a	1.1.2.1.1	1.1.2.1.1	Aquisição, armazenamento e distribuição de preservativos masculinos e femininos de qualidade ;	13	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	250 000
			1.1.2.1.2	1.1.2.1.2	Prosseguir a implementação dos pontos de distribuição dos preservativos (50 caixas e 50 placas informativas / ano)	14	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	9 000
2. Reforço da promoção de utilização correcta do preservativo		1.1.2.2.1	1.1.2.2.1	Realizar campanhas nacionais de promoção da utilização correcta do preservativo masculino e feminino (no meio rural e nas instituições de promoção da mulher e da juventude)	15	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000	
<b>GLOBAL</b>					138 427,11	102 594,39	90 700,00	102 594,39	100 457,11	<b>534 773,00</b>		

PLANO ESTRATÉGICO MULTISSECTORIAL DE LUTA CONTRA O VIH e SIDA 2013 – 2017

Anexo 2.1.2

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
1.1.3 Prevenção e manejo de casos das IST	1. Reforço da prevenção e manejo das IST	1.1.3.1.1	Reforçar as actividades de luta contra as IST nos centros de saúde, nos estabelecimentos escolares, universitários e nas associações de jovens fora do sistema escolar	16	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000	15 000
	2. Reforço do manejo das IST	1.1.3.2.1	Elaborar e imprimir políticas e estratégias de luta contra as IST	17	6 500					6 500
		1.1.3.2.2	Melhorar a disponibilidade dos insumos para o manejo de casos das IST	18	4 400	4 400	4 400	4 400	4 400	22 000
		1.1.3.2.3	Reforçar as capacidades dos prestadores para o manejo de casos das IST segundo as directivas nacionais (200 técnicos, 100/ ano 1 e 2; sendo 170 em STP e 30 na RAP)	19	15 548	8 372				23 920
1.1.4 Promoção da circuncisão masculina	1. Reforço da sensibilização a favor da circuncisão masculina	1.1.4.1.1	Elaborar e difundir mensagens de sensibilização sobre a circuncisão masculina especificamente nas consultas pré-natais.( Indexado...)	20						0
	2. Melhoramento da oferta dos serviços circuncisão	1.1.4.2.1	Capacitar o pessoal técnico das unidades sanitárias em matéria de circuncisão (14 participantes x 2 dias)	21	4 053					4 053
1.1.5 Reforço da prevenção do VIH direccionadas a grupos	1. Intervenção centralizadas nos adolescentes e nos jovens	1.1.5.1.1	Elaborar um plano de reforço da prevenção do VIH nos adolescentes e os jovens de todos os meios, incluindo o meio urbano e rural;(3 dias - Grupo de trabalho de 5 participantes)	22	1 545					1 545
		1.1.5.1.2	Promover os valores de fidelidade, de abstinência e longe dos prazeres ilícitos nas actividades das confissões religiosas direccionados para adolescentes e os jovens; custos indexados na ctividade 11125	23						0
1.1.5 Reforço da prevenção do VIH direccionadas a grupos vulneráveis face ao VIH.	1. Intervenção centralizadas nos adolescentes e nos jovens	1.1.5.1.3	Advocacia para Integração sistemática de uma componente de VIH a favor dos jovens rurais nos projectos/programas e outras intervenções; (sem custos)	24						0
		1.1.5.1.4	Formar Educadores de pares para a promoção das actividades de prevenção do VIH e IST (90 sendo 70 em ST e 20 RAP; anos 1, 3 e 5)	25	3 667		3 667		3 667	11 000
		1.1.5.1.5	Reforçar as capacidades dos movimentos juvenis	26		5 000				5 000
	2. Intervenção centralizadas na população prisional	1.1.5.2.1	Advocacia para melhorar a luta contra o VIH nas prisões (sem custos)	27						0
		1.1.5.2.2	Reforçar as capacidades técnicas e os conhecimentos dos trabalhadores das prisões (20 participantes no ano 2, duração: 3 dias)	28		2 661				2 661
		1.1.5.2.3	Formar educadores de pares nas prisões (10 participantes no ano 2, duração: 3 dias)	29		1 836				1 836
		1.1.5.2.4	Implementar os serviços SSR, de tratamento médico e manejo dos casos das IST nas prisões; (sem custos)	30						0
		1.1.5.2.5	Disponibilizar preservativos e os lubrificantes nas prisões e em casas privadas de liberdade; (sem custos)	31						0
		1.1.5.2.6	Promover as campanhas de despistagem do VIH e da TB; (sem custos)	32						0
		1.1.5.2.7	Implementar actividades de sensibilização sobre VIH, as ISTs e a TB; (custos indexados a actividade 11117)	33						0
3. Intervenção centralizadas nas populações móvel (marinheiros.	1.1.5.3.1	Desenvolver campanhas de sensibilização direccionadas para populações móveis ; (custos indexados a actividade 11117)	34						0	
	1.1.5.3.2	Realizar campanhas de despistagem no seio da população móvel (indexado a 11117)	35						0	
<b>GLOBAL</b>					38 712,67	25 269,00	11 066,67	7 400,00	11 066,67	<b>93 515,00</b>

PLANO ESTRATÉGICO MULTISSECTORIAL DE LUTA CONTRA O VIH e SIDA 2013 – 2017

Anexo 2.1.3

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
1.1.6 : Reforço da prevenção do VIH direccionado aos grupos, os mais expostos ao risco	1. Intervenções centralizadas nos Trabalhadores do sexo (Homens, Mulheres) e seus clientes	1.1.6.1.1	Actualizar os pontos de concentração das TS com vista a facilitar as intervenções; ( <i>sem custos</i> )	36						0
		1.1.6.1.2	Criar um serviço funcional de atendimento (PEC) e de despistagem VIH/IST e de tratamento das IST para as TS ;	37	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200	6 000
		1.1.6.1.3	Reforçar as capacidades das partes envolvidas (gerentes de locais ou oficiais das TS) ;	38		6 000				6 000
		1.1.6.1.4	Por à disposição das TS os preservativos (masculino e femininos) e dos gels ; ( <i>custos indexados a actividade de distribuição dos preservativos</i> )	39						0
		1.1.6.1.5	Desenvolver as actividades geradoras de rendimento para a reconversão das TS	40		80 000		80 000		160 000
		1.1.6.1.6	Desenvolver acções de informação e sensibilização junto as TS (CMC)	41	10 000	18 000	10 000	15 000	10 000	63 000
		1.1.6.1.7	Elaborar os guias para o PEC das patologias anais nos TS ( <i>sem custo</i> ) ;	42						0
	2. Intervenções centralizadas nos HSH	1.1.6.2.1	Realizar análise da situação HSH ;( <i>Estudo</i> )	43		10 000				10 000
		1.1.6.2.2	Desenvolver actividades de sensibilização, de promoção de utilização do preservativo e de promoção da despistagem com os HSH;( <i>custo indexado na actividade 11117</i> )	44						0
		1.1.6.2.3	Reforçar o acesso aos preservativos masculinos e femininos incluindo os lubrificantes; ( <i>custos já indexdo.s</i> )	45						0
		1.1.6.2.4	Melhorar a oferta e o acesso dos serviços de saúde nos HSH (despistagem, IEC, IST, SSR ...); ( <i>custos já indexdo.s</i> )	46						0
	3. Intervenções centralizadas sobre os UDI	1.1.6.3.1	Realizar a análise da situação ;	47		10 000				10 000
		1.1.6.3.2	Criar serviços de atendimento para os UDI (despistagem, preservativos, IEC, IST, SSR, troca de seringa ...);	48	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000
	1.2.1 : Reforço da segurança da transusão	1. Melhoramento da produção e da distribuição do sangue seguro	1.2.1.1.1	Reforçar as capacidades dos prestadores (formar 20 em 3 dias, incluindo RAP)	49	4 400		4 400		
1.2.1.1.2			Dotar as unidades sanitárias (Hospitais e Centros de Saúde) de equipamentos e materiais para a conservação e distribuição de unidades de sangue	50	4 000					4 000
2. Disponibilidade do sangue seguro em quantidade suficiente		1.2.1.2.1	Fazer campanhas de comunicação sobre a promoção da doação do sangue e das campanhas de colheita de sangue ;	51	6 000	6 000	6 000	6 000	6 000	30 000
		1.2.1.2.2	Aumentar e assegurar um número maior de doadores benevolos fixos; (reproduzir 20/ano crachares, para isenta-los de alguns serviços de saude, incluindo a compra de leite)	52	340	340	340	340	340	1 700
		1.2.1.2.3	Desenvolver a parceria com as organizações da sociedade civil para a promoção do doador de sangue ( <i>custo indexado na act. 1.2.1.2.4</i> )	53						0
1.2.2: Manejo de caso dos acidentes de exposição ligados ao sangue/líquidos biológico e violências sexuais	1. Reforço das medidas de prevenção contra a infecção VIH em locais de trabalho mediante as seguintes acções prioritárias	1.2.2.1.1	Reproduzir e difundir os guias de precauções universais adaptadas para a prevenção de contaminação da infecção ao VIH em meio de trabalho (compra de toner e resma de papel)	54	1 000					1 000
		1.2.2.1.2	Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde em precauções universais	55	12 122		12 122		12 122	36 366
		1.2.2.1.3	Reforçar as capacidades das estruturas de manejo de caso médico em gestão de resíduos biomédicos	56	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	9 000
		1.2.2.1.4	Adquirir o material de protecção (luvas, botas, oculos, aventais) para a protecção universal em meio de saúde ( <i>custo já indexado ....</i> )	57						0
<b>GLOBAL</b>					45 862,00	138 340,00	40 862,00	109 340,00	36 462,00	<b>370 866,00</b>

PLANO ESTRATÉGICO MULTISSECTORIAL DE LUTA CONTRA O VIH e SIDA 2013 – 2017

Anexo 2.1.4

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
	2. Reforço da tomada de maneio em casos de acidentes de exposição no sangue e outros	1.2.2.2.1	Melhorar a gestão dos stocks de kits de PEP (AES) (formação de 100 tecnicos, sendo 50 no 1 ano incluindo RAP e 50 no 2 ano)	58	7 547	5 361				12 908
		1.2.2.2.2	Sensibilizar a comunidade sobre profilaxia pos - violação sexual ( <i>custo indexado na act. 1.1.1.1.7</i> )	59						0
		1.2.2.2.3	Dotar estruturas de kits profilaxia pós-exposição (PPE) ( <i>custo já indexado na compra de ARV</i> )	60						0
1.3.1 Reforço da prevenção secundária.	1. Reforço da responsabilidade PVVIH	1.3.1.1.1	Reforçar os conhecimentos do PVVIH nos módulos de transmissão incluindo TME ; (sem custo)	61						0
		1.3.1.1.2	Reforçar os conhecimentos dos PVVIH no domínio da transmissão, PTMF e sobre CMC	62	933	933	933	933	933	4 665
	2. Reforço das medidas de prevenção da	1.3.1.2.1	Promover a utilização dos preservativos masculinos e femininos (custo já indexado)	63						0
		1.3.1.2.2	Reforçar o maneio de caso adequado IST ( <i>custo já indexado</i> )	64						0
1.3.2 Prevenção da transmissão do VIH da mãe a criança com vista a eliminação virtual TME	1. Reforço nos serviços do PTMF	1.3.2.1.1	Elaborar a lei sobre a PTMF	65	4 500					4 500
		1.3.2.1.2	Estender a PTMF em todas as unidades sanitárias públicas ( <i>sem custos</i> )	66						0
		1.3.2.1.3	Reforço da segurança dos produtos de SSR	67						0
	2. Reforço da utilização dos serviços de PTMF	1.3.2.2.1	Fazer campanhas de informação visando os homens ( <i>indexado a 11117</i> )	68						0
		1.3.2.2.2	Reforçar as estratégias alusivas a cobertura CPN1 à CPN4	69	4 300	4 300	4 300	4 300	4 300	21 500
		1.3.2.2.3	Reforçar as estratégias comunitárias de mobilização social ( <i>indexado</i> )	70						0
		1.3.2.2.4	Reduzir a discriminação e a estigmatização nos meios dos profissionais de saúde ( <i>realização de Palestras : custos indexados em 14112</i> )	71						0
	3. Reforço das performances das actividades PTME	1.3.2.3.1	Reforçar o acompanhamento mães-crianças e melhorar o acesso das mulheres grávidas seropositivas aos exames biológicos (CD4) ( <i>indexado</i> )	72						0
		1.3.2.3.2	Promover o diagnóstico precoce na recém-nascida de mãe infectada	73	7 684	7 684	7 684	7 684	7 684	38 420
		1.3.2.3.3	Implementar um sistema de transferência/ contra-transferência das mulheres grávidas seropositivas ( <i>sem custos</i> )	74						0
		1.3.2.3.4	Envolver Agentes de Saúde Comunitária no seguimento das grávidas seropositivas ( <i>custos cobertos no âmbito da colaboração TB/ VIH</i> )	75						0
	1.3.3 Reforço da integração dos serviços de VIH com o Programa	1. Integração das actividades VIH nos serviços de SSR	1.3.3.1.1	Elaborar directrizes para a integração do VIH e SSR	76		2 350			
1.3.3.1.2			Integrar as actividades do programa de SSR no programa de luta contra o VIH e vice-versa, simultaneamente com as actividades da CMC; ( <i>sem custos</i> )	77						0
1.3.3.1.3			Integrar a SSR/VIH nos programas de ensino geral, técnico e profissional; ( <i>custos indexados</i> )	78						0
1.4.1. Aconselhamento e despistagem por iniciativa dos prestadores	1. Aumento da oferta da despistagem	1.4.1.1.1	Reforçar as capacidades dos prestadores em DIPS (formar 350 técnicos em 3 dias, incluindo RAP)	79		25 000	22 000			47 000
		1.4.1.1.2	Reforçar a luta contra estigmatização e a discriminação nas unidades sanitárias (palestras e produção de materiais de IEC/CMC)	80	2705,2	1 505	1 505	1 505	2 305	9 526
	2. Implementação dos mecanismos de referência e contra-referência	1.4.1.2.1	Disponibilizar meios para a ligação com os diferentes serviços (maneio de casos psicológicos, maneio de casos médicos, PTMF, Saúde Sexual Reprodutiva)	81		2 432	2 432		2 432	7 296
		1.4.1.2.2	Implementar a estratégia «contact tracking» nas despistagens (procura de parceiros)	82		463	463		463	1 389
<b>GLOBAL</b>					27 669,20	50 028,20	39 317,20	14 422,20	18 117,20	<b>149 554,00</b>

**Anexo 2.1.5**

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
1.4.2.: Aconselhamento, despistagem comunitária e de proximidade	3. Promoção da despistagem do VIH envolvendo a comunidade	1.4.2.3.1	Implicar as autarquias e as confissões religiosas na mobilização das comunidades a favor de ADV (Aconselhamento e despistagem voluntaria): Advocacia	83						0
		1.4.2.3.2	Implicar os grupos associados (VIH+) no aconselhamento e despistagem (na mobilização)	84	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
		1.4.2.3.3	Reforçar as campanhas móveis de despistagem ( <i>custos indexados em 11117</i> )	85						0
		1.4.2.3.4	Promover a despistagem no quadro familiar ( <i>custos já indexado na visita domiciliar</i> )	86						0
<b>GLOBAL</b>					2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00	<b>10 000,00</b>

**Anexo 2.2.1**

Objectivo estratégico 2: Melhorar até 2016 a qualidade de vida dos PVVIH, graças ao manejo de caso em S. Tomé e príncipe..

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
2.1.1.:Reforço do manejo de caso e da profilaxia das infeções oportunistas	1. Reforço do diagnóstico e do manejo de caso das infeções oportunistas	2.1.1.1.1	Assegurar a disponibilidade dos consumíveis de laboratório e medicamentos ao nível das formações sanitárias	87	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	100 000
		2.1.1.1.2	Conceber, elaborar e disponibilizar às unidades sanitárias um kit de documentos normativos, guias técnicos e material de acompanhamento dos pacientes (registos, fichas, etc) dos materiais de seguimento dos doentes (incluído na Referência e contrarreferência): Trabalho de Equipa + CONSULTORIA NACIONAL	88	18 000					18 000
	2. Reforço da profilaxia	2.1.1.2.1	Reforçar as capacidades dos prestadores dos serviços (incluído nas IO) ( <i>custos indexados a 14111</i> )	89						0
		2.1.1.2.2	Assegurar a disponibilidade dos medicamentos ao nível das formações sanitárias (IO)	90	6 061	6 061	6 061	6 061	6 061	30 305
		2.1.1.2.3	Actualizar as directrizes e políticas nacionais	91			2 400			2 400
2.1.2.: Reforço do manejo de caso co-infeção VIH/TUBERCULOSE	1. Reforço do diagnóstico e do manejo de caso da co-infeção TB/VIH	2.1.2.1.1	Melhorar a despistagem da TB nos pacientes do VIH (Reforço da capacidade: Formação + reciclagem incluído a IO) - 20 médicos e 60 enfermeiros)	92	13 000			13 000		26 000
		2.1.2.1.2	Melhorar a despistagem VIH nos pacientes TB (formação incluído a IO) ( <i>custos curbertos pelo PNLT</i> )	93						0
		2.1.2.1.3	Assegurar a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento das co-infeções (incluído no IO e PNLT) ( <i>custos indexados na 21112</i> )	94						0
		2.1.2.1.4	Reforçar as medidas de controle da tuberculose em todas as estruturas sanitárias (PNLT) ( <i>custos curbertos pelo PNLT</i> )	95						0
		2.1.2.1.5	Elaborar e pôr à disposição das formações sanitárias de um kit de documentos normativos, guias técnicos e materiais de acompanhamento dos pacientes (registo, fichas, etc) dos materiais de seguimento/gestão das doenças ( <i>custos indexados a 21123</i> )	96						0
	2. Reforço da profilaxia	2.1.2.2.1	Assegurar a profilaxia com INH nos pacientes VIH positivos legíveis	97	5 922		3 642		3 642	13 206
<b>GLOBAL</b>					62 983,00	26 061,00	32 103,00	39 061,00	29 703,00	<b>189 911,00</b>

PLANO ESTRATÉGICO MULTISSECTORIAL DE LUTA CONTRA O VIH e SIDA 2013 – 2017

Anexo 2.2.2

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (2015)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
2.2.1.: Reforço de TARV adolescentes e adultos	1. Dotar todos os distritos sanitários de serviços de manejo de casos	2.2.1.1.1	Capacitar os técnicos em estratégia Atensão Integrada de Doenças do Adulto e do Adolescente (AIDAA)	98		12 000		12 000		24 000
		2.2.1.1.2	Actualizar e difundir regularmente à todas as estruturas de manejo de casos encarregues dos documentos de normas, directrizes e ferramentas nacionais.(custos indexados a 21123)	99						0
	2. Reforçar as capacidades dos recursos humanos para manejo de casos	2.2.1.2.1	Promover a formação dos <u>formadores</u> ao nível nacional sobre o curso de aderência e educação terapêutica do HAART (Tratamento c/ os ARV)	100	4 500		4 500		4 500	13 500
		2.2.1.2.2	Formar técnicos (médicos e enfermeiros sobre) a aderência e educação terapêutica do HAART	101	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000	45 000
		2.2.1.2.3	Formar agentes de saúde (ASC)	102	27 000					27 000
		2.2.1.2.4	Integrar as PVVIH em todas equipas de manejo de casos dos pacientes infectados nos serviços de saúde e na comunidade (Aconselhamento na 1ª pessoa)	103	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
		2.2.1.2.5	Reforçar os ensinamentos sobre manejo de casos do PVVIH na currícula de formação da instituição ISVSM (formação inicial). (sem custos)	104						0
2.2.1.2.6	Organizar as supervisões regulares em cada centro de tratamento	105	2 322	2 322	2 322	2 322	2 322	11 610		
2.2.1.: Reforço de TARV adolescentes e adultos	3. Melhoria da disponibilidade dos medicamentos e dos exames laboratoriais	2.2.1.3.1	Adquirir os ARV e outros consumíveis laboratoriais (reagentes para CD4, teste para confirmação, teste de rotina, lancetas, luvas, seringas, tubos, etc.)	106	349 221	349 221	349 221	349 221	349 221	1 746 105
		2.2.1.3.2	Contratar, assinar protocolos/ convénios com os laboratórios dos países vizinhos, para a carga viral.	107	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
		2.2.1.3.3	Implementar uma política nacional de aquisição, de manutenção do material médico-técnico assim como o controlo de qualidade dos resultados do laboratório.	108	80 000		10 000		10 000	100 000
2.2.2.: Reforço da TARV pediátrico	1. Dotar todos os distritos sanitários de serviços de atendimento das crianças	2.2.2.1.1	Reforçar as capacidades dos recursos humanos no manejo dos casos pediátricos (TARV e PCR) (200 técnicos, 100/ ano 1 e 3; sendo 170 em STP e 30 na RAP)	109	15 548		8 372			23 920
		2.2.2.1.2	Actualizar e difundir regularmente a todas estruturas de manejo de casos, dos documentos, de normas, directrizes e ferramentas nacional (Protocolos PTMF, ARV, PPE, IO, IST) (custos indexados na 21123)	110						0
	2. Reforçar as ofertas de despistagem precoce do VIH nas crianças	2.2.2.2.1	Reforçar a procura activa das crianças expostas ao VIH através de conselho, despistagem por iniciativa dos prestadores de Saúde (DIPS) e por acções dos ASC (custos indexados na 13223)	111						0
		2.2.2.2.2	Contactar com os países vizinhos para o diagnóstico precoce do VIH nas crianças por PCR (através da técnica do papel buvard) (estabelecimento de convénio: sem custos)	112						0
		2.2.2.2.3	Assegurar o envio das amostras aos laboratórios de referência, para a realização do PCR (custos indexados ...)	113						0
2.3.1.: Reforço do manejo de casos psicológico	1. Dotar todos os distritos sanitários de um serviço de cuidados	2.3.1.1.1	Dotar o PNLS de pessoal adequado: 1 psicólogo, 1 médico e um gestor-administrativo	114	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	120 000
		2.3.1.1.2	Actualizar e difundir as normas específicas (Guião de aconselhamento e cuidados psicológicos)	115			522		522	1 044
<b>GLOBAL</b>					531 591,00	416 543,00	427 937,00	416 543,00	419 565,00	<b>2 212 179,00</b>

PLANO ESTRATÉGICO MULTISSECTORIAL DE LUTA CONTRA O VIH e SIDA 2013 – 2017

Anexo 2.2.3

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
2.2.1.: Reforço de TARV adolescentes e adultos	1. Dotar todos os distritos sanitários de serviços de manejo de casos	2.2.1.1.1	Capacitar os técnicos em estratégia Atenção Integrada de Doenças do Adulto e do Adolescente (AIDAA)	98		12 000		12 000		24 000
		2.2.1.1.2	Actualizar e difundir regularmente à todas as estruturas de manejo de casos encargues dos documentos de normas, directrizes e ferramentas nacionais. (custos indexados a 21123)	99						0
	2. Reforçar as capacidades dos recursos humanos para manejo de casos	2.2.1.2.1	Promover a formação dos <u>formadores</u> ao nível nacional sobre o curso de aderência e educação terapêutica do HAART (Tratamento c/ os ARV)	100	4 500		4 500		4 500	13 500
		2.2.1.2.2	Formar técnicos (médicos e enfermeiros sobre) a aderência e educação terapêutica do HAART	101	9 000	9 000	9 000	9 000	9 000	45 000
		2.2.1.2.3	Formar agentes de saúde (ASC)	102	27 000					27 000
		2.2.1.2.4	Integrar as PVVIH em todas equipas de manejo de casos dos pacientes infectados nos serviços de saúde e na comunidade (Aconselhamento na 1ª pessoa)	103	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
		2.2.1.2.5	Reforçar os ensinamentos sobre manejo de casos do PVVIH na currículo de formação da instituição ISVSM (formação inicial). (sem custos)	104						0
2.2.1.2.6	Organizar as supervisões regulares em cada centro de tratamento	105	2 322	2 322	2 322	2 322	2 322	11 610		
2.2.1.: Reforço de TARV adolescentes e adultos	3. Melhoria da disponibilidade dos medicamentos e dos exames laboratoriais	2.2.1.3.1	Adquirir os ARV e outros consumíveis laboratoriais (reagentes para CD4, teste para confirmação, teste de rotina, lancetas, luvas, seringas, tubos, etc.)	106	349 221	349 221	349 221	349 221	349 221	1 746 105
		2.2.1.3.2	Contratar, assinar protocolos/ convénios com os laboratórios dos países vizinhos, para a carga viral.	107	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
		2.2.1.3.3	Implementar uma política nacional de aquisição, de manutenção do material médico-técnico assim como o controlo de qualidade dos resultados do laboratório.	108	80 000		10 000		10 000	100 000
2.2.2.: Reforço da TARV pediátrico	1. Dotar todos os distritos sanitários de serviços de atendimento das crianças	2.2.2.1.1	Reforçar as capacidades dos recursos humanos no manejo dos casos pediátricos (TARV e PCR) (200 técnicos, 100/ ano 1 e 3; sendo 170 em STP e 30 na RAP)	109	15 548		8 372			23 920
		2.2.2.1.2	Actualizar e difundir regularmente a todas estruturas de manejo de casos, dos documentos, de normas, directrizes e ferramentas nacional (Protocolos PTMF, ARV, PPE, IO, IST) (custos indexados na 21123)	110						0
	2. Reforçar as ofertas de despistagem precoce do VIH nas crianças	2.2.2.2.1	Reforçar a procura activa das crianças expostas ao VIH através de conselho, despistagem por iniciativa dos prestadores de Saúde (DIPS) e por acções dos ASC (custos indexados na 13223)	111						0
		2.2.2.2.2	Contactar com os países vizinhos para o diagnóstico precoce do VIH nas crianças por PCR (através da técnica do papel buvard) (estabelecimento de convénio: sem custos)	112						0
		2.2.2.2.3	Assegurar o envio das amostras aos laboratórios de referência, para a realização do PCR (custos indexados ...)	113						0
2.3.1.: Reforçar o manejo de	1. Dotar todos os distritos sanitários de um serviço de	2.3.1.1.1	Dotar o PNLS de pessoal adequado: 1 psicólogo, 1 médico e um gestor-administrativo	114	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	120 000
		2.3.1.1.2	Actualizar e difundir as normas específicas (Guião de aconselhamento e cuidados psicológicos)	115			522		522	1 044
<b>GLOBAL</b>					531 591,00	416 543,00	427 937,00	416 543,00	419 565,00	<b>2 212 179,00</b>

PLANO ESTRATÉGICO MULTISSECTORIAL DE LUTA CONTRA O VIH e SIDA 2013 – 2017

Anexo 2.2.4

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
2.3.2 : Intervenção comunitária	1. Reforçar a ajuda na observância dos tratamentos nas	2.3.2.1.1	Reproduzir e distribuir as ferramentas de ajuda à gestão de adesão	116	2 000		2 000		2 000	6 000
		2.3.2.1.2	Reforçar as capacidades das estruturas comunitárias e dos prestadores (práticas-tradicionais, parteiras tradicionais, etc.) para ajudar a observância.	117	2 105		2 105		2 105	6 316
	2. Reforçar a continuidade dos cuidados	2.3.2.2.1	Elaborar os guias /ajudas de manejo de casos comunitário dos PVVIH	118	1 044					1 044
		2.3.2.2.2	Sustentar a implementação das actividades de manejo de casos comunitários (kits de primeiros socorros, visitas/cuidados a domicílio, cuidados paliativos (vistas domiciliare em cada distrito)	119	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	5 000
		2.3.2.2.3	Organizar o sistema de referência e de contra referência eficaz entre os serviços de saúde e outras estruturas de manejo de casos.	120	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
	3. Promoção de parceria entre FOSA e as estruturas comunitárias de	2.3.2.3.1	Desenvolver a colaboração com os prestadores de terapias alternativas (práticas tradicionais, naturopatas, etc) para um melhor manejo de casos dos PVVIH. (acções de informação/sensibilização em grupo = ateliê de 30 participantes x 3 dias incluindo 10 participantes da RAP)	121						0
2.3.2.3.2		Implicar as associações dos PVVIH no manejo de casos comunitários (csto indexado na 31111)	122						0	
2.3.3.: Reforço de manejo de caso nutricional das	1. Reforço das capacidades formação sanitárias para a o manejo de casos nutricionais das	2.3.3.1.1	Elaborar e dissimular as directrizes nacionais para a nutrição das PVVIH er o respectivo plano de apoio	123		3 500				3 500
		2.3.3.1.2	Capacitar os nutricionistas das Unidades Sanitarias sobre o manejo de casos das PVVIH	124		3 600				3 600
		2.3.3.1.3	Reforçar as capacidades dos prestadores de saúde (incluindos os nutricionistas) na utilização do Protocolo nutricional para as PVVIH (Formação: 3 dias x 73 participantes dos quais 18 da RAP = 50 no ano 2 e 23 no ano 4)	125		5 995		2 758		8 753
	2. Reforço da participação comunitária para manejo de casos	2.3.3.2.1	Produzir e vulgarizar as ferramentas de ajuda nutricional, através de: vitrina, jornal de parede com imagens, fotografias, outros, para estimular os utentes.	126	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	5 000
		2.3.3.2.2	Integrar a componente nutricional no manejo de casos (sem custos)	127						0
	3. Disponibilização dos produtos farmacêuticos e consumíveis para o apoio PVVIH	2.3.3.3.1	Adquirir os suplementos nutricionais (víveres, nutrientes...)	128	42 105	42 050	42 050	42 050	42 050	210 306
<b>GLOBAL</b>					51 254,50	59 145,41	50 155,50	48 807,99	50 155,50	<b>259 518,90</b>

### Anexo 2.3

Objectivo estratégico 3: Reduzir sensivelmente até 2016, o impacto social e económico da doença sobre as pessoas vivendo com VIH, os OCV e outras pessoas afectadas em S. Tomé e Príncipe

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial	
3.1.1 : Apoio psicológico, social e económico às PVVIH e seus familiares	1. Reforço das capacidades institucionais e dos líderes de todas as 2. Reforço do apoio psicológico e social as PVVIH 3. Reforço de apoio económico aos PVVIH e aos seus familiares ;	3.1.1.1.1	Apoiar o funcionamento das Associações das PVVIH	129	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	25 000	
		3.1.1.1.2	Reforçar as capacidades dos membros das associações dos PVVIH em gestão, planificação, seguimento, advocacia, boa governação.	130	2 000		2 000	0	0	4 000	
		3.1.1.2.1	Acompanhar o desenvolvimento dos grupos de auto-ajuda em cada distrito	131	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	5 000	
		3.1.1.2.2	Assegurar as mediações sociais em favor dos VIH ( <i>sem custos</i> )	132						0	
3.1.2 : Apoio aos OCV (apoio escolar, sanitário, nutricional, psicológico e protecção jurídica)	1. Implementar uma política de manejo de casos dos OCV em STP 2. Desenvolvimento das intervenções	3.1.2.1.1	Elaborar um documento de estratégia para a protecção e apoio de OCV	134	522				522	1 044	
		3.1.2.1.2	Conceber e actualizar uma base de dados dinâmico dos OCV (incluindo OSC <sup>c</sup> )	135	6 000			2 000		8 000	
		3.1.2.1.3	Rever e difundir as ferramentas de identificação e de seguimento dos OCV( <i>sem custo</i> )	136						0	
		3.1.2.1.4	Reforçar os encontros de coordenação das acções a favor dos OCV	137	500	500	500	500	500	2 500	
3.2.1: Implicação dos poderes locais descentralizados na protecção e suporte das PVVIH, OCV e outras	1. Adopção de um mecanismo de acompanhamento dos poderes locais na implementação 2. Apoiar as iniciativas de solidariedade comunitária a	3.1.2.2.1	Advocacia para Implementação de um sistema de patrocínio dos OCV em STP ( <i>sem custos</i> )	138						0	
		3.1.2.2.2	Desenvolver os mecanismos de apoio económico aos OCVs e seus familiares	139	32 000	32 000	32 000	32 000	32 000	160 000	
		3.2.1.1.1	Redinamizar e reforçar as capacidades de intervenção dos comités distritais na luta contra o SIDA	140	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	35 000	
		3.2.1.1.2	Organizar sessões de sensibilização contra a estigmatização e a discriminação ligadas ao VIH ( <i>custos indexados a 11117</i> )	141						0	
3.2.2 : Protecção jurídica das PVVIH , dos OCV , pessoas afectadas e outras minorias	1. Desenvolvimento dum ambiente jurídico favorável ao face ao VIH e ao Sida 2.Promover maior envolvimento das PVVIH	3.2.1.2.1	Adoptar mecanismo motivador de pessoas morais e física (pessoas de boa vontade/ instituição) para apadrinhar os OCV ; ( <i>Advocacia sem custos</i> )	142						0	
		3.2.1.2.2	Advocar junto às famílias para o acolhimento das OCV ( <i>Advocacia sem custos</i> )	143						0	
		3.2.2.1.1	Assegurar a advocacia para a adopção de um quadro legislativo e protecção dos direitos e deveres dos PVVIH, OCV e outras minorias	144	2 000					500	2 500
		3.2.2.1.2	Difundir as leis sobre os direitos e deveres das PVVIH e pessoas afectadas	145	1 000		1 000		1 000	3 000	
		3.2.2.1.3	Organizar campanhas de sensibilização contra práticas discriminatórias e estigmatizantes ( <i>custos indexados a 11117</i> )	146						0	
3.2.2.2.1	Promover a inserção profissional das PVVIH com competências e qualificações ( <i>sem custos</i> )	147							0		
<b>GLOBAL</b>					73 715,33	62 193,33	65 193,33	64 193,33	64 215,33	<b>329 510,65</b>	

**Anexo 2.4.1**

Objectivo estratégico 4: Contribuir até 2016, para melhoria da apropriação da luta contra o VIH e Sida pelos diferentes sectores/actores da vida nacional em S. Tomé e Príncipe

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (2015)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
4.1.1 : Reforço da implicação do sector público em resposta ao Sida	1. Melhorar a implementação das actividades de luta	4.1.1.1.1	Reforçar as capacidades dos actores na planificação, seguimento e avaliação	148	1 600	1 600	1 600	1 600	1 600	8 000
		4.1.1.1.2	Elaborar, actualizar e implementar os planos de acções sectoriais (sem custos)	149						0
	2. Desenvolver os mecanismos de perenização e de apropriação da luta no sector público	4.1.1.2.1	Implementar um mecanismo de mobilização de recursos para o financiamento dos planos d'acções sectoriais de luta contra o VIH ( <i>Advocacia</i> )	150						0
		4.1.1.2.2	Desenvolver e implementar uma estratégia de advocacia para redinamizar a liderança (leadership) ao nível da administração pública	151	1 000		1 000			2 000
		4.1.1.2.3	Guiar, Conduzir e advogar para a inscrição da linha orçamental para a luta contra o VIH no Orçamento Geral do Estado (orçamento das estruturas públicas)	152						0
		4.1.1.2.4	Apoiar a implementação das acções de advocacia	153					0	
4.1.2 : Reforço da implicação do sector privado (formal e informal) na luta contra o VIH	1. Promoção da parceria Público-Privado (PPP) para mobilizar os recursos financeiros	5.1.2.1.1	Identificar as oportunidades das parcerias PPP e as operacionalizar	154	500	500	500	500	500	2 500
		4.1.2.2.1	Elaborar uma política de luta contra o VIH no mundo do trabalho	155	2 000				500	2 500
	2. Melhorar a implementação, da coordenação e seguimento da luta no sector privado	4.1.2.2.2	Implementar uma plataforma de coordenação de resposta do sector privado ( <i>sem custos</i> )	156						0
		4.1.2.2.3	Assegurar o seguimento e a avaliação de resposta no sector privado	157	200	200	200	200	200	1 000
		4.1.2.2.4	Desenvolver parcerias com outros sectores (Educação, Sociedade Civil/ Associação, PVVIH...) <i>sem custos</i>	158						0
4.1.3 : Reforçar o envolvimento das Autoridades na resposta ao VIH	1. Implicação dos distritos na luta contra o VIH e de Sida	4.1.3.1.1	Envolver o poder local ns equipas distritais de luta contra VIH/SIDA	159						0
		4.1.3.1.2	Apoiar o funcionamento das Equipas distritais ( <i>custo indexado a 32111</i> )	160						0
		4.1.3.1.3	Elaborar os planos de acção dos distritos na luta contra o VIH/Sida <i>Trabalho de Equipa + CONSULTORIA NACIONAL</i>	161		5 000				5 000
		4.1.3.1.4	Reforço de capacidades das equipas distritais no desenvolvimento das actividades de luta contra o VIH/Sida ( <i>nomeadamente em consumíveis e materiais de escritório</i> )	162	3 500	3 500	3 500	3 500	3 500	17 500
4.1.4 : Intégration du VIH dans les projets et programmes	1. Integração do VIH nos projectos/programas	4.1.4.1.1	Reforçar a advocacia para a integração do VIH nos projectos/programas e a mobilização dos recursos próprios ( <i>sem custos</i> )	163						0
		4.1.4.1.2	Reforçar as capacidades dos actores sobre a implementação, seguimento e o feed beack das actividades de luta contra o VIH dos projectos/programas	164	1 200					1 200
<b>GLOBAL</b>					10 000,00	10 800,00	6 800,00	5 800,00	6 300,00	<b>39 700,00</b>

Anexo 2.4.2

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
4.1.5: Reforço da implicação das Organizações da sociedade civil, das organizações comunitárias e das confissões religiosas	1. Reforço das capacidades das Organizações da Sociedade Civil (OSC) na luta contra o VIH e o Sida	4.1.5.1.1	Reforço das capacidades das OSC com vista ao desenvolvimento das actividades específicas de prevenção, manejo de casos, apoio psicossocial, planificação e seguimento de luta contra o VIH/Sida	165	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	9 000
	2. Reforçar a planificação do seguimento e avaliação ao nível comunitário	4.1.5.2.1	Reforçar as capacidades dos actores no domínio da planificação e do seguimento da avaliação	166	2 400	2 400	2 400	2 400	2 400	12 000
		4.1.5.2.2	Implementar um sistema de seguimento e avaliação e de informação, ao nível comunitário ( <i>rede VIH</i> )	167	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
		4.1.5.2.3	Elaborar, reproduzir e disponibilizar o manual de boas práticas, produção e utilização de informação estratégica ao nível comunitário	168	522				522	1 044
	3. Reforço na gestão e na parceria com outros actores de implementação	4.1.5.3.1	Reforçar as capacidades das OSC em matéria de gestão	169	1 200					1 200
		4.1.5.3.2	Criar e promover redes de Organização da Sociedade Civil : rede HIV-SIDA ( <i>encontros de concertação, debates, trocas de experiência, programação de acções, etc</i> )	170	1 522	522	522	522	522	3 610
<b>GLOBAL</b>					9 444,00	6 722,00	6 722,00	6 722,00	7 244,00	<b>36 854,00</b>

## Anexo 2.5

Objectivo estratégico 5: Contribuir até 2016, para reforçar o Sistema Sanitário de S. Tomé e Príncipe através da luta contra o VIH, o SIDA e as IST

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial	
5.1.1 : Melhoria dos diferentes pilares do sistema de saúde	1. Reforço das prestações dos serviços	5.1.1.1.1	Reabilitar/ Completar as infraestruturas	171	30 000			20 000		50 000	
		5.1.1.1.2	Equipar as Unidades Sanitárias (equipamentos informáticos) e assegurar a logística e a manutenção necessária	172	20 000	5 000	5 000	5 000	5 000	40 000	
	2. Reforço e desenvolvimento dos recursos humanos	5.1.1.2.1	Reforço das capacidades dos recursos humanos em matéria de gestão e planificação	173	14 000			14 000		14 000	42 000
		5.1.1.2.2	Desenvolver os mecanismos pela melhoria das condições gerais dos RH (Aquisição de equipamentos e materiais informáticos e de escritório)	174	70 000						70 000
	3. Reforçar o sistema de aprovisionamento em produtos farmacêuticos e outros equipamentos tecnológicos	5.1.1.3.1	Desenvolver os mecanismos de melhoria das políticas, normas directrizes e regras para aquisição de medicamentos e outros produtos de base (atelier x 3 dias x 35)	175	4 900				4 000		8 900
		5.1.1.3.2	Elaborar planos anuais de aprovisionamento em consumíveis VIH (trabalho de grupo)	176	500	500	500	500	500	500	2 500
		5.1.1.3.3	Reforçar as capacidades dos actores e de estruturas para a gestão logística dos consumíveis de VIH 160 técnicos, sendo 80 no ano I e 80 no ano II (incluindo 6 técnicos da RAP no ano I)	177	14 100	9 600					23 700
	4. Melhoria do sistema de financiamento da saúde	5.1.1.4.1	Elaborar e implementar a política de acesso gratuito aos serviços de base relativo ao VIH/Sida ( <i>sem custos</i> )	178							0
	<b>GLOBAL</b>					153 500,00	15 100,00	19 500,00	29 500,00	19 500,00	<b>237 100,00</b>

### Anexo 2.6.1

Objectivo estratégico 6: Contribuir até 2016 para melhorar a produção, a utilização e a gestão de informação estratégica no domínio da luta contra o VIH e o Sida e as IST's

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
6.1.1 : Reforço da vigilância epidemiológica, comportamental e das resistências	1. Reforço da vigilância sentinela do VIH	6.1.1.1.1	Realizar estudos sentinela	179	10 034	10 034	10 034	10 034	10 034	50 170
		6.1.1.1.2	Validar e difundir os relatórios da vigilância sentinela	180	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	7 500
		6.1.1.1.3	Organizar as avaliações periódicas do sistema de vigilância sentinela	181			10 000			10 000
	2. Reforçar a vigilância dos casos de VIH, do Sida, das IST's, das IOs e outras comorbilidades	6.1.1.2.1	Reforçar a todos os níveis as capacidades das pessoas implicadas na vigilância e na gestão dos dados	182	11 551		11 551		11 551	34 653
		6.1.1.2.2	Actualizar e difundir os materiais de recolha de dados nas estruturas comunitárias, públicas e privadas implicadas na prevenção, no manejo de casos médicos e no aconselhamento - despistagem do VIH (custo indexado na act. 6.1.1.2.1)	183						0
	3. Reforço da vigilância comportamental	6.1.1.3.1	Realizar periodicamente inquéritos comportamentais associados a serologia	184					20 000	20 000
	4. Reforço da vigilância das resistências e dos efeitos secundários dos ARVs	6.1.1.4.1	Implementar um observatório sobre as resistência, os efeitos secundários dos medicamentos (fármaco-vigilância dos ARVs e medicamentos para as IOs, revisão periódica do protocolo de vigilância da sensibilidade dos germes)	185	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	100 000
		6.1.1.4.2	Realizar inquéritos para seguimento dos Indicadores de Alerta Precoce (IAP) , a emergência das resistências (primárias e secundárias) aos ARVs	186	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	50 000
6.1.2 : Promoção de pesquisa no domínio de VIH	1. Desenvolvimento de uma plataforma para pesquisa sobre VIH	6.1.2.1.1	Identificar os actores potenciais implicados na pesquisa sobre o VIH e SIDA; (sem custos)	187						0
		6.1.2.1.2	Desenvolver parcerias com instituições de pesquisas, incluindo a medicina tradicional;	188	500	500	500	500	500	2 500
	2. Elaboração e implementação de um cronograma de pesquisa sobre VIH	6.1.2.2.1	Elaborar e actualizar um plano de pesquisa sobre o VIH, IST, IOs e outras co-morbilidades	189	500		500	0	0	1 000
		6.1.2.2.2	Reforçar as capacidades dos actores e estruturas (laboratório, estruturas de pesquisa) implicadas na pesquisa sobre o VIH e SIDA	190	36 000	50 000				86 000
	3. Valorização dos resultados da pesquisa sobre VIH e o Sida	6.1.2.3.1	Assegurar a dessiminação dos resultados das pesquisas sobre o VIH	191	500	500	500	500	500	2 500
<b>GLOBAL</b>					90 585,00	92 534,00	64 585,00	42 534,00	74 085,00	<b>364 323,00</b>

**Anexo 2.6.2**

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (20153)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
6.2.1 : Reforço de seguimento e avaliação das intervenções (dados programáticos)	1. Melhoria da produção dos dados	6.2.1.1.1	Reforçar as capacidades das unidades de seguimento e avaliação do Programa de Nacional de Luta Contra o VIH e SIDA e de outros sectores em recursos humanos, técnicos, materiais e infra estruturas (custo indexado em 5.1.1.2.2)	192						0
		6.2.1.1.2	Actualizar e disponibilizar instrumentos de recolha de dados (custo indexado em 6.1.1.1.2)	193						0
		6.2.1.1.3	Assegurar a supervisão visando a melhoria de qualidade de dados	194	4 300	4 300	4 300	4 300	4 300	21 500
	2. Melhoria da completude e da prontitude da produção dos dados	6.2.1.2.1	Avaliar o sistema nacional de seguimento e avaliação	195			8 000			8 000
		6.2.1.2.2	Implementar um sistema de seguimento da produção e dessiminação dos dados da informação estratégica nos distritos/RAP (custo indexado em 6.1.1.2.1)	196						0
	3. Melhoria de monitorização e avaliação das intervenções de luta contra o nVIH e o Sida	6.2.1.3.1	Avaliação de Meio-Percurso do Programa Nacional de Luta contra Sida (Consultoria Internacional)	197				14 219		14 219
6.2.2 : Reforço da supervisão, do controlo de qualidade e de utilização dos dados	1. Reforço da supervisão de rotina	6.2.2.1.1	Elaborar/ actualizar as directrizes para supervisão das actividades de colheita de dados ao nível dos distritos/ RAP e das comunidades (custo indexado em 6.2.1.1.2)	198						0
		6.2.2.1.2	Difundir as directrizes para a supervisão das actividades de colheita dos dados ao nível dos distritos	199	312	312	312	312	312	1 560
		6.2.2.1.3	Reforçar as supervisões e a retro informação ( <i>sem custo</i> )	200						0
	2. Elaboração e implementação de um plano de controlo de qualidade de dados	6.2.2.2.1	Elaborar e implementar um plano de controlo de qualidade de dados ( <i>sem custos</i> )	201						0
		6.2.2.2.2	Reforçar as capacidades dos implicados na colheita dos dados no controlo e na validação dos dados ( <i>custos indexados em 6.1.1.2.1</i> )	202						0
	3. Reforço da dessiminação e da utilização dos	6.2.2.2.3	Melhorar o arquivo e a colheita, controlo e a validação de dados	203	500	500	500	500	500	2 500
		6.2.2.3.1	Desenvolver um modelo padronizado para elaboração dos relatórios ( <i>sem custo</i> )	204						0
6.2.2.3.2	Realizar encontros anuais de restituição de dados aos parceiros, pelo CNLS	205	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	7 500		
<b>GLOBAL</b>					6 612,00	6 612,00	14 612,00	20 831,00	6 612,00	<b>55 279,00</b>

## Anexo 2.7

Objectivo estratégico 7: Contribuir até 2016 para melhoria da coordenação multisectorial, da parceria e da gestão da luta contra o VIH, o SIDA e outras IST's

Domínio	Estratégia	CODIGO	Designação	Nº Ordem	Ano 1 (2013)	Ano 2 (2014)	Ano 3 (2015)	Ano 4 (2016)	Ano 5 (2017)	Total Parcial
7.1.1 : Reforço das capacidades organizacionais e institucionais das estruturas de	1. Reforço do dispositivo de coordenação no âmbito da multisectorialidade quadro	7.1.1.1.1	Organizar reuniões e intercâmbios regulares entre os diferentes parceiros	206	500	500	500	500	500	2 500
		7.1.1.1.2	Aquisição de uma veículo todo-o-terreno ( 4 x4 ) e uma motorizada para supervisão	207	25 000					25 000
		7.1.1.1.3	Aquisição de mobiliários e equipamentos informáticos para o apetrechamento do PNLS e serviços distritais de saúde (11 computadores completos 7 fotocopiadoras) <i>custos indexados em 51122</i>	208						0
		7.1.1.1.4	Aquisição de materiais e consumíveis informáticos e de escritório (PNLS e Distritos)	209	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	7 500
7.1.2 : Reforço da coordenação multi-parceria	1. Reforço da coordenação nacional da resposta ao VIH	7.1.2.1.1	Assegurar a regularidade dos encontros estatutários do Comité Nacional de luta contra o Sida	210	684	684	684	684	684	3 421
		7.1.2.1.2	Reactivar o CNLS e reorganizar o Secretariado Executivo	211	20 000	15 000	15 000	15 000	15 000	80 000
		7.1.2.1.3	Reforçar as capacidades dos membros do Secretariado Executivo do CNLS	212		3 500				3 500
7.1.2 : Reforço da coordenação comunitária	2. Reforçar a coordenação comunitária	7.1.2.2.1	Reforçar as capacidades da sociedade civil sobre a coordenação	213			6 000			6 000
		7.1.3.1.1	Reforçar a integração da componente VIH nos planos de desenvolvimento ( <i>sem custos</i> )	214						0
		7.1.3.1.2	Implementar os quadros de partilha de informação e de concertação ao nível dos distritos	215	500	500	500	500	500	2 500
7.1.3 : Reforço da parceria nacional, sub-regional e internacional	2. Reforço da cooperação sub-regional e internacional	7.1.3.2.1	Participar nos encontros internacionais sobre o VIH	216	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	35 000
		7.2.1 : Reforço da advocacia para a mobilização	1. Reforço das capacidades dos actores da luta contra Sida, em todos os sectores	7.2.1.1.1	Criar uma célula de Advocacia, elaborar instrumentos, conceber e implementar (e actualizar) o respectivo Plano	217	2 122			1 600
7.2.1.1.2	Elaborar e implementar um plano de formação dos actores (célula de advocacia) em matéria de advocacia (Assistência Técnica Nacional)	218		6 000					6 000	
7.2.2 : Reforço da mobilização dos recursos	1. Reforço da implicação dos parceiros técnicos e financeiros na luta contra o SIDA	7.2.2.1.1	Fazer a advocacia para implicação dos parceiros técnicos e financeiros ( <i>sem custos</i> )	219						0
		7.2.2.1.2	Advocacia para integração da componente de VIH nos orçamentos das estruturas descentralizadas, dos projectos de desenvolvimento e nas actividades de protecção dos trabalhadores ( <i>sem custos</i> )	220						0
		7.2.2.2.1	Advocacia junto aos agentes económicos para a implementação de mecanismos inovadores de arrecadação de recursos financeiros ao nível nacional, em prol da luta contra o VIH	221	500	500	500	500	500	2 500
<b>GLOBAL</b>					63 806,20	29 184,20	31 684,20	27 284,20	25 684,20	<b>177 643,00</b>
<b>TOTAL GLOBAL</b>					<b>1 306 162</b>	<b>1 043 127</b>	<b>903 238</b>	<b>937 033</b>	<b>871 167</b>	<b>5 060 726,55</b>