

Diagnóstico Situacional sobre a Implementação da Recomendação Opção B+ , da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP

Consultora: Helena M.M. Lima, MD, PhD



CPLP
Comunidade dos Países
de Língua Portuguesa



DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS



Organização
Pan-Americana
da Saúde

RELATÓRIO FINAL - SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE
AGOSTO – 2017 – REVISTO EM ABRIL DE 2018

ÍNDICE

Tema	Página
Siglas	3
Lista de Figuras	4
Contexto	5
Fluxo de notificações em VIH e SIDA	8
Dados Epidemiológicos – VIH e SIDA	9
Epidemiologia de VIH/SIDA entre gestantes	11
Opção B+	13
Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos	14
Testagem	14
Coinfecções	15
Tratamento Antirretroviral – TARV	19
Bancos de Sangue	20
Adesão	21
ONG parceiras	23
Tabela-síntese	24
Conclusões e recomendações	27
Referências	31
Lista dos participantes da visita de campo, respectivos cargos e instituições	32

Siglas

AG - Agua Grande
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV - Antirretroviral
ATV - Aconselhamento e Testagem Voluntário
CNE - Centro Nacional de Endemias
CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CPN - Mulheres em consulta pré-natal
CT - Cantagalo
CU - Cauê
DS - Distritos Sanitários
FG - Fundo Global
GARPR – Global SIDA Response Progress Report
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH - Homens que fazem sexo com homens
IDS - Inquérito Demográfico e Sanitário
IST - Infecções sexualmente transmissíveis
LE - Lembá
LO - Lobata
M – Militares
MICS - *Multiple Indicator Cluster Survey*
MZ - Mé Zochi
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONUSIDA - Organização das Nações Unidas para o SIDA
PNLS - Programa Nacional de Luta Contra o Sida
PS - Profissionais do sexo
PTMF - Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho
PVVIH - Pessoas vivendo com o VIH
R - Reclusos
RAP - Região Autónoma do Príncipe
RDE – Responsável Distrital de Epidemiologia
S&A - Seguimento e Avaliação
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SSR - Serviço de Saúde Reprodutiva
STP - São Tomé e Príncipe
TARV - Tratamento antirretroviral
TB - Tuberculose
UDIV - Usuários de drogas intravenosas
UNSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH e SIDA
VIH - Vírus da imunodeficiência humana
WHO – World Health Organization – Organização Mundial da Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. São Tomé e ilha do Príncipe. Fonte: STP, 2016⁽⁶⁾.

Figura 2. Unidades de Saúde em São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014⁽⁸⁾.

Figura 3. Principais apoiadores e parceiros para a resposta nacional à epidemia de VIH e SIDA em São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014^{(4),(14)}.

Figura 4. Número de casos novos de SIDA notificados em 2013, São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 5. Óbitos nos doentes de SIDA sob TARV em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 6. Mulheres grávidas infectadas pelo VIH e que se beneficiam da profilaxia com ARV/PTMF, STP-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 7. Número total de grávidas por trimestre em São Tomé e Príncipe, no ano de 2013, que foram testadas e aconselhadas para realizar teste de VIH. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 8. Crianças nascidas vivas de mães VIH+ em São Tomé e Príncipe, seguidas por trimestre (T1-T4) no ano de 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 9. Crianças VIH+ a partir de 12 meses, nascidas de mães VIH+ em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 10. Casos de tuberculose notificados em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

Figura 11. Estimativas – tuberculose e VIH em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

Figura 12. Casos de coinfeção tuberculose-VIH em São Tomé e Príncipe em 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

Figura 13. Porcentagem de pessoas VIH+ em tratamento preventivo para tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

Figura 14. Evolução da prevalência de Sífilis nas grávidas em STP, 2010 -2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 15. Proporção de mulheres grávidas com testes de sífilis positivo em São Tomé e Príncipe, por trimestre (T1-T4), no ano de 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁷⁾.

Figura 16. Número de pessoas vivendo com VIH que mudaram o tratamento de 1ª. para segunda linha em São Tomé e Príncipe em 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁵⁾.

Figura 17. Número de pessoas em estado avançado de SIDA que iniciaram TARV segundo as normas nacionais em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 18. Pessoas VIH+ que iniciaram tratamento profilático em São Tomé e Príncipe em 2014, segundo os trimestres. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 19. Segurança transfusional em São Tomé e Príncipe, 2008-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 20. Número de doentes de SIDA sob TARV que abandonaram o tratamento em São Tomé e Príncipe entre 2010-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Figura 19. Número de doentes com SIDA sob terapia antirretroviral que abandonaram o tratamento em 2013 em São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 1. Número de casos novos de VIH+ entre mulheres em São Tomé e Príncipe, por trimestre, em 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 2. Número de casos novos de VIH+ entre homens - São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 3. Casos novos de SIDA em São Tomé e Príncipe, 2010-2013, por sexo. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 4. Tendência da prevalência estimada do VIH em mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe, entre 1989-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁷⁾.

Gráfico 5. Número de testes para VIH voluntários realizados em São Tomé e Príncipe em 2013, segundo o trimestre (T1-T4) e o gênero. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 6. Número de pacientes com tuberculose, atendidos nas estruturas sanitárias, que realizaram teste para VIH, receberam o resultado e o aconselhamento em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 7. Proporção de pacientes novos com tuberculose positivos para VIH em São Tomé e Príncipe, segundo o trimestre (T1-T4), em 2014. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 8. Pacientes tratados de Infecções Sexualmente Transmissíveis em São Tomé e Príncipe em 2014, por trimestre. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 9. Pacientes tratados por IST em STP por ano, entre 2008-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 10. Porcentagem de testes positivos para o VIH, sífilis, Hepatite C e hepatite B (HBS), entre os doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, em 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Gráfico 11. Retenção em tratamento antirretroviral por 12 meses em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: UNSIDA_2016⁽²⁰⁾.

Gráfico 12. Abandono do Tratamento antirretroviral em São Tomé e Príncipe, 2010-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Contexto¹

O arquipélago de São Tomé e Príncipe é constituído por duas ilhas, São Tomé e Príncipe, com uma superfície terrestre total de cerca 1.001 Km², sendo 859 Km² para São Tomé e 142 Km² para Príncipe. O país não tem fronteiras terrestres, mas situa-se relativamente próximo as costas do Gabão, Guiné Equatorial, Camarões e Nigéria. As ilhas de São Tomé e Príncipe distam respectivamente 360 e 269 km da costa oeste do Continente Africano, sendo que a ilha do Príncipe está a 160 km ao norte de São Tomé^(16),19).

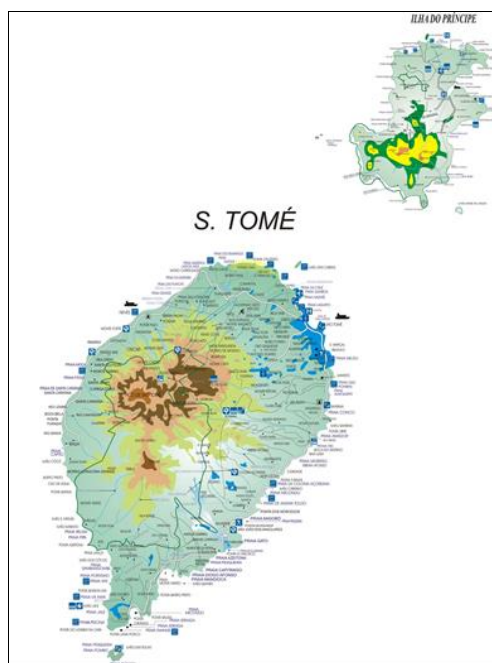


Figura 1. São Tomé e ilha do Príncipe. Fonte: STP, 2016⁽⁶⁾.

O país é dividido em sete distritos sanitários: Água Grande, Mé-Zochi, Lembá, Lobata, Cantagalo, Caué e a Região Autónoma do Príncipe (RAP). As ilhas de São Tomé e Príncipe estiveram desabitadas até 1470, quando os navegadores portugueses João de Santarém, Pedro Escobar e João de Paiva as descobriram, na zona do Golfo da Guiné. É também um país com um PIB per capita de cerca de US\$ 424. Aproximadamente 54% da população vive em pobreza e 15% em extrema pobreza. A taxa de desemprego teve diminuição de 0,9% ao nível nacional, nos distritos mais populosos: Água Grande, 2,6% e Mé-Zochi, 4,3%. Novas descobertas de petróleo no Golfo da Guiné tem atraído a atenção para o País. A Taxa de analfabetismo é de 14,5% das mulheres e 5,06% nos homens^{(4),(14)}.

São Tomé e Príncipe tem uma população jovem, com média de idade de 17,9 a 19 anos, sendo 17,5 para homens e 18,4 para as mulheres. Cerca de 42% da população tem menos de 15 anos de idade, e apenas 5% tem mais de 60 anos. Em São Tomé e Príncipe é feito um censo de famílias: de 33.772 famílias em 1992 para 44.535 famílias em 2014, ou seja, um aumento de 10.763 famílias nos últimos 12 anos^{(4),(6)}.

¹ Os números entre parêntesis são as Referências, elencadas ao final do relatório; quando houver dois pontos, o número seguinte especifica a página do documento apresentado.

Cerca de 23,1% das mulheres entre 15-29 anos são casadas ou estão em união com poligamia, e 17,3% das mulheres entre 20 e 24 anos. As mulheres se casam jovens: 32,2% das mulheres casaram-se antes dos 18 anos e 7,5% dos homens. Apenas 3,0% das crianças entre 36 e 59 meses tem o pai biológico comprometido com suas atividades de crescimento e desenvolvimento^(3:8). Quanto aos registros civis de nascimento e óbito, a porcentagem de registros de crianças recém-nascidas é de 75% a 88,5%, porém, não há cobertura das causas de óbito^{(3:275),(10)}.

Na década de 1970 houve dois fluxos populacionais considerados significativos: o êxodo da maior parte dos então 4.000 residentes portugueses e o influxo de centenas de refugiados são-tomenses vindos de Angola. Os grupos étnicos presentes em São Tomé e Príncipe são os mestiços, angolanos (descendentes de escravos angolanos), forros, serviçais (trabalhadores de Angola, Moçambique e Cabo Verde), tongas (crianças filhas dos serviçais nascidas nas ilhas), europeus (portugueses) e asiáticos (chineses, em sua maioria). O epíteto “Somos Todos Primos” decorre da restrita população da ilha e do grau de parentesco entre as pessoas, mesmo em diferentes regiões^{(3),(6),(7),(10),(11)}.

A taxa de crescimento populacional é de 1,84% - 2,05%, sendo 34.23 nascimentos a cada 1000 pessoas. Num intervalo de doze anos (2001-2012), a taxa de crescimento médio anual da população são-tomense passou de 1,59% a 2,78%^{(4),(14:2)}. A expectativa de vida ao nascimento na população em geral é de 64,58 anos, sendo 63,27 (61,3 a 62,1) para os homens e 65,92 (66,5 a 68,7) para as mulheres^{(4),(9),(14),(18)}. A média de gestações é de 4,54 crianças nascidas/mulher, com uma prevalência de contracepção de 38,4%. A taxa de mortalidade infantil é de 47,88 mortes/1000 nascidos vivos, sendo 49.85/1000 meninos e 45,85/1000 meninas. A taxa de mortalidade geral é alta: 7,24/1000 e especialmente entre os homens^{(3),(6),(7),(9),(18)}.

Cerca de 65,1% da população é urbana, sendo a capital São Tomé a região mais populosa, com 71 mil habitantes⁽¹⁸⁾. O idioma oficial falado em São Tomé e Príncipe é Português (98,4%). Porém, toda a população fala o *forro* (lê-se “fôrro”), uma mistura de português, idiomas das diferentes etnias, francês e crioulo. São três crioulos de base portuguesa diferentes falados nas ilhas. Também são falados francês (6,8%), inglês (4,9%) e crioulo cabo-verdiano (8,5%). Os ilhéus, nos anos 1970, foram em sua parte absorvidos por uma cultura comum luso-africana. Quase todos pertencem às Igrejas Católica Romana, Evangélica, Nazarena, Congregação Cristã ou Adventista do sétimo dia^{(8),(9),(11),(15),(18)}.

A visita de campo de São Tomé e Príncipe foi realizada entre 10 e 13 de setembro de 2015. A relação completa dos lugares visitados e das pessoas entrevistadas está no item 10 do presente relatório. A visita ao Instituto da Mulher e da Criança, que em setembro de 2015 foi dito em entrevista que seria coordenado por profissionais de saúde de Taiwan - referido como o principal local para se compreender a implementação da Opção B+ em São Tomé e Príncipe - não foi autorizada e não foi realizada. Em complemento enviado em novembro de 2017, foi esclarecido que *o Centro de Tratamento No.1, situado na Delegacia de saúde sob a coordenação do Delegado Distrital de Água Graude, onde se registra o maior número de doentes de SIDA, ou do Centro de Tratamento no. 2, situado no maior Centro de Saúde Reprodutiva no Distrito de Água Graude, gerido pelo Programa de Saúde Reprodutiva – onde se registra o maior número de grávidas.*

Foi visitado um Centro de Saúde em Lobata, considerado um distrito com muitas dificuldades e limitações e a ONG parceira ASPF. Foram disponibilizados, pelo PNLS, para a redação deste documento, o Relatório Anual de 2014 e o Estudo Sentinela de 2013, ambos em português.

O Sistema Nacional de Saúde Pública é composto por: Ministério da Saúde, Direcção Administrativa e Financeira, Direcção dos Cuidados de Saúde, Fundo Nacional de Medicamentos, Centros Distritais de Saúde, Postos de Saúde e Postos Comunitários. Em novembro de 2017, acrescentou-se por e-mail: *É o Centro Nacional de Endemias em que está inserido o Programa Nacional de Luta contra a sida, o Programa de Paludismo e de tuberculose, de doenças não-transmissíveis e doenças tropicais negligenciadas.* No Nível central, o principal hospital é o Hospital Dr. Ayres de Menezes, situado na capital. Além dessa estrutura, o sistema de saúde possui unidades de internamento distritais em Caué, Lembá e na ilha do Príncipe. Há centros de saúde nos distritos restantes^{(6),(10)}. O Programa Nacional pela Luta contra a SIDA foi implementado no ano de 1987 em STP, direccionado à informação sobre VIH e SIDA e à prevenção da transmissão do vírus. Foi desenvolvido um Plano Estratégico de Luta contra a SIDA (PEN), para o período de 2004 a 2008; em 2006, o Governo assumiu o compromisso de acelerar a prevenção ao VIH^{(3),(6),(7),(14)}.

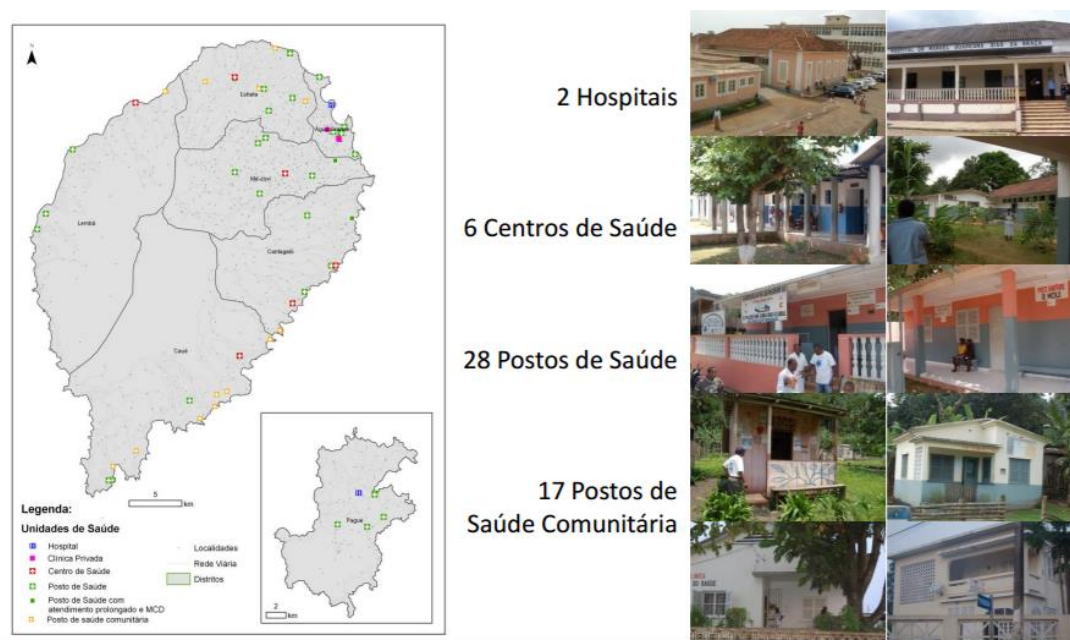


Figura 2. Unidades de Saúde em São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014⁽⁸⁾.

A resposta são-tomense à epidemia de VIH e SIDA depende essencialmente das parcerias externas:

Parceiros/Colaboradores	Áreas de intervenção
FG	Assistência técnica e financeira, elaboração de políticas estratégicas, diretrizes, formação de quadros, compra de ARVs
IMVF	Compra de ARVs
OMS	Assistência técnica e financeira, elaboração de políticas estratégicas, diretrizes, formação de quadros
Brasil	Assistência técnica e financeira, elaboração de políticas estratégicas, diretrizes, formação de quadros, compra de ARVs
UNICEF	Assistência técnica e financeira
Distritos Sanitários	Diagnóstico e Manejo de casos de VIH/SIDA, ações de sensibilização
FNM	Gestão de medicamentos
ASPF	Testagem voluntária, apoio nas ações de sensibilização
HAM	Testagem, Manejo de casos de SIDA
Cruz Vermelha	Ações de sensibilização, testagem voluntária

Figura 3. Principais apoiadores e parceiros para a resposta nacional à epidemia de VIH e SIDA em São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014^{(4),(14)}.

Segundo os dados disponíveis, os recursos humanos e materiais em São Tomé e Príncipe são escassos, sendo parcialmente realizados pelo trabalho de várias Organizações Não-Governamentais^{(10),(11),(14)}. A escassez de meios é agravada pelas dificuldades de mobilidade e transporte. Em caso de necessidade de algum tratamento mais diferenciado existe a possibilidade de ida ao Gabão ou mesmo Portugal. A situação sanitária é considerada precária, com mortalidade infantil elevada e peso importante das doenças infecciosas e carências nutricionais nas causas de óbitos. Muitos profissionais saem do arquipélago para estudar no exterior e não retornam mais ao país. Como São Tomé e Príncipe passou por um período de regime político comunista, vários então jovens foram estudar em Moscou, Leningrado e outras localidades na então União Soviética, tendo formação específica bastante peculiar, priorizando as políticas de Estado, intervenções em massa, com promoção de saúde voltada para o coletivo^{(3),(6),(7),(10),(14)}.

Na virada do século XXI considera-se que tenham sido atingidos progressos nos setores de saúde e de educação em São Tomé e Príncipe. Reformas estruturais visando a Conclusão Primária Universal foram implementadas. O número de partos realizados em instituições de saúde chegou a quase 90% em 2013, embora não tenha sido grande o número de cesarianas entre as mulheres VIH+. No início do ano 2013 foi elaborado um programa de formação com 21 atividades a serem realizadas ao longo do ano^{(6:29),(10)}. Dessas 21 (100%), apenas 7 (33,3%) foram realizadas, e dessas, 5 foram realizadas parcialmente (não abrangeram a totalidade de participantes) e apenas 2 (28,5%) foram realizadas completamente. Isto deve-se provavelmente ao desbloqueamento muito tardio de verbas para a realização dessas formações^{(6),(14)}.

Fluxo de notificações em VIH e SIDA:

A base de dados utiliza o programa Epi Info. A mesma base de dados foi dada a todos os distritos sanitários incluindo a Região Autónoma do Príncipe (RAP) para um melhor acompanhamento e seguimento dos indicadores e para uma uniformização de fontes de dados. No entanto, apenas o distrito de Água Grande tem feito a introdução dos dados por postos sanitários como recomendado pelo programa^{(6),(7),(10)}. O fluxo de informações é o seguinte^{(5),(10)}:

1. As fichas dos Distritos Sanitários e os Relatórios das estruturas extra-saúde (ONG ASPF) são preenchidas mensalmente pelos Responsáveis de Epidemiologia dos Distritos (RDE), com base na recolha de informações do Centro de Saúde em todos os Postos de Saúde e confirmados/visados pelo Médico Delegado do Distrito.
2. A Ficha sobre segurança transfusional é preenchida mensalmente pelo técnico do Banco de Sangue encarregado, sendo posteriormente visada pelo Responsável do setor.
3. Todas as fichas são encaminhadas para o Programa Nacional de Luta contra Sida (PNLS) e entregues à responsável do setor de Seguimento-Avaliação, que supervisiona e introduz os dados na base Epi Info e arquivadas em pastas específicas (fichas de saúde e extra-saúde).
4. As fichas de testagem voluntária e de Programa de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho (PTMF) são enviadas à Saúde Reprodutiva Central, pelos Distritos Sanitários, e posteriormente enviadas para o PNLS. No entanto, algumas das informações constantes nas referidas fichas são compiladas e incluídas, pelos RDE, nas fichas dos Distritos Sanitários enviadas mensalmente ao Programa Nacional de SIDA.

5. Os dados referentes aos indicadores de manejo de casos são fornecidos pelos médicos responsáveis pelo seguimento das pessoas sob tratamento.

6. Os relatórios semestrais, efetuados pelo PNLS, são enviados para todos os parceiros implicados no Programa Nacional.

Em termos de seguimento e avaliação, durante o ano 2013, foram realizadas 150 visitas de seguimento pela equipe central nos postos sanitários, 48 reuniões ao nível dos distritos em que o tema do VIH e SIDA foi discutido. Durante o ano 2013 o PNLS recebeu algumas visitas de Seguimento & Avaliação do nível internacional. *No entanto, não se tem um registo do número real dessas visitas recebidas*^{(6),(7),(10)}. Foram realizadas supervisões nos trimestres seguintes - no entanto, só há resultado da supervisão do segundo trimestre, *pois para as outras duas não se produziu um relatório*⁽⁶⁾. No trimestre correspondente ao período de junho a julho de 2013, realizou-se uma supervisão nas unidades sanitárias de São Tomé onde efetuou-se as seguintes atividades: avaliação da performance dos técnicos do domínio de testagem, manejos de casos de IST, PTMF e ARVs, controle do registo de casos e os seus seguimentos, verificação da existência em todos os serviços dos protocolos de TARV, IST, Pós-Exposição, PTMF; verificação dos processos clínicos dos pacientes; verificação do livro de registo dos casos de TARV/PTMF/Pós Exposição/IST; verificação do estoque dos produtos e consumíveis, assim como a verificação das fichas de estoque e controlo dos testes laboratoriais; correção das possíveis falhas constatadas; fornecimento de alguns documentos quando necessário (fichas de estoque, protocolos, fichas de notificação, etc.)⁽⁶⁾.

Em todos os distritos do País foram constatadas algumas lacunas, como a inexistência de protocolos terapêuticos, de PTMF e de AZT injetável, fichas de confidencialidade e de seguimento dos pacientes, inexistência de livro de registo de casos pós exposição, inexistência de microtubos nos laboratórios, inexistência em alguns postos do algoritmo de tratamento das IST, inexistência de AZT em xarope na maternidade, inexistência de mascaras de proteção, fichas de seguimentos dos pacientes não preenchidas, e inexistência de testes *Determine*, HBS na maternidade central^{(6),(10)}. Foram elaboradas e apresentadas tabelas com os referidos deadlines e prazos efetivamente cumpridos para entrega dos relatórios, nos quesitos pontualidade e completude⁽⁶⁾.

O Sistema Nacional de Saúde Privado é considerado incipiente, reduzindo-se a pequenos consultórios com algumas práticas de cuidados clínicos⁽¹³⁾.

Dados Epidemiológicos – VIH e SIDA

A epidemia de VIH e SIDA em São Tomé e Príncipe é do tipo concentrado, com prevalência de 1,7% nos homens e 1,3% nas mulheres. A transmissão é por via sexual em 92% dos casos, seguido de transmissão vertical – 5% dos casos – e via sanguínea, 2%. Em 4,3% dos casos a via de transmissão é desconhecida^{(4),(5),(6),(14)}.

Com a resposta nacional à epidemia, a tendência de transmissão por via sanguínea, que era de quase 5%, baixou sensivelmente. A proporção de casos com via de transmissão desconhecida ainda permanece no patamar em torno de 4,0%.

Resultados	1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	TOTAL
Mulher	7	9	12	14	42
Homens	3	7	5	12	27
Total	10	16	17	26	69

Figura 4. Numero de casos novos de SIDA notificados em 2013, São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Em síntese, a incidência do VIH passou de 0,52/1.000 habitantes em 2012 para 0,97/1.000 habitantes em 2013, quando foram notificados 69 casos novos de SIDA, sendo 42 (60,85%) do sexo feminino e 27 (39,1%) do sexo masculino. A prevalência de VIH nas grávidas era 0,5%; no final de 2012 havia 296 pessoas em TARV, sendo 271 delas (92,8%) em tratamento de primeira linha e 25 em tratamento de segunda linha^{(4),(7),(14)}.

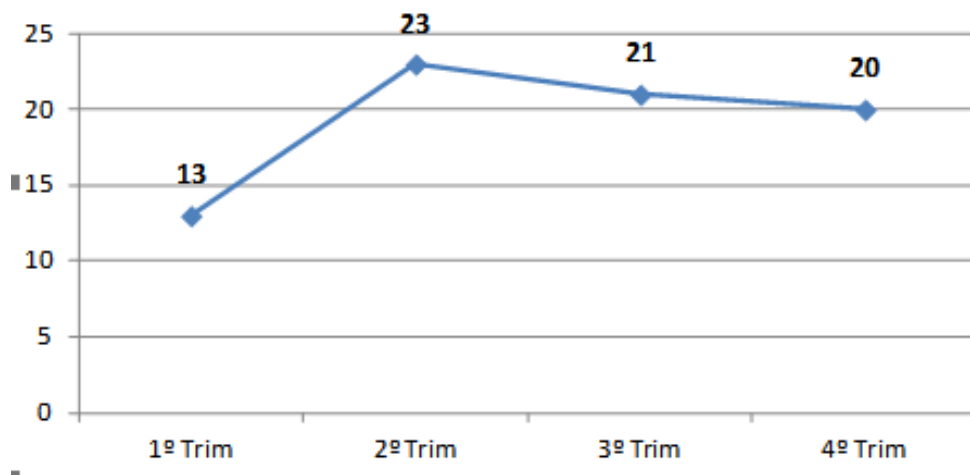


Gráfico 1. Número de casos novos de VIH+ entre mulheres em São Tomé e Príncipe, por trimestre, em 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

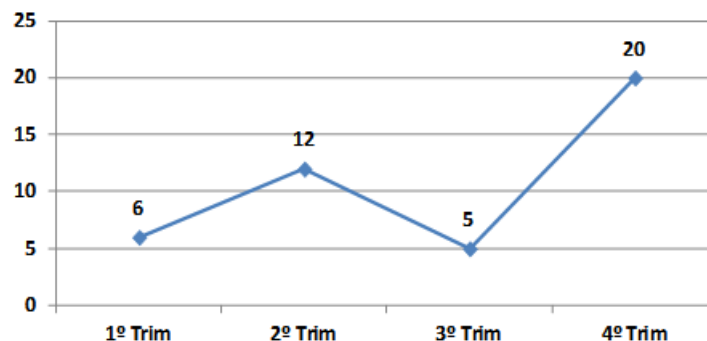


Gráfico 2. Número de casos novos de VIH+ entre homens - São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Em relação aos 3 anos anteriores, houve um aumento considerável no número de casos notificados, o que se deve à implementação de uma das estratégias de acesso universal, que é ampliar a testagem pelo VIH a nível nacional, como forma de aumentar a taxa de captação^{(6),(7),(10)}.

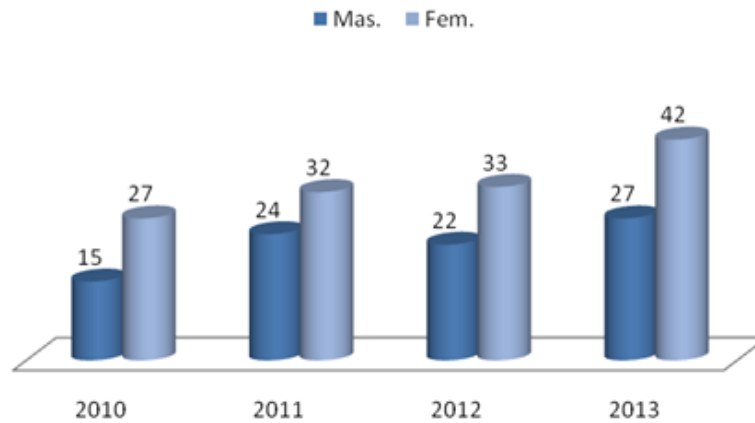


Gráfico 3. Casos novos de SIDA em São Tomé e Príncipe, 2010-2013, por sexo. Fonte: STP, 2014(6).

Dados de 2016^(3:208) indicam que a prevalência da infecção por VIH na população entre 15-49 anos é de **0,5%** em homens e mulheres. As diferenças por grupos etários também são pequenas. Em relação às características socioeconômicas das pessoas com VIH, há maior prevalência entre a população pobre, com nível de instrução primário^(3:253). Os resultados sugerem algumas variações por status marital, com uma prevalência levemente mais alta prevalência entre divorciados ou separados (1,5%), enquanto o índice de 0,4% entre casados ou em união, e 0,2% entre solteiros^{(3),(10)}.

Em relação à mortalidade, em 2013 registou-se um total de 25 óbitos dentre os doentes de SIDA em São Tomé e Príncipe, sendo 17 homens e 8 mulheres⁽⁶⁾. Destes, 15 estavam sob TARV; quatro pessoas faleceram uma a duas semanas depois do início do tratamento, 4 eram coinfectados (TB/VIH), e 2 faleceram sem seguimento nem tratamento⁽⁶⁾.

ÓBITOS	1 Trimestre	2 Trimestre	3 Trimestre	4 Trimestre	Total
Homens	4	3	1	2	10
Mulheres	2	0	1	2	5
Total	6	3	2	4	15

Figura 5. Óbitos nos doentes de SIDA sob TARV em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: STP, 2014(6).

Epidemiologia de VIH/SIDA entre gestantes

Ao longo do ano 2013, 6.579 mulheres grávidas beneficiaram de aconselhamento e foram submetidas ao teste do VIH no âmbito da PTMF e todas foram informadas sobre o seu resultado após a testagem. Delas, 57% na faixa etária de 25+, 25,9% na faixa etária de 20-24 anos, 16,5% na faixa etária de 15-19 anos e 0,7% na faixa etária de <15 anos. A taxa de positividade do teste foi de 0,4% (28 das 6579 foram positivas), com maior percentagem para a faixa etária 25 anos ou mais^{(3),(6),(10)}.

Em 2013 foram registadas 31 grávidas no Programa de Prevenção à Transmissão Mãe e Filho (PTMF), sendo 25 novas captadas e 6 que já conheciam o seu estado. Destas, 23 (74,2%) realizaram o tratamento completo para reduzir o risco de transmissão mãe-filho, 4 (12,9%) delas não terminaram o tratamento (*perdidos de vista*), 3 (9,7%) ainda se encontravam sob tratamento até 31 de dezembro e 1 (3,2%) teve um aborto. Quando comparado com o ano 2012, a taxa de perdidas de vista foi de 17,9%. Apesar da diminuição de casos de *perdidos de vista*, considera-se necessário reforçar muito mais a busca ativa para que essa taxa seja 0%^{(4),(5),(6),(10)}.

Ano	GRÁVIDAS novas captadas	Total de grávidas sob PTMF registradas	Grávidas que completaram o TARV	Grávidas ainda em profilaxia	Abandono	Perdas de vista
2013	25	31	23	3	1 (aborto)	4

Figura 6: Mulheres grávidas infectadas pelo VIH e que se beneficiam da profilaxia com ARV/PTMF, STP-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

A prevalência do VIH em 2013 era de **0,3% nas mulheres grávidas**⁽⁷⁾. Em São Tomé e Príncipe², verificou-se que a prevalência do VIH nas grávidas é mais elevada na Região Autónoma do Príncipe (1,4%), seguido de Agua Grande (0,4%) e de Mezochi (0,2%); e foi nula nos outros distritos. A prevalência global, quando estimada para população, foi de 0,01 a 0,7%⁽⁷⁾.

A prevalência do VIH na população de grávidas mostra uma tendência para uma epidemia que pode ser considerada de baixa prevalência, com pequenas variações.

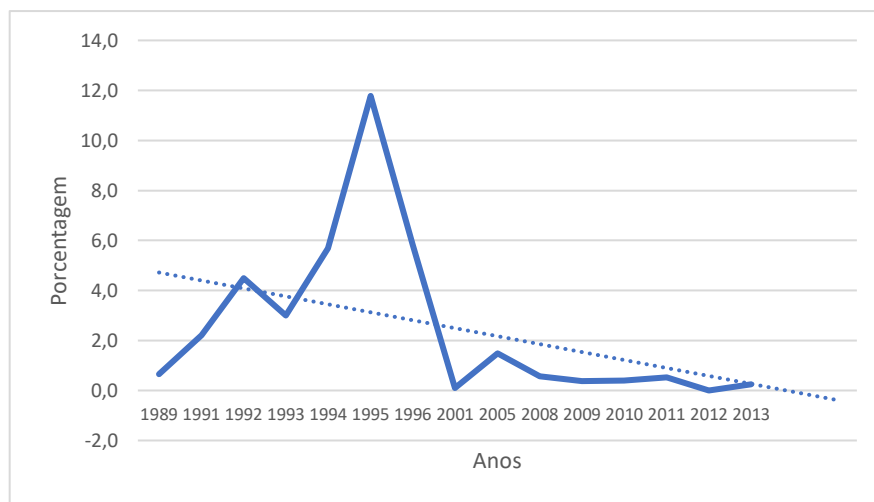


Gráfico 4. Tendência da prevalência estimada do VIH em mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe, entre 1989-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁷⁾.

Foi recolhida uma amostra de 5 ml de sangue total de todos os participantes do Estudo Sentinela⁽⁷⁾. Dessa amostra tomou-se uma gota para realização do teste rápido de VIH e outra para Sífilis. Foi criada uma base de dados em EpiInfo 3.5.4, que continha todas as variáveis da referida ficha e suas respectivas codificações. Nesse estudo, constatou-se a prevalência de VIH como sendo de **0,3%** nas gestantes.

Transmissão Vertical - Prevenção à Transmissão Mãe-Filho (PTMF)

O Programa de Prevenção da Transmissão do VIH da mãe para o filho (PTMF) começou em 2005, com testes voluntários para VIH e tratamento preventivo da TV; entre 2005 a 2010 cerca de 150 profissionais de saúde foram treinados para prestar aconselhamento e testagem entre mulheres grávidas.

² Do qual participaram de 2333 pessoas, sendo 1584 mulheres grávidas em consulta pré-natal, 361 militares, 89 mulheres profissionais de sexo e 199 presos.

A partir de janeiro de 2006, os testes de VIH para mulheres grávidas foram disponibilizados em todos os distritos do país. As gestantes testadas e com diagnóstico positivo para VIH foram incentivadas a fazer terapia tripla e recebiam alimentos para substituição do leite materno, para suprimir a amamentação⁽⁶⁾. O Programa de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho, PTMF, tem como objetivos garantir a saúde da gestante e de seu filho. Nesse contexto, são realizados os testes de detecção do VIH e sífilis em todas as mulheres. A percentagem de mulheres entre 15 e 49 anos que tiveram um parto com criança nascida viva entre 2012 e 2014 e receberam cuidados pré-natais durante a gravidez, com aconselhamento para testagem de VIH foi de 77,2%, e 86,1% receberam o resultado. Segundo os dados disponíveis⁽³⁾, 47,1% das mulheres e 39,9% dos homens entre 15 e 49 anos *sabiam identificar todos os meios de transmissão do VIH de mãe para filho*. Em 2013, 6.579 mulheres grávidas realizaram aconselhamento e foram submetidas ao teste do VIH no âmbito da PTMF e todas foram informadas sobre o seu resultado após a testagem, sendo 57% com mais de 25 anos, 25,9% entre 20-24 anos, 16,5% entre 15-29 anos e 0,7% menores de 15 anos. Destas 6.579 grávidas testadas em 2013, 28 foram positivas para VIH (0,4% de prevalência), com maior percentagem para a faixa de 25 anos ou mais^{(3),(4),(10),(14),(20)}.

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total
1728/1728	1448/1448	1654/1654	1745/1745	6575
100%	100%	100%	100%	100%

Figura 7. Número total de grávidas por trimestre em São Tomé e Príncipe, no ano de 2013, que foram testadas e aconselhadas para realizar teste de VIH. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Opção B+

Como Diagnóstico Situacional, pode-se afirmar que a Opção B+ esteja iniciada em São Tomé e Príncipe (2015). O Resumo do Protocolo Terapêutico está publicado e apresenta textualmente a orientação: *OPÇÃO B+: Iniciar o ARV (TRITERAPIA) Independentemente da contagem de CD4, logo após o diagnóstico e continuar **para toda a vida***^{(6),(7)}. Note bem: *as pacientes que já estão em tarv no esquema antigo, não trocar, ou seja, manter a terapêutica para toda a vida*. Também são descritas as diretrizes para aplicação de AZT injetável durante o trabalho de parto, dosagens de ataque e manutenção, recém-nascidos e toda a indicação de TARV pediátrico.

Quanto à utilização dos serviços de saúde pelas grávidas, o país contabiliza 38% de prevalência de contraceção, 72% da mulheres realizando pelo menos 4 consultas pré-natais, 81% dos partos atendidos por profissionais de saúde qualificados, 91% de imunização de crianças abaixo de um ano de idade contra o sarampo e 70% de sucesso no tratamento da tuberculose^{(9),(11)}.

Diagnóstico Precoce Infantil e seguimento de recém-nascidos

Em 2013 foi realizado um acompanhamento de 12 meses com 25 crianças nascidas vivas, filhas de mães VIH+. Os resultados estão apresentados no quadro 14. Quanto ao número de crianças que iniciaram cotrimoxazol para prevenção das infecções oportunistas, verifica-se que, das 25 nascidas vivas, 22 (ou seja, 88%) iniciaram o tratamento com cotrimoxazol, 2 (8%) abandonaram ou recusaram o tratamento, 1 (4%) perdido de vista, nenhuma (0%) iniciou o TARV e nenhuma (0%) faleceu⁽⁶⁾.

Crianças	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total ano
Nascidas	7	6	5	7	25
iniciaram cotri	6	6	4	6	22
iniciaram tarv	0	0	0	0	0
faleceram	0	0	0	0	0
Abandono/Recusa	1	0	0	1	2
Perdida	0	0	1	0	1
12 meses após nascimento					
Total testadas	8	12	3	10	33
Positivas	0	1	0	0	1
Falecidas	0	0	1	1	2
Perdida de vista	1	1	0	3	5
Abandono/recusa	1	1	0	0	2

Figura 8. Crianças nascidas vivas de mães VIH+ em São Tomé e Príncipe, seguidas por trimestre (T1-T4) no ano de 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Após 12 meses do nascimento, foram testadas 33 crianças, todas elas nascidas de mães soropositivas. Dessas, 1 (3%) confirmou-se positivo, 2 (6%) faleceram, 5 (15,1%) perderam-se de vista e 2 (6%) abandonaram e 10 (30,3%) estavam soronegativas. O acompanhamento das crianças mostrou que houve perda de 70%⁽⁶⁾.

Crianças	12 meses após nascimento				
Total testadas	8	12	3	10	33
Positivas	0	1	0	0	1
Falecidas	0	0	1	1	2
Perdida de vista	1	1	0	3	5
Abandono/recusa	1	1	0	0	2

Figura 9. Crianças VIH+ a partir de 12 meses, nascidas de mães VIH+ em São Tomé e Príncipe, 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Testagem

O aconselhamento e testagem Voluntária (ATV) é considerado em STP uma das componentes fundamentais para a prevenção do VIH e SIDA, vista como sendo *uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial*, bem como para *a mudança de comportamento*. Durante o ano de 2013, foram realizados 8.650 testes para VIH em São Tomé e Príncipe, sendo 3.333 em homens e 5.317 em mulheres^{(4),(6),(14),(10)}.

Durante o ano de 2013 não foram realizados testes de CD₄ em São Tomé e Príncipe *devido à falta de reagentes*^{(6:50),(10)}; porém, foram realizadas várias sessões de atividades de sensibilização e testagem voluntária nas comunidades que abrangeu todos os Distritos Sanitários.

Testes voluntários realizados

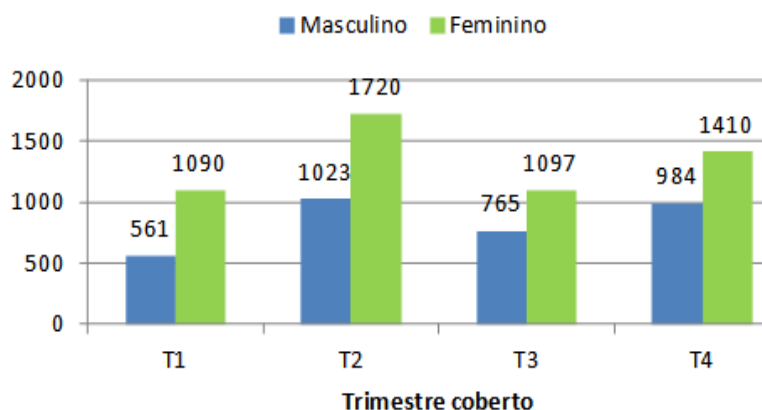


Gráfico 5. Número de testes para VIH voluntários realizados em São Tomé e Príncipe em 2013, segundo o trimestre (T1-T4) e o gênero. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Em 2014, todos os homens e mulheres em São Tomé e Príncipe entre 15 e 49 anos de idade foram elegíveis para o teste. Foi realizado um grande estudo, em que as amostras foram coletadas de quem aceitou voluntariamente a ser testado. O protocolo para detecção do VIH é anônimo e aprovado pela *International Review Board* da *ICF International and by the Ethics Committee* do MICS^{(3),(5),(6),(7)}.

Até o final do processo, 261 amostras, incluindo todas as positivas, foram enviadas ao Centro Pasteur em Camarões, para um controle de qualidade externo. Os resultados do Centro Pasteur confirmaram 100% os resultados obtidos em STP^(3:2014). Das pessoas entre 15 e 49 anos que foram testadas para o VIH e souberam dos resultados, 38,5% eram mulheres e 27,3% homens. Das pessoas entre 15 e 24 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses, que foram testadas para o VIH e souberam seus resultados, 48% eram mulheres e 21,6% eram homens. Ou seja, mais da metade das mulheres e 78,4% dos homens não souberam seus resultados - há uma imensa porcentagem de “perdidos de vista”, e é imprescindível recuperá-los^{(3),(4),(9),(10),(14),(12)}.

Coinfecções:

a) Tuberculose

Em São Tomé e Príncipe, foram notificados 207 casos de tuberculose em 2015, sendo todos os pacientes também testados para VIH e com seu estatuto sorológico conhecido⁽¹¹⁾.

TB case notifications, 2015	
Total cases notified	207
Total new and relapse	178
- % tested with rapid diagnostics at time of diagnosis	
- % with known HIV status	100%
- % pulmonary	89%
- % bacteriologically confirmed among pulmonary	38%

Figura 10. Casos de tuberculose notificados em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

Em 2015 foram notificados em São Tomé e Príncipe 24 casos de pacientes VIH+ dentre os pacientes com tuberculose rastreados, estando todos em terapia antirretroviral. Ocorreram cinco óbitos de pessoas por tuberculose, dentre as pessoas vivendo com VIH em São Tomé e Príncipe. Em 2014 foram notificados 21 casos de VIH+ dentre os pacientes com tuberculose. Em relação à testagem, foram testadas para VIH 158 pessoas, dentre os pacientes com tuberculose e 28 coinfectados estavam em terapia antirretroviral. Nenhum paciente com VIH estava recebendo terapia medicamentosa profilática para tuberculose^{(6),(15)}. Em relação à testagem, dentre as pessoas com VIH, 150 foram testadas para tuberculose⁽⁶⁾.

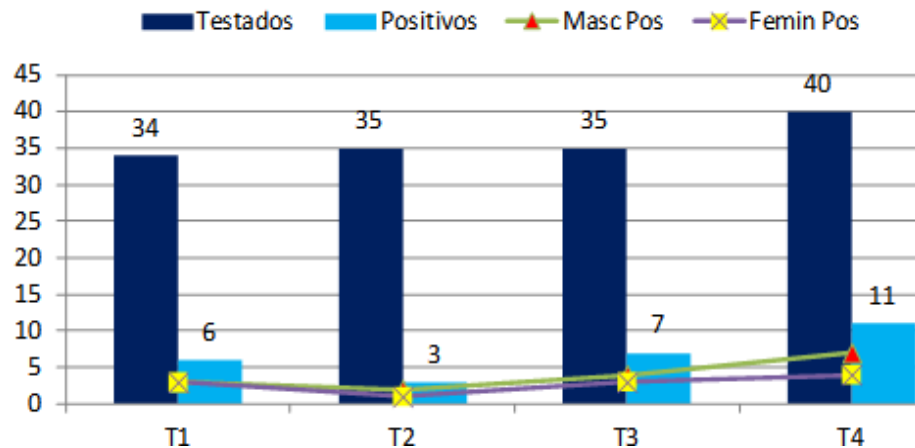


Gráfico 6. Número de pacientes com tuberculose, atendidos nas estruturas sanitárias, que realizaram teste para VIH, receberam o resultado e o aconselhamento em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

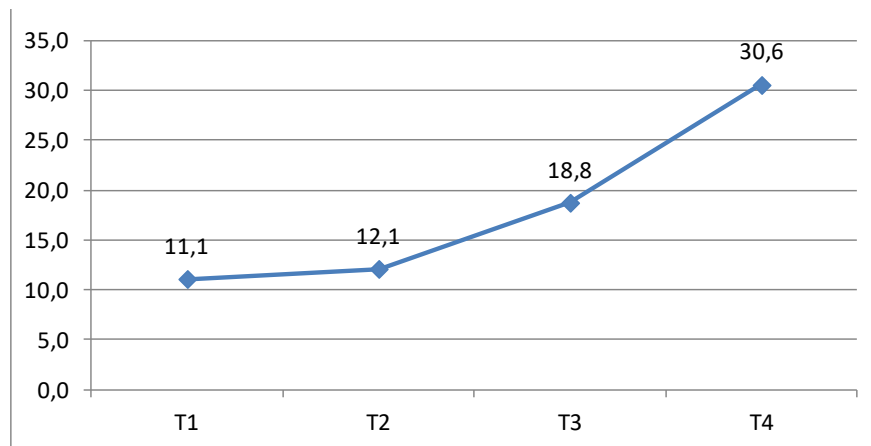


Gráfico 7. Proporção de pacientes com tuberculose positivos para VIH em São Tomé e Príncipe, segundo o trimestre (T1-T4), em 2014. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

De 2009 a 2013, todos os pacientes diagnosticados com tuberculose em São Tomé e Príncipe (147, sendo 74 do sexo masculino e 70 do sexo feminino) foram beneficiados de aconselhamento pré-teste e foram testados para VIH e informados do seu resultado, beneficiando-se também do aconselhamento pós-teste. Entre o ano 2000 e 2014, o número de pacientes com tuberculose que foram atendidos nas unidades de saúde, realizaram teste para VIH, receberam resultado e aconselhamento pós-teste^{(6),(7)}. Em 2014, dos 147 doentes de TB, 30 foram diagnosticados positivos para o VIH - desses 30, 27 ou seja, 90% estavam sob TARV até 31 de Dezembro de 2013, e 3 deles não iniciaram o tratamento; houve aumento da taxa da coinfeção quando comparado com o ano anterior: de 14,2 para 20,4% em 2013^{(6),(7)}.

A incidência de tuberculose multirresistente em São Tomé e Príncipe em 2015 foi de 97/100.000 habitantes (taxa de mortalidade 3,6/100.000), sendo a incidência de coinfeção com VIH 15/100.000 (com taxa de mortalidade de 1,3/100.000), com maior incidência entre homens e maiores de 14 anos^{(9),(11),(18)}. As estimativas de mortalidade e incidência, com e sem coinfeção com VIH foram⁽¹¹⁾:

Estimates of TB burden*, 2015	Number (thousands)	Rate (per 100 000 population)
Mortality (excludes HIV+TB)	<0.01 (<0.01–0.013)	3.6 (1.4–6.9)
Mortality (HIV+TB only)	<0.01 (0–0.015)	1.3 (0–8)
Incidence (includes HIV+TB)	0.18 (0.18–0.19)	97 (94–100)
Incidence (HIV+TB only)	0.028 (0.018–0.041)	15 (9.7–21)
Incidence (MDR/RR-TB)**	0.036 (0.026–0.046)	19 (14–24)

Figura 11. Estimativas – tuberculose e VIH em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

TB/HIV care in new and relapse TB patients, 2015	Number	(%)
Patients with known HIV-status who are HIV-positive	24	13%
- on antiretroviral therapy	24	100%

Figura 12. Casos de coinfeção tuberculose-VIH em São Tomé e Príncipe em 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

Dos pacientes VIH+ com tuberculose, 4% começaram o tratamento preventivo em 2015:

TB preventive treatment, 2015	
% of HIV-positive people (newly enrolled in care) on preventive treatment	4%
% of children (aged < 5) household contacts of bacteriologically-confirmed TB cases on preventive treatment	

Figura 13. Porcentagem de pessoas VIH+ em tratamento preventivo para tuberculose em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: WHO, 2015⁽¹¹⁾.

b) Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

São Tomé e Príncipe, até o ano de 2015, não dispunha de dados relativos aos casos novos de IST notificados, visto que a fonte primária de dados - que é o livro de registo das consultas - não permite efetuar a distinção entre os casos novos e os casos antigos⁽⁶⁾. A notificação, não-obrigatória⁽¹⁰⁾.

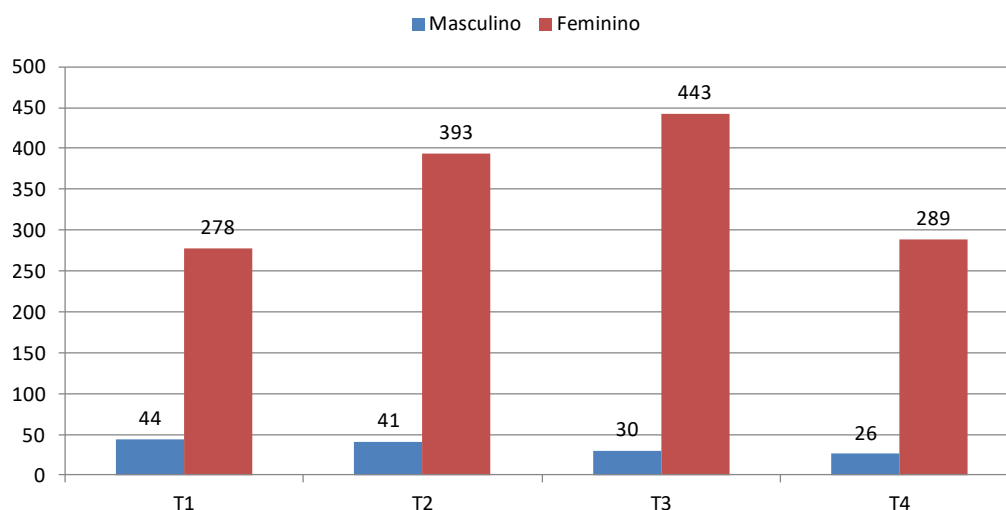


Gráfico 8. Pacientes tratados de Infecções Sexualmente Transmissíveis em São Tomé e Príncipe em 2014, por trimestre. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Entre 2008 a 2013 houve diminuição no número de casos de IST tratados, com diferença significativa entre homens e mulheres⁽⁶⁾.

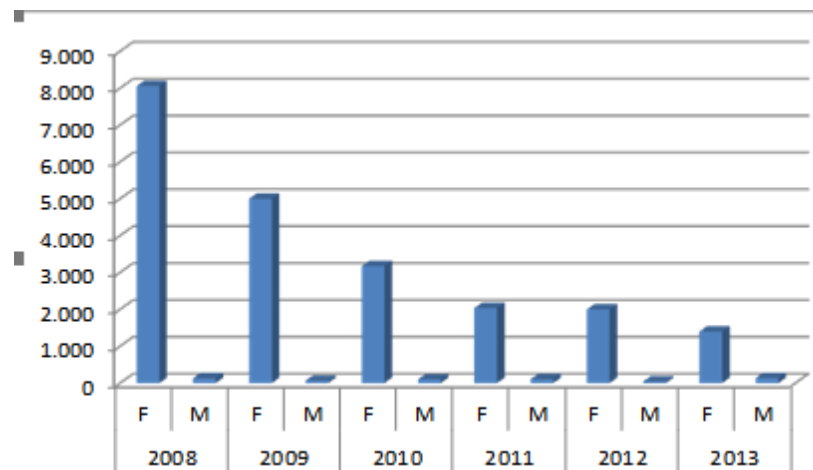


Gráfico 9. Pacientes tratados por IST em STP por ano, entre 2008-2013.
Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Situação Atual da Sífilis no País:

Em 2013, 100% das mulheres grávidas de São Tomé e Príncipe que realizaram consulta de pré-natal foram testadas para sífilis^{(5),(66)}.

ANO	2010	2011	2012	2013
Prevalência Nacional	0,4	0,9	1,6	1,6

Figura 14. Evolução da prevalência de Sífilis nas grávidas em STP, 2010 -2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Comparando-se a prevalência de Sífilis nas mulheres grávidas entre 2010 e 2014, houve um aumento: de 0.4% em 2010, passou para 1.6% em 2013 a nível nacional. Há dados atualizados, com as prevalências por distrito⁽⁶⁾.

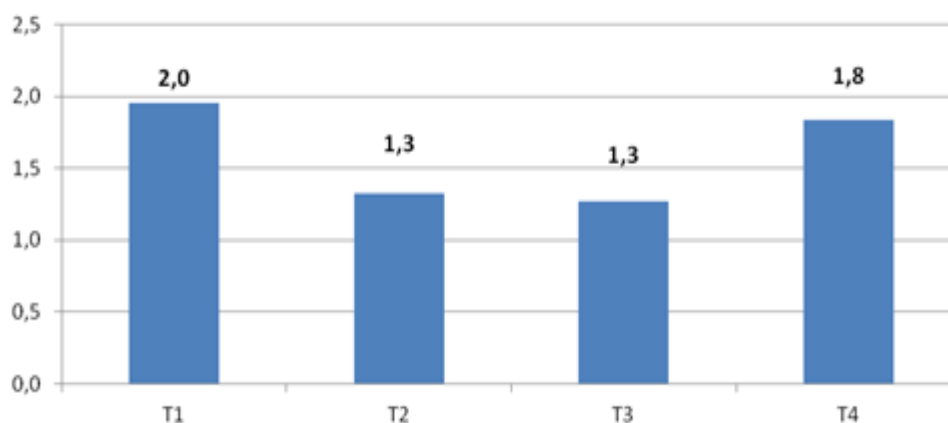


Figura 15. Proporção de mulheres grávidas com testes de sífilis positivo em São Tomé e Príncipe, por trimestre (T1-T4), no ano de 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁷⁾.

A sífilis nas grávidas constitui um problema grave de saúde pública, sendo necessário elaborar uma estratégia multidisciplinar para controle desta infecção, em que se ofereça o tratamento gratuito não só para as grávidas, como também às crianças expostas e aos parceiros, segundo a norma nacional.

Tratamento antirretroviral (TARV):

A TARV foi introduzida em São Tomé e Príncipe em 2005, sendo sua subvenção dependente de capital externo e doações de outros países. Em 2013, 332 pessoas estavam em tratamento antirretroviral no país, sendo 116 homens e 216 mulheres. Cerca de 69 casos novos iniciaram o tratamento neste mesmo ano, sendo 42 homens e 27 mulheres^(6:21). Os dados a seguir referem-se ao número de pessoas vivendo com VIH (PVVIH) em tratamento antirretroviral, a quem o tratamento foi mudado de primeira linha para segunda linha no ano de 2013. Dentre os PVVIH que se encontravam sob o tratamento com os medicamentos de 1ª linha, 10 deles foram mudados para o tratamento de 2ª linha, sendo 7 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Dentre os 10 pacientes, 50% (ou seja, 5) eram crianças menores de 15 anos. Segundo as constatações feitas pelos gestores, essas mudanças devem-se a resistência aos fármacos originadas sobretudo pela má adesão aos ARVs, principalmente nas mulheres. A tabela a seguir ilustra esta distribuição por trimestre.

Resultados	1 Trimestre		2 Trimestre		3 Trimestre		4 Trimestre		Total Ano	
	Masc	Femin	Masc	Femin	Masc	Femin	Masc	Femin	Masc	Femin
Mudança: 1ª - 2ª	1	1	2	1	0	2	0	3	3	7
%	33,3	14,3	28,6	11,1	0,0	16,7	0,0	21,4	11,1	16,7
% por trimestre	20		18,8		11,8		11,5		14,5	

Figura 16. Número de pessoas vivendo com VIH que mudaram o tratamento de 1ª. para segunda linha em São Tomé e Príncipe em 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁵⁾.

Dos 69 casos que iniciaram TARV em 2013, 42 eram do sexo masculino (60,8%) e 27 do sexo feminino (39,2%). Até 31 de Dezembro de 2013, 332 PVVIH em estado avançado de SIDA estavam em tratamento com os ARVs sendo 116 (34,9%) homens (5 menores de 15 anos) e 216 (65,1%) mulheres (6 menores de 15 anos)⁽⁶⁾.

PVHIV	1 Trimestre		2 Trimestre		3 Trimestre		4 Trimestre		Total Ano	
	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem
em tratamento:	7	3	9	7	12	5	14	12	42	27
	10		16		17		26		69	

Figura 17. Número de pessoas em estado avançado de SIDA que iniciaram TARV segundo as normas nacionais em São Tomé e Príncipe, 2014. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

O número de PVVIH que iniciaram o tratamento profilático com cotrimoxazol para as infecções oportunistas no ano de 2014 foi de 37, sendo 43 homens, 48 mulheres e 3 crianças. Os 325 restantes correspondem ao acumulado dos anos anteriores. Até 31 de Dezembro de 2013 foram registradas 362 PVVIH (adultos e crianças acumulados) em profilaxia com cotrimoxazol para prevenir as infecções oportunistas⁽⁶⁾.

ITEMS/MESES	1 Trimestre				2 Trimestre				3 Trimestre				4 Trimestre			
	Mulh	Hom	Criança	Total	Mulh	Hom	Criança	Total	Mulh	Hom	Criança	Total	Mulh	Hom	Criança	Total
INICIAÇÃO COTRI:	6	9	1	16	10	7	1	18	15	7	1	23	17	20	0	37
em tratamento profilactico /Cotrimoxazol e	284				302				325				362			

Figura 18. Pessoas VIH+ que iniciaram tratamento profilático em São Tomé e Príncipe em 2014, segundo os trimestres. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Bancos de sangue

São Tomé e Príncipe teve um processo de redução de doadores de sangue remunerados, investindo e incentivando a doação voluntária. Segundo dados disponíveis, 835 unidades de sangue foram transfundidas durante o ano de 2013, sendo todas elas (100%) transfusões com sangue seguro, segundo as normas nacionais da política nacional da transfusão de sangue, ou seja, para o conjunto dos quatro antígenos (VIH, HBS, HCV e Sífilis). Desde 2008 é feita a testagem do sangue dos bancos para transfusão, seguindo a tabela abaixo:

ANTIGENOS TESTADOS	ANO					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
transfusões seguras						
HIV, HBS, HCV, RPR (Sífilis)	52,05% 684/1314	100% 1.362/1.363	100% 977/977	100% 1023/1023	100% 971/971	100% 835/835
HIV, HBS, HCV	96,80% 1272/1314	100% 1.362/1.362	100% 977/977	100% 1023/1023	100% 971/971	100% 835/835

Figura 19. Segurança transfusional em São Tomé e Príncipe, 2008-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

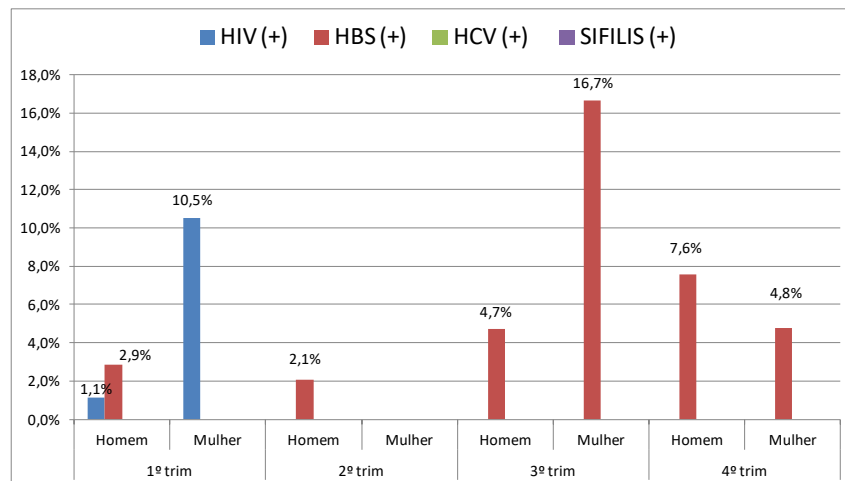


Gráfico 10. Percentagem de testes positivos para o VIH, sífilis, Hepatite C e hepatite B (HBS), entre os doadores de sangue em São Tomé e Príncipe, em 2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Enquanto o sangue do doador voluntário (que constitui 64% do total) é testado e armazenado, sendo menor o risco de contaminação, o sangue do doador familiar (36% do total de doadores), que em geral realiza a doação em casos de urgência, tem maior probabilidade de seu sangue não ser completamente testado⁽⁶⁾. Para os gestores, segue como preocupação a questão dos doadores familiares, que teve aumento em 2013 quando comparado a 2012^{(6),(10)}.

Adesão

Uma estratégia interessante realizada em São Tomé e Príncipe é a **Educação Terapêutica**. Segundo dados disponíveis, *são realizados três encontros com o paciente antes da testagem e três outros encontros após a testagem*. Não há números precisos quanto ao número de pessoas que participaram do processo, porém é uma estratégia a ser amplificada no país para melhoria dos dados de adesão e retenção ao tratamento⁽¹⁰⁾. Outro componente de incentivo e melhoria da adesão é o apoio nutricional, realizado pela Cruz Vermelha. Porém, não há registro exato do número de pessoas VIH+ que se receberam esse apoio^{(10),(12)}. Considera-se que, embora sejam realizadas várias atividades de sensibilização para mudança de comportamento em relação ao VIH e SIDA, *ainda existem casos de estigmatização e discriminação, sobretudo na região Sul de São Tomé* – porém, não há dados que quantifiquem o grau desse comportamento^(6:29).

Embora haja um aumento na testagem da população, estima-se que a porcentagem de “perdidos de vista” tenha aumentado a cada ano. Muitas pessoas realizam o teste e não pegam os resultados e, dentre os que pegam os resultados, alguns abandonam o tratamento^{(4),(10),(15)}.

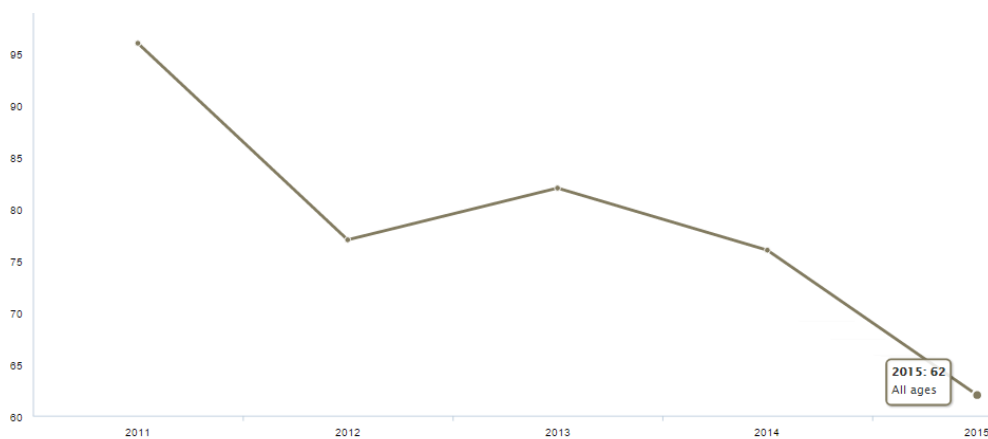


Gráfico 11. Retenção em tratamento antirretroviral por 12 meses em São Tomé e Príncipe, 2015. Fonte: UNSIDA_2016⁽²⁰⁾.

Má adesão e abandono

A má adesão e o abandono total ou parcial do tratamento antirretroviral são diretamente ligados ao desenvolvimento de resistência medicamentosa e conseqüente necessidade de alteração do esquema terapêutico para segunda linha⁽²⁾.

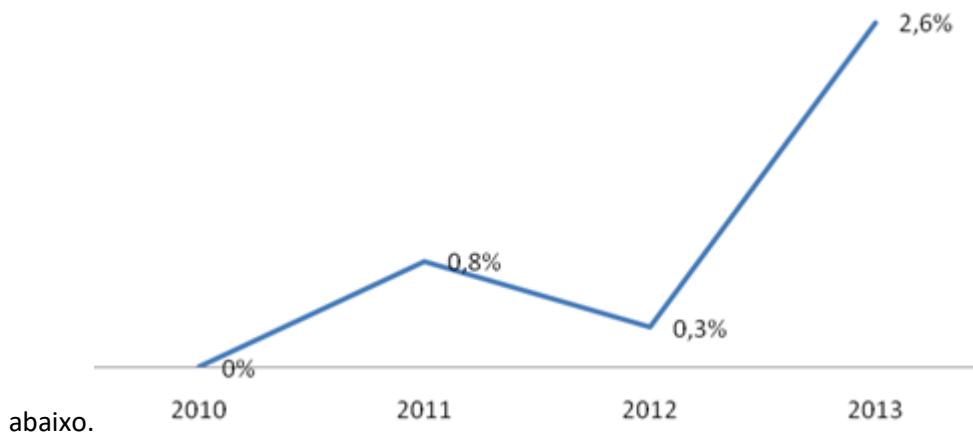
Em 2010 foi realizado um estudo sobre resistência ao tratamento antirretroviral em São Tomé e Príncipe com 141 pacientes durante seis meses. Esse estudo concluiu uma tendência a aumento de casos de resistência aos medicamentos de primeira linha, decorrente da baixa adesão do paciente ao tratamento e, em alguns casos, resistências primárias^{(4),(14)}.

A análise do número de doentes de SIDA sob TARV que abandonaram o tratamento, no período de 2010-2013, mostra que houve aumento do abandono:

Doentes com SIDA	ANO			
	2010	2011	2012	2013
Masculino	0	2	1	3
Feminino	0	0	0	6
Total	0	2	1	9

Figura 20. Número de doentes de SIDA sob TARV que abandonaram o tratamento em São Tomé e Príncipe entre 2010-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

A taxa de abandono saiu de 0% em 2010 para 2,6% em 2013, como demonstrado no gráfico



abaixo.

Gráfico 12. Abandono do Tratamento antirretroviral em São Tomé e Príncipe, 2010-2013. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

Algumas hipóteses apontadas pela gestão referem-se à falta de alimentos (cesta básica) no ano de 2013. Por essa razão, reivindica-se que o Governo assuma a tarefa de fornecer o género alimentício aos pacientes em TARV, para que a adesão aconteça, reduzindo-se assim os casos de abandono e óbitos⁽¹⁰⁾.

Resultados	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	4º Trimestre	Total ano
Homens	1	2	0	0	3
Mulheres	1	1	4	0	6
Total	2	3	4	0	9

Figura 20. Número de doentes com SIDA sob terapia antirretroviral que abandonaram o tratamento em 2013 em São Tomé e Príncipe. Fonte: STP, 2014⁽⁶⁾.

ONG Parceiras

A Organização Não-Governamental apresentada pelos responsáveis pelo Programa Nacional de SIDA como parceira em incontáveis projetos foi a ASPF, vinculada a BemFam e VerdFam. Conhecer a ONG foi parte do trabalho de campo neste estudo. Segundo dados obtidos, a organização Cáritas faz toda a triagem, todo caso considerado social como violência doméstica, a população recebe os serviços na ASPF. São cinco grandes eixos: VIH, Adolescência, Aborto, *Advocacy*, Acesso a Planejamento Familiar. A ONG presta serviços em parceria com Programa Nacional de Luta Contra Sida, realizando apoio psicológico, aconselhamento, serviços de enfermagem e assistência clínica. Com sua unidade móvel, realiza testagens e seguimento pós-consulta. São dois carros, um para aconselhamento e outro para testagem. Alguns dos profissionais fizeram a formação em Cabo Verde. A clínica tem um serviço integrado, pré e pós-Natal, seguimento da mãe^{(2),(6),(8),(10),(16),(17)}. Os exames laboratoriais de análises clínicas não são gratuitos em São Tomé e Príncipe. Por exemplo, um exame de glicemia custa de 50.000 a 130.000 dobras saotomenses. Quando os pacientes estão empregados, em geral as empresas pagam, como por exemplo o Hotel Pestana; se o paciente vem da Cáritas, se for problema de saúde decorrente de violência, também não paga. Se o paciente vai à ONG, faz o teste e é VIH+, o teste confirmatório é feito no Programa Água Grande; sendo confirmado, o atendimento na ONG é gratuito, exceto o tratamento medicamentoso, que é realizado exclusivamente pelo Ministério da Saúde. O Ministério faz aconselhamento e testagem, a ONG complementa o trabalho com apoio psicológico, encaminhamento para Programa Materno Infantil e *o que mais for necessário*⁽¹⁰⁾.

O aborto é legalizado em São Tomé e Príncipe em determinadas circunstâncias, como má formação congênita, estupro, e desde que seja em período inferior a seis semanas de gestação⁽¹⁰⁾. Há uma *tentativa de união* das ONGs que trabalham com SIDA em São Tomé e Príncipe, tanto para manter a adesão dos pacientes como para garantir a sequência de atendimentos, a retenção nos serviços [...]*Muita gente quer ser atendida aqui; teríamos potencial para administrar medicamentos, mas é só o Ministério* (quem faz assistência medicamentosa). *Tudo que é tratamento é responsabilidade deles..[...]*⁽¹⁰⁾. As três maiores escolas do país têm parceria com a ONG, o Centro de Atendimento ao Jovem. São feitas várias ações educativas, em especial para redução do estigma. Em relação a Opção B+, os dados de Pré-Natal indicam que nessa ONG são feitos quase 500 testes de VIH por mês, e no momento da visita de campo (setembro/2015) havia ruptura de estoque e falta de testes. Após o teste, caso seja positivo, reconfirma-se. Não havia exames para carga viral, nem CD4, em São Tomé nessa época (setembro/2015). Todas as grávidas são testadas para toxoplasmose e paludismo, além da tuberculose^{(7),(8),(10)}.

A população confinada no arquipélago faz chiste da própria condição, utilizando as iniciais STP para dizer “Somos Todos Primos”. A população pequena tem alta taxa de natalidade e os parentescos são muitos. Há referências de eliminação dos deficientes no mar, assim como dos gêmeos, considerados amaldiçoados, dentre outros traços culturais – por exemplo, o “Leve-Leve” (“divagar, divagar”, segundo dado acrescentado em novembro de 2017 (e-mail)^{(2),(4),(10)}. O tamanho limitado da população e do território nacional poderiam, em tese, facilitar um controle eficaz da epidemia de VIH. Porém, com as questões culturais de poligamia, casamento precoce e não-incentivo à anticoncepção, *o controle da epidemia de VIH e SIDA fica dificultado*^{(10),(12)}.

A circuncisão masculina, prática reconhecida como estratégica para a prevenção do VIH e espaço para abordagem dos homens, foi realizada em 3,2% dos homens entre 15-49 anos, 2.267, sem análise estatisticamente significativa para identificar o impacto na epidemia de VIH/SIDA^{(2),(3)}.

Tabela-síntese – São Tomé e Príncipe

1	GERAL	Dados	Referências ³
1.1	População	204 904 101 495 (49,5%) H e 103 409 (50,5%) M	18
		178739 88867 (49,7%) H e 89872 (50,3%) M	5 (censo 2012)
1.2	População urbana	65,1 %	5
	Taxa de urbanização anual	3,58 %	5
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	64,58/ 63,27 H e 65,92 M	
1.4	Taxa de fertilidade	4,54	5
		4,4	3, 18
	Idade média gestacional	19,4	5
	% de mulheres entre 20-24 anos que tem ao menos um filho vivo antes dos 18 anos	40,6%	3
1.5	Taxa de crescimento da população	2,05 %	5
1.6	Taxa de nascimentos/ 1000	34,23	5
	% de mulheres entre 15-49 anos que fizeram o parto em instituição de saúde	91%	3
	% de mulheres entre 15-49 anos que fizeram cesariana	5,6%	3
1.7	Prevalência de contraceção	38,4 %	5, 18
1.8	Partos VIH+ atendidos por especialistas (%)	81 %	5
	Partos atendidos por especialistas entre mulheres de 15-19 anos	85,7%	11
1.9	Crianças <5 anos abaixo do peso	14,4 % - 8,8%	5, 18
1.10	Mortalidade infantil – total/ 1000 nasc vivos	47,88 (49,85 meninos e 45,85 meninas) - 58	5, 11
	Mortalidade neonatal/ 1.000 nascidos vivos	17,1 [8.7 – 31.5]	11
	Natimortos / 1000 nascidos vivos	22	11
1.11	Mortalidade materna/ / 100. 000 nascidos vivos	156 [83 – 268] 74	5, 11 3
2	GESTANTES - PTV		
2.1	Cobertura de Pré-Natal	97,5	5
	Ao menos uma consulta, 15-19 anos	99,4	5, 11
	Pelo menos 4 consultas	72,4	5
2.2	Cobertura de PTV	100 %	5
	Número de gestantes testadas	6.579	5
2.3	Estimativa de gestantes VIH+ em TARV (%)	31	6
		No data	11

³ Ver **Referências**, página 30 deste documento.

	Estimativa de mulheres VIH+ precisando receber ARV para prevenir transmissão vertical	95,12%	5
	Adesão	74,2% tto completo/ 12,9% n term/ 3,2% aborto	5
2.4	Taxa de transmissão vertical VIH	< 5%	5
		6 crianças por trimestre	6
2.5	Soroprevalência para VIH entre gestantes	0,4 % 0,3%	5 7
3	VIH/SIDA e SÍFILIS –		
3.1	Sítios sentinela	s/d	
	Pacote Estatístico	Epi Info	
3.2	Conhecimento do estatuto sorológico	38,5 % mulheres e 27,3% homens (15 – 49 anos)	5
	% pessoas 15-49 anos testadas c/ resultado	92,3% mulheres e 89,9% dos homens	5
	Testes em crianças filhas de VIH+ testadas 2 meses	13%	6
		80%	5
	Pessoas > 15 anos testagem e aconselhamento	18 094	5
	Testagem VIH entre gestantes	161	6
		6.579	5
3.3	Prevalência do VIH - adultos	0,78%	18
	Prevalência do VIH/SIDA 15 – 49 anos	0,5 /4719 pessoas, 2518 mulheres (0,5%) e 2201 homens (0,5%)	5
	Prevalência por sexo	1,7% homens e 1,3% mulheres	
		0,5% homens e 0,5% mulheres	5 (3)
	Prevalência do VIH entre gestantes	0,3 %	5
	Transmissão	92% sexual, 5% vertical, 2% sanguínea	5
3.4	Número de pessoas vivendo com VIH (2013)	1 900	
		1 000	18
	Incidência de VIH	0,97/ 1000 habitantes em 2013	6
	Prevalência do VIH entre adultos 15-49 anos	0,6 [0,5 – 0,8] 2013	6
	Mulheres > 15 anos	< 1000	
	Crianças < 15 anos vivendo cm VIH	< 500	
3.5	Órfãos por causa da SIDA	81	6
3.6	Mortes relacionadas ao VIH/SIDA	< 500 < 53 (2012)	11
		100	18
3.7	Prevalência de sífilis nas grávidas	1,3 %	7
	Sífilis – população geral	0,9%	5

3.8	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes na primeira consulta de pré-natal	100%	6
	% gestantes + para sífilis que receberam tratamento	100 %	6
	Número absoluto de gestantes testadas para sífilis	5 335	6
	Sífilis congênita	0 – nenhum caso	6
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	46 % [34 – 58]	11
	Cobertura TARV adultos	28.213	
4.2	População em TARV	296 (271 ou 92,8 1ª linha/ 25 2ª linha)	4, 14
	Adultos 15-24 anos	28.213	6
	Gestantes VIH+ em TARV para prevenção da TV	4.411	
	% estimada de gestantes VIH+ em TARV	86 %	
	Crianças em TARV	2.908	
	Retenção 12 meses - adultos	62	15
4.3	Número estimado de gestantes VIH+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNSIDA/WHO)	5.140	6
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNSIDA/WHO	<200	
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	2,9 leitos/ 1000 habitantes	18
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos	81	11
	Taxa	0,49	
	Número de enfermeiras	256	
	Taxa/1.000	1,55	
	Dentistas	11	
	Taxa/1.000	0,07	
	Farmacêuticos	24	
	Taxa/1.000	0,15	
	Técnicos de laboratório	51	
	Taxa/1.000	0,31	
	Outros profissionais de saúde	291	
	Taxa/1.000	1,76	
	Profissionais de Saúde Comunitária	374	
	Taxa/1.000	2,27	
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0,51	

Conclusões e Recomendações

Embora com população numericamente pequena, São Tomé e Príncipe tem complexidades culturais que precisam ser inseridas e trabalhadas para se efetivar a implementação da Opção B+ no país, como a questão da poligamia e a dificuldade de acesso à população masculina, além de questões de ordem política, como a gratuidade parcial da completa assistência em saúde para toda a população.

Aspectos a serem valorizados - Pontos Positivos

São Tomé e Príncipe tem em sua gestão um esforço visível para seguir as diretrizes internacionais de saúde coletiva e implementar a Opção B+ no tratamento das grávidas VIH+.

Sua política de saúde pública é pautada em evidências científicas e o conhecimento técnico é valorizado. São vários esforços para melhoria da qualidade dos recursos humanos no país, em especial relacionados ao atendimento ao VIH e SIDA.

Há desenvolvimento de ações em âmbito educacional com objetivo de redução do estigma e da discriminação das pessoas VIH+ e com SIDA no país. Essas ações precisam ser divulgadas e ampliadas, inserido a população que não está nas escolas e que sem dúvida irá se beneficiar de esclarecimentos e informações sobre a doença, a prevenção e o tratamento.

O serviço médico do país é gratuito, sendo o fornecimento da medicação antirretroviral inteiramente sob responsabilidade do governo federal, tanto em sua aquisição como disponibilização. A gratuidade não é absoluta, pois exames laboratoriais são pagos. Quanto à notificação dos casos, um aspecto positivo é que base de dados disponível e operacional a nível central e bases em nível distrital.

A realização do Estudo Sentinela, de abrangência nacional, em 2013, é um ponto importante, pois mostra a condição que o país tem de realizar grandes estudos com resultados imediatamente aplicáveis incluindo populações vulneráveis como profissionais do sexo, população privada de liberdade e militares. Também foi um estudo importante para a estimativa dos casos de sífilis no país. Os gestores do país são sensíveis à importância de se trabalhar com as populações-chave no controle da epidemia de VIH e SIDA e esse é um aspecto muito positivo.

A estratégia de Educação Terapêutica, com três entrevistas antes e três conversas após a realização do teste para VIH é importante e pode auxiliar muito no aumento da adesão e da retenção dos pacientes.

A ampla cobertura vacinal para sarampo e a capilaridade do programa de tuberculose são referências para ampliar a capacidade de acesso da população aos serviços públicos de saúde.

Imprescindível o trabalho das ONG parceiras para a efetivação da implementação da Opção B+ no país. O atendimento em unidades móveis é uma estratégia importante e merece ser intensificada. Ainda em relação à Opção B+, a integração dos serviços de saúde reprodutiva no controle das IST (em especial sífilis), VIH e SIDA é um ponto bastante positivo.

A testagem do sangue e a redução a zero dos doadores remunerados são pontos positivos e que merecem ser mantidos.

Foi mencionada a realização de *supervisões* às Unidades de Saúde, pelo nível central. Essa é uma prática importante, e que amplifica a qualidade da atenção e reduz os danos provocados por dificuldades não-atendidas a longo prazo.

Considerando-se as limitações financeiras do país, o apoio de parceiros internacionais é um elemento positivo e que merece intensificação, mantendo-se a possibilidade de transferência de tecnologia e objetivo de tornar o país o mais autônomo possível.

Os documentos oficiais disponibilizados estavam em português, sendo sugerido que os dados ali apresentados sejam alinhados – há pequenas disparidades em relação a números – e divulgados, garantindo um fluxo de informação interno e externo que traga transparência ao real quadro da saúde pública do país e possibilidades de formulação de novas políticas que contemplem as diversas realidades. A questão nutricional, sendo de máxima importância para adesão a tratamentos com amplo espectro medicamentoso, precisa ser consolidada entre os Ministérios e instituições responsáveis, garantindo adesão a longo prazo, como é a prioridade na Opção B+.

A circuncisão masculina, ainda que não efetivamente implementada e não analisada em profundidade quanto ao impacto na prevenção ao VIH, SIDA e outras ISTs, é uma estratégia importante a ser valorizada, tanto pela questão clínica como pela possibilidade de se acessar toda a população masculina para aconselhamento e orientações.

Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

Um aspecto importante a ser enfrentado no país é a questão da notificação dos nascimentos e óbitos. A cobertura não é de 100%, tanto para os nascimentos, como para os registros das causas de morte. Recomenda-se, portanto, que esse aspecto seja trabalhado e intensificado, pois desses registros dependem todos os cálculos em epidemiologia.

O Programa Nacional de Luta Contra Sida precisa ser consolidado, efetivamente implementado, não apenas em sua estrutura central, mas na capilaridade das ações e diálogo efetivo tanto nas parcerias com outros Ministérios – até 2010, o tema do VIH e SIDA era visto unicamente como problema de saúde, segundo os gestores e documentos analisados, como também em nível distrital. Há referências de dificuldades em articulação e fortalecimento das lideranças distritais no que se refere ao VIH e SIDA. Estima-se que até 2010 a Comissão Nacional de Coordenação de Luta contra o VIH/SIDA (CNLS) não havia sido operacionalizada, dificultando a resposta nacional. A visibilidade do Programa precisa estar documentada, tanto nos sites oficiais do país, como nos parceiros internacionais relevantes, como ONUSIDA, Unicef, Unesco e ONG parceiras. Recomenda-se a intensificação da divulgação da estrutura, dos trabalhos desenvolvidos e das parcerias do PNLs, bem como dos resultados já alcançados, tanto em relação ao VIH e SIDA, como também em relação a sífilis e tuberculose. As ações promovidas sem parceria com outros Ministérios acabam por não ter sustentabilidade, e boas práticas acabam suspensas, como por exemplo o apoio nutricional fornecido pela Cruz Vermelha. Esse apoio, essencial no país para garantir adesão ao tratamento de SIDA e outros agravos importantes, como tuberculose, foi suspenso e não houve renovação das parcerias. Até 2010 não havia estruturação efetiva do nível central, segundo documentos oficiais.

A Vigilância Epidemiológica estava, ainda em 2014, sendo implementada, segundo dados analisados. Em relação à Epidemiologia, não há notificação para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na rotina de atendimentos. Recomenda-se a inclusão desta estratégia, bem como ampliação da busca ativa de casos de IST – por exemplo, com a implementação da Abordagem Sindrômica – para a população em geral. A falta de parcerias efetivas não garante o tratamento gratuito aos pacientes e parceiros em relação a sífilis, e isso precisa estar assegurado para o completo controle da doença.

Em relação à adesão, embora haja referência a equipes específicas para adesão terapêutica em todos os centros de tratamento, não foram mencionados ou observados na visita de campo. A grande percentagem de *Perdidos de Vista* que precisam ser trabalhados e buscados para que se aumente a retenção.

A não-gratuidade dos exames laboratoriais é um ponto de alta vulnerabilidade na resposta nacional à epidemia de VIH e SIDA e da implementação da Opção B+ em geral, pois para monitoramento e controle dos esquemas terapêuticos é necessária a realização de exames periódicos.

Considerando-se o baixo nível socioeconômico em geral das pessoas afetadas pelo VIH e SIDA e o custo dos exames, esse é um ponto a ser revisto em São Tomé e Príncipe.

Quanto às pesquisas de caráter nacional e a manutenção dos bancos de dados da Epidemiologia, os próprios documentos oficiais de São Tomé e Príncipe trazem as recomendações: rever a qualidade de registo de dados reforçando a supervisão no momento do inquérito e garantir que o processo de vigilância seja uniforme e efetivo, assegurando que toda a equipe realize o treinamento necessário, com monitoramento e avaliação de todos os passos da vigilância sentinela, incluindo amostragem, coleta e manejo dos dados e das amostras e equipamentos laboratoriais.

Documentos importantes como o *Multiple Indicator Cluster Survey 2014 (MICS_2014)* estavam em inglês, incluindo tabelas e legendas de gráficos. Recomenda-se que todos os documentos que tragam informações oficiais do país estejam também traduzidos para o Português.

Frente à persistência do estigma e da discriminação aos pacientes VIH+ e com SIDA. Para que se reduza o estigma e a discriminação seja enfrentada recomenda-se o reforço das ações de sensibilização ao nível nacional, tanto pelo sistema de saúde como pelo sistema educacional.

Em relação às populações vulneráveis, recomenda-se a criação de mecanismos para acesso e seguimento dessas populações, envolvendo os postos de saúde pública, incluir motociclistas e conduzir estudos similares ao Estudo Sentinela, com periodicidade fixa, para acompanhar a dinâmica da epidemia de VIH e SIDA. São necessários estudos periódicos para avaliar a tendência de VIH, SIDA, sífilis e coinfeções entre as grávidas, com reforço às tentativas de acesso aos parceiros. Frente à condição de menor acesso aos serviços que existe na população da zona rural, recomenda-se intensificação da capilaridade das ações, sobretudo entre os Agentes Comunitários de Saúde e ONG parceiras, que permitirão pleno acesso a toda população distante da capital e na Região Autónoma do Príncipe.

Como o seguimento das crianças expostas ainda é incipiente, recomenda-se a melhoria na cobertura de manejo de casos pediátricos em todos os distritos, acompanhando-se a família e orientando as mães a manutenção dos cuidados. O grande número de *Perdidos de vista* entre as crianças seguidas por 12 meses, no ano de 2013, é um aspecto que sintetiza várias vulnerabilidades do país que precisam ser enfrentadas para que se considere a Opção B+ como implementada, pois ambas envolvem seguimento e medicação permanentes.

Em relação à capacitação de recursos humanos, recomenda-se que sejam intensificados os treinamentos e disseminação de informações. Em diversas conversas em campo, faltavam conhecimentos básicos aos profissionais, como por exemplo o real significado de CD4 e a diferença deste conceito em relação ao conceito de carga viral.

Embora as pesquisas já realizadas tenham tido grande abrangência e relevância estatística, o uso do conceito de *risco* ainda permanece e precisa ser atualizado. O vínculo direto entre o chamado comportamento de risco e a infecção pelo VIH já foi ressignificado, com ênfase à adoção de comportamentos *preventivos e redução da vulnerabilidade*.

Considerando-se a força das parcerias internacionais para aquisição de insumos, subvenções logísticas e outros, a dependência de financiamento externo é um ponto vulnerável para a resposta a SIDA em São Tomé e Príncipe. Há referências a atrasos de liberação de fundos do Fundo Global em até um ano, dificultando a implementação e avaliação das ações.

REFERÊNCIAS

1. CPLP. Epidemia de VIH e sida em Países de Língua Portuguesa. CPLP , 2010.
2. LIMA, Helena Maria Medeiros Lima. *Adesão ao Tratamento de HIV/aids entre pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba, CRV Editora, 2010.
3. SÃO TOME AND PRÍNCIPE. *Multiple Indicator Cluster Survey 2014 (MICS_2014). Final Report*. National Institute of Statistics (INE), National Centre for Endemic Diseases (CNE), UNDP/ Global Fund Project, United Nations Childre’s Fund (UNICEF) and Government of the Democratic Republic of São Tome and Principe. São Tome and Principe, 2016. 444p.
4. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Narrative Report*. GARPR_2014. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Centro Nacional de Endemias. Programa de Luta contra SIDA. 2014.
5. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Planilha – Actualização 2016 Programa Nacional de VIH/SIDA*. Paper, enviado pelo Governo Federal em fevereiro de 2016.
6. SÃO TOME E PRÍNCIPE. *Relatório Anual das Actividades de Luta contra VIH/SIDA, 2014*. Unidade de Seguimento e Avaliação/Centro Nacional de Endemias. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Centro Nacional de Endemias. Programa Nacional de Luta contra SIDA. UNAIDS. Abril de 2014, 52p.
7. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Relatório do Estudo Sentinela 2013. São Tomé e Príncipe*. Agosto-2014. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. Centro Nacional de Endemias. Programa Nacional de Luta contra SIDA. UNDP; UNICEF; UNFPA. Abri de 2014, 39p.
8. SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE. *Saúde Para Todos. 25 anos ao serviço de São Tomé e Príncipe*. República Democrática de São Tomé e Príncipe. Instituto Marquês de Valle Flôr (IMVF). Dezembro, 2014.
9. WHO. *Country System Fact Sheet 2006*. Sao Tome and Principe. Geneva, 2006. 8p.
10. Dados da visita de campo, obtidos, analisados e validados em entrevistas, observações e grupos focais.

LINKS:

11. <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-STP>
12. http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=718019
13. <http://eportuguese.blogspot.com.br/2014/02/a-saude-em-sao-tome-e-principe.html>
14. http://files.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries/STP_narrative_report_2014.pdf GARPR 2014
15. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/Home.aspx> - dados coinfeção tb-vih em STP (UNSIDA, 2016)

16. http://www.cenalusofona.pt/cenaberta_old/floripesnegra.htm
17. <http://www.dw.com/pt-002/progressos-na-sa%C3%BAde-aproximam-s%C3%A3o-tom%C3%A9-e-pr%C3%ADncipe-dos-objetivos-do-mil%C3%A9nio/a-18494166>
18. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/tp.html>
19. http://www.imvf.org/ficheiros/file/saude_para_todos_25_anos_ao_servico_de_sao_tome_e_principe.pdf
20. <http://www.aidsinfoonline.org/devinfo/libraries/asp/dataview.aspx#>

Lista dos participantes, cargos e instituições – São Tomé e Príncipe

Nome	Cargo e Instituição
1. Elizabeth Carvalho	Responsável PSR
2. Paulina Alcântara	Enfermeira - PNLS
3. Marta das Neves Vrox	Psicóloga - PNLS
4. Maria da Trindade Rodrigues	Resp. Saúde Materna – PSR
5. Jean-Claude Favre	Médico – PNLS - CNE
6. Ayet Belmy de Ceita	Resp Segmento e Avaliação – PNLS/CNE
7. Alzira do Rosário	Resp. PTMF – PNLS
8. Amélia Lima das Neves	Enf. Saúde Repr – Saúde Reprodutiva/GEAD
9. Azevedo Mateus da Vera Cruz	Técnico Laboratório - Lobata
10. Filomena Monteiro	Delegada Saúde AS Lobata
11. Dr. Antonio Amado Vaz	Diretor Executivo – ASPF (ONG)
12. Mauro Teixeira de Figueiredo	ACI – DDAHV – MS Brasil

Consultora: Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima

Pós Doutora em Educação: Psicologia da Educação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Bióloga e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia - da Universidade de São Paulo (USP).

Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP.

Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/6802734718917740>

Contatos: helenali@usp.br / +55 11 98332.1234.