

**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 - GUINÉ EQUATORIAL

AGOSTO DE 2017 – REVISADO EM ABRIL DE 2018

ÍNDICE

Tema	Página
Siglas	3
Lista de Quadros e Gráficos	4
Contexto	5
Campo em Guiné Equatorial	6
Recursos Humanos em Saúde e notificação de casos de SIDA	8
Dados Epidemiológicos de VIH e SIDA	9
Gestantes e recém-nascidos	12
Opção B+	13
Coinfecções	15
Tratamento Antirretroviral (TARV)	17
Adesão ao tratamento de SIDA: aspectos culturais	18
Tabela-síntese	20
Conclusões e recomendações	23
Referências Bibliográficas	26
Lista dos participantes, cargos e instituições – visita de campo	29

SIGLAS – GUINÉ EQUATORIAL

APS - Agentes Primários de Saúde/ Atenção Primária à Saúde
ARV - Antirretrovirais
CD₄ - Cluster Differentation 4, um tipo de linfócito, célula de defesa do organismo
CIA - Central de Inteligência Americana
CPLP - Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP
DDAHV - Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, SIDA e Hepatites Virais
DOT - Tratamento Diretamente Observado
DOTS - Tratamento Diretamente Observado e Supervisionado
EDSGE – I - *Encuesta de Demografía y Salud*
GARPR - Global SIDA Response Progress Report
INSESO - Instituto Nacional de Seguro Social
VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida
HSH - Homens que fazem sexo com Homens
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre o VIH/SIDA
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PCR - Polymerase Chain Reaction – Reação de Cadeia de Polimerase
PVAH - Pessoas Vivendo com VIH e SIDA
PTMF - Prevenção da Transmissão Mãe-Filho (PTMF)
PTMH - Programa de Prevenção da Transmissão *Madre-Hijo*
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNSR - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PNLS - Programa Nacional de Luta contra Sida
RIDES - Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde
TV - Transmissão Vertical
TARV - Tratamento antirretroviral
TB - Tuberculose
TB/ MDR - Tuberculose Multidrogarresistente
TB-MDR/RR – Tuberculose Multidrogarresistente/ Resistente a Rifampicina
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH/SIDA - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida
WHO – World Health Organization

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1. Registro de Graduados da Faculdade de Ciências Médicas de Guiné Equatorial entre 2000 e 2009. Fonte: WHO,2010^(7:50).

Quadro 2. Estimativas da Incidência de VIH/SIDA na Guiné Equatorial 1999-2012. Fonte: indexmundi.com, 2016⁽³⁶⁾.

Quadro 3. Estimativas de Mortalidade por SIDA na Guiné Equatorial. Fonte: IndexMundi, 2016⁽³⁶⁾.

Quadro 4. Estimativas de Prevalência de VIH+ entre gestantes da Guiné Equatorial, 2009-2013. Fonte: Informe Nacional (GARPR), 2014⁽⁶⁾.

Quadro 5. Estimativas – Coinfecção VIH/TB em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016⁽⁴²⁾.

Quadro 6. Estimativas de tratamento de SIDA na coinfecção TB/VIH em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016⁽⁴¹⁾.

Gráfico 1. Estimativa da Prevalência de VIH na Guiné Equatorial em 2011. Fonte: ESDGE-I, 2011⁽²⁾.

Gráfico 2. Prevalência de VIH na Guiné Equatorial, segundo idade. Fonte: ESDGE-I, 2011⁽²⁾.

Gráfico 3. Estimativas da prevalência de VIH em jovens de 15-24 anos na Guiné Equatorial. Fonte: ESDGE-I, 2011.

Gráfico 4. Porcentagem de crianças VIH+ < 15 anos em TARV na África. Fonte: Unicef, 2014⁽⁵⁰⁾.

Contexto

Localizada na parte ocidental da África Central a República da Guiné Equatorial é composta por dois territórios insulares (ilhas vulcânicas de Bioko e Pagalu) e um continental (Mbini), somando uma área de 28.051 km². A Capital, Malabo, é povoada por cerca de 140 mil pessoas. A porção continental faz fronteiras com Camarões (ao norte), Gabão (sul e leste) e ao Golfo da Guiné (a oeste). A ilha de Bioko dista cerca de 40 km de Camarões. A ilha de Ano Bom fica cerca de 595 quilômetros a sudoeste de Bioko. A região continental de Rio Muni, de maior área, fica entre o Gabão e os Camarões e inclui as ilhas de Corisco, Elobey Grande, Elobey Pequeno e ilhotas adjacentes. O país foi ocupado por portugueses em 1470, porém em 1778 os espanhóis iniciaram a colonização que se estendeu por muito tempo, até o quarto final do século XX. Em 1909, as colônias espanholas de Elobey, Annobón, Corisco, Fernando Póo e Guiné Continental Española foram unidos sob uma administração única, formando os *Territorios Españoles del Golfo de Guinea* ou simplesmente *Guinea Española*^{(44),(45)}.

A Guiné Equatorial era um dos países mais pobres da África e do mundo até o final do século XX. Na década de 2000, passou a ser o primeiro país da África Subsaariana, com grandes e importantes transformações em várias esferas. Em 2007 o Governo levou a cabo um amplo processo de diagnóstico da situação do país e elaboração de uma agenda para crescimento⁽¹⁾.

Existem duas regiões administrativas, a região insular e a região continental. E administrativamente em sete províncias (cujas capitais estão entre parênteses): Ano Bom (San Antonio de Palé) Bioko Norte (Malabo) Bioko Sur (Luba) Centro Sur (Evinayong) Kie Ntem (Ebebiyin) Litoral (Bata) Wele Nzas (Mongomo), ou seja, 4 regiões continentais e 3 insulares. No total são 18 distritos, 30 municípios, 827 conselhos de povoados e 163 comunidades. Nas províncias, a autoridade máxima é o Governador; nos Distritos, os Delegados de Governo; nos municípios, os Delegados de Governo Adjuntos; nos conselhos de povoados e comunidades, seus Presidentes. E assim mesmo, cada tribo tem um chefe. Uma lei de descentralização administrativa foi aprovada em 2003 para transferir as funções para os municípios^{(1),(24),(45)}.

Brasil e Guiné Equatorial estabeleceram relações diplomáticas em 1974, sendo que a Embaixada do Brasil na capital Malabo foi inaugurada em 2006⁽⁴⁷⁾. O comércio bilateral tem registrado montantes significativos, em especial em virtude da importação de petróleo pelo Brasil. Em 2007 o Presidente Obiang anuncia a adoção do Português como terceira língua oficial, satisfazendo o requisito para ingressar na Comunidade de Países de Língua Portuguesa, o que se efetivou no ano de 2014.

Os grupos étnicos que compõem a população da Guiné Equatorial são os Fang (85,7%), Bubi (6,5%), Mdowe (3,6%), Annobon (1,6%), Bujeba (1,1%) e outros (1m4%). As diferenças étnicas têm reflexos na linguagem (idioma) e aspectos culturais específicos, em especial relacionados a cuidados com a saúde, rituais de luto e questões sexuais e reprodutivas. A população urbana contabiliza 39,9% do total, sendo 60,1% a população rural. A distância entre as áreas insulares e continentais dificulta a integração dos serviços em geral e o acesso da população a educação e saúde^{(17),(23),(36),(42),(44),(45)}.

Como o registro de nascimento não está acessível a todos, há variações significativas nos números que determinam o total da população na Guiné Equatorial. O mesmo vale para o atestado de óbito, documento que não existe no país. Nos casos de morte, o delegado distrital faz o atestado. Não há aparato de Medicina Legal na Guiné Equatorial^{(24),(29)}.

A população estimada em 2016 está entre 759.451 pessoas^{(26),(30),(38)} e 1.014.999 pessoas, sendo 50,6% de mulheres e 49,4% de homens^(1:7). A taxa de crescimento populacional é de 2,48%, com 32,8 nascimentos / 1000 pessoas, com uma taxa de fertilidade de 4,48 crianças/mulher – o uso de contraceptivos tem uma taxa de 12,6% (2011). Há referência a grande fluxo migratório para a Guiné Equatorial, o que sobrecarregaria toda a estrutura do país. A expectativa de vida ao nascimento é de 57 anos para homens e 60 anos para mulheres^{(23),(38)}.

A mortalidade materna é a 47ª do mundo, com 342 mortes/100.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil é extremamente elevada, sendo a Guiné Equatorial o 14º país no mundo: 96 mortes/ 1.000 nascidos vivos. Estima-se que cerca de 5,6% das crianças abaixo de cinco anos estejam abaixo do peso^{(39),(50)}.

A Guiné Equatorial é classificada como um país de alto risco para infecções como hepatite A, febre tifoide, malária, dengue e raiva (hidrofobia), pelo fato de não haver água potável e saneamento básico para toda a população. Segundo dados oficiais, apenas 47,9% da população tem acesso a água potável e ¼ da população tem saneamento básico^{(8),(9),(13),(15),(17),(28)}.

Em relação ao Idioma, são três idiomas oficiais e os dialetos: Espanhol (oficial, 67,6% da população falante), francês (oficial) e fang ou fangue (32,4%), combe, balenque e, a partir de 2007, Português (terceira língua oficial, sem dados sobre população falante). A religião predominante é a católica (83,5%), sendo outros cristãos minoria (5%), Islamismo (4%), crenças sem religião e ateísmo, 5%, outras, 2,5%^{(1),(15),(36),(38)}.

Campo em Guiné Equatorial

A visita de Campo em Guiné Equatorial foi realizada em Malabo, entre os dias 18 e 21 de abril de 2016. Foram realizadas 24 entrevistas com os profissionais de saúde do país, gestores e parceiros internacionais e 51 documentos oficiais pesquisados, elencados no ítem Bibliografia. Foram visitados o Hospital Geral de Malabo, o Centro de Saúde Madre Bilinda e o próprio Ministério da Saúde, local em que foram realizadas reuniões.

Todo o trabalho de campo e todo material bibliográfico disponível está nos idiomas espanhol, inglês e francês. A ausência de Medicina Legal no país faz com que os dados epidemiológicos disponíveis sejam sempre estimativas, com base nos registros feitos nas unidades de saúde, compilados pelos Distritos e centralizados no Ministério da Saúde. Há consenso sobre a limitação desses dados, tanto pela cobertura concentrada em Malabo e Bata (70% dos dados) como pela dificuldade no registro sistemático e informatizado.

Gestores da esfera federal foram designados pelo Governo da Guiné Equatorial como pontos focais da Guiné Equatorial para diálogo sobre o tema a partir desta visita de campo, em interlocução com a Embaixada do Brasil e com o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, SIDA e Hepatites Virais (DDAHV) do Ministério da Saúde do Brasil.

Na Guiné Equatorial há necessidade de credenciamento formal dos pesquisadores visitantes para ingresso nos serviços públicos e deslocamento pelo país, com descrição prévia dos horários e locais para aprovação por parte do governo. A Embaixada do Brasil articulou, junto ao governo local, todas as providências necessárias para o credenciamento da consultora e do representante do Ministério da Saúde do Brasil. A Documentação das Visitas foi registrada sob o termo técnico *constância administrativa*. Os representantes governamentais da Guiné Equatorial foram explícitos na seguinte solicitação: que não fossem realizados quaisquer registros fotográficos nos prédios públicos e no campo (hospitais e centros de saúde), fotos ou filmagens, *por cumprimento a normas internas do País*. Ao final deste documento, a relação completa dos entrevistados e respectivos cargos e instituições.

O sistema de saúde na Guiné Equatorial oferece atendimento gratuito às pessoas com VIH/SIDA. A unidade funcional do sistema de saúde pública é o Distrito. São 18 Distritos, que por sua vez se dividem em 10 subdistritos (5 Malabo e 5 em Bata). A importância dos delegados distritais e das equipes de saúde distritais para fortalecimento do sistema de saúde do país foi tema recorrente. Há hospitais públicos e privados. Os Hospitais estão em três níveis: Distrital, Provincial ou Regional. O hospital distrital atende Prevenção da Transmissão Mãe-Filho (PTMF), sendo o Hospital de Bata o maior. Em relação a SIDA, a cobertura hospitalar é de 100%, centros de saúde 100%, embora os entrevistados considerem que o funcionamento ainda possa melhorar, por haver uma má utilização de recursos, uma falta de controle^{(16),(17),(20),(24),(27)}.

No país trabalha-se com o dado de prevalência de 6,2% de casos SIDA, embora estimem a população de SIDA em torno de 8,1%. Não há estimativas sobre prevalência de VIH-1 ou VIH-2. A base do sistema, a atenção primária, tem como ponto de ancoragem da estratégia o fortalecimento dos Distritos – que são semi-descentralizados. A atenção primária é considerada “a mãe de todos os programas”, com a missão de promover comportamentos preventivos, formas para que os distritos sejam operadores ativos, responsáveis, que se comuniquem bem^{(2),(6),(10),(14),(19),(24)}. Os delegados distritais são nomeados e tem como responsabilidades desde a gestão administrativa até a resolução sobre as *causas mortis* que ocorrem em seu distrito. Os Comitês Distritais, focos da resposta regional e sua articulação com nível central, são designados por muitos entrevistados como não sendo operativos, por conta das muitas dificuldades logísticas e operacionais, desde falta de profissionais até falta de infraestrutura mínima. Nesse Plano de Trabalho, os Agentes Primários de Saúde (APS) são protagonistas da busca ativa de casos, a saber, diagnóstico e encaminhamentos. Na primeira vez em que se detecta um doente, este já seria encaminhado. Como rotina descrita, os delegados distritais reúnem-se com as equipes uma vez por mês, regularmente, para compreensão da situação local e encaminhamentos necessários. Mesmo sendo tão importantes, os delegados distritais são em pequeno número, sendo o problema amplo – além da falta de recursos, faltam profissionais capacitados^{(1),(6),(7),(14),(19),(22),(24),(34),(42)}. Considera-se necessário intensificar o controle das atividades preventivas nos Centros de Saúde, para ajudar os Centros a serem operativos. Cerca de 50% dos recursos humanos são auxiliares comunitários e auxiliares de enfermagem. As equipes de saúde estão defasadas. Algumas lacunas no Serviço Público de Saúde foram identificadas e nomeadas, como a questão da testagem, o monitoramento e a avaliação, a biossegurança, a logística dos fármacos e a questão da certificação dos óbitos. O Governo tem acesso pleno aos dados do sistema Privado de saúde.

A Construção da Resposta Nacional à epidemia de SIDA na Guiné Equatorial, que aumentaram o nível de informação da população sobre o tema. O reforço na coordenação da gestão da resposta nacional na luta contra VIH/SIDA, como a criação da Secretaria Executiva de luta contra o VIH/SIDA, uma Direção Geral de Coordenação Multisetorial, a implementação do acesso gratuito aos ARV e outros serviços de prevenção a nível nacional^{(7),(24),(34),(46),(49)}.

Em 2010 a Guiné Equatorial apresentou pela primeira vez o informe anual sobre a epidemia de VIH/SIDA, o Global SIDA Response Progress Report (GARPR), e nos anos seguintes continuou enviando os dados e seguindo as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)^{(6),(34),(41),(49),(51)}. O Ministério da Saúde da Guiné Equatorial estruturou o *Departamento de SIDA* com dois Programas: o de Prevenção, e o de Apoyo ao VIH/Sida y otras IST¹. Foram elencados como problemas urgentes a presteza no registro e a completude (qualidade) dos informes de notificação em nível central. Nem todos os estabelecimentos mandam os informes, outros mandam com registros incompletos e isso prejudica a possibilidade de (a) Planejamento da compra de insumos: testes, medicamentos, exames; (b) Composição de um estoque de urgência e (c) Compreensão plena da história natural da doença no país, em termos epidemiológicos. Uma questão considerada relevante no país é a da comunicação – de ideias, dados científicos, comunicação dos responsáveis pelos meios de transporte entre as regiões. O fluxo Interior – Malabo/Bata é considerado complicado, pois há muitas regiões sem internet, sem telefone, e o programa sem carro para transporte. A logística dos insumos fica totalmente precarizada^{(7),(10),(13),(14),(16),(24),(34),(38)}.

O Ministério da Saúde da Guiné Equatorial, junto à OMS, elaborou um Plano de Urgência em 2015, com medidas denominadas “de choque”. Para um bom funcionamento básico, seriam priorizados os seguintes componentes: (1) Redução da taxa de abandonos; (2) Aumento dos insumos; (3) Evitar rupturas de estoque e (4) Trocar a tendência diagnóstica e tratar. Foram considerados avanços importantes a criação da Secretaria Executiva de luta contra VIH/SIDA, a implementação da iniciativa do governo para acesso gratuito aos Antirretrovirais (ARV) e outros serviços de prevenção do VIH/SIDA a nível nacional, a Realização da *Encuesta de Demografia y Salud* (EDSGE-I) para obtenção de dados reais sobre VIH/SIDA no país^{(1),(2),(5),(24),(46),(52)}.

Recursos Humanos em Saúde e Notificação de casos de SIDA

O número de profissionais graduados na área de saúde em Guiné Equatorial é considerado insuficiente para atender à demanda em todo o país. Algumas ações foram estruturadas, como por exemplo a abertura da Faculdade de Medicina na Universidade Nacional de Guiné Equatorial em 2000/ 2001, com um programa de formação de médicos apoiados por cooperação cubana, que contribui para a redução do déficit crônico na área^{(2),(6),(8),(10)}. Para a implementação da Opção B+ é consensual a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em diversos aspectos: notificação e registro, aprimoramento em relação ao modo como se revela o diagnóstico de VIH/SIDA (revelação diagnóstica), estratégias para incentivo dos utentes na busca de resultados, importância de se incluir os Praticantes de Medicina Tradicional (Curandeiros) nas estratégias de informação para sucesso das respostas^{(7),(10),(14),(15),(17),(24),(31)}.

¹ Dirigidos respectivamente, por Dr. Ambrósio José Monsuy e Dra. Maria da Glória Naeng Acheima (2015).

Em 2008 o país contava com 144 médicos nacionais formados na Guiné Equatorial e em Cuba, e técnicos de saúde formadas na Escola Universitária de Saúde e Meio Ambiente e no Marrocos. Também foram formados 40 médicos em Cuba e Mali, na área de obstetrícia, neonatologia e pediatria, a título de especialização⁽⁷⁾.

Período (anos)	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
2000 – 2006	58	16	74
2001 – 2007	16	8	24
2002 – 2008	30	16	46
Total	104	40	144

Quadro 1. Registro de Graduados da Faculdade de Ciências Médicas de Guiné Equatorial entre 2000 e 2009.

Fonte: WHO, 2010^(7:50).

Há necessidade de se reforçar as capacidades técnicas dos recursos humanos para oferecer cuidados de saúde especialmente a grávidas, parturientes e puérperas nos estabelecimentos de saúde⁽²⁴⁾. Outros pontos-chave são o aumento da capacidade do sistema de saúde para responder às necessidades da populações em geral, e da mãe e recém-nascido em particular; preparação de um mapeamento da área de saúde para atualizar o modelo de cuidados e permitir a regionalização dos serviços de saúde com base na distribuição espacial da população; implicação dos homens na tomada de decisão relativa à maternidade e cuidados do filho; desenvolvimento de mecanismos de subvenção para garantir a gratuidade dos partos cesarianas nos estabelecimentos de saúde públicos e privados^{(1),(2),(5),(7),(10),(24),(28)}.

O acesso aos serviços de saúde é considerado desigual, pois a principal forma de proteção social é o sistema de seguro social, operacionalizado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSESO), que beneficia os trabalhadores do setor formal e suas famílias representando apenas cerca de 30% da população. Em 2013 foram instalados mecanismos de recompilação de dados para criação de uma base de dados nos 6 Centros de Tratamento com antirretrovirais (ARV), com problemas em sua operacionalização. Um dos fatores é a falta de recursos financeiros^{(1),(6),(7),(14),(24),(28)}.

Em relação à saúde privada, os dados disponíveis trazem a questão de uma constante solicitação dos profissionais de saúde para que se inclua a gratuidade dos partos do tipo cesariana a esse setor da saúde. Há poucos dados sobre a logística e o controle dos medicamentos, realização de testagem para VIH e mesmo acompanhamento das gestantes. O que se tem como informação é que, em 2015, os únicos lugares que realizavam testes para Carga Viral são hospitais e laboratórios da rede particular^{(1),(7),(24),(29),(31)}.

Em 2011 estavam registrados 800 praticantes de medicina tradicional no país, e estimava-se que 80% da população procurava primeiro aos Médicos Tradicionais e “Espiritistas”, ou Curandeiros, antes de visitar os serviços de saúde do Estado⁽¹⁾.

Dados Epidemiológicos VIH e SIDA

A epidemia em Guiné Equatorial é do tipo generalizada, e é apontada como uma das causas mais importantes de morbimortalidade na população⁽⁶⁾. A via mais frequente de transmissão é a sexual, seguida pela transmissão vertical e transfusões de sangue^{(6),(29),(35),(39)}. Desde o início da epidemia existe um predomínio do subtipo VIH-1 (97,4%) e em torno de 2,6% VIH-2⁽²¹⁾. A estimativa de incidência de VIH/SIDA na Guiné Equatorial desde 1999 é a seguinte:

Ano	1999	2001	2007	2009	2012
Incidência	0,51	3,4	3,4	5,0	6,2

Quadro 2. Estimativas da Incidência de VIH/SIDA na Guiné Equatorial 1999-2012. Fonte: indexmundi.com, 2016⁽³⁶⁾.

Calcula-se que haja entre 1.400 e 1.600 novas infecções por VIH por ano, sendo: (a) Adultos: em torno de 1.200; (b) Jovens do sexo feminino: 640 e (c) Crianças: < 500^{(24),(49)(50)}.

Desde 1999 observou-se um aumento progressivo na detecção de casos: em 1999 foram diagnosticados 205 casos, e em 2008, 4.080. O total acumulado em 2011 foi estimado em 20.000 casos acumulados em adultos e 2.600 crianças.

Em 2011 foram identificados 1.696 casos de VIH+ com o teste rápido, subindo a prevalência para 14,7%, com estimativa de 7.630 pessoas com infecção avançada necessitando TARV. De Janeiro a Dezembro de 2013 foram realizados 48.198 testes, dos quais 9.172 tiveram resultado positivo (19%)^{(7),(30),(49)}.

A prevalência de VIH (2015) estimada é de 6,2%, considerando-se a população de 1.222.442 pessoas^{(24),(49)}. A prevalência do VIH é mais que o dobro nas mulheres (8,3%) do que nos homens (3,7%), e mais elevada na região continental (7,5%) do que na região insular (3,0%)⁽²⁾. Entre os homens, a estimativa é de 3,6% (sendo a prevalência de VIH entre jovens 1,3%), e entre as mulheres, 8,3% (2,5% entre jovens)^{(2),(6)}.

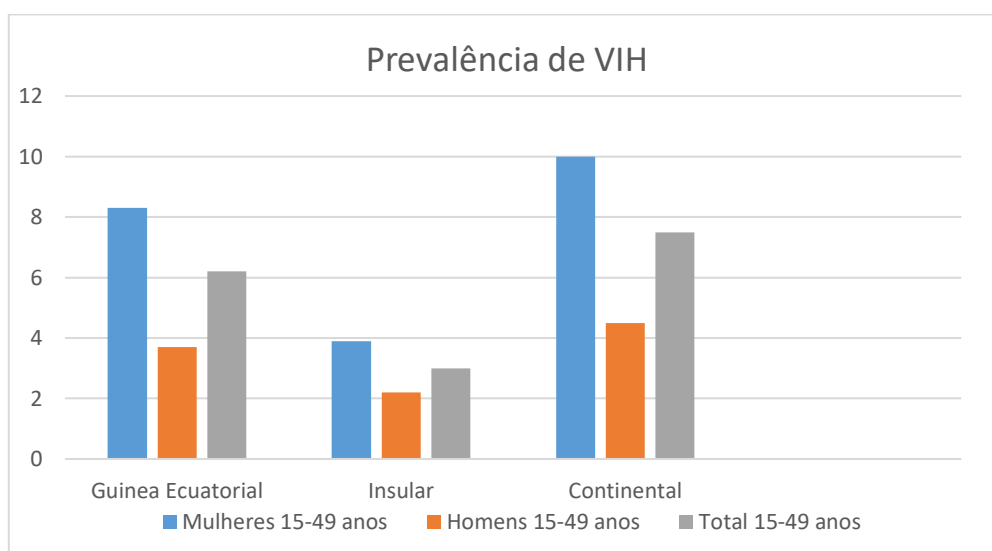


Gráfico 1. Estimativa da Prevalência de VIH na Guiné Equatorial em 2011. Fonte: ESDGE-I, 2011⁽²⁾.

A prevalência estimada de VIH segundo a idade em Guiné Equatorial é a seguinte⁽²⁾:

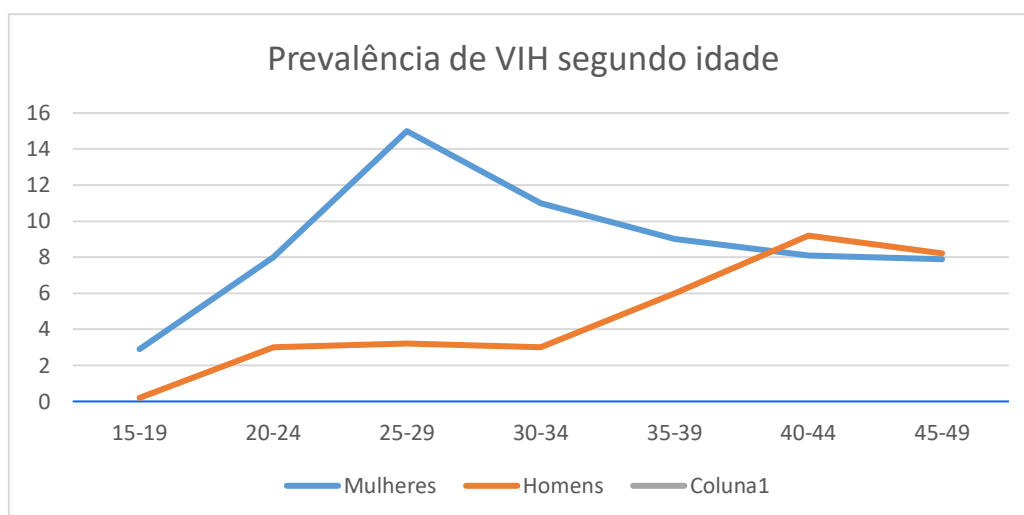


Gráfico 2. Prevalência de VIH na Guiné Equatorial, segundo idade. Fonte: ESDGE-I, 2011⁽²⁾.

A prevalência de VIH é cinco vezes mais elevada entre as mulheres jovens, entre 15 e 24 anos, do que entre os homens jovens. Os jovens que vivem na zona rural têm uma prevalência mais elevada (4,3%) do que os jovens que vivem na zona urbana (2,5%)⁽²⁾.

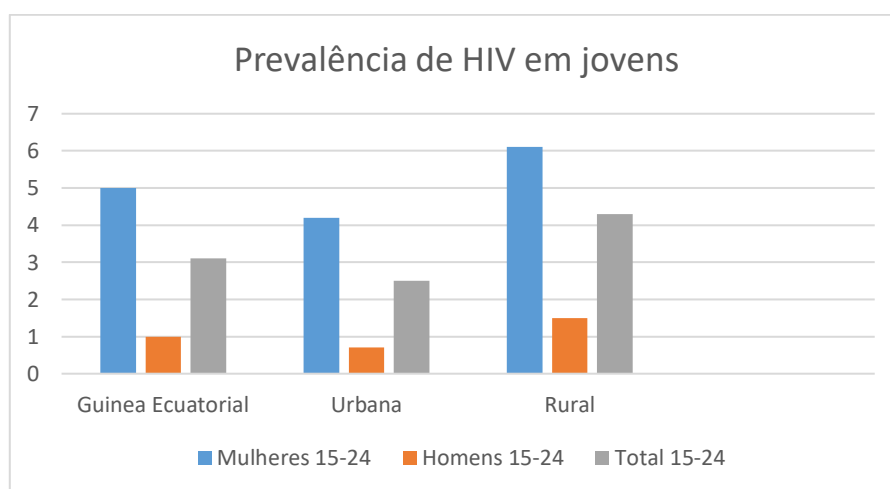


Gráfico 3. Estimativas da prevalência de VIH em jovens de 15-24 anos na Guiné Equatorial. Fonte: EDSGE-I, 2011.

Estima-se que atualmente (2016) haja entre 32.000 e 35.000 pessoas vivendo com VIH/SIDA em Guiné Equatorial, sendo 29.000 adultos, 2.900 crianças entre 0 – 14 anos^{(6),(24),(49),(50)}. São estimadas cerca de 1000 mortes anuais por SIDA, sendo o 65º país do mundo neste índice. Os dados estimados de mortalidade são os seguintes^{(36),(49)}:

Ano	1999	2001	2009	2012
Guiné Equatorial	120	370	1.000	1.400

Quadro 3. Estimativas de Mortalidade por SIDA na Guiné Equatorial. Fonte: IndexMundi, 2016⁽³⁶⁾.

O Ministério da Saúde e Bem-Estar Social do governo afirmou que *a SIDA é causa de 75% das mortes que se produzem nos últimos tempos em Guiné Equatorial, sendo as mulheres infectadas em uma porcentagem de 65%*. Estima-se a prevalência de SIDA entre 15% e 24%, colocando a SIDA como primeira causa de mortalidade no país nos últimos anos, acima inclusive do paludismo (malária)^{(6),(24)}. Em relação à testagem para VIH e o fornecimento de medicamentos, tanto os testes para VIH quanto os medicamentos para tratamento da SIDA são disponibilizados na rede pública de saúde, para toda a população. Uma testagem ampla para VIH realizada em 2011 em mais de 1.400 mulheres de 15 a 49 anos e 1.400 homens de 15-49 anos, revelou que 6,2% das pessoas estavam infectadas pelo VIH. Sete entre cada dez mulheres (50%) e 61% dos homens elegíveis fizeram o teste^{(2),(6)}. Quanto ao sexo e a idade, observou-se em 2005 que o VIH era mais frequente em mulheres do que em homens⁽²⁸⁾. Segundo a ONUSIDA^{(24),(49),(50)}, o número de Pessoas Vivendo com VIH e SIDA (PVAH) em 2015 seria de 8.900, dos quais 8.000 maiores de 15 anos e cuja maioria, 4.700, do sexo feminino.

Em relação às metas da Organização das Nações Unidas (ONU), em especial a meta 90 - 90², há que se considerar como ponto de vulnerabilidade da resposta nacional à epidemia de SIDA em Guiné Equatorial o fato de não existir³ exame para detecção e quantificação da carga viral disponível na rede pública, mas apenas na rede particular. O diagnóstico para SIDA é realizado em Centros de Referência, nos hospitais Provincial e Regional, Unidades de Referência. O triplo teste é feito, VIH-1 e 2 (mais prevalente na África Leste), teste é o Elisa, além do CD₄⁴. São preconizados **três** testes. Segundo os dados disponíveis, nem todos os centros tem 3 testes e, mesmo os que tem, apresentam má integração com outros serviços. Segundo os dados disponíveis, a coordenação/ comunicação entre os serviços e os laboratórios precisa ser redimensionada⁽²⁴⁾. São 18 centros de diagnóstico e tratamento, porém em 2015 apenas 6 (seis) estavam funcionando ativamente. Entre 2006 e 2016 houve um aumento no número de casos diagnosticados, mas ainda com baixa taxa de êxito terapêutico^{(14),(17),(24)}.

Gestantes e Recém-Nascidos:

A Guiné Equatorial figura entre os países com mais alta taxa de mortalidade materna da África^{(1),(26)}. Dentre os múltiplos fatores estão a hemorragia grave, os partos às vezes muito prolongados, sendo poucos realizados por profissional formado e/ou em ambiente asséptico, com aplicação de normas de biossegurança, as complicações dos abortos provocados, a hipertensão arterial durante a gravidez, as rupturas uterinas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência, o sistema de referência e contra referência, a capacidade operacional dos programas de sensibilização das mulheres sobre seus direitos em matéria de sexualidade e reprodução em geral e dos riscos associados à maternidade em particular^{(1),(7),(9),(10)}; o funcionamento deficiente do sistema de informação sanitária e de vigilância epidemiológica, a anemia, malária, desnutrição e VIH/SIDA; ^{(22),(26),(28),(29),(36)}.

² a) 90% das pessoas com HIV+ saberem de seu diagnóstico; b) Destas, 90% estarem em tratamento e c) Das pessoas em tratamento, 90% com a carga viral suprimida.

³ Em 2016, época de realização da visita de campo.

⁴ Cluster Differentiation 4, tipo de linfócito, uma célula de defesa do organismo.

Um projeto-piloto para avaliação da estratégia nacional de PTMF foi realizado de 2004 a 2008, pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) e Programa Nacional de Luta contra Sida (PNLS) em 18 centros do país⁽¹⁰⁾. A avaliação constatou a falta de trabalho das organizações não-governamentais no apoio ao Programa de Prevenção da Transmissão *Madre-Hijo* (PTMH), além de problemas como rupturas de estoque de medicamentos, panes nos equipamentos de teste e exames, recursos humanos escassos e sem motivação, taxa de prevalência elevada entre as grávidas e necessidade de reavaliação do plano estratégico para o período seguinte (2009-2013)⁽¹⁰⁾. A ausência de equipamentos para testes de PCR⁵ impossibilita o diagnóstico de VIH a partir da idade de um mês; os testes de confirmação, irregulares^{(1),(7),(10)}.

As taxas de prevalência do VIH entre as gestantes subiram de 1,49% em 1997 para 7,3% em 2008. Em 2008 verificou-se que 36% das gestantes eram adolescentes, com uma taxa de infecção de 4,43% - em 2013 a estimativa era de 9,6%⁽⁶⁾.

Ano	Prevalência entre gestantes (%)
2009	6 %
2010	5,1%
2011	6,3%
2013	9,6%

Quadro 4. Estimativas de Prevalência de VIH+ entre gestantes da Guiné Equatorial, 2009-2013. Fonte: Informe Nacional (GARPR), 2014⁽⁶⁾.

Embora a adesão integral ao protocolo da OMS para prevenção à transmissão mãe-filho tenha sido acordada pelo país, não há ampla cobertura de pré-natal, não há quantificação sobre o número de partos hospitalares vs. partos em casa. A cobertura de gestantes é estimada em 74%, sendo a média de 11000 as grávidas testadas em 2015^{(24),(49)}. O país tem uma estimativa de 28.000 a 30.000 partos por ano^{(6),(24),(14)}. Das gestantes, 11.612 sabem sua sorologia, estando 147 VIH+ em tratamento seguindo a Opção B+. Há gestantes em monoterapia, sem estimativa^{(24),(49)}.

Algumas gestantes com CD_4 em taxas apropriadas são encaminhadas para parto eutócico (*natural*), e não cesariana. Porém, não há aparelhos para realização deste teste na rede pública da Guiné Equatorial. É feita administração de *nevirapina* no momento do parto, porém são poucos os partos hospitalares. Até 2009 não havia dados específicos sobre transmissão vertical no País^{(1),(6),(16),(24),(49)}.

Opção B+

Em relação ao protocolo para prevenção da Transmissão Vertical na gestação, parto e puerpério, na Guiné Equatorial ainda se administra a monoterapia como medida profilática (Opção A), mas é consenso entre os profissionais e gestores entrevistados que nesse momento a prioridade é a transição para adoção plena da Opção B+. Em 2014⁽⁶⁾, 828 mulheres grávidas fizeram tratamento com AZT em monoterapia, 72 com nevirapina, a chamada Opção A. O país está gradativamente retirando a monoterapia com NVP, sendo reportadas 72 mulheres recebendo essa medicação no parto. A Opção B+ foi incluída em 2012, estando ainda em fase de implantação^{(1),(6),(24)}.

⁵ Polymerase Chain Reaction – Reação de Cadeia de Polimerase.

Em 2016, as três opções de tratamento estavam ofertadas na Guiné Equatorial. Na região Continental, das 499 mulheres grávidas em ARV, 277 estavam em monoterapia, com a Opção A e 220 “PPS” (por sua própria saúde), ou seja, já haviam parido. Duas mulheres ainda na Opção B. Na região insular, 739 grávidas em tratamento, sendo 557 com AZT e 66 com nevirapina⁽²⁴⁾. Em termos do protocolo, a orientação para não-amamentação é seguida parcialmente, assim como o fornecimento do leite/ fórmula láctea e acompanhamento da criança VIH+ por 18 meses^{(6),(10),(24)}.

Em 2013 o país apresentava 61 estruturas de atendimento pré-natal, sendo que em 37 delas se realiza o teste de VIH e 18 prestam o serviço completo para o PMCH. Foram testadas 10.384 grávidas, sendo 2.899 na região insular e 7.485 na região continental. Os seis centros de tratamento com ARV realizam testes de VIH para os filhos expostos, com mães infectadas, e o seguimento acontece até os 18 meses^{(6),(10),(14),(24),(49)}.

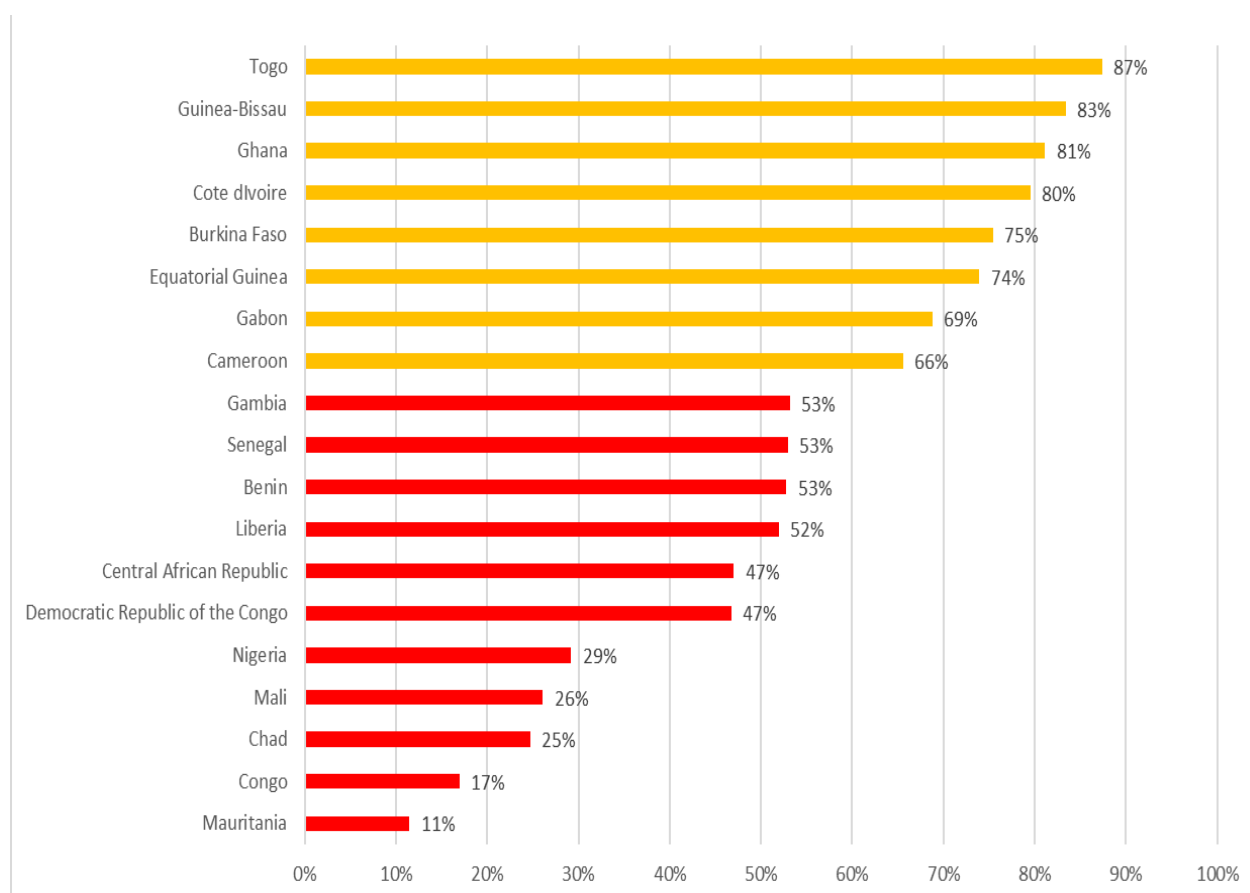


Gráfico 4. Porcentagem de mulheres VIH+ recebendo ARV mais efetivos na África. Fonte: Unicef, 2016.

Segundo os dados disponíveis, a situação entre as grávidas é considerada *preocupante*, considerando-se os fatores sócio culturais, desde a pobreza até a poligamia. Estima-se a cobertura às grávidas em torno de 74%. São realizados entre 20.000 e 30.000 partos por ano na Guiné Equatorial, grande parte por comadronas, parteiras, sem estrutura hospitalar^{(6),(24)}.

Em 2014-2015, estima-se que cerca de 11.000 grávidas foram testadas e, destas, 1.539 estavam infectadas pelo VIH, uma prevalência estimada de **10,1%**. Estima-se que 147 mulheres estejam em tratamento seguindo a Opção B+, em Bioko^{(6),(24),(49)}. São 13 estabelecimentos que realizam Consulta Pré-Natal, sendo que 11 realizam testagem para VIH. O total de 6 serviços de saúde realizam o atendimento completo para as gestantes VIH+ e o seguimento das crianças, em tese, por 18 meses⁽²⁴⁾. Há menção a perda de dados de registro, mesmo nos centros de referência, com não-preenchimento das fichas. Os livros de registro são limitados, considerados incompletos. Também não há fichas para o acompanhamento dos parceiros^{(24),(49)}. Estima-se que cerca de 1.600 mães necessitem entrar no PMTF, uma vez que cerca de 11.612 grávidas sabem sua sorologia^{(6),(39)}.

Coinfecções:

A) Tuberculose (TB)

Em 2005, a proporção de casos de VIH+ entre pacientes com tuberculose era de **33,8%**. As notificações de casos de tuberculose em 2015, na Guiné Equatorial, são as seguintes^{(41),(42)}:

Total de casos notificados	1.286
Total de casos novos e recaídas	1.242
% com prova rápida no momento do diagnóstico	17%
% com sorologia para VIH conhecida	73%
% pulmonares	91%
% confirmados bacteriologicamente entre casos pulmonares	72%

Quadro 4. Notificações de casos de tuberculose em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016⁽⁴¹⁾.

O Programa Nacional de luta contra tuberculose prevê assistência médico-farmacêutica gratuita, assim como alimentação adequada de pacientes hospitalizados, e contava com apoio da Cooperação Espanhola e OMS em 2011^{(1),(24)}. O tratamento da coinfecção TB/VIH é feito desde 2004⁽⁶⁾. Segundo os dados disponíveis, a coordenação entre os dois Programas, o de SIDA e o de tuberculose, enfrentou problemas com falta de financiamento que ocorreu em 2013⁽²⁴⁾.

As Estimativas da WHO são⁽⁴²⁾:

Estimativas 2015	Número (milhares)	Taxa/ 100.000 habitantes
Mortalidade-excluindo coinfecção TB/VIH	0,063 (0,04 – 0,092)	7,5 (4,8 – 11)
Mortalidade – apenas coinfecção TB/VIH	0,12 (0,032-0,27)	14 (3,8 – 32)
Incidência, incluindo TB/VIH	1,5 (1,3 – 1,6)	172 (150 – 194)
Incidência, apenas TB/VIH	0,73 (0,62 – 0,84)	86 (74 - 99)
Incidência TB MDR /RR⁶	0,066 (<0,01 – 0,12)	7,8 (1-14)

Quadro 5. Estimativas – Coinfecção VIH/TB em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016⁽⁴²⁾.

O número de novos casos de tuberculose teve aumento no período anterior, de 2003 de 72/100.000 habitantes para 88/ 100.000 habitantes em 2005^{(34),(35)}.

⁶ MDR = resistente a rifampicina e isoniazida e RR = resistente a rifampicina

Estima-se que na Guiné Equatorial^{(1),(7)} sejam diagnosticados 30% de novos casos na população em geral (abaixo dos 70% recomendados pela OMS), sendo que 72% destes 30% são tratados gratuitamente (são recomendados pelos organismos internacionais 85%). A maioria dos pacientes diagnosticados nos anos de 2006-2011 foram casos de enfermidade avançada. Essa situação é explicada pelo número elevado de abandonos de tratamento e falecimento por diagnóstico tardio. A tuberculose segue como um problema de saúde pública na Guiné Equatorial. Segundo os dados analisados, considera-se, dentre os fatores vulnerabilizantes, a população de estrangeiros, cerca de 300 mil na população geral de 1.303.000. Os países limítrofes têm alta prevalência de tuberculose multidrogarresistente (TB/MDR), 10% - 71% de tratamento^{(1),(7),(8),(24),(35),(40),(41)}.

Segundo os dados disponíveis, a cooperação Espanhola deixou de financiar a totalidade das atividades, ocasionando o retrocesso de alguns dos indicadores do Programa^{(24),(38)}. Um desses indicadores, podemos exemplificar, é a taxa de abandono. Houve um aumento significativo dos abandonos de tratamento (23%) por conta do corte de verbas que financiavam o trabalho das equipes que faziam a busca ativa de casos faltosos no Hospital Geral de Malabo^{(24),(49)}. Os coinfectados constituem um grupo bastante vulnerável, e houve ao longo do tempo um aumento progressivo do número de casos de tuberculose: de 378 casos em 1994 (2,7%) para 741 casos em 2008, chegando a 38% dos casos em 2012. A coinfeção tuberculose/SIDA está estimada na Guiné Equatorial como 38% - 48% dos casos, sendo que deve-se considerar a subnotificação^{(30),(32),(34),(42),(46)}. São estimativas de 2015^{(41),(42)}:

Atenção de TB/VIH em casos novos e recaídas	Número	%
Pacientes VIH+ entre aqueles com status de VIH conhecido	452	50%
Em terapia ARV	294	65%

Quadro 6. Estimativas de tratamento de SIDA na coinfeção TB/VIH em Guiné Equatorial, 2015. Fonte: WHO_2016⁽⁴¹⁾.

Apenas 2% das pessoas VIH+ em tratamento ARV estão em tratamento preventivo para tuberculose, segundo estimativas da WHO^{(41),(42)}. O alto índice de tuberculose multidrogarresistente deve-se, segundo os dados disponíveis, à má adesão aos tratamentos e à existência de um "mercado clandestino" de medicamentos falsificados que, pelo baixo custo, são consumidos pela população⁽²⁴⁾. A assistência hospitalar para atendimento aos doentes com tuberculose é gratuita, englobando consulta, diagnóstico, tratamento, hospitalização, sendo a TB-MDR ou Tuberculose resistente a Rifampicina (TB/RR), tratada em nível central, por *ser muito delicada*, e ainda por *questões de falta de material há uma baixa detecção dos casos*⁽²⁴⁾. A maior parte dos hospitais na Guiné Equatorial não dispõe de aparelhos de Raio X; não existe no país um laboratório de cultura para *M. tuberculosis*. Os laboratórios do país só oferecem a prova de baciloscopia, que só diagnostica 65% dos casos de tuberculose com expectoração^{(18),(24),(30)}. O tratamento administrado na Tuberculose é do tipo Diretamente Observado (DOT), com fornecimento gratuito, por parte do governo, dos medicamentos necessários para o combate e cura da doença. Há uma baixa notificação dos casos, decorrente de escassas atividades de informação, educação e comunicação sobre o tema da tuberculose na população em geral^{(1),(18),(41)}.

A questão da tuberculose também requer reforço na qualidade de diagnóstico e tratamento dos casos, desde a disponibilidade dos medicamentos, reagentes e materiais para diagnóstico até o desenvolvimento de atividades de sensibilização e mobilização social para prevenção e tratamento, além da promoção da integração das atividades de luta contra tuberculose ao nível da Atenção Primária de Saúde (APS) e nos centros e postos de saúde a nível nacional^{(1),(7)}.

B) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Em relação a coinfeções IST/ VIH/SIDA, faltam dados epidemiológicos oficiais, embora seja consensual entre os profissionais de saúde que estas sejam infecções frequentes no país. Segundo os dados disponíveis⁽²⁴⁾, em 2012 foram realizadas atividades de capacitação aos profissionais de saúde sobre o Manejo Sindrômico das IST. Em 2013⁽⁶⁾ foram notificados 186 homens com gonorreia, 259 casos de infecção uretral e 81 pessoas com úlceras genitais^{(6),(24)}.

Situação Atual da Sífilis no País:

Não há séries temporais com dados epidemiológicos sobre a sífilis, porém todos os entrevistados afirmaram avaliar como sendo um agravo com alta prevalência em Guiné Equatorial. Uma estimativa da ONUSIDA é de 60,3% de cobertura de testagem de sífilis entre as gestantes. Foram notificados 3 casos de sífilis congênita (3/6.363), segundo a ONUSIDA, e 99% das gestantes com sífilis receberam tratamento com penicilina. A prevalência da sífilis entre gestantes foi estimada em 4,4% (411/9.372)^{(24),(49)}.

Tratamento antirretroviral (TARV):

Existem seis Centros de Tratamento ambulatorial para SIDA no país⁽²⁴⁾. A cobertura para TARV na população em geral é estimada em 29% a 39%^{(1),(24),(49)}. Estima-se que cerca de 7.000 a 8.000 pessoas estejam em tratamento, sendo desse total 194 crianças. Considera-se que a adesão após um ano de tratamento seja de 82,5%, e após dois anos, 52,2%. Porém, os profissionais de saúde reiteram a grande “cascata de não-adesão e oportunidades perdidas”^{(1),(7),(24)}. Estima-se que a cobertura de TARV para crianças menores de 15 anos esteja em torno de 6,3%. Existem 147 gestantes em TARV seguindo a Opção B+, segundo os dados disponíveis; seriam apenas **0,1% das gestantes em TARV** (147/1.539), em alguns documentos, o número apresentado é de quase 1.600 gestantes necessitando ARV para prevenção da Transmissão Vertical (TV), seguindo critério UNSIDA/WHO. O número estimado de crianças precisando de TARV seguindo esses mesmos critérios é de 2.967^{(29),(30),(32),(35),(49)}.

Segundo os dados disponíveis, em 2010 cerca de 2.432 pessoas receberam TARV e esse número praticamente dobrou em 2011, passando a 4.597 (91 crianças). Em 2012, 6.672 pessoas estavam em tratamento (160 crianças) e em 2013, 7.420 recebiam tratamento (127 crianças)^{(1),(7),(29),(30),(46)}. O alto custo do tratamento não permitia que fosse acessível a grande maioria dos soropositivos⁽⁴⁶⁾. A partir de junho de 2011 o Governo da Guiné Equatorial recebeu o apoio técnico e financeiro do Fundo Mundial de Luta contra SIDA, tuberculose e malária, destinado ao reforço das atividades do Ministério da Saúde. Em consequência da ênfase dada ao tratamento e com a saída progressiva da cooperação, *a propagação do vírus aumentou*⁽²⁴⁾.

A partir de 2011 o Governo solicitou o apoio do PNUD para assistência técnica e para que as estruturas nacionais de luta contra SIDA dispusessem gratuitamente dos medicamentos antirretrovirais para todos os pacientes que acessam a Unidade de Referência em Enfermidades Infecciosas (UREI), priorizando Malabo e Bata. Graças a esse projeto, as pessoas infectadas na Ilha de Bioko e na região continental tem acesso totalmente gratuito ao tratamento contra VIH/SIDA; os pacientes recebem informações sobre a disponibilidade de tratamento e se deslocam para o centro para receber os medicamentos e apoio psicológico^{(1),(24),(46)}. Estima-se que a cada dia 50 pessoas recorram aos centros para receber tratamento. Na farmácia da UREI de Malabo os pacientes são atendidos por 4 médicos, 2 enfermeiras, um farmacêutico e um auxiliar de farmácia⁽⁴⁶⁾. A questão dos medicamentos a nível de programa tem funcionado com base em doações. Segundo dados obtidos, *há importação pelas farmácias privadas*. A Direção Geral de Farmácias indica país, nome, dose, quantidade para que haja autorização^{(24),(46)}. Para a provisão de medicamentos há uma *complexa e extensa burocracia* e que o desbloqueio de fundos facilitaria toda a logística de aquisição e distribuição dos mesmos⁽²⁴⁾. Em 2013, 78,6% das grávidas com VIH receberam medicamentos para redução da transmissão materno-infantil⁽⁶⁾. Como a amamentação é majoritariamente mantida, em 2013 estima-se que 61,9% das mulheres com VIH que estavam amamentando receberam ARV^{(6),(24)}.

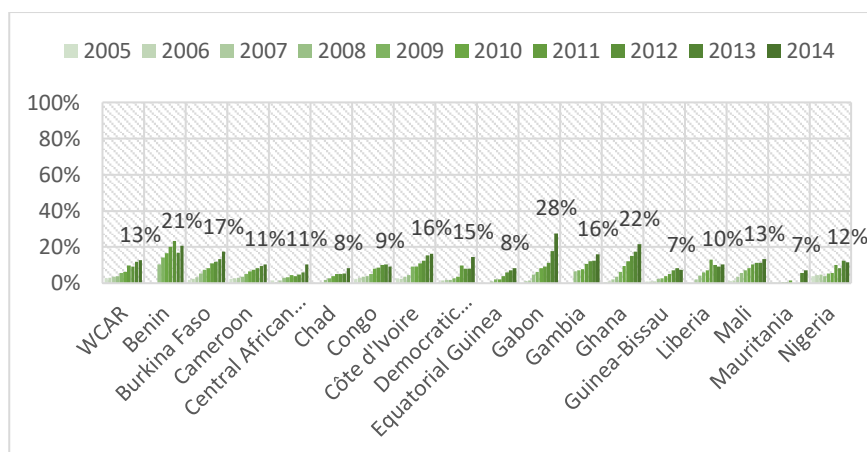


Gráfico 4. Porcentagem de crianças VIH+ < 15 anos em TARV na África. Fonte: Unicef, 2014⁽⁵⁰⁾.

Adesão ao tratamento de SIDA: aspectos culturais.

Alguns aspectos antropológicos e culturais da Guiné Equatorial são muito importantes para a compreensão da realidade local e sinalizam novas possibilidades e limites para desenvolvimento de estratégias de prevenção e assistência. Em primeiro lugar, a questão da maternidade. É considerado desejável socialmente que a menina inicie a vida sexual e conjugal precocemente, tendo muitos filhos. Ter filhos é considerado um ato de força, indicando a fortaleza de uma família. Então, pode-se considerar culturalmente muito complexo desenvolver-se estratégias que discriminem esse comportamento. Os casamentos precoces são comuns, assim como a poligamia^{(3),(6),(7),(10),(11),(14),(20),(21),(24)}. Em segundo lugar, um dos grandes tabus nacionais: a orfandade. “Órfão” é considerado como um dos mais pesados e indesejados xingamentos e ofensas, perdendo apenas para ofensas diretas à reputação das mães⁽²⁴⁾: “Llamar órfano es malo”.

Segundo os dados obtidos, a questão da orfandade refere-se ao que se considera como *Força da Nação: o Estado seria o “grande pai”, e a Primeira Dama seria a “grande mãe de todos”*. Nesse sentido, *não haveria órfãos no país - e dizer isso seria não apenas ofensivo, como considerado subversivo*⁽²⁴⁾.

Em relação à ausência de Medicina Legal no país, a *causa mortis* de qualquer pessoa é determinada, no Distrito Sanitário, pela autoridade local máxima - que é a autoridade distrital - sem realização de autópsias ou exames *post mortem*. Segundo os dados disponíveis, *não há autópsia no país por questões culturais consideradas muito fortes, muito difíceis de se modificar, relativas aos diferentes processos e rituais de luto*⁽²⁴⁾; o ritual do luto é descrito como complexo, demorado – *pode durar até uma semana, 10 dias* - envolvendo família e amigos do falecido. O luto na Guiné Equatorial implica em uma reunião de familiares e amigos, *uma festa*, uma espécie de comemoração no dia seguinte ao que a pessoa morreu na casa da família.

- Depois do enterro, juntam a família, vão ver quanto às mulheres, filhos, os bens.. é feito uma espécie de inventário – sem se tocar em assunto de sida! Ninguém menciona nada⁽²⁴⁾.... São reunidas todas as mulheres, os bens, os filhos, é feito um inventário, o patrimônio é dividido. Quando morre o pai de uma família, o irmão do pai assume toda a família, esposa, filhos, espólio, dívidas...A mulher é parte da herança. O casamento implica em um dote, que é a riqueza de família. Consideram que 80% da população seja cristã, católica, realizando o enterro e no dia seguinte as comemorações/ reuniões. Outros não celebram comemorações, não fazem missa; 20% protestantes e muçulmanos, com suas diferentes crenças, tem diferentes modos de trabalhar o momento da morte. As etnias têm ritos próprios⁽²⁴⁾.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estima que penas 53,5% das crianças são registradas ao nascimento ou até 5 anos de idade; e, como já foi mencionado, não existe atestado de óbito nem Medicina Legal^{(3),(6),(10),(36),(39)}. Em relação às pessoas com necessidades especiais, irmãos gêmeos, “descapacitados”, a população vulnerável, segundo os entrevistados, *está protegida pelo Estado*. Os “descapacitados” *são institucionalizados, quando possível, e o sistema de atenção à saúde materno-infantil é gratuito*⁽²⁴⁾. O estigma da SIDA atinge *não apenas as pessoas soropositivas, mas seus parentes e pessoas próximas*. Cerca de 65% das pessoas entrevistadas em estudo realizado na Guiné Equatorial afirmam que uma pessoa doente de SIDA não tem direito a emprego; 65% afirmam que um aluno infectado por VIH ou doente de SIDA não tem direito a continuar seus estudos. Cerca de 70% dos entrevistados afirmaram que, caso necessário, estariam dispostos a ajudar um parente infectado por VIH ou doente de SIDA. Nessa pesquisa, 95% declaram estar dispostos a realizar o teste de VIH, 34% declaram ter feito o teste e 79% disseram ter retirado espontânea e voluntariamente os resultados^{(24),(35)}. Em relação a adesão propriamente dita, os critérios para não-adesão, retenção e abandono de tratamento poderiam ser sistematizados⁷. Em relação aos bancos de sangue, há poucas informações sobre a qualidade, localização, logística e funcionamento. Em relação aos doadores de sangue, a proporção de testes rápidos de VIH positivos entre os doadores era de 3,9% em 1999, taxa que oscila entre 3,6% e 7%^{(6),(7)}.

⁷ Em visita ao Hospital Geral de Malabo, em abril de 2016, a psicóloga do hospital afirmou que *há algum tempo havia um serviço de resgate para pacientes não-aderentes ou com abandono, muito importante e eficiente, que era financiado pelo Fundo Global, porém esse serviço foi encerrado em 2011 ou 2012 porque não havia subsídio para transporte, nem incentivo para as pessoas que se dignavam a ir atrás dos faltosos e ajuda-los a retornar ao tratamento*. A falta de incentivo e apoio tem como reflexos a demora para resgate dos pacientes não-aderentes e a piora dos respectivos quadros clínicos⁽²⁴⁾.

Tabela-síntese – Guiné Equatorial

1 GERAL		Referência	
1.1	População	845.000	53
		1.222.442	24,49
1.2	População urbana	39,9%	24,49
1.3	Expectativa de vida ao nascimento (em anos)	57 – 60	53
		64,2	38
	Homens	57	53
		63,1	38
	Mulheres	60	53
		65,4	38
1.4	Taxa de fertilidade (crianças/mulher)	4,48 (24º do mundo)	38
	Taxa de natalidade entre adolescentes	120/ 1.000 mulheres	1
1.5	Taxa de crescimento da população	2,48 %	38
1.6	Prevalência de contracepção	10,1%	1
		12,6 %	38
1.7	Partos atendidos por especialistas (%)	63%	1
1.8	Crianças <5 anos abaixo do peso	5,6 % (2010)	38
1.9	Mortalidade infantil – total/ 1000 nasc vivos	67,2 (68,2 meninos e 68,1 meninas, 2016)	38
		Taxa de mortalidade infantil/ 1.000 nascidos vivos	93
1.10	Mortalidade materna/ 100 000 nascidos vivos	47ª do mundo	24,49
		Taxa de mortalidade mat / 100.000 nascidos vivos	280
		342	38
2 GESTANTES - PTV			
2.1	Cobertura de Pré-Natal	74% - 83%	1, 24,49
		Ao menos uma consulta, 15-19 anos	76% 15.548 (12.888 continente e 2.660 ilhas)
	Pelo menos 4 consultas	67%	53
2.2	Cobertura de PTV	74%	24,49
		Número de gestantes testadas	11.612 / 30.000 = 39%
2.3	Estimativa de % de gestantes VIH+ com TARV	93,5% 1.238/1.324	24,49
		74% (2014)	49
2.4	Taxa de transmissão vertical VIH	24,3% (387/1562) a 27% (parto)	24,49
2.5	Início do programa PTV no país	2007	24,49
3 VIH/SIDA e SÍFILIS – VIH 1 e VIH 2			
3.1	Sítios sentinela Pacote Estatístico	6 – PTMF completo	24,49
		Proxy - Spectrum	24,49
3.2	Conhecimento do estatuto sorológico	9.172 – 19% (2013)	24,49
3.3	Testagem para VIH	48.198 (2013)	24,49
3.4	Prevalência global do VIH/SIDA	6,2%	46, 49
		Mulheres	8,3%
	Homens	3,7%	46
	Prevalência entre 15-49 anos	3,2%	46
		4,4% [4,4% - 5,3%]	49
			54

		3,1% zona rural/ 3,3% zona urbana	
	Prevalência do VIH entre gestantes	13% 11% (2007)	24,49 54
3.5	Transmissão vertical	10,1% - 27%	
3.6	Número de pessoas vivendo com VIH	27.000 [25.000 – 30.000] 27.400	6,49 38
	Adultos > 15 anos com VIH	25.000 [23.000 – 27.000]	6,49
	Mulheres > 15 anos com VIH	14.000 [13.000 – 16.000]	6,49
	Grávidas soropositivas para VIH	1539	24,49
	Crianças < 15 anos vivendo cm VIH	2400 (2200-2600)	6,49
3.7	Órfãos por causa da doença (0 – 17anos)	9.200 [7.300 – 11.000]	6,49
3.8	Mortes relacionadas ao VIH/SIDA	1.100/ano [<1.000 – 1.200] 1.200 (2012)	6,49, 36, 38
3.9	Número de casos de sífilis cong. notificados	3/6363	24,49
	Cobertura de testagem de sífilis entre gestantes	9.372/15.548 = 60,3%	
	Gestantes com sífilis que receb tratamento	408/411 = 99,3%	
	Prevalência de sífilis entre gestantes	411/ 9.372 = 4,4%	
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV	29% - 39%	1,6, 24,49
	TARV entre pessoas com infecção avançada	7630 (est 2011)	24,49
	Cobertura de ARV para gestantes VIH+	74%	24,49
	Cobertura de TARV para tratamento profilático de crianças expostas	6,3% 6.523 serviço público 1102 saúde privada	24,49
4.2	População em TARV	7.625/ 26.861(7.231 adultos e 194 crianças)	24,49
	Adultos (> 15 anos) – cobertura de tratamento	7.431/23.800 = 31,2%	
	Manutenção do tratamento após 1 ano	82,5% (510/619)	
	Manutenção do tratamento após 2 anos	52,2% *	
	Crianças (< 15 anos) - cobertura	6,3% (194/3061)	
	Gestantes VIH+ em TARV para prev da TV	147 Opção B+	
	% estimada de gestantes VIH+ em TARV	0,1% (147/1539)	
	Crianças	1635	
4.3	Número estimado de gestantes VIH+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNSIDA/WHO)	1.600	
	Número estimado de crianças precisando de TARV com base nos Métodos UNSIDA/WHO	2.967	
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares/ 1. 000 pessoas	2.1 (2010)	38
5.2	Profissionais de saúde		
	Número total de médicos	164	1
	Cooperação com Cuba	151 médicos (70% dos médicos do país)	1
	Médicos/ 10.000 habitantes	1,6	1
	Número de enfermeiras	220	1
	Enfermeiros/ 3.500 habitantes	1	1

	Dentistas	s/d	
	Farmacêuticos	8 (4 no setor público)	1
	Farmacêuticos/126.874 habitantes	1	1
	Técnicos de farmácia	8	1
	Técnicos de laboratório	s/d	
	Outros profissionais de saúde	8 parteiras 650 auxiliares sanitários	1
	Psicólogos	1	1
	Assistentes Sociais	2	1
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0	1
5.3	Serviços de teste e aconselhamento	18	6, 24,49

Conclusões e Recomendações

Aspectos positivos a serem valorizados

Pode-se dizer que a Guiné Equatorial, neste momento, esteja saindo de uma estratégia passiva em relação à saúde pública e procurando a construção de uma estratégia ativa.

O Governo está procurando organizações fortes para construir a resposta nacional à epidemia e um exemplo disso é o estabelecimento de um escritório da ONUSIDA em Malabo.

A disponibilização gratuita de medicamentos para SIDA e tuberculose é um aspecto positivo muito importante.

Segundo os gestores, o Sistema de Saúde Suplementar ou Rede Particular/ Privada fornece seus dados de atendimento e agravos para o Ministério da Saúde de modo rotineiro, sem transtornos.

Apesar de limitada, há uma rotina de reuniões e encontros entre os gestores de diferentes níveis, com alguma comunicação sobre os agravos e sobre os recursos disponíveis.

Considerando a importância de se acessar a comunidade, um ponto positivo é a capilaridade das ações nos Distritos e a logística de Agentes Comunitários de Saúde.

Mesmo com todos os limites, a Guiné Equatorial vem dando respostas às solicitações globais de dados para a OMS, UNICEF, ONUSIDA e compõe o quadro dos países africanos que solicitam auxílio técnico, administrativo e financeiro para solidificar a construção de sua resposta nacional à epidemia de SIDA e atenção à sífilis congênita.

Há um acompanhamento importante dos casos de tuberculose, e estratégias já foram desenvolvidas para auxiliar na assistência ao tratamento, como a busca ativa de faltosos e pessoas que abandonaram – porém feneceram diante da falta de subsídio financeiro. É um aspecto importante que precisa ser retomado.

O tema da circuncisão masculina como prática preventiva em saúde é mencionado na documentação avaliada, porém não foi mencionado em campo; essa estratégia preventiva já existe, podendo ser uma ferramenta de acesso aos homens.

Segundo os entrevistados, ao se nomear os "Praticantes de Medicina Tradicional" e não "curandeiros", *esses profissionais estão sendo incluídos e respeitados como tendo conhecimento a ser utilizado e integrado, mesmo que muitas vezes seja restrito ao aspecto psicológico. Ao se dizer "Curandeiro", pode-se pensar em exclusão, pois a denominação sugere algo da ordem da fé, da ordem religiosa da crença e de um suposto não-preparo para se lidar com doentes.*

Considera-se relevante para o enfrentamento do VIH/SIDA no país reconhecer e incluir a força que os Praticantes de Medicina Tradicional têm junto à população para se trabalhar doenças crônicas. A população confia nesses profissionais, e não se sente discriminada ou estigmatizada.

Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

A entrada recente da Guiné Equatorial na CPLP ainda traz algumas dificuldades de comunicação em Português. O trabalho de campo foi feito em espanhol, francês e inglês. No campo houve uma dificuldade explícita e verbalizada pelos gestores em compreender o idioma luso tanto na fala como na escrita. A primeira recomendação é que se incremente e aperfeiçoe o uso regular do Português tanto nos documentos como nas conversas cotidianas, para preparar o país para uma efetiva integração aos outros países da Comunidade. A Comunicação, portanto, é um ponto a ser cuidadosamente trabalhado. Mídia, rádio e TV, escolas, formação continuada dos profissionais de saúde. A informação é uma condição *necessária, mas não suficiente*, para as práticas preventivas e de tratamento. Por exemplo, apesar da disponibilidade gratuita dos medicamentos para SIDA e tuberculose, a taxa de abandonos e má adesão é considerada altíssima, mesmo sem estatísticas precisas.

De modo geral, os pontos de vulnerabilidade são documentados e conhecidos na Guiné Equatorial, com destaque para a pobreza da população, a pequena capacidade institucional e organização da resposta nacional ao VIH/SIDA e às infecções de transmissão sexual, a escassa adesão ao tratamento de SIDA a despeito da disponibilização dos medicamentos, a fraca capacidade do sistema de controle epidemiológico do VIH/SIDA, a pouca capacidade de programas de sensibilização da população em matéria de VIH/SIDA, a persistência do estigma, marginalização das pessoas infectadas e afetadas pelo VIH/SIDA e suas famílias⁽¹⁾. Diante disso, a recomendação é que o sistema de saúde necessita de uma análise situacional. Não há dados atualizados sobre o número efetivo de profissionais em cada serviço de saúde, mas sabe-se a necessidade de contratação de epidemiologistas, técnicos em higiene e subespecialidades, para que existam equipes completas multiprofissionais em todas as unidades. A criação da faculdade de Medicina e o incentivo à formação de novos médicos é um ponto positivo, porém a demanda da população ainda é muito elevada, em especial no que se refere às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Em termos epidemiológicos, frente à lacuna nos registros de nascimento e óbito constatados, a resposta nacional à epidemia de VIH/SIDA e sífilis congênita é desenvolvida apenas com base em estimativas, o que dificulta a compreensão da história natural da doença no país, a formulação de políticas com dados reais da população e obliteram o compartilhamento de estratégias. Não é possível desenvolver uma Epidemiologia sem base populacional comprovável. O número total de pessoas da população geral é base para todos os cálculos de incidência, prevalência, morbimortalidade, letalidade. No caso da Guiné Equatorial, foram encontrados pelo menos seis números diferentes, nos distintos documentos, e optou-se por utilizar os números mencionados na tabela-síntese.

Em relação à Opção B+, a implantação requer uma estrutura mínima para o acompanhamento da gestante e do recém-nascido, uma estrutura que garanta a adesão e a correta implementação do protocolo para a gravidez, o parto e o puerpério. O fato de haver apenas aparelhos para exame de carga viral na rede particular é um fator da máxima relevância, pois se houver falência terapêutica, ou mesmo para acompanhar os tratamentos, é um exame essencial – além do cumprimento da Cascata de Cuidados, o elo final, “90% das pessoas medicadas apresentando carga viral indetectável”.

A resposta nacional tem algumas outras características que prejudicam o tratamento da SIDA: a centralização da testagem e disponibilização de medicamentos, as lacunas na notificação, os registros não pormenorizados. Também há dificuldades na implementação plena de normas internacionais de biossegurança nos serviços de saúde, notificadas pelos entrevistados e confirmadas nas visitas de campo. Por exemplo, a sala de espera da farmácia, no Hospital Geral de Malabo, está localizada num lugar escuro, não-arejado, em que estão misturados doentes com SIDA, tuberculose e outros agravos. Um lugar que precisa ser arejado, limpo e com assepsia a toda prova. Um ponto importante a ser melhorado e que não requer dinheiro ou severas mudanças organizacionais: apenas medidas de biossegurança aplicadas. Ajustar a logística e a salubridade dos ambientes coletivos é um ponto importante e com resposta rápida.

Ainda em relação à rotina de monitoramento e avaliação, o início – a coleta de dados – tem severas limitações. A maior parte dos dados coletados (70%) vem do continente; há poucos dados da região insular e menos ainda das regiões rurais. Ainda não existe um sistema central efetivo e eficaz para coletar e sistematizar os dados epidemiológicos, porém os gestores estão somando esforços para conseguir estruturar um sistema que seja abrangente e eficaz para todo o país. Resolver isso será essencial para que se assegure a resposta nacional à epidemia de SIDA e sífilis congênita, bem como a implementação plena da Opção B+.

Em termos das vulnerabilidades sociais, a distribuição desigual de renda, os acessos limitados aos meios de prevenção, informações, a comunicação restrita – até por conta dos três idiomas oficiais – e a dificuldade em se integrar alimentação adequada, medicamentos e rotina de trabalho são fatores amplamente conhecidos pelos gestores, com ações pontuais, porém sem uma política implementada a longo prazo que resolva essa desigualdade. Porém, esse não é um problema da Guiné Equatorial, é um problema global.

Nas vulnerabilidades individuais, a revelação diagnóstica permanece como problema grave: o chamado *autoestigma* está muito presente entre as pessoas com VIH+. Os profissionais afirmam: *após o teste, (os pacientes) não aceitam o diagnóstico*. Estima-se que grande parte dos pacientes que recebam o diagnóstico de SIDA procurem em primeiro lugar uma clínica de Medicina Tradicional, com os curandeiros. Para enfrentar essa vulnerabilidade, os profissionais responsáveis (em sua maioria, da área de enfermagem) precisarão receber capacitação específica para *como fazer a revelação diagnóstica*. Também as ONG podem ajudar na prevenção, diagnóstico precoce, carga viral, e atenção às populações vulneráveis, que no momento também são invisíveis na cultura local.

Diante dessas vulnerabilidades relativas a recursos humanos, fica a recomendação da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde em relação a implementação da Opção B+ em diversos aspectos: notificação e registro, aprimoramento em relação ao modo como se revela o diagnóstico de VIH/SIDA, busca de resultados, importância de se incluir os Praticantes de Medicina Tradicional (Curandeiros) nas estratégias de informação para sucesso das respostas.

REFERÊNCIAS:

1. GUINÉ EQUATORIAL. CCA_2011. *Balance Común de País (Common Country Assessment)*. República de Guinea Ecuatorial e ONU. Novembro de 2011. 39p.
2. GUINÉ EQUATORIAL. *Encuesta Demografica y de Salud de Guinea Ecuatorial (EDSGE-I). Demographic and Health Surveys*. República de Guinea Ecuatorial. Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MSBS), Ministerio de Economía, Planificación, e Inversiones Públicas (MEPIP), ICF International. Guinea Ecuatorial y Calverton, Maryland, USA: MSBS, MEPIP e ICF, 2012.
3. GUINÉ EQUATORIAL. *Encuesta de indicadores multiples (MICS 2000): Informe final*. Ministerio de Planificación y Desarrollo Económico y UNICEF, 2001.
4. GUINÉ EQUATORIAL. *Guinea Ecuatorial 2020. Agenda para la Diversificación de las Fuentes del Crecimiento*. Ministerio de Planificación, Desarrollo Económico e Inversiones Públicas (2007).
5. GUINÉ EQUATORIAL. *Guinea Equatorial Guinea - National Composite Policy Index 2010*. 38p.
Disponível em <<<http://unaids.org/sites/default/country/documents//file%2C70192%es.pdf>>.
6. GUINÉ EQUATORIAL. *Informe Nacional Sobre los Progresos Realizados em la Lucha contra el VIH/SIDA Guinea Ecuatorial. Indicadores básicos para el seguimiento de la declaración política sobre el VIH/Sida (GARPR_2014)*. Enero – Diciembre 2013. Republica de Guinea Equatorial - Programa Nacional de Lucha contra el SIDA. ONUSIDA – OMS -Unicef, 2014.
7. GUINÉ EQUATORIAL. *II Informe Nacionali Sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2009 – Un mundo mejor para todos. El cumplimiento de los ODM con enfoque hacia el horizonte 2020*. República de Guinea Ecuatorial. Sistema de las Naciones Unidas, 2010. 78p.
8. GUINÉ EQUATORIAL. *Segunda Conferência Internacional sobre Nutrición (CIN2)*. Roma, 19-21 de Noviembre 2014. República de Guinea Ecuatorial. Ministério de Agricultura y Bosques. Malabo: Ministério de Agricultura, 2014.
9. GUINÉ EQUATORIAL e ONU. *Marco de Asistencia para el Desarrollo del Sistema de Naciones Unidas de Guinea Ecuatorial 2013-2017*. Malabo, 04 de Mayo del 2012. 37p.
10. KARIBWAMI, Alain Désiré – *Evaluation de la Stratégie de Prevention de la transmission du VIH de la mere a l'enfant em Guinée Équatoriale. Rapport final*. UNICEF, 2008. 49p.
11. LIMA, Helena Maria Medeiros – *Adesão ao tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
12. MANGUE, Santiago Bivini e GUZMÁN, José Luis – *Necesidades Educativas Especiales en Guinea Ecuatorial*. Programa de Desarrollo Educativo de Guinea Ecuatorial (PRODEGE). Ministerio de Educación y Ciencias (MEC); Ministerio de Minas, Industria y Energía; Academia para el Desarrollo Educativo (AED). Malabo: MEC, 2011.
13. ROCE, Juan Gómez de Tojeiro – *Apoyo a la implementación de un plan estratégico de salud mental en Guinea Ecuatorial. "Antiguos Profesionales del área por el mundo"*. Barcelona, 2009. Paper
14. UNAIDS. *Marco Estrategico Multisectorial De Lucha Contra El Vih/Sida/Its 2008-2012*. Organización Mundial de la Salud en Guinea Ecuatorial, República de Guinea (2008).
15. WHO. *Country Cooperation Strategy at a glance*. Equatorial Guinea. WHO/CCU/15.03. Genebra: WHO, 2015.
16. WHO. *ENT Perfiles de países, 2014*.

17. WHO. *Equatorial Guinea: WHO statistical profile. Country statistics and global health estimates*. Geneva: WHO, 2015. (http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)
18. WHO. *Estimates of TB and MDR-TB burden*. Geneva, 2016. Disponível em www.who.int/tb/data.
19. WHO. *Estrategia de Cooperación – resumen*. WHO/CCU/15.03/Guinea Ecuatorial. Geneva: WHO, Revisión: Mayo de 2015.
20. WHO. *Global Database on child Growth and malnutrition*. Aug., 2014.
21. WHO. *Relatório Mundial da Saúde 2005 – Para que todas as mães e crianças contem*. Genebra: WHO, 2005. 20p.
22. WHO. *Stratégie de Coopération de L’OMS avec les pays 2008- 2013 – Guinée Équatoriale*. Geneva: WHO, 2009.
23. WHO. *WHO Presence in Countries, Territories and areas – 2015 report*. Geneva, 2015. 118p.
24. Dados obtidos, analisados e consensuais das entrevistas de Campo realizadas.
25. WHO. *Handbook for the induction of Heads of WHO Offices in countries, territories and áreas*. WHO, Geneva, 2015.161p.

Links:

26. http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea:HIV/AIDS?lang=pt#Charge_de_morbidity.C3.A9_.28Impact.29
27. http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea:MDG_Goal_6:_Combat_HIV/AIDS,_TB,_malaria_and_other_diseases/fr#Indicadores
28. http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea:MDG_Goal_6:_Combat_HIV/AIDS,_TB,_malaria_and_other_diseases/fr#OBJETIVO_6:_COMBATIR_EL_VIH.2FSIDA.2C_EL_PALUDISMO_Y_OTRAS_ENFERMEDADES
29. Dados epidemiológicos aids, tuberculose e saúde em Guiné Equatorial: <<http://aidsinfo.unaids.org>>. Acesso em julho de 2017.
30. Dados epidemiológicos aids Guiné Equatorial – Global Health Observatory data repository: <<<http://apps.who.int/gho/data/?theme=main&vid=60520>>>.
31. Country Cooperation Strategy at a glance: <<http://apps.who.int/gho/iris/bitstream/10665/137168/1/ccsbrief_gnq_en.pdf>>
32. http://apps.who.int/gho/iris/bitstream/10665/137173/1/ccsbrief_gnq_en.pdf
33. <http://apps.who.int/gho/iris/bitstream/10665/137063/1/LAYOUT-FINAL-10-04-2015>
34. http://apps.who.int/gho/iris/bitstream/10665/17388/1/WHO_Presence_Report_2015.pdf
35. http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Equatorial_Guinea:Other_MDGs – Objetivos do Milênio, Dados e Estatísticas – Guiné Equatorial – Observatório Africano da Saúde.
36. <https://www.indexmundi.com> – Dados gerais da Guiné Equatorial: geografia, dados demográficos, governo, economia, etc.
37. <http://www.asodeguesegundaetapa.org/el-sida-es-la-principal-causa-de-muerte-en-los-dos-ultimos-anos-en-guinea-ecuatorial-afirma-el-ministerio-de-salud-y-bienestar-social/> - mortalidade de 75% na população, 65% mulheres.

38. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ek.html> - Dados Gerais sobre Guiné Equatorial (=index mundi, 38)
39. <http://data.unicef.org/resources/children-aids-2015-statistical-update-2/> - Dados sobre HIV e aids entre crianças (2015)
40. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/HF51/HF51.pdf> - EDSGE - I (2011)
41. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=GQ&LAN=EN&outtype=pdf – WHO - Perfil – tuberculose – inglês (2015).
42. https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=/WHO_HQ_Reports/G2/PROD/EXT/TBCountryProfile&ISO2=GQ&outtype=html&LAN=ES – OMS - Perfil – tuberculose – espanhol (2015)
43. http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/icn2/media/statements/doc/201114_Equatorial_Guinea.pdf - conferência sobre nutrição – Roma, 2014 (=8)
44. <http://gequatorial.org.br/geografia.html> -Dados geográficos da Guiné Equatorial – Embaixada da Guiné Equatorial no Brasil.
45. <http://gequatorial.org.br/historia.html> - Dados sobre história e economia da Guiné Equatorial do site da Embaixada da Guiné Equatorial no Brasil.
46. http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/ourwork/hiv_aids/successstories/guinea-ecuatorial--retomando-confianza-en-la-vida-con-el-acceso-.html - PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – Guinea Ecuatorial (2012).
47. <http://www.itamaraty.gov.br/pt-BR/ficha-pais/5218-republica-da-guine-equatorial> - Dados da Guiné Equatorial do Ministério das Relações Exteriores do Brasil.
48. http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Equatorial%20Guinea/Equatorial%20Guinea_ODM_2009.pdf
49. <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/equatorialguinea> - ONUSIDA - Guiné Equatorial (espanhol), Estimativas de HIV e aids em 2015.
50. <http://www.unicef.es/infancia/proyectos-desarrollo-cooperacion/prevencion-del-vih-sida-entre-jovenes-y-poblacion-vulnerabl> - Dados gerais UNICEF e parcerias em projetos educacionais no mundo..
51. http://www.who.int/nutgrowthdb/database/countries/who_standards/gnq_ref.pdf?ua=1 – Dados biobibliográficos da produção científica em Guiné Equatorial.
52. https://www.unicef.org/about/execboard/files/GNQ_UNDAF_2013-2017_Version_Final__04_de_Mayo_2012.pdf - 9
53. www.who.int/countries/gnq/es/
54. http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/post-2015/mdgoverview/overview/mdg6.html
55. http://www.who.afro.who.int/profiles_information/images/4/4a/GEOMD6d.jpg

Lista dos participantes, cargos e instituições – Guiné Equatorial

Nome	Cargo - Instituição
1. Sr. Evaldo Freire	Embaixador do Brasil em Guiné Equatorial
2. Sr. Paulo B. Silos	Ministro na Embaixada do Brasil na Guiné Equatorial
3. Dr. Florentino Abega Onitó	Diretor do Departamento de Planificação do Ministério da Saúde
4. Dr. Ambrosio José Monsuy	Diretor Geral de Prevenção do Departamento de SIDA
5. Sr. José Carmelo	Diretor de Farmácias
6. Sra. Josefa Msa Mangué	Coordenadora da Saúde Reprodutiva
7. Sra. Gertrudis O. Bidjimi	Departamento de Coordenação Hospitalar.
8. Dr. Ramón Medina Arango	Diretor Geral Tuberculose.
9. Sr. Eugenio Edu Obono	Diretor Nacional SNIS
10.Sr. Juan Luis Alfonso	Programa Oncocercosis
11.Sra. Maria da Glória Naeng Acheima	Apoio VIH/Sida y otras IST - Diretora Geral
12.Sr. Antonio M. D. Ondo	Serviço Epidemiologia
13.Sra. Ana Ludy Dominguez Vázquez	Serviço Epidemiologia
14.Juan A. Adursiula	PMCT – Diretor
15.Benito Alú Nkumu Oyé	Serviço Epidemiologia
16.Dra. Jeanne Beck	ONUSIDA
17.Dra. Angela Katherine Lao	OMS - Programa VIH/TB y Malária
18.Sra. Enfermeira Esperanza Abeme	Hospital Geral de Malabo
19.Dr. Policronio	Hospital Geral de Malabo
20.Sr. Buena Ventura Nolong	Administrador - Hospital Geral de Malabo
21.Sr. Juan José Olveiro	Delegado Distrital
22.Sr. Mauro Figueiredo	Representante do Ministério da Saúde do 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.