



MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA



DIRECÇÃO-GERAL DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Programa Nacional de Luta contra as IST/VIH/SIDA e Hepatites Virais



**PLANO NACIONAL DE TRIPLA ELIMINAÇÃO DA
TRANSMISSÃO VERTICAL DO VIH, SIFILIS E HEPATITE B NA
GUINÉ-BISSAU 2024-2028**



Índice

ACRÓNIMOS	3
PREFÁCIO	5
AGRADECIMENTOS	7
1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO	8
1.1. Perfil do país.....	8
1.2. Organização do sistema sanitário	9
1.3. VIH e SIDA na Guiné-Bissau	12
1.4. Cascata de PTMF	16
1.5. Situação epidemiológica do VIH nos adolescentes e jovens	22
1.6. Situação da Sífilis e Hepatite B na Guiné-Bissau	23
1.7. Principais recomendações da avaliação de PTMF realizada em 2023.	26
2. CONTEXTO	29
2.1. Princípios orientadores.....	30
3. ESTRATÉGIAS PARA A ELIMINAÇÃO	30
3.1. Direções estratégicas globais da resposta ao VIH, Sífilis e Hepatites Virais	31
3.2. Estratégias globais para Eliminação da Transmissão Vertical.....	32
4. VISÃO, OBJECTIVOS E METAS DO PLANO NACIONAL DE TRIPLA ELIMINAÇÃO	34
5. PILARES /GRUPO-ALVO/PACOTES ESSENCIAIS	36
6. MATRIZ OPERACIONAL DO PLANO NACIONAL DE TRIPLA ELIMINAÇÃO	41
6.1 PILAR 1	41
6.2 PILAR 2	55
6.3 PILAR 3	61
6.4 PILAR 4	75
7. MONITORIA E AVALIAÇÃO	84
7.1. Indicadores de impacto e de processo	84
7.2. Quadro de avaliação	87
8. ORÇAMENTO DO PLANO (aqui deve se introduzir as tabelas feitas pelo técnico que está a trabalhar no custeamento)	88
9. REFERENCIAS	89
10. LISTA DE PARTICIPANTES	90
10.1. Lista de participantes no atelier de elaboração.....	90
10.2. Lista de participantes no atelier de validação	90

ACRÓNIMOS

ACS	Agentes de Saúde Comunitário
APSS	Apoio Psicossocial
ARVs	Antirretrovirais
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntário
CDT	Centro de Diagnóstico e Tratamento
CE	Criança Exposta
CECOME/UGL	Central de Compra de Medicamentos/ Unidade de Gestão e Logística
CPN	Consulta Pré-natal
CMI	Centro Materno Infantil
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTA	Centro de Tratamento Ambulatório
CV	Carga Viral
CRENA	Centro de Reabilitação Nutricional Ambulatório
CRENI	Centro de Reabilitação Nutricional em Internamento
DGECS	Direção Geral dos Estabelecimentos e Cuidados de Saúde
DGPPS	Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde
DRS	Direção Regional de Saúde
DSANSC	Direção de Serviço de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança
DSDNT	Direção de Serviço de Doenças Não Transmissíveis
DSIVE	Direção de Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica
DSSCPMT	Direção de Serviço de Saúde Comunitária
DSSR	Direção de Serviço de Saúde Sexual e Reprodutiva
ES	Estrutura Sanitária
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
FM	Fundo Mundial
HB	Hepatite B
HN	Hospital Nacional
HR	Hospital Regional
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
INASA	Instituto Nacional de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LNSP	Laboratório Nacional de Saúde Pública
MICS	Do inglês: “Multiple Indicator Cluster Surveys”: Inquérito de Indicadores Múltiplas
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
MM	Mãe Mentora
MIF	Mulher em Idade fértil
MVVIH	Mulheres vivendo com VIH

M2M	Do inglês: Mother to Mother: Mãe para Mãe
OBC	Organização de Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSC	Organização Da Sociedade Civil
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PCR	Do inglês: Reação em Cadeia de Polimerase
PEN	Plano Estratégico Nacional
PPE	Profilaxia Pós Exposição
PNL	Programa Nacional de Laboratórios
PNLS/HV	Programa Nacional de Luta contra as IST, VIH/SIDA e Hepatite Virais
PTF	Parceiros Técnicos e Financeiros
PTMF	Prevenção da Transmissão do VIH de Mãe para Filho
PrEP	Profilaxia Pré Exposição
PVVIH	Pessoas Vivendo com VIH
RAMJ	Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens
RGPH	Recenseamento Geral da População e Habitação
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
TARV	Tratamento Antirretroviral
TS	Trabalhadoras do sexo
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTA	Unidade de Tratamento Ambulatório
VHB	Vírus da Hepatite B
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

PREFÁCIO

A epidemia de VIH continua a ser um desafio importante para a saúde pública na Guiné-Bissau, com consequências sociais e económicas significativas, com as quais o país continua a debater-se. A transmissão do VIH de mãe para filho constitui uma causa evitável de morbidade e mortalidade entre as crianças no país, o que justifica a prioridade da sua prevenção entre as intervenções de grande impacto.

A nível da região, Guiné-Bissau, encontra-se entre os países prioritários para a eliminação da transmissão do VIH de mãe para filho, devido a alta prevalência da TV do VIH (22.44%) e a baixa cobertura de TARV entre as grávidas (59.42%) fornecida pelas últimas estimativas publicadas do Spectrum em 2024.

O Ministério da Saúde tem liderado a resposta nacional para a eliminação da transmissão vertical do VIH com progressos notáveis desde a elaboração do seu primeiro plano de prevenção da transmissão vertical em 2007. De lá para cá, vários esforços têm sido realizados, chegando o país a atingir uma cobertura de TARV entre as grávidas de 79% em 2014. Mas, nos últimos anos, tem havido uma regressão desta taxa até ao 60%, o que tem dificultado o declínio da taxa de transmissão vertical.

Para acelerar a eliminação de novas infeções entre as crianças, a Guiné-Bissau está empenhada em atingir as metas da ONUSIDA 95-95-95, com ênfases em alguns grupos de maior relevância na resposta ao VIH como são os adolescentes em geral, as mulheres e adolescentes grávidas e as suas crianças. Devido a este empenho, o país transformou o seu programa de prevenção da transmissão do VIH de mãe para filho (PTV) em um plano de tripla eliminação do VIH, sífilis e hepatite B.

As lições aprendidas na implementação da dupla eliminação da transmissão vertical do VIH e da sífilis a nível global, bem como a nova recomendação da OMS de considerar a possibilidade de trabalhar na eliminação da transmissão vertical do VHB, encorajaram a Guiné-Bissau a desenvolver uma nova estratégia de tripla eliminação para os próximos cinco anos (2024-2028) que incluem intervenções para acabar com a transmissão vertical das 3 doenças.

A implementação deste novo plano estratégico requer uma diretriz técnica de acompanhamento que encoraje a prestação de serviços integrados e assegure que todas as intervenções definidas sejam devidamente implementadas e monitoradas.

Este Plano de tripla eliminação tem sido concebido para garantir que todas as crianças nasçam e permaneçam livres do VIH, sífilis e hepatite B, e que todas as mulheres grávidas ou mães que vivem com o VIH, sífilis ou hepatite B tenham acesso a um tratamento atempado e adequado. Para isso, o plano propõe intervenções essenciais para a tripla eliminação que incluem: a despistagem do VIH, da sífilis e do VHB na consulta pré-natal (CPN) e a repetição da testagem a quando necessário; intervenções rápidas e eficazes para tratar as mulheres com resultados positivos; prevenção da transmissão de qualquer uma das infeções aos seus filhos; aconselhamento das mulheres e dos seus parceiros para reduzir o risco de transmissão e assegurar um tratamento adequado; incentivos para um parto limpo e seguro; acompanhamento adequado dos bebés expostos, incluindo a administração da dose de vacina contra o

VHB à nascença; promoção de uma alimentação infantil ótima; e tratamento e cuidados ao longo da vida para as mães que vivem com o VIH ou às mães elegíveis para tratamento das infeções por hepatite B ou sífilis.

Isto será conseguido através de **intervenções colaborativas com outros programas e parceiros de implementação**, para garantir que todas as crianças, adolescentes e mulheres tenham acesso a uma prevenção abrangente do VIH e da síndrome da imunodeficiência adquirida, e mulheres tenham acesso a serviços abrangentes de prevenção do VIH, da sífilis e a hepatite B.

O Ministério da Saúde considera que esta nova diretriz fornecerá orientações atualizadas a todos os profissionais de saúde e a outros quadros relevantes e que trabalham a todos os níveis para melhorar a vida das mães, dos seus parceiros e das suas crianças.

AGRADECIMENTOS

O Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do VIH, Sífilis e Hepatite B, foi elaborado com base nas recomendações que foram dadas a partir da Avaliação da PTMF realizada em 2023, e que teve como objetivos, os seguintes: avaliar a capacidade humana envolvida na implementação das atividades do PTMF desde o nível central até ao nível periférico, assim como a prontidão das ES na oferta de cuidados de PTMF a todos os níveis da cascata.

Para além de tomar em conta as recomendações desta avaliação, foram seguidas também as recomendações dadas pela OMS, para mudar o plano e introduzir intervenções para a tripla eliminação. A inclusão foi assegurada pela consultora que fez o plano, usando o novo marco lógico para ETV proposto pela OMS e parceiros em dezembro de 2023 e portanto, conta com a identificação de intervenções chaves dos pacotes essenciais para cada um dos pilares propostos, com foco não só nas MIR e nas grávidas, mas também, nas adolescentes em idade fértil e grávidas.

As intervenções definidas em cada um dos pilares estão totalmente alinhadas com os documentos nacionais e internacionais existentes na resposta à eliminação do VIH, Sífilis e Hepatite B e listadas nas referências do plano.

O Programa Nacional de Luta contra as IST, VIH/SIDA e Hepatite Virais, gostaria de agradecer pelo trabalho aos:

- Atores do Ministério da Saúde, os parceiros técnicos e financeiros e de implementação, pela sua participação na elaboração do plano de tripla eliminação do VIH, Sífilis e Hepatite B;
- UNICEF por mobilizar os recursos para o plano a ser desenvolvido;
- UNFPA pela prontidão em colmatar as lacunas necessárias para o processo de finalização do plano;
- À consultora internacional pela elaboração do plano;

Esta consultoria foi financiada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) . O conteúdo deste relatório, é da responsabilidade dos autores

1. ANÁLISE DE SITUAÇÃO

1.1. Perfil do país

A Guiné-Bissau é um país da África Ocidental. É limitado no Norte pela República do Senegal, no Sul-Leste pela República da Guiné-Conacri e no Oeste pela costa do Oceano Atlântico. Com uma superfície de 36.120 km² dos quais 28.000 km² são terra e 8120 km² são mar, com cerca de oitenta e oito ilhas no Atlântico, incluindo o arquipélago dos Bijagós.

A Guiné-Bissau tem oito (08) regiões administrativas (Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali) a que se acrescenta o Sector Autónomo de Bissau que goza de um estatuto específico e 11 regiões sanitárias (Bafatá, Biombo, Bijagós, Bolama, Cacheu, Gabú, Farim, Oio, Quinara, Tombali e SAB).

A população da Guiné-Bissau está estimada em 1.781.308 habitantes em 2023, com base nos dados do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2009 (RGPH, 2009), com uma taxa de crescimento anual da população de 2,2%. A esperança de vida à nascença é de 60 anos. A taxa bruta de natalidade por 1.000 nados vivos é de 36,4% em 2020, com uma taxa de mortalidade estimada em 54,2% (Fonte INE).

De acordo com o Relatório Nacional Voluntário 2022 sobre os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável da Guiné-Bissau, a população vive maioritariamente em zonas rurais (56,9%), enquanto que a população que vive em áreas urbanas, 86,3% estão concentradas nas 4 principais cidades do país (Bissau, Bafatá, Gabu e Canchungo). Quase 54% da população da Guiné-Bissau tem menos de 20 anos de idade. As mulheres representam mais da metade da população (52,7% contra 47,3% dos homens).

Tabela 1: Indicadores Demográficos do país. Fonte: Countdown 20230. Perfil do país publicado em 2022.

População	População total (000)	2.106	2022
	Menores de 5 anos (000)	297	2022
	Adolescentes (10-19 anos)(000)	494	2022
	População urbana (%)	45	2022
Nascimentos	Taxa de fertilidade (nascimentos por mulher)	3,9	2022
	Taxa de nascimentos entre adolescentes (nascimentos por 1000 raparigas)	84	2017
	Totais nascimentos (000)	64	2022
	% nascimentos registados	46	2019
Mortes	Taxa de nados mortos (por 1000 nascimentos)	31	2021
	Mortes neonatais, % sobre a mortalidade em < 5 anos	47	2021
	Rácio de mortalidade em < 5 anos	74	2021
	Total de mortes maternas	440	2017
	Total mortes em < 5 anos	4.693	2021
Educação	Compleitude do ensino secundário (entre raparigas) %	8	2019

De acordo com dados do **Ministério da Saúde Pública**, a taxa de mortalidade materna, que era de 560/100.000 em 2015, aumentou para 667/100.000 em 2021, devido ao impacto da COVID-19, às greves gerais na função pública e à fragilidade do sistema nacional de saúde. Além disso, no **MICS6/2019**, em cada 1.000 nascimentos, 35 crianças morreram antes de completarem 1 mês de idade, 51 morreram antes de completarem 1 ano e 77 morreram antes de completarem 5 anos de idade.

No caso da malária, a taxa de incidência, que era de 94,8 por 1000 habitantes em 2005, desceu para 56,7 em 2017, antes de subir para 88,9 em 2020.

A situação da tuberculose estagnou desde 2005, com uma taxa de incidência de 361 por 100.000 habitantes (NSP TB 2024-2026).

A desnutrição crônica diminuiu, passando de 32% em 2010 para 28% em 2014 e 27,7% em 2018-2019. A situação é pior nas zonas rurais, com 17,8% em 2019, em comparação com 11,3% nas zonas urbanas. As regiões de Gabú, Oio e Bafatá são as mais afetadas, com taxas de 22,5%, 20,8% e 17,2%, respetivamente.

Verifica-se uma ligeira descida da taxa de mortalidade atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes ou doença respiratória crónica, medida para as pessoas com idades compreendidas entre os 30 e os 70 anos, passando de 26,1% em 2015 para 24,9% em 2019. Esta taxa é ligeiramente superior para os homens do mesmo grupo etário, passando de 29,1% para 27,4%; para as mulheres, baixou de 24% para 23%.

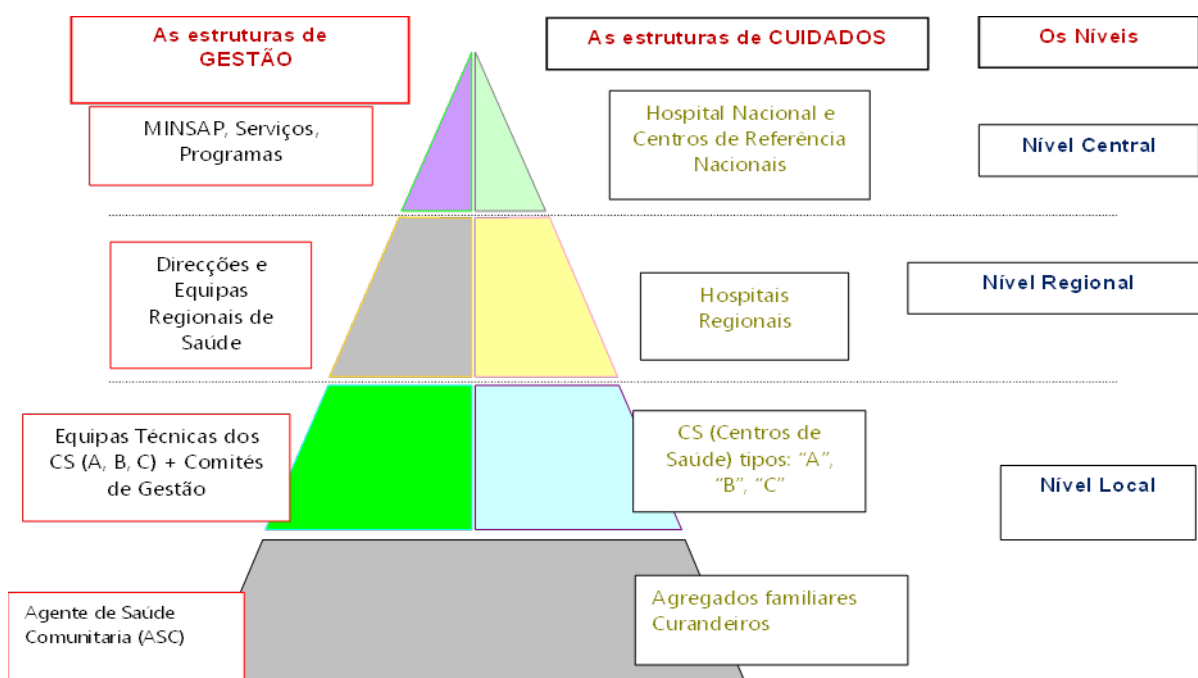
1.2. Organização do sistema sanitário

O sistema de saúde da Guiné-Bissau, tal como definido no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2023-2028, tem uma forma piramidal e compreende 3 níveis (ver diagrama 1):

- O nível central, que define as grandes orientações e o planeamento estratégico;
- O nível regional, com 11 regiões sanitárias (Bafatá, Bijagós, Biombo, Bolama, Cacheu, Farim, Gabú, Oio, Quinara, SAB e Tombali), que é responsável pelo planeamento operacional, microplanificação, execução e acompanhamento das actividades regionais;
- O nível periférico, que presta serviços de saúde (pacote mínimo e completo de actividades);

A prestação de cuidados de saúde baseia-se em estruturas operacionais constituídas por instalações de saúde (153 centros de saúde, 5 hospitais regionais, 3 hospitais nacionais) divididas entre os sectores público, privado e comunitário.

Tabela 2: Pirâmide do Sistema Nacional de Saúde. Fonte: PNDS 2023-2028



A nível regional, existem 11 Direções Regionais de Saúde (DRS): Bafatá, Bijagós, Biombo, Bolama, Cacheu, Farim, Gabu, Oio, Quinara, Tombali, Sector Autónomo de Bissau) e 5 Hospitais Regionais (HR) - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência de primeiro nível.

O nível periférico compreende 114 áreas sanitárias com 225 estruturas sanitárias, dos quais 3 de tipo A (centro médico com bloco operatório), 18 de tipo B (centro médico com internamento) e 111 de tipo C (centros de saúde geridos cada um por um enfermeiro que, a nível comunitário, é responsável pelos Agentes de Saúde Comunitários de (ASC)).

Tabela 3: Distribuição das Estruturas Sanitárias por região e por tipo de estrutura.

Região de saúde	Número total de estruturas sanitárias	CMI	CS Tipo A	CS Tipo B	CS Tipo C	Outros	HR / HN	HRef
Bafatá	18	1		1	12	3	1	
Bijagós	13		1		10	2		
Biombo	17	3		1	7	6		
Bolama	5			1	4			
Cacheu	35	2	1	2	16	13	1	
Farim	5			1	4			
Gabú	20	1		1	17		1	
Oio	14	1		3	8	1	1	
Quínara	12		1	3	6	2		
SAB	57	1		3	12	39	1	1
Tombali	29			2	15	11	1	
Total ES	225	9	3	18	111	77	6	1

Legenda: **CMI** Centro Materno Infantil; **CS** Centro de saúde; **HR** Hospital Regional; **HN** Hospital Nacional; **HRef** Hospital de Referência; **Outros**: Entidades privadas/convencionadas, laboratórios, direção militar.

Os serviços que devem ser o primeiro contacto para a prestação de cuidados primários de saúde (CPS) incluem: centros de saúde (CS) generalistas (tipo A, B e C) e serviços de saúde especializados: os centros de tratamento ambulatorio (CTA) do Programa Nacional de Luta contra a SIDA/Hepatites Virais (PNLS/HV), os Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Programa Nacional de Luta contra Lepra e Tuberculose, os centros de reabilitação nutricional (CRENI e CRENAG) e os centros de saúde materno-infantil (CMI).

No que diz respeito à saúde comunitária, o país apoia-se nas intervenções efetuadas pelos ASC e pelas OSC. O pacote de atividades comunitárias desenvolvido para a população em geral é levado a cabo pelos ASC. Consiste em 18 práticas essenciais de saúde familiar (EFHPs). Estas serão implementadas por 3.481 ASC, dos quais 2.981 generalistas e 497 diferenciados. Ao contrário dos ASC generalistas, que apenas prestam 13 EHP, os ASC diferenciados prestam igualmente cinco intervenções específicas de luta contra o VIH/SIDA e a tuberculose.

Os agentes comunitários filiados em OSC/ONG, embora também implementem atividades de combate às três doenças em benefício da população em geral, estão também a desenvolver estratégias centradas nas necessidades específicas das populações-chave e vulneráveis.

1.3. VIH e SIDA na Guiné-Bissau

Em termos epidemiológicos, as principais causas de morbilidade e mortalidade na Guiné-Bissau, estão relacionadas com doenças não transmissíveis ligadas ao estilo de vida, doenças preveníveis por vacinação, e doenças transmissíveis, incluindo a SIDA. Verifica-se uma ligeira descida da taxa de mortalidade atribuível a doenças cardiovasculares, cancro e diabetes ou doença respiratória crónica, medida entre a população de 30 a 70 anos, passando de 26.1% em 2015 para 24.9% em 2019 (Ministério de Saúde)

O SIDA ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é a fase final da infeção pelo VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana). O VIH é um retrovírus que ataca as células do sistema imunitário e as destrói ou as torna incompetentes. É transmitida através de relações sexuais sem proteção (anal ou vaginal), transfusão de produtos de sangue contaminados, troca de agulhas contaminadas ou utilização de objetos cortantes sujos com sangue contaminado. É também transmitida de mãe para filho durante a gravidez, parto ou amamentação.

Segundo os dados da ONUSIDA (2022), o país tem uma prevalência de 2,4% entre a população de 15 a 49 anos (3.2% em mulheres 15-49 anos e de 1.7% em homens da mesma idade) e uma incidência de 0,59 por cada 1.000 habitantes. Apesar da diminuição experimentada pelo país, as taxas de infecção, sobretudo entre as mulheres, são das mais elevadas da região da África Ocidental. Dados que preocupam o país, pois trata-se de uma das prevalências mais altas na região (Senegal: 0.3, Gambia: 1.4, Guiné Conacri: 1.4, Burkina Faso: 0.6).

Tabela 4: Estimativas Spectrum para Guiné-Bissau 2023 (ONUSIDA, 2024)

Estimativas Spectrum V6.36	
Guinea Bissau, 2022	TOTAL 2022
Num. PVVIH	34.477
Num. adultos 15+ VVIH	32.249
Num. homens 15 + VVHI	10. 582
Num. mulheres 15+ VVIH	21.667
Num. grávidas VIH+	1.291
Num. crianças VVIH (0-14a)	2.228
Num. novas infeções	1.118
Num. novas infeções adultos	828
Num. novas infeções crianças	290
Taxa de Transmissão vertical	22.44
Num. de mortes relacionadas ao VIH/SIDA	1. 033

A prevalência do VIH entre as raparigas e as mulheres com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos é de 0,9% e entre os rapazes da mesma faixa etária de 0,6%.

Segundo a mesma fonte, das 34.477 pessoas vivendo com VIH, só 73.72% das PVVIH conhecem o seu estado serológico (25.417), e de estas só 64.19% está em tratamento antirretroviral (22.132). Ainda mais preocupantes são os dados sobre cobertura de TARV entre grávidas VVIH e cobertura de crianças em TARV com valores 60% e 50% respetivamente.

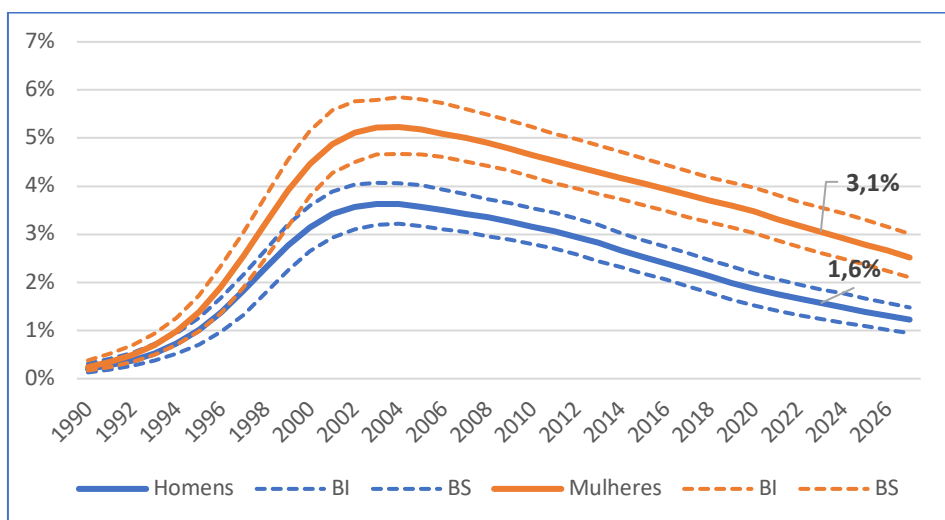


Ilustração 1: Tendência da prevalência de VIV entre a população 15-49 anos. Fonte : Spectrum v6.36 (2023)

1.3.1. Progressos na cascata 95/95/95

A análise da cascata 95/95/95 para toda população da Guiné-Bissau, revela que ainda há lacunas para colmatar os três 95. Sendo a primeira delas, chave para atingir o segundo e o terceiro 95. Sendo assim, por enquanto, 22% da população que vive com o VIH no país, desconhece seu estado serológico, e portanto, desconhecendo a sua condição, não estão a receber o tratamento, representando assim, uma fonte de infecção e propagação da doença, assim como pessoas em risco de desenvolver a SIDA e falecer. A lacuna para o 2º 95, representa 29% e por último a lacuna para o 3º 95 é de 74%, revelando que a cobertura da carga viral como indicador para monitorar a evolução ao tratamento das PVVIH no país ainda é muito baixa, e grandes esforços deverão ser feitos para colmatá-la.

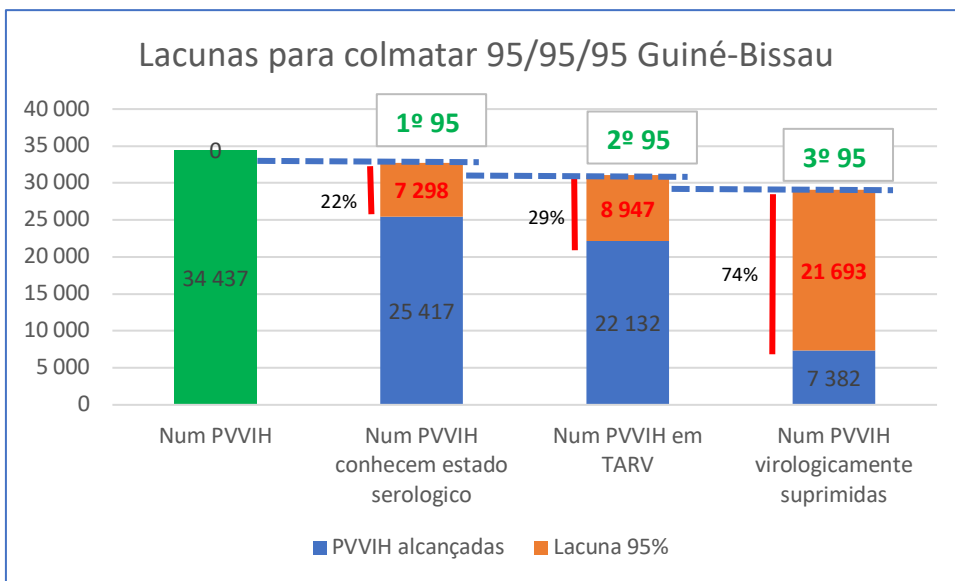
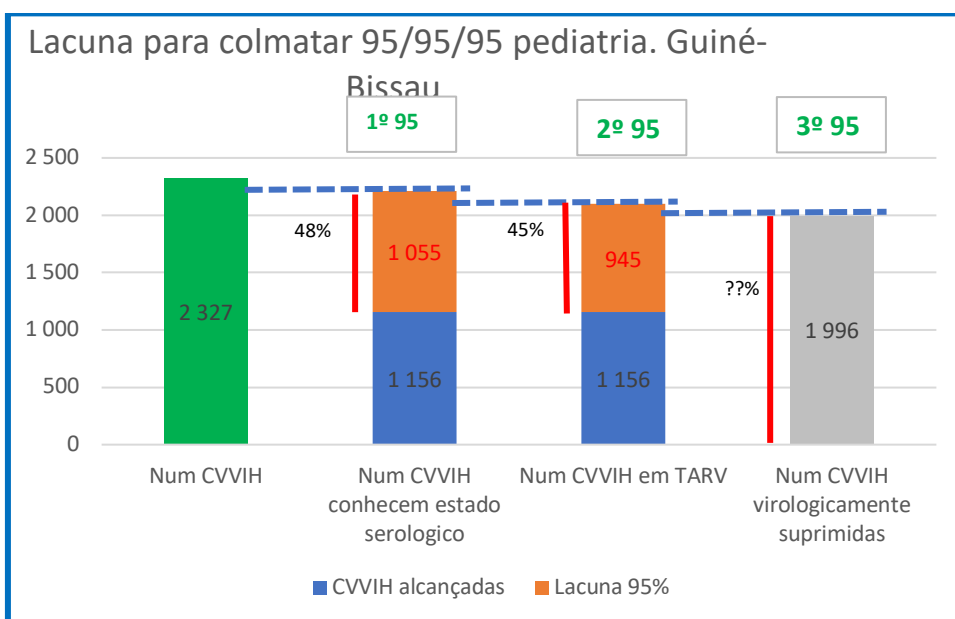


Ilustração 2: Lacunas para colmatar os 3 95 em Guiné-Bissau. Fonte: Spectrum v6.36 (2023)

Se analisarmos a cascata para os diferentes grupos populacionais, poderemos observar que as lacunas a serem colmatadas para o grupo-alvo das crianças dos 0-14 anos é muito maior.



OBS: por favor significado de CVVIH não está no acrônimo

Ilustração 3: Lacunas para colmatar os 3 95 em crianças. Fonte: Spectrum v6.36 (2023)

Apesar dos esforços realizados durante a implementação do PEN II com a expansão do número de estruturas sanitárias a oferecer TARV nas crianças ; ainda existem perdas de oportunidades do rastreio de crianças nas diferentes portas de entrada da estrutura, pelo que algumas crianças não são identificadas e ligadas aos serviços de TARV. Por outro lado, as ruturas de stocks de reagentes de PCR ao longo dos últimos anos, tem provocado também que crianças expostas ao VIH perdem oportunidade de serem testadas com a posterior perda de seguimento das mesmas na cascata de PTMF.

1.3.2. Progressos no TARV pediátrico

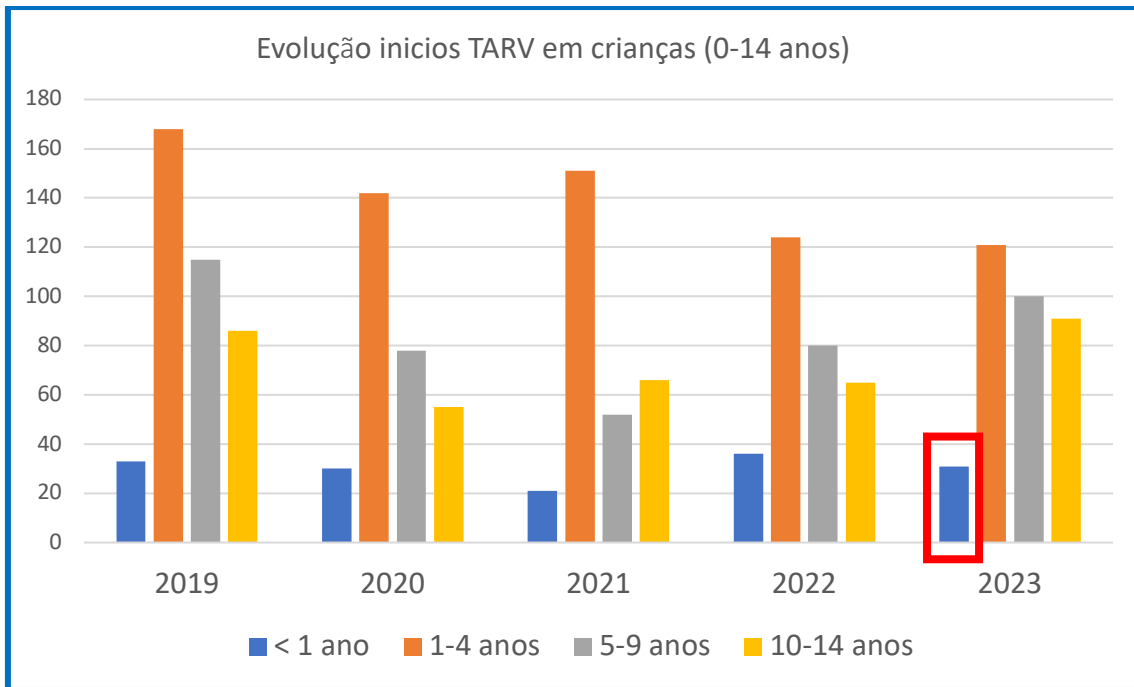


Ilustração 4: Evolução dos inícios TARV em crianças 0-14 anos. Guiné-Bissau. Fonte: DHIS2, 2023

A evolução do início TARV em crianças continua um desafio, no gráfico superior, observa-se um estancamento no número de crianças menores de 5 anos que iniciam TARV (sobretudo as menores de 1 ano), com um pequeno aumento no número de crianças iniciando entre os 5-14 anos. Contudo, a cobertura de TARV entre crianças dos 0-14 anos continua nos 50% segundo as estimativas do Spectrum v6.29. Esta lacuna, já foi identificada na avaliação do PTMF realizada em 2023, onde foram identificados os principais fatores que têm contribuído para esta baixa cobertura. Entre os quais destaca:

- ✓ A falta de um pacote compreensivo de intervenções definidas para seguimento da criança exposta ao VIH desde a nascença até ao fim do aleitamento materno, com uma definição clara de ligação aos cuidados e tratamento para aquelas crianças com resultado definitivo do VIH positivo.
- ✓ Falta de instrumentos de registo para o seguimento da criança exposta que permitam conhecer o número real de crianças expostas ao VIH seguidas nas estruturas sanitárias desde a inscrição até a alta.
- ✓ Falta de cartuchos de PCR para testagem de crianças expostas ao VIH conforme o algoritmo de DIP com conseqüente fraco diagnóstico do VIH em crianças menores de 18 meses de idade.
- ✓ Falta de rigorosidade no rastreio de VIH nas crianças atendidas nos diferentes serviços da estrutura, perdendo oportunidade de identificar crianças infetadas pelo VIH e a sua ligação aos cuidados. Em parte, esta falta é devido à

inexistência de um algoritmo de rastreio que apoie aos prestadores de serviços a identificar crianças elegíveis a serem testadas para o VIH.

- ✓ Perdas de seguimento de crianças que iniciaram TARV.

Alguns dos fatores acima assinalados, já começaram a ser trabalhados pelo PNLS/HV para reverter a situação, com a elaboração dos instrumentos de registo que ajudem ao seguimento da criança exposta, desde o nascimento até ao fim do aleitamento materno, acomodação do algoritmo de DIP, segundo as normas da OMS e dentro em breve começarão a ser usados a escala nacional. Outras intervenções já foram acomodadas na nova subvenção do Fundo Mundial.

1.4. Cascata de PTMF

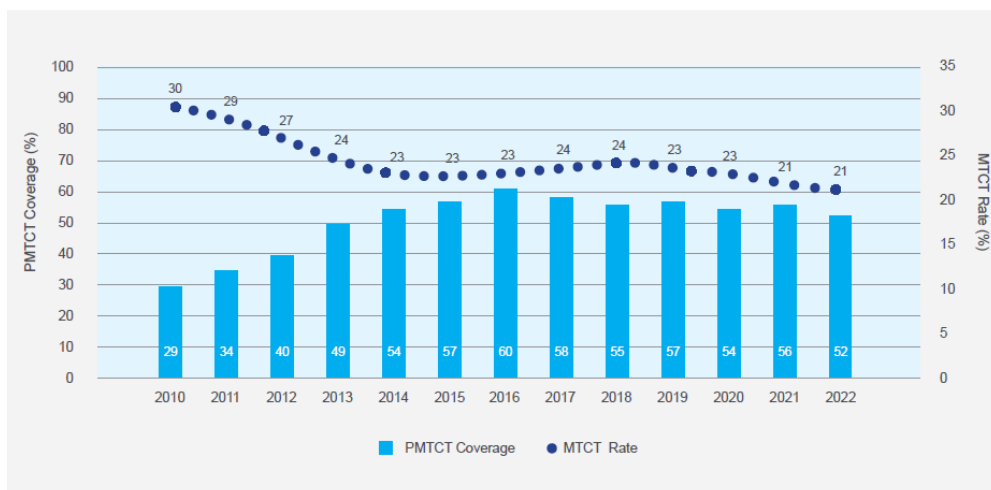


Ilustração 5: Evolução da cobertura de TARV nas grávidas VS evolução da taxa de transmissão vertical de VIH na Região de África Ocidental e Central. Fonte: Snapshot on VIH and AIDS. UNICEF 2023.

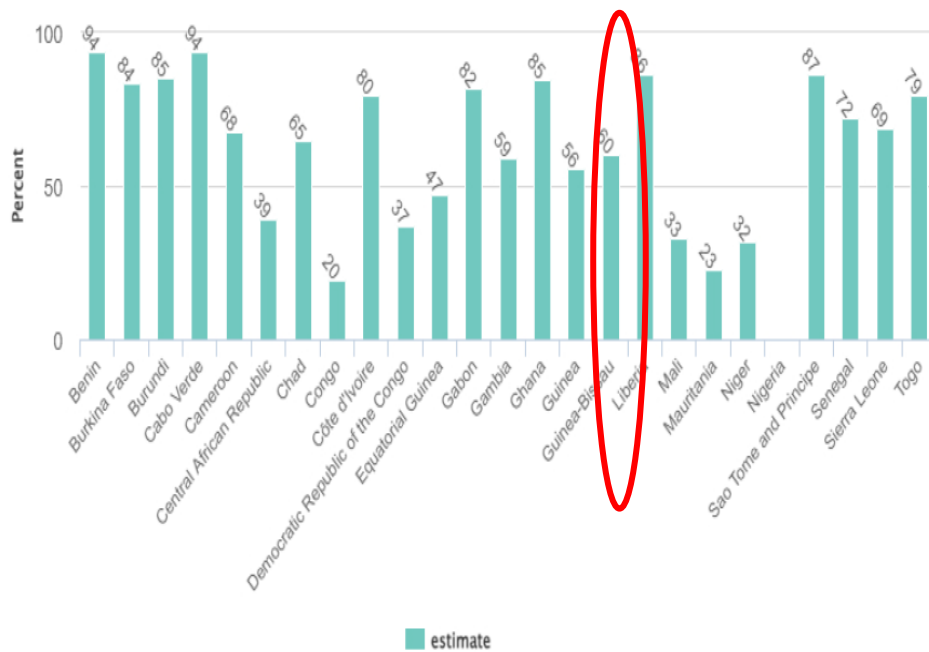


Ilustração 6: Cobertura de TARV em grávidas entre os diferentes países da Região de África Ocidental. ONUSIDA, 2023

Dados reportados pela ONUSIDA em 2023, mostram que, 20% das grávidas VVIH vivem na Região da África Ocidental, mas só 48% delas estavam em TARV, como consequência disso, a taxa de transmissão vertical na região conforme se aprecia na figura 8, encontra-se em 21%, enquanto a taxa global já está em 10%. A situação na Guiné-Bissau não é muito diferente em relação aos dados da região, com uma cobertura de TARV nas grávidas de 60% segundo o Spectrum v6.36 e uma taxa de transmissão vertical ainda superior à média da região, no 22.08.

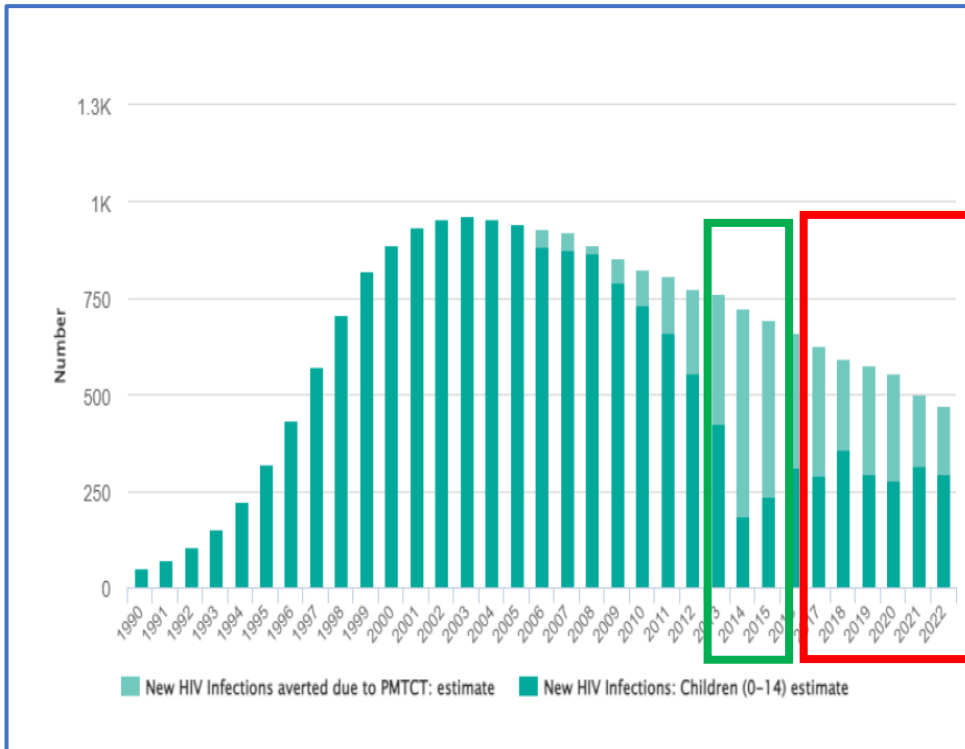


Ilustração 7: Evolução do número de novas infecções pediátricas VS número de infecções prevenidas pelo PMTF. Guiné-Bissau. ONUSIDA 2023.

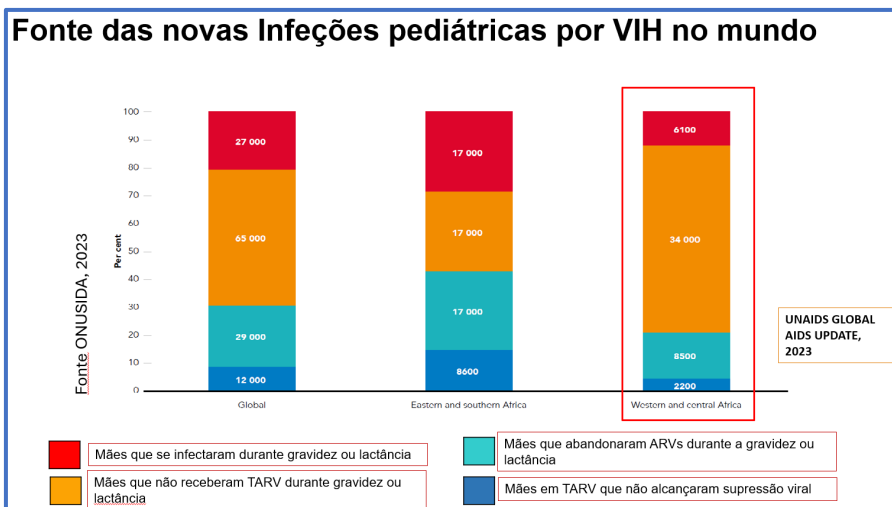


Ilustração 8: Fonte de novas infecções pediátricas por VIH no mundo. ONUSIDA 2023.

De entre as novas infecções, cabe destacar que tanto na região da África Ocidental como na Guiné-Bissau, a maioria das crianças se infectaram de mães que não receberam TARV durante a gravidez ou lactância como mostra o gráfico acima.

Cabe destacar que o país, já teve mais infecções pediátricas prevenidas pelas intervenções do PMTF que novas infecções por VIH entre 2014 e 2015 conforme a tabela número 10. O país deverá analisar as intervenções bem-sucedidas daquela época e identificar os desafios atuais para diminuir de novo o número de novas infecções pediátricas. Alguns destes desafios já foram identificados na avaliação do PMTF realizada em 2023.

(<https://drive.google.com/file/d/1G-U8TBu5H407h4NIsEGw6jVYzfxEdrup/view?usp=sharing>)

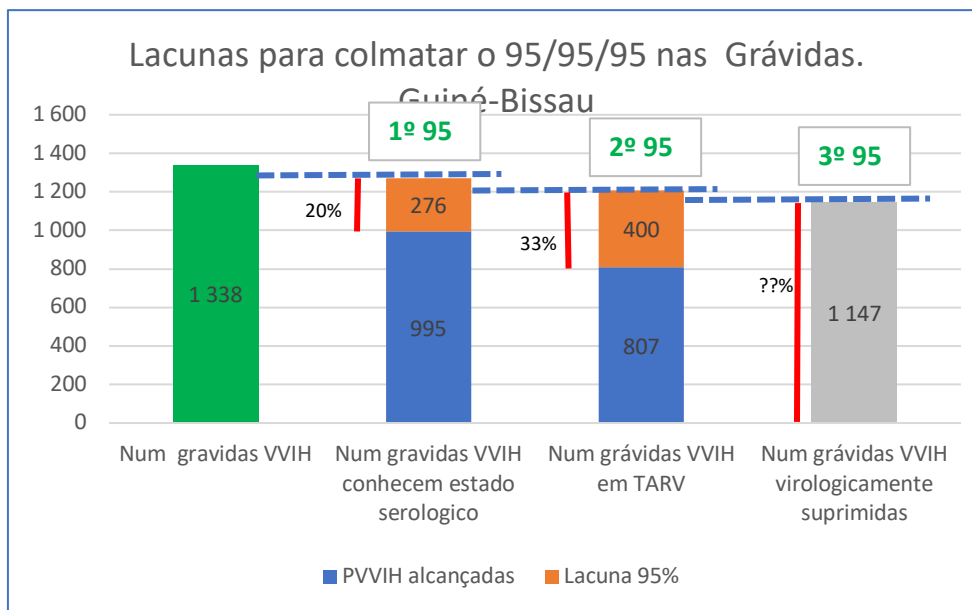


Ilustração 9: Lacunas para colmatar os 3 95 nas grávidas VIH+. Guiné-Bissau. Spectrum v6.36

A situação atual das novas infecções pediátricas está intimamente relacionada aos progressos dos três 95 preconizados pela ONUSIDA para cada um dos grupos populacionais. Na Guiné-Bissau, segundo as estimativas do Spectrum v6.36 para 2022, 20% das grávidas vivendo com VIH desconhecem seu estado serológico, só 60% das grávidas VIH + esperadas estavam em TARV e desconhece-se tanto a cobertura de TARV assim como a supressão viral para este grupo-alvo.

Na análise da cascata de PTMF a partir dos dados de rotina notificados no DHIS2, ainda persistem desafios por causa da qualidade dos dados (captação de número diferente de CPN1 segundo o programa que notifica os dados), o que dificulta o cálculo da cobertura de CPN1 e consequentemente o primeiro pilar da cascata de PTMF.

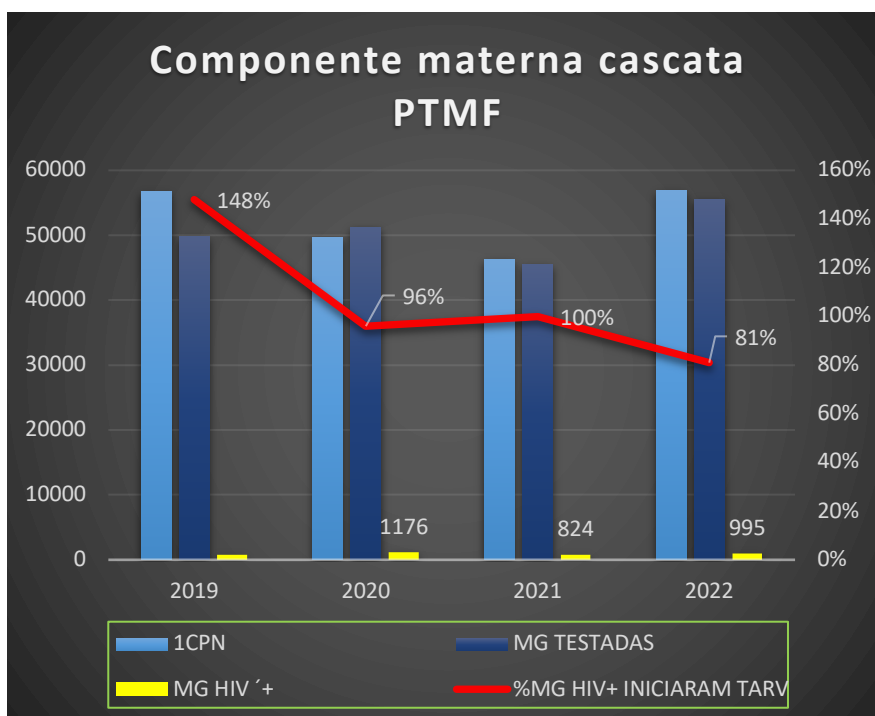


Ilustração 10: Componente materna da cascata de PTMF. Guiné-Bissau. DHIS2

O PNLS/HV em 2023, fez a revisão dos instrumentos de registo para poder acomodar alguns dos desafios identificados na avaliação do PTMF sobre a captura do total de mulheres grávidas em TARV num determinado período (novos inícios TARV e grávidas em TARV a entrada na CPN), registos que serão introduzidos no segundo semestre de 2024, o que irá melhorar a cobertura de TARV nas grávidas.

O que até dia de hoje continua sendo um dos maiores desafios é a medição do 3º 95, para saber a % de grávidas que estão sorologicamente suprimidas. O PNLS/HV e o PNL, já estão a trabalhar para conseguir desagregar por grupos-alvos a cobertura de carga viral e a supressão viral das amostras colhidas e poder responder assim aos indicadores globais.

Desde o ano 2018, o número de crianças expostas inscritas que fazem colheita de PCR não é recolhido pelos instrumentos de registo, assim como a testagem aos 18 meses. Portanto, voltando para a cascata de PTMF, continuamos a ter grandes desafios para o cálculo da cobertura não só das grávidas em TARV, assim como das crianças expostas inscritas em seguimento, e quantas delas fizeram colheita de PCR, e quais foram os seus resultados. Devido a este grande desafio, foram desenvolvidos instrumentos de registo que irão capturar a componente infantil da cascata de PTMF para salvaguardar e poder responder aos indicadores internacionais da mesma forma que na componente materna.

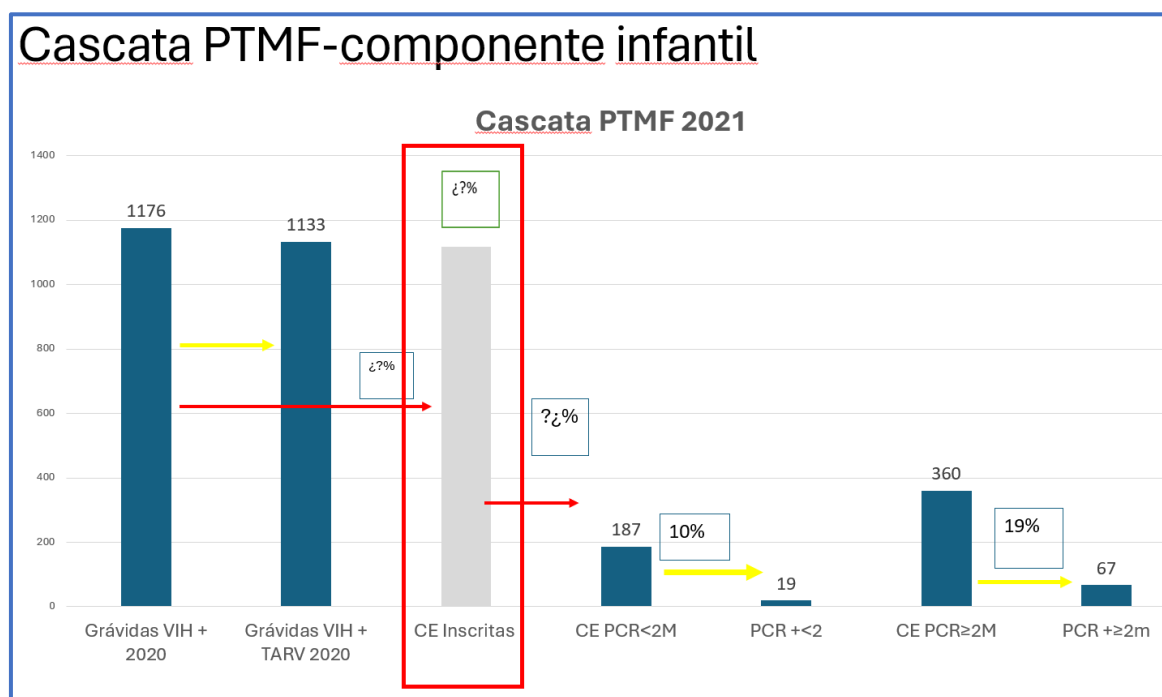


Ilustração 11: Cascata PTMF (componente infantil). Fonte DHIS2

Na análise da componente infantil do PTMF, o grande desafio que o país enfrenta é a medição da cobertura de crianças expostas ao VIH inscritas e em seguimento no sistema. Inicialmente, trata-se de uma informação difícil de capturar, pois este indicador é um proxy do número de mulheres grávidas VIH + identificadas no ano anterior. Só tendo uma noção do número de crianças expostas ao VIH inscritas e em seguimento, é que poderemos medir a cobertura de colheitas de PCR em crianças com menos de 2 meses de vida conforme o indicador internacional que deve ser reportado na cascata.

Neste momento, o país não regista o número de CE ao VIH inscritas em seguimento. Com a revisão dos instrumentos e a elaboração de um livro de registo para seguimento da criança exposta ao VIH, esta informação poderá ser recolhida assim que os livros comecem a ser implementados.

Uma outra das intervenções que ajudam na avaliação dos progressos do PTMF, é a oferta de profilaxia reforçada que deve se dar aos RN na maternidade, mas esta intervenção também não é capturada por nenhum instrumento na maternidade, por tanto não sabemos a quantidade de RN expostos ao VIH que receberam profilaxia à nascença.

Apesar da dificuldade para poder calcular os indicadores da cascata, por causa da falta de dados de rotina da componente infantil e pela existência de dados incongruentes na componente materna, observa-se que grandes esforços tem sido feito nos últimos anos para aumentar o número de crianças expostas que beneficiaram de um diagnóstico infantil de VIH. No gráfico a seguir podemos ver a evolução positiva no número de PCR colhidas, mesmo que a expensas de crianças acima de 2m de idade.

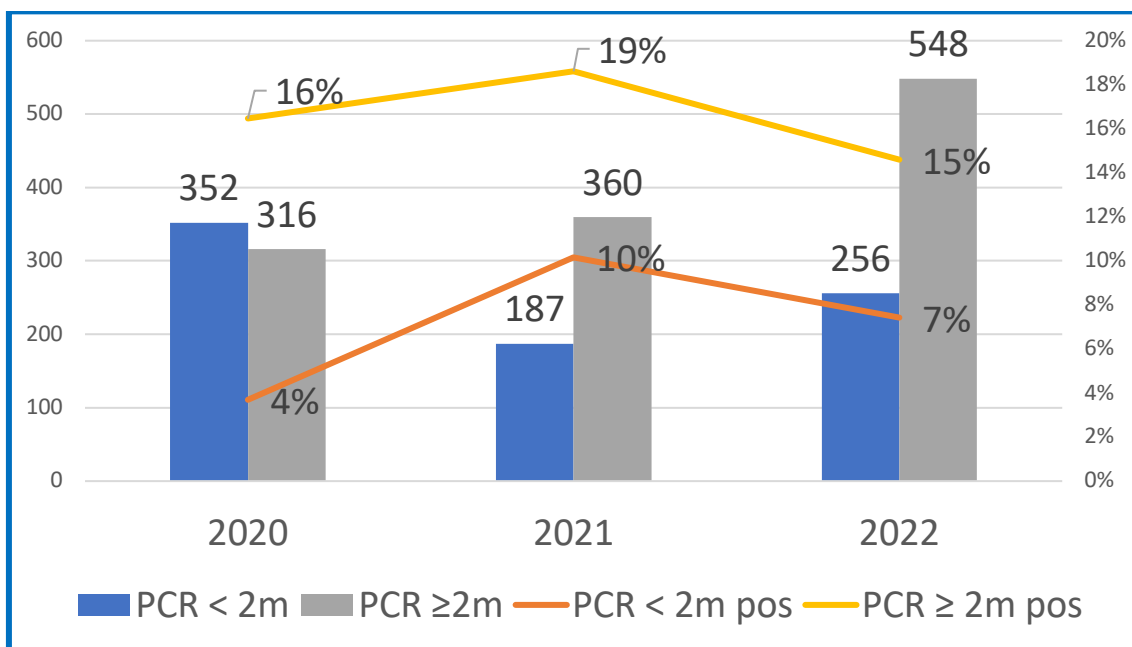


Ilustração 12: Evolução no número de colheitas de PCR em crianças expostas ao VIH e a sua positividade. DNL 2022

Por último, um outro dado que também não pode se reportar neste momento é o número de crianças expostas ao VIH com estado serológico final conhecido no fim do período de aleitamento.

Portanto, há uma necessidade urgente de se implementar o conjunto de instrumentos de registo desenvolvidos pelo PNLS/HV, que venha a completar a cascata de PTMF e que ajudem ao programa a monitorar os progressos positivos que estão sendo realizados em prol da prevenção e eliminação da transmissão vertical do VIH.

1.5. Situação epidemiológica do VIH nos adolescentes e jovens

A última estratégia global da ONUSIDA (2021-2026) está focada na redução das iniquidades na resposta ao VIH, reconhecendo-se neste documento global a necessidade de trabalhar por um acesso igualitário na oferta de serviços do VIH a todas as pessoas. É essencial que, nesta abordagem global, haja uma atenção especial voltada para adolescentes e jovens, que atualmente representam um grupo de risco prioritário. Segundo este documento, relata-se que, semanalmente, cerca de 4.500 raparigas entre 15-24 anos se infectam pelo VIH na região da África Subsaariana e onde 5 de cada 6 novas infecções entre adolescentes dos 15-19 acontecem em raparigas.

Em 2022, quase metade (47%) das adolescentes e jovens mulheres adquiriram VIH em comparação com 2010. Mesmo com essa queda no número de novas infecções, ainda não estamos no caminho certo para alcançar a meta para 2030 de acabar com as novas infecções por VIH entre adolescentes e jovens mulheres.

A distribuição global de novas infecções por VIH entre adolescentes é impulsionada principalmente pela região da África subsaariana, que carrega o maior peso. Em 2022, só 33% das novas infecções entre os adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos, viviam fora da região. Por outro lado, na região do Oriente Médio e Norte da África, o número de jovens vivendo com VIH aumentou 13% desde 2010. Na Ásia Oriental e no Pacífico e na América Latina e no Caribe, dois terços das novas infecções em adolescentes, com idades entre 10 e 19 anos, ocorrem em rapazes.

O estigma, a discriminação, as desigualdades sociais e a violência continuam a interferir muitos nos esforços de adolescentes e jovens para se proteger contra o VIH e outras ameaças à saúde, sendo os jovens pertencentes às populações chaves especialmente vulneráveis.

Além disso, os serviços básicos de prevenção do VIH e de saúde sexual e reprodutiva são frequentemente inacessíveis ou inadequados para as raparigas adolescentes, havendo uma necessidade urgente de desenvolver programas multissetoriais que reúnam intervenções nos sectores da saúde, da educação e da segurança social para poder reverter esta situação.

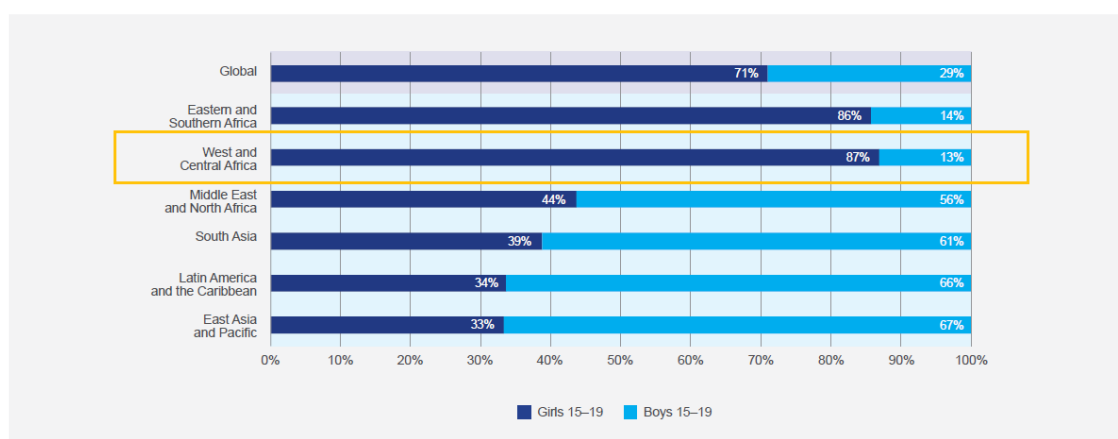


Ilustração 13: Proporção de novas infecções pelo VIH entre adolescentes de 15-19 de ambos os sexos e por região. Fonte: ONUSIDA 2023.

Na Guiné-Bissau, o MICS 2018-2019 revelou que os adolescentes de ambos os sexos continuam a ter um conhecimento muito básico sobre como prevenir a infeção pelo VIH, assim como

continuam apresentando comportamentos de risco que favorecem a mesma. Alguns dos dados que revela este inquérito foram os seguintes:

- ✓ Apenas 12% das raparigas e o 30 % dos rapazes entre **15-24 anos** tem conhecimento sobre como se prevenir do VIH;
- ✓ 14% das raparigas e 44% dos rapazes entre 15-24 anos tiveram sua primeira relação sexual antes dos 15 anos;
- ✓ 23% raparigas e mulheres jovens entre os 15-24 anos tiveram sexo com um parceiro 10 anos mais velho;
- ✓ 47% das raparigas e 52% dos rapazes entre os 15-19 anos que tiveram relações sexuais com vários parceiros nos 12 meses antes do inquérito usaram preservativo;
- ✓ 36% das mulheres jovens e 62% dos homens jovens com idade 15 a 24 anos que tiveram relações sexuais com vários parceiros nos 12 meses antes do inquérito usaram preservativo;
- ✓ 43% raparigas e 61% rapazes entre os 15-24 anos tiveram relações sexuais com um parceiro diferente do seu cônjuge ou parceiro habitual nos 12 meses antes do inquérito;
- ✓ 47% raparigas e 58% rapazes entre os 15-24 anos que tiveram relações com um parceiro diferente de seu cônjuge nos últimos 12 meses antes do inquérito usaram preservativo;
- ✓ 11.2% raparigas e 3.2% rapazes entre os 15-24 anos que tiveram sexo fizeram teste do VIH e tiveram resultado nos 12 meses antes do inquérito.

1.6. Situação da Sífilis e Hepatite B na Guiné-Bissau.

A eliminação da transmissão vertical do VIH de mãe para filho, não é a única prioridade para a saúde das mulheres e crianças. Para além do VIH, a transmissão vertical da Sífilis e da Hepatite B são também uma grande prioridade, devido ao elevado risco de transmissão destas doenças.

Crianças nascidas de mães com Sífilis têm uma elevada probabilidade de ter resultados fetais adversos, incluindo morte fetal precoce, nado-morto, morte neonatal, parto pré-termo, baixo peso à nascença e infeção congénita. Para o VHB, o risco de transmissão de mãe para filho pode atingir até 90%, dependendo da carga viral da mãe. Além disso, a infeção crónica ocorre na maioria (90%) dos bebés infectados pelas suas mães antes dos cinco anos de idade. A cronicidade é menor em crianças infectadas depois dos 5 anos de vida.

Dada a sobreposição das populações afetadas, por estas três doenças, as suas vias de transmissão e o potencial de integração de intervenções através dos cuidados pré-natais, durante o parto e pós-parto, existe uma oportunidade de agrupar esforços para acabar com os três tipos de transmissão. Estas doenças também partilham um elevado potencial de sucesso devido à disponibilidade de opções eficazes de teste e tratamento que podem ser oferecidos desde os cuidados primários de saúde. Portanto os países foram incentivados a trabalhar no sentido de eliminar a transmissão das três doenças no âmbito da conhecida "tripla eliminação".

A fim de promover progressos nos países altamente afetados, a OMS estabeleceu "Estratégias globais do sector da saúde sobre o VIH, hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis". Vários têm sido já os guiões lançados com orientações para abordagens destas doenças de forma integrada (Global health sector strategies on, respectively, VIH, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2016-2021 and 2022-2030). Estas estratégias baseiam-se no Plano Global para a Eliminação de Novas Infeções pelo VIH entre as crianças e manter as suas

mães vivas (conhecido como o Plano Global) e enfatizam a integração de serviços do VIH, com testes e tratamento para o VHB e outras doenças sexualmente transmissíveis, como a Sífilis.

Segundo a OMS, no ano 2021, na região africana foram notificados 96 milhões de casos de IST (gonorreia, sífilis, clamídias e tricomoníase). No mesmo ano foram notificados 7.1 milhões de novas infecções por *treponema pallidum* (Sífilis).

Em 2016, OMS estimou que existiam **661,000 crianças nascidas com Sífilis congênita**, das quais:

- ✓ 143,000 mortes perinatais e fetais;
- ✓ 61,000 mortes neonatais;
- ✓ 41,000 prematuridade e baixo peso à nascença;
- ✓ 109,000 crianças com o diagnóstico clínico de Sífilis congênita;

Em relação aos casos de **Hepatite B** segundo a OMS em 2019 na região africana:

- ✓ 82 milhões de pessoas infectadas pelo VHB (62 milhões – 115 milhões);
- ✓ Novas Infecções: 990,000 (660,000 – 1,600,000);
- ✓ Mortes: 80,000 (47,000 – 110,000);

Para além disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu orientações sobre um conjunto de critérios que os países devem cumprir para avançar nas três fases do "caminho para a eliminação" e, eventualmente, ser totalmente validado por um comité consultivo de validação global. A primeira edição das Orientações Globais sobre os critérios e processos de validação para a eliminação da transmissão vertical do VIH e da Sífilis foi publicada em 2014. Em 2017 publicou a segunda edição, que incluía um conjunto de critérios escalonados (**bronze, prata e ouro**) para reconhecer países com elevada prevalência do VIH e da Sífilis pelos seus extraordinários resultados na PTV, **designada por caminho para a eliminação (PTE)**. Em janeiro de 2020, 14 países tinham sido validados para a EMTCT do VIH e/ou da Sífilis. Em 2021 a OMS publicou "*Global guidance on criteria and processes for validation12*" com inclusão da hepatite B no processo da tripla eliminação.

Na Guiné-Bissau, o último plano de ETV do país (já findado), só estava focado para o seguimento da grávida e criança exposta ao VIH.

Na avaliação da PTMF realizada em 2023, constatou-se que o país, ainda não possuía um pacote de seguimento com intervenções definidas e registos disponíveis para seguir as mulheres grávidas com um teste de Sífilis positivo e a seus bebês após o parto, da mesma maneira que também não existia um protocolo definido para seguimento da grávida com um resultado de AgHBs positivo e seguimento posterior da sua criança.

Neste sentido, recomendou-se a elaboração de um plano de tripla eliminação que integrasse a componente de Sífilis e hepatite B junto à componente de VIH.

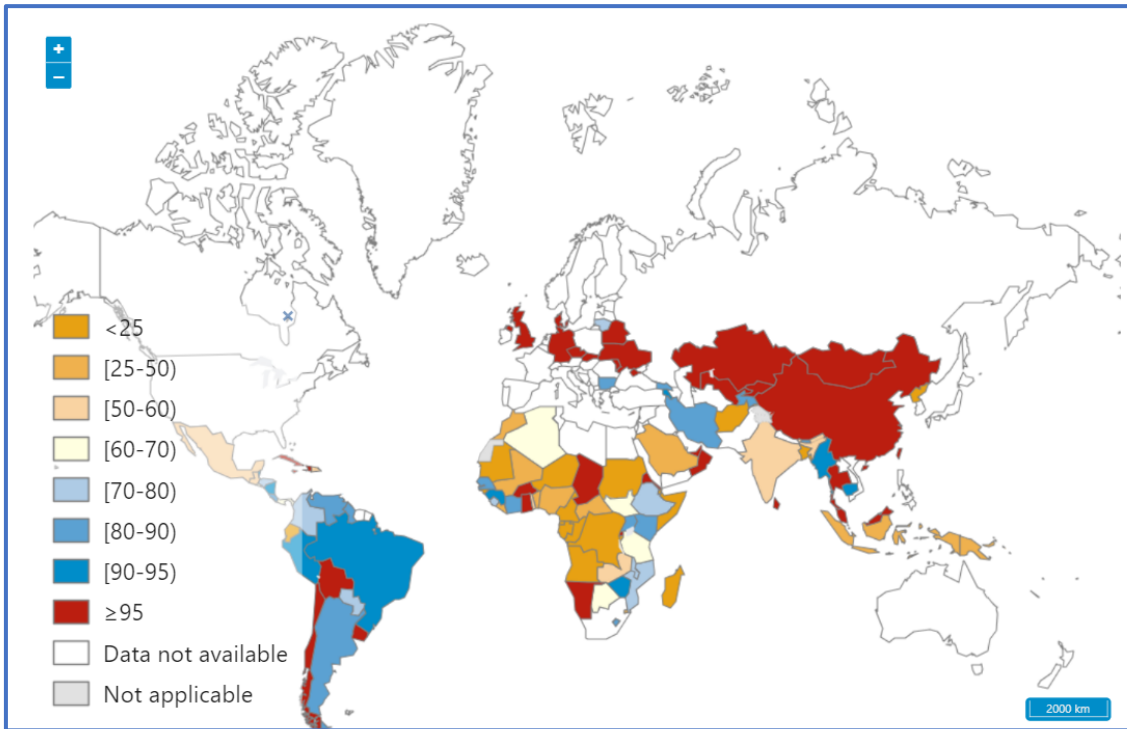


Ilustração 14: Cobertura e testagem de Sífilis em grávidas, OMS 2024

A Informação existente no dashboard da OMS sobre a cobertura de testagem da Sífilis em grávidas relativa a Guiné-Bissau não está atualizada desde 2014, ano em que reportou-se uma cobertura de 8.9 % e uma positividade de 2.17%, sem dados sobre a cobertura de tratamento entre as grávidas com resultado positivo.

Esta falta de informação não é porque as mulheres não sejam testadas na CPN. As grávidas são testadas na CPN, mas não existe um registo que capture as grávidas testadas, quantas tiveram resultado positivo e quantas foram tratadas. Os registos produzidos pela SMI não contém esta informação, mas no laboratório podemos encontrar testes feitos em grávidas. Esta informação é insuficiente para analisar a cascata.

Outro problema que enfrenta o país em relação à abordagem da Sífilis, é a falta de penicilina nas suas diferentes formulações para tratar a doença. Na maioria dos casos, são os pacientes que devem comprar o medicamento fora do SNS para ser administrado, e também não existem dados do número de pacientes tratados para a Sífilis.

Em relação à hepatite B, o cenário não é muito diferente da Sífilis. Não há dados programáticos que ajudem a saber da prevalência de VHB entre as grávidas. A Única informação sobre prevalência no país, é em populações chaves com TS ou HSH a partir dum estudo realizado pela ENDA Santé onde revelou que a prevalência de hepatite B entre HSH era de 15% e entre TS de 9,2%. Em ambos os casos, muito superiores ao próprio VIH que nestes mesmos grupos foi de 3% e 5,6% respetivamente.

1.7. Principais recomendações da avaliação de PTMF realizada em 2023.

Em 2023, o PNLS/HV solicitou uma avaliação externa da PTMF e o grau de prontidão das ES para a implementação das intervenções definidas para a ETV.

Avaliar a capacidade humana envolvida na implementação das atividades da PTMF desde o nível central até ao nível periférico.

Avaliar a capacidade e prontidão das ES que oferecem PTMF.

Analisar a cascata da PTMF em cada um dos momentos do contínuo dos cuidados: consulta de planeamento familiar, CPN, sala de parto, consulta pós-natal, oferta de TARV a grávida e seguimento da criança exposta até ao conhecimento final do seroestado.

Avaliar o desempenho atual do país em matéria de PTMF.

Avaliar a Preparação do país em termos de disponibilidade e qualidade das principais ferramentas nacionais para apoiar a implementação do seguimento da grávida VVIH e a sua criança até o conhecimento do seroestado final da sua criança (SOPs, Jobaids).

Propôr as linhas de ação para abordar os pontos fracos identificados e manter os pontos fortes da PTMF no país, de modo a elaboração do próximo plano de PTMF que deverá incluir em princípio uma abordagem para a tripla ETV.

Ilustração 15: Objetivos da Avaliação do PTMF, 2023

O relatório completo desta avaliação, pode ser consultado através do seguinte link:

<https://drive.google.com/file/d/1G-U8TBu5H4O7h4NlsEGw6jVyZfXEdrup/view?usp=sharing>

Nesta avaliação foram identificadas lacunas importantes, que devem ser colmatadas para a consecução das metas propostas pela ONUSIDA em relação a resposta global ao VIH (95/95/95) assim como na integração da componente da Sífilis e Hepatite B na elaboração do novo plano de tripla eliminação vertical da transmissão do VIH, Sífilis e da Hepatite B.

Desta avaliação cabe destacar as seguintes informações e recomendações:

- As políticas nacionais de diagnóstico, tratamento e seguimento da mulher grávida vivendo com VIH e o seguimento da sua criança exposta, na sua maioria esta atualizadas e alinhadas com as últimas orientações da OMS, sendo a componente de seguimento da criança exposta, aquela que mais fraquezas apresenta na avaliação;
- O país por enquanto não tem uma componente definida para identificação, tratamento e seguimento da mulher grávida com Sífilis e/ou com a Hepatite B;
- **Para a melhoria da componente materna da cascata da PTMF, o país deve:**
 - Harmonizar as orientações da testagem e retestagem do VIH para grávida e lactante, incluindo a testagem para a Sífilis e Hepatite B (testagem para VIH/Sífilis/hepatite B na 1ªCPN, VIH/Sífilis no 3º trimestre da gravidez ou na sala de parto, se este não fôr feito no 3º trimestre da gravidez);

- Melhorar a complitude dos instrumentos de solicitação da CV, livro de registo de CV e processo clínico do paciente e livro de registo TARV;
- Elaborar um manual de bolso e um pacote de formação de PTMF e criar condições para sua reprodução e réplicas aos provedores das ES;
- Elaborar um pacote de formação de MM e instrumentos de registo das suas atividades para fazer seguimento de par mãe-criança (similar ao M2M);
- Rever os indicadores da cascata da PTMF, atualização dos instrumentos de registo, e definir como serão obtidos das fontes primarias, para poder reportar os indicadores globalmente requeridos para medir os progressos do país em termos da PTMF (cobertura da testagem do VIH, do TARV na grávida e da supressão viral na grávida);
- Trabalhar junto a SSR para:
 - Rever os instrumentos de registo da SSR: livro de CPN, Consulta pós-natal para incluir a captura da testagem do VIH, Sífilis, hepatite B e seus resultados para melhorar a medição dos indicadores de impacto do plano de tripla eliminação do VIH, Sífilis e hepatite;
 - Assegurar a inclusão dum pacote de prevenção combinada e um pacote de cuidados aos AJVVIH na diretriz de atendimento a adolescentes e jovens;
 - Harmonizar a idade de acesso a planeamento familiar com a idade de aceso a testagem e VIH para RAMJ sexualmente ativas e menores de 18 anos possam testar sem precisar do consentimento dos seus cuidadores;
 - Criar um fluxo de referenciamento para testagem das MIR/lactantes das portas de entrada da ES até o ATV;
 - Discutir a possibilidade de fazer ATV nos gabinetes de CPN, Consulta de PF, consulta pós-natal para integração real do PTMF;
 - Elaborar material de IEC para aumentar a demanda da testagem de MIR;
 - Integrar a oferta de PF para Mulheres VVIH no CTA/UTA (pilar 2 do PTMF);
- **Para a melhoria da componente infantil da cascata de PTMF, o país deve:**
 - Harmonizar a profilaxia reforçada com as orientações da OMS e alinhar a mesma informação em todos os documentos nacionais existentes (guiões, protocolos e “*job aids*”).
 - Harmonizar o seguimento clínico da criança exposta ao VIH:
 - Desenvolver um processo clínico individual para seguimento da CE;
 - Arrumação dos processos clínicos num ficheiro móvel que permita fácil identificação dos faltosos (mês corrente e mês seguinte e dentro do mês em semanas para que o processo da criança visitada na semana, depois da visita salta para a mesma semana do mês seguinte);
 - Rever os “**job aids**” D3, D4 para harmonizar o calendário de visitas, exames de rotina;
 - Criar um livro de registo para o seguimento clínico da CE, que tenha o seu próprio resumo mensal e que capture informação necessária para monitorar a cascata: cobertura de CE inscritas, número de CE que fazem

- colheita de PCR com menos e mais de 2 meses de vida, assim como seus resultados, incluindo o resultado final após o desmame do aleitamento materno;
- Implementar com fidelidade o fluxo de referenciamento de amostras e retorno de resultados de PCR conforme o definido pela PTMF, para assegurar o retorno das amostras e entrega dos resultados aos cuidadores com ligação ao TARV para as crianças com resultado de PCR positivo;
 - Integrar o seguimento da CE no pacote de Mãe Mentora para melhorar a adesão, retenção e ligação aos cuidados das CE;
 - Harmonizar o seguimento laboratorial da CE ao VIH:
 - Harmonizar os critérios de colheita de PCR conforme as orientações da OMS (PCR às 6 semanas, PCR aos 9 meses e conhecimento do estado serológico no fim do aleitamento) e alinhar a mesma informação em todos os protocolos, guiões, *JOB AIDs* e algoritmos desenvolvidos pelo PNLs/HV;
 - Elaborar um algoritmo para seguimento das crianças com resultado de PCR discordante;
 - **O PNLs/HV em coordenação com outros programas e parceiros de cooperação deverá:**
 - Assegurar a reprodução e disponibilidade dos guiões, protocolos e diretrizes nacionais em curso no país;
 - Assegurar o processo de quantificação anual dos testes do VIH, Sífilis e Hepatite, kits de colheita de PCR e CV, e que este seja baseado nas necessidades identificadas no cumprimento dos protocolos para a oferta de serviços de qualidade a MIR, grávidas e lactantes VVIH e as suas CE, evitando assim a perda de oportunidade na oferta destas análises na continuidade dos cuidados (desenvolver fichas de consumo e controle de stock);
 - Assegurar o correto funcionamento dos GeneXpert e existência de backups de substituição para assegurar um fluxo contínuo de envio de amostras e referenciamento de resultados;
 - Assegurar o processo de quantificação anual dos ARVs e medicamentos essenciais usados na PTMF e reforçar a gestão de stocks, desde nível central ao mais periférico, para evitar roturas de stocks nas ES;
 - Reforçar os planos de formação contínua a nível das ES para assegurar que qualquer nova orientação seja replicada após a sua validação e publicação;
 - Assegurar que o rastreio do VIH é feito em todas as portas de entrada na ES, onde as crianças são atendidas (vacinação, nutrição, enfermaria de pediatria, consultas externas, triagem de pediatria etc.) usando o algoritmo de rastreio de VIH (0-14 anos) desenvolvido. Isto inclui reprodução do algoritmo, formação dos provedores de saúde nestas portas de entrada, no rastreio do VIH para as crianças;
 - Integrar a componente de PTMF nos cursos de formação inicial das instituições de ensino das parteiras e enfermeiras;
 - Integrar a componente da PTFM no caderno de mapas de AIDI para seguimento e abordagem adequado das crianças expostas ao VIH e identificação de crianças elegíveis a testagem em outras portas de entrada da ES;

2. CONTEXTO

No ano 1985 foi publicada a primeira guia orientadora sobre PTV para os países poder desenvolver as suas estratégias e intervenções, para prevenir a transmissão vertical do VIH de mãe para filho. De lá para cá, vários documentos foram sendo publicados e atualizados com o mesmo objetivo, apoiar os países a fazer frente na luta contra a transmissão vertical do VIH. Mas foi em 2011 com a publicação de um novo plano global: “Plano Global para a Eliminação de novas infeções em crianças até 2015 e manter as suas mães vivas” cuja agenda ajudou fortemente a impulsionar a dinâmica política para a implementação de abordagens inovadoras de prestação de serviços, como a chamada “Opção B+” (oferta de TARV para todas as MG e ML vivendo com VIH). Sendo esta abordagem considerada como o maior avanço individual na prevenção e tratamento do VIH nas crianças, e um dos maiores sucessos em termos de intervenções em saúde pública nas últimas décadas, já que conseguiu limitar a transmissão do VIH de mãe para filho e manter a saúde das mulheres vivendo com VIH, diminuindo assim, o número de mortes relacionadas ao VIH entre as mulheres.

A comunidade global, comprometeu-se então em eliminar a transmissão de mãe para filho (ETV), também conhecida como transmissão vertical do VIH e da Sífilis como uma prioridade de saúde pública. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a primeira edição das orientações globais sobre critérios e processos de validação: “Eliminação da transmissão vertical do VIH e da Sífilis”. Em 2015, o Comité Consultivo para a Validação Global para a ETV foi criado e, nesse mesmo ano, foi validado o primeiro país, Cuba. A segunda edição das diretrizes, foi publicada em 2017, incluindo as lições aprendidas durante os processos de validação de alguns países. Em 2021 foi publicada a terceira edição do mesmo guião. Esta terceira versão inclui orientações para a validação da eliminação da transmissão vertical do vírus da hepatite B (VHB), no âmbito da iniciativa para a Tripla Eliminação (ETV do VIH, da Sífilis e do VHB).

Ao nível nacional, o país ao longo dos anos tem se acomodando as orientações globais que a OMS, ONUSIDA, UNICEF, iam propondo para fazer face a resposta ao VIH e a ETV. De lá para cá, o trabalho não tem sido fácil, pois a Guiné-Bissau, tal como muitos outros países da Região de Africa Ocidental, é um país de baixa renda, com insuficientes recursos domésticos para trilhar esta batalha.



Ilustração 16: Cronologia das publicações globais e nacionais com orientações sobre PTMF

Este novo plano nacional de tripla eliminação da transmissão vertical do VIH, Sífilis e Hepatite B estará alinhado com:

- ✓ Iniciativa Global ONUSIDA 2021-2026: “Acabar com as Desigualdades, acabar com a SIDA”;
- ✓ Iniciativa Global para acabar com a SIDA em crianças (2023);
- ✓ Orientações globais sobre os critérios e processos de validação da eliminação da transmissão vertical do VIH, da Sífilis e do vírus da hepatite B (2021);
- ✓ Plano Estratégico nacional de resposta ao VIH/SIDA 2024-2028;
- ✓ Plano Nacional de Eliminação da transmissão vertical do VIH 2012-2016;
- ✓ Protocolo de Diagnóstico, Prevenção e Tratamento para as Hepatites B e C (2023);
- ✓ Política Nacionais de SSR, Nutrição, PAV em vigor neste momento;
- ✓ Estratégia global sobre VIH, Hepatite virais e IST 2022-2030;

2.1. Princípios orientadores

Os princípios-chave do plano nacional de tripla eliminação incluem os seguintes princípios:

Equidade: O acesso aos serviços deve ser equitativo. Deve ser dada prioridade às mulheres e adolescentes grávidas seropositivas ao VIH, a Sífilis ou a VHB na oferta de cuidados e tratamento para prevenir a transmissão de seus bebés, outorgando a estes a oportunidade de poder desenvolver seu pleno potencial.

Direitos humanos: Os prestadores de cuidados de saúde assim como as instituições devem defender o direito de todas as pessoas, independentemente do seu estado do VIH, Sífilis e VHB, a receber cuidados de saúde adequados e de alta qualidade.

Sensibilidade/responsividade em relação ao género: Os parceiros masculinos devem ser envolvidos e incentivados a participar nos programas e serviços da ETV.

Sensível aos adolescentes: Os serviços da ETV devem ser sensíveis às necessidades e preferências dos adolescentes, tendo em conta que os adolescentes não são mais crianças, mas também não são adultos.

Abordagem centrado na Família: provisão de um pacote de cuidados de SMI direcionados a mulher e adolescente grávida ou lactante, a seu parceiro e a suas crianças de forma eficiente, com apoio dos parceiros de cooperação e a comunidade.

Integração e ligação: Os serviços da ETV devem ser integrados noutros serviços da SMI e promover a tripla eliminação da transmissão do VIH, da Sífilis e do VHB.

Qualidade dos serviços: Os serviços de ETV terão de manter uma qualidade elevada e aceitável.

3. ESTRATÉGIAS PARA A ELIMINAÇÃO

A **Estratégia Global 2022-2030 para o VIH, Hepatite Virais e IST** guia o sector da saúde na implementação estratégica da resposta para alcançar as metas para acabar com o SIDA, as hepatites virais B e C e as IST até 2030.

Das lições aprendidas da estratégia global anterior (2016-2021), esta nova estratégia teve em conta as mudanças epidemiológicas, tecnológicas e contextuais dos últimos anos, e deu espaço para incluir novas oportunidades incluindo as tecnológicas para produzir respostas mais eficazes ao VIH, hepatites virais e IST. Estas estratégias recomendam a partilha de ações específicas desenhadas pelos países para os próximos oito anos, apoiadas pelas ações dos parceiros e a OMS.

Cada país, deverá definir a população mais afetada e a população em maior risco para cada uma das doenças e comprometer-se com ações que respondam localmente as necessidades do seu sistema de saúde, respeitando simultaneamente os direitos humanos fundamentais e através de um enfoque com acesso equitativo à saúde e oferta de serviços.

Esta nova estratégia global para 2022-2030 em matéria do VIH, hepatites virais e infeções sexualmente transmissíveis partilham uma visão comum para acabar com as epidemias e promover a cobertura universal de saúde, os cuidados de saúde primários e segurança sanitária. Cinco direções estratégicas orientam as ações para as três estratégias, refletindo as sinergias nas respostas ao VIH, às hepatites virais e às infeções sexualmente transmissíveis.

3.1. Direções estratégicas globais da resposta ao VIH, Sífilis e Hepatites Virais

3.1.1. Prestar serviços de elevada qualidade, baseados em dados concretos e centrados nas pessoas

Utilizar orientações baseadas em evidências e inovações na prestação de serviços para acelerar o acesso e a adoção de um pacote de serviços essenciais de alta qualidade para o VIH, as hepatites virais e as IST e outros serviços de saúde interligados, para satisfazer as necessidades das pessoas pertencentes a diferentes grupos populacionais e vivendo em diferentes contextos, assegurando que ninguém seja deixado para trás.

3.1.2. Otimizar sistemas, sectores e parcerias para obter impacto

Adotar uma abordagem orientada que promova sinergias com os cuidados de saúde primários, a governação, o financiamento, a força do trabalho, bens e produtos, assim como a prestação de serviços, promovendo simultaneamente respostas multissectoriais às determinantes sociais e estruturais da saúde.

Alinhar e colaborar com os parceiros - incluindo doadores, instituições académicas e de investigação, organismos profissionais e entidades do sector privado para obter o máximo impacto.

3.1.3. Gerar e utilizar dados para orientar as decisões para a tomada de ação

Recolher, analisar e utilizar provas e dados, com desagregação por sexo, idade e outras características relevantes da população, para monitorizar e avaliar os progressos e orientar a ação, inovação, investigação e desenvolvimento e para promover a transparência dos dados e a responsabilização.

3.1.4. Envolver comunidades capacitadas e a sociedade civil

Envolver as comunidades e a sociedade civil, incluindo as populações-chave e afetadas, e apoiar o seu auto empoderamento e o seu papel central na defesa de causas, na prestação de serviços e na elaboração de políticas, incluindo para garantir que os serviços sejam culturalmente

adequados e que respondam às necessidades da comunidade, e para combater o estigma e a discriminação e as barreiras sociais e estruturais.

3.1.5. Promover inovações com impacto

Em colaboração com os parceiros, contribuir para a definição e implementação de agendas nacionais, regionais e mundiais e globais de investigação e inovação que deem prioridade ao desenvolvimento de novas tecnologias, modelos de prestação de serviços e práticas do sistema de saúde que permitam ultrapassar os principais obstáculos à realização de progressos contra o VIH, as hepatites virais e as infeções sexualmente transmissíveis.

3.2. Estratégias globais para Eliminação da Transmissão Vertical

As direções estratégicas globais anteriormente descritas, não são muito diferentes das que já foram estabelecidas no âmbito da eliminação da transmissão vertical do VIH, quando foi desenvolvida o *“Plano Global para a Eliminação de novas infeções em crianças até 2015 e manter as suas mães vivas”*, no qual foram definidos **4 pilares estratégicos** que proporcionavam as fundações para que os programas nacionais desenvolvessem e implementassem seus planos de prevenção e tratamento do VIH para as mães, as suas crianças junto a oferta de cuidados essenciais da saúde materna, do recém nascido e oferta do planeamento familiar como um todo integrado para alcançar os ODS 4, 5 e 6 estabelecidos naquela altura. Neste plano global os pilares estabelecidos foram os seguintes:

Pilar 1 prevenção primária do VIH em MIR através da oferta de serviços de saúde sexual e reprodutiva como CPN, consulta pós-parto e pós-natal e ofertas de serviços do VIH nestes sectores, assim como nas estruturas comunitárias.

Pilar 2: provisão de aconselhamento e oferta de métodos de contração em MVVIH para atender as suas necessidades em saúde reprodutiva, espaçamento dos nascimentos e otimizando os resultados de saúde para estas mulheres e as suas crianças.

Pilar 3: Assegurar a testagem, aconselhamento e oferta de tratamento antirretroviral para MVVIH como forma de prevenir a transmissão a seus bebés durante a gravidez, parto e amamentação.

Pilar 4: Oferta de cuidados e tratamento do VIH para as mulheres, crianças e as suas famílias.

A **iniciativa da tripla eliminação** surge a partir do momento em que as intervenções viáveis e eficazes para prevenir a transmissão vertical do VIH, da Sífilis e do VHB são muito parecidas e podem se implementar de forma integrada nos novos modelos de oferta de serviços preconizados pela OMS, desenhados para fortalecer os cuidados primários de saúde, integrando estas intervenções para prevenir doenças transmissíveis na continuidade dos cuidados de saúde da mulher e a sua criança, com o objetivo final de alcançar uma cobertura universal de saúde, sem deixar ninguém para atras.

Os **elementos comuns** a estas intervenções para a tripla eliminação são:

- Prevenção primária da infeção através de profilaxia e/ou práticas sexuais seguras;

- Planeamento familiar para atender as necessidades e as intenções reprodutivas e apoiar o planeamento familiar e a prevenção da gravidez indesejada;
- Oferta de testagem para as 3 doenças nos cuidados primários de saúde: CPN, maternidade, consulta pós-parto etc...
- Intervenções rápidas e eficazes para tratar as mulheres que apresentem um resultado positivo qualquer uma das 3 doenças, e as liguem aos cuidados de saúde para evitar a transmissão da(s) infeção(ões) aos seus filhos;
- Aconselhamento das mulheres e dos seus parceiros sobre como reduzir o risco de transmissão e assegurar a profilaxia e o tratamento adequados;
- Parto seguro com pessoal de saúde qualificado;
- Acompanhamento adequado dos bebés expostos, incluindo a vacina a nascença da Hepatite B;
- Práticas optimizadas de alimentação dos bebés; e
- Tratamento e cuidados ao longo da vida para as mães que vivem com o VIH, ou tratamento do VHB ou da Sífilis para as mulheres elegíveis.

A tripla eliminação da transmissão de mãe para filho (ETV) do VIH, da Sífilis e do VHB exige uma abordagem de prestação de serviços centrada na pessoa que responda às necessidades e apoie os direitos e necessidades das mulheres, dos recém-nascidos, das crianças e das famílias e requer da criação intervenções inter-programáticas que potencie e reforce as plataformas já existentes para a prevenção do VIH, da Sífilis e do VHB, seu rastreio, diagnóstico e tratamento. Da mesma forma, este reforço dos sistemas de saúde para combater a transmissão vertical do VIH, da Sífilis e do VHB de forma coordenada e integrada servirá para melhorar uma vasta gama de resultados da saúde materno infantil assim como da SSR das mulheres em geral.

É por isso que nos últimos anos, alguns países, tem desenhado os seus planos, e seguindo as orientações dadas pela OMS, em relação a tripla eliminação, foram introduzindo intervenções para fazer face a resposta a eliminação da transmissão vertical da Sífilis, e recentemente para Hepatite B.

Recentemente a OMS (dezembro 2023) e os seus parceiros desenvolveram um **novo marco lógico** de apoio para orientar a operacionalização de uma abordagem integrada e centrada na pessoa, com intervenções que os programas nacionais podem utilizar para aumentar eficazmente os esforços de eliminação tripla e atingir os objetivos.

O novo marco lógico irá a orientar os esforços para alargar a prestação de serviços da eliminação da transmissão vertical do VIH, Sífilis e VHB.

As bases do novo marco lógico, não diferem muito do anterior, mantendo-se os quatro pilares que vão marcar as direções estratégicas.

Estes quatro pilares para a implementação da tripla eliminação, estão centrados em populações-alvo que podem diferir de um pilar a outro. Para cada pilar será definido um pacote um pacote mínimo de serviços essenciais, que irão orientar as intervenções e abordagens para a tripla eliminação. Estes pilares são:

- **PILAR 1:** Prevenção Primária da Transmissão vertical (testagem e prevenção primária do VIH, Sífilis e Hepatite B) em mulheres e adolescentes em idade fértil, grávidas e lactantes);
- **PILAR 2:** Ligação e Integração aos SSSR (aconselhamento, cuidados e ligação aos SSSR a todas as MVVIH ou vivendo com VHB o com Sífilis incluídas as adolescentes para): 1. aconselhamento sobre intenções reprodutivas; 2. planeamento familiar 3. prevenção, diagnóstico e tratamento das IST;

- **PILAR 3:** Serviços essenciais para ETV: testagem, profilaxia e tratamento para mulheres e adolescentes grávidas e lactantes VVVIH, Hepatite B ou Sífilis positiva para prevenir a transmissão a seus bebês;
- **PILAR 4:** Oferta de Serviços para crianças e parceiros de mulheres e adolescentes VVIH, Hepatite B ou Sífilis: testagem, oferta de tratamento ou profilaxia (incluindo a vacinação) das crianças expostas;

Para cada um destes pilares, deve se ter em conta as **considerações transversais para a implementação:**

- **Fortalecimento do sistema de saúde;**
- **Informação estratégica;**
- **Engajamento comunitário, liderança e coordenação entre programas (SMI, PAV, VIH e outros);**
- **Identificação e eliminação de obstáculos no processo da tripla eliminação;**

De uma maneira ou outra, todas as intervenções que serão desenhadas para o Novo Plano de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do VIH, Sífilis e Hepatite, estarão acomodadas e integradas, não só na estratégia global 2022-2030, assim como nos 4 pilares da eliminação da transmissão vertical de mãe para filho e incluirão as estratégias gerais e específicas para cada uma das 3 doenças.

4. VISÃO, OBJECTIVOS E METAS DO PLANO NACIONAL DE TRIPLA ELIMINAÇÃO

O novo Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical terá a seguinte **Visão:**

“Uma Guiné-Bissau onde as mães e seus RN estão livres do VIH, Sífilis e Hepatite B”

Com o seguinte **Objetivo principal:**

“Colocar a Guiné-Bissau no “Caminho para Eliminação da Transmissão Vertical do VIH, Sífilis e Hepatite B até 2028”

e os seguintes **Objetivos específicos**

- Reduzir a taxa transmissão vertical do VIH < 5%
- Reduzir a incidência de novas infeções pediátricas por VIH ≤ 500 casos/ 100.000 nascidos vivos
- Reduzir a incidência de sífilis congênita ≤ 500 casos/100.000 nascidos vivos

Tudo isto para atingir o **Nível Prata**, dentre os propostos pela OMS, no caminho para a certificação dos progressos da tripla eliminação, atendendo a atual situação epidemiológica em relação a VIH que o país apresenta.

Consequentemente com o nível Prata selecionado pelo país, o mesmo se compromete a atingir os seguintes **objetivos programáticos (resultados esperados)**:

Aumentar a cobertura de CPN (pelo menos uma visita) ≥ 90%

Aumentar a cobertura do testagem de VIH em grávidas ≥ 90%

Aumentar a cobertura do testagem de Sífilis em grávidas ≥ 90%

Aumentar a cobertura do tratamento de grávidas positivas para Sífilis ≥ 90%

Aumentar a cobertura de TARV nas grávidas VIH positivas ≥ 90%

Aumenta a cobertura da vacinação HB à nascença ≥ 90%

Aumentar a cobertura da vacinação HB durante a infância (3rd dose) ≥ 90%

NOTA IMPORTANTE

Para validar os progressos no caminho para a eliminação do VIH e da Sífilis, as metas de Impacto (objetivos específicos) precisam ser alcançadas e mantidas por 1 ano, e as metas de processo (objetivos programáticos) mantidas por 2 anos consecutivos.

5. PILARES /GRUPO-ALVO/PACOTES ESSENCIAIS

Atendendo às orientações dadas pela OMS no seu último “policy brief” (Introducing a framework for implementing triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus, WHO 2023), a Guiné-Bissau, decidiu estruturar seu novo plano de tripla eliminação atendendo aos quatro pilares estratégicos propostos neste documento, identificando e definindo intervenções chaves para os grupos-alvo definidos em cada pilar e tentando no máximo das suas possibilidades definir atividades específicas ao abrigo de cada um dos pacotes essenciais definidos em cada pilar, para serem implementadas.

Como resultado deste trabalho realizado, a seguir se apresenta cada um dos pilares com os seus objetivos, seu grupo-alvo, e o pacote essencial de intervenções para cada um dos pilares definidos.

Pilar 1	População alvo	Pacote de serviços essenciais
<p>Prevenção Primária da Transmissão vertical (testagem e prevenção primária do VIH, Sífilis e Hepatite B em: mulheres e adolescentes em idade fértil, grávidas e lactantes)</p>	<ol style="list-style-type: none"> Mulheres e Adolescentes grávidas e lactantes Mulheres e Adolescentes não grávidas em idade fértil 	<ol style="list-style-type: none"> Oferta rotineira de testagem para VIH, Sífilis e Hepatite B incluindo a testagem aos parceiros; Cuidados e tratamento para VIH, Sífilis e Hepatite B, ou a sua ligação aos cuidados; PrEP para mulheres e adolescentes VIH Negativas em risco de contrair a infeção por VIH; PPE para as mulheres elegíveis; Vacinação contra o VHB se apropriado; Promoção e uso correto e continuado do preservativo; Ligação ou referenciamento para os SSSR;

Este primeiro pilar, tem como grupo-alvo **todas as adolescentes e mulheres em idade fértil, as adolescentes e mulheres grávidas e lactantes**.

O **objetivo** deste pilar é prevenir a incidência do VIH, Sífilis e HBV nas adolescentes e mulheres, assim como a prevenção da transmissão vertical.

Este objetivo será alcançado através da oferta de serviços de testagem, de prevenção e a sua ligação com os serviços de saúde sexual e reprodutiva e incluirá a testagem do VIH, Sífilis e Hepatite B do grupo-alvo para poder identificar aqueles com alguma das três infeções e/ou em risco de poder transmitir as mesmas a seus filhos.

Por outro lado, pretende também identificar aquelas mulheres que são negativas para qualquer uma das 3 doenças, mas estão em risco de poder adquiri-las e podem se beneficiar de intervenções preventivas (PrEP, PPE, oferta de preservativos e outras intervenções preventivas da SSR e vacinação).

No caso de testarem positivo para alguma das doenças, deverão ser oferecidos intervenções para assegurar a ligação aos serviços de cuidados e tratamento, assim como intervenções de prevenção para seus contactos, se forem necessárias.

Pilar 2	População alvo	Pacote de serviços essenciais
<p>Ligação e Integração aos SSSR (aconselhamento, cuidados e ligação aos SSSR a todas as MVVIH ou vivendo com VHB ou com Sífilis incluídas as adolescentes para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aconselhamento sobre intenções reprodutivas; 2. planeamento familiar; 3. prevenção, diagnóstico e tratamento das IST; 	<p>Mulheres e adolescentes vivendo com VIH, com Sífilis ou Hepatite B positiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oferta de Planeamento familiar, uso continuado do preservativo; 2. Prevenção, testagem e ligação aos cuidados para VIH, Hepatite B e Sífilis no caso da positividade de alguma das condições; 3. Prevenção, rastreio e tratamento de outras IST, e a ligação aos cuidados oportunos; 4. Aconselhamento, educação para a saúde e minimização da transmissão de infeções;

Este segundo pilar, tem como **grupo-alvo as raparigas adolescentes e mulheres vivendo com VIH, Sífilis ou Hepatite B** e estará focado na provisão de cuidados para estas mulheres desde o aconselhamento, tratamento, APPS e ligação ou provisão de cuidados de SSR.

Neste pacote de intervenções será crucial a oferta de serviços de planeamento familiar para estas mulheres e adolescentes, a modo de prevenir gravidezes indesejadas, diagnosticar e tratar adequadamente as IST assim como a oferta de um pacote compreensivo de cuidados focado nos direitos sexuais e reprodutivos para elas.

Pilar 3	População alvo	Pacote de serviços essenciais
<p>Serviços essenciais para ETV: testagem, profilaxia e tratamento para mulheres e adolescentes grávidas e lactantes VVVIH, Hepatite B ou Sífilis positiva para prevenir a transmissão a seus bebés.</p>	<p>Mulheres e Adolescentes grávidas vivendo com VIH, Sífilis ou Hepatite B</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Testagem atempado na CPN para VIH, Sífilis e Hepatite B; 2. Retestagem para VIH, Sífilis no terceiro trimestre e para VIH no pós-natal, e ligação aos cuidados quando necessário; 3. Início de tratamento e ligação aos cuidados ou outros serviços quando necessários: Início de TARV, adequado tratamento para Sífilis; 4. Profilaxia ou tratamento para Hepatite B segundo o necessário;

		5. Oferta de cuidados pós-natais e ligação aos SSSR;
--	--	--

O terceiro pilar foca-se propriamente na **prevenção da transmissão vertical da mãe para o filho** durante a gravidez assim como durante o aleitamento materno das raparigas adolescentes e mulheres grávidas vivendo com o VIH, Sífilis ou Hepatite B.

Objetivo do pilar, é **assegurar que a população alvo recebe cuidados precocemente** (testagem, oferta de tratamento adequado para as positivas) para **prevenir a transmissão vertical**.

Nas intervenções devida ser incluída a testagem e retestagem quando apropriado, assim como o tratamento e o seguimento adequado para cada uma das infeções.

Pilar 4	População alvo	Pacote de serviços essenciais
Oferta de Serviços para crianças e parceiros de mulheres e adolescentes VVIH, Hepatite B ou Sífilis: testagem, oferta de tratamento ou profilaxia (incluindo a vacinação) das crianças expostas.	Crianças expostas, crianças infetadas, contactos e parceiros de mulheres e adolescentes vivendo com VIH, hepatite B ou Sífilis positiva;	<ol style="list-style-type: none"> 1. Testagem para CE ao VIH, Sífilis e Hepatite B; 2. Oferta de testagem para VIH a crianças fora do período de exposição; 3. Vacinação Universal da Hepatite B à nascença; 4. Seguimento e tratamento de crianças com VIH e Sífilis congénita; 5. Oferta de cuidados pós-natais de rotina aos RN; 6. Oferta de testagem aos parceiros e conviventes para o VIH e a Hepatite B e oferta de vacinação e tratamento quando requerido para o VIH, a Sífilis e a Hepatite B;

O quarto pilar, tem como o grupo alvo as **crianças expostas ou infetadas pelo VIH, Sífilis ou Hepatite B, assim como os contactos e parceiros de raparigas adolescentes e mulheres vivendo com o VIH, Sífilis ou Hepatite B**.

As intervenções deste pilar estarão focadas na testagem, oferta de cuidados e tratamento (incluindo a vacinação) e apoio as crianças expostas, crianças infetadas e os parceiros das mulheres vivendo com alguma das 3 doenças.

Objetivo da oferta de intervenções preventivas nas crianças expostas, não é outro que a **identificação de forma atempada das crianças infetadas e oferta de um pacote compreensivo** de cuidados que venham minimizar as sequelas através do início atempado do tratamento quando indicado (incluindo a vacinação à nascença no caso da Hepatite B).

No caso dos **parceiros**, as intervenções estarão focadas na **identificação de qualquer uma das 3 infeções, a oferta de um tratamento atempado** a modo de diminuir o risco das reinfeções nas raparigas e mulheres, assegurando o bem-estar de toda a família.

Para poder alcançar os objetivos do novo plano de tripla eliminação, para além das intervenções acima já descritas, deverá também existir, um acesso equitativo a serviços de SMI e SSR de alta qualidade que deverão estar integrados nas intervenções definidas em cada um dos pilares do plano, garantindo que os direitos humanos das mulheres, das crianças e das famílias afetadas pelo VIH, a Sífilis e o VHB estarão também preservados.

É por isso, que foram definidas umas considerações transversais de apoio para a implementação do plano, nomeadamente:

Considerações transversais para a implementação que incluem:	
Fortalecimento do do sistema de saúde:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expansão da cobertura e fortalecimento do aceso a cuidados interligados e integrados 2. Implementação de modelos diferenciados de serviços; 3. Fortalecimento das capacidades laboratoriais para o diagnóstico das 3 doenças em todos os grupos-alvo; 4. Integração dos serviços de testagem para o VIH, a Sífilis e a Hepatite B a todos os níveis do sistema. 5. Reforço do sistema de saúde para melhorar a prestação de cuidados eficazes e centrados nas pessoas;
Informação estratégica:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integração da vigilância do VIH, da Hepatite B e da Sífilis; 2. Desenvolvimento e monitoria de indicadores chaves para a tripla eliminação; 3. Investimento em soluções digitais para as 3 doenças, a fim de obter dados de alta qualidade que ajudem na tomada de decisão;
Engajamento comunitário, liderança e coordenação entre programas (SMI, PAV, VIH e outros):	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envolver significativamente as comunidades de pessoas vivendo com o VIH, a Sífilis e a Hepatite B, especialmente mulheres e raparigas adolescentes; 2. Fortalecer a figura dos atores comunitários no apoio e seguimento de PVVIH (Mães Mentoras, ACS diferenciados); 3. Melhorar a liderança e coordenação inter-programáticas (entre PNLs/HV; SSR, SMNI, programa alargado de vacinação entre outros) é necessária para uma planificação operacional de forma eficiente, incluindo a mobilização de recursos.

Identificação e eliminação de obstáculos no processo da tripla eliminação a todos os níveis:

1. Identificar e abordar os obstáculos e barreiras no processo da implementação do plano de tripla eliminação do VIH, da Sífilis e do VHB a todos os níveis (individual, comunitário, dos serviços de saúde):
 - 1.1. falta de liderança;
 - 1.2. desigualdade de género;
 - 1.3. estigma e discriminação;
 - 1.4. iniquidade no acesso a recursos e serviços;

6. MATRIZ OPERACIONAL DO PLANO NACIONAL DE TRIPLA ELIMINAÇÃO

6.1 PILAR 1

PILAR 1: Prevenção Primária da Transmissão vertical (testagem e prevenção primária do VIH, Sífilis e Hepatite B em: mulheres e adolescentes em idade fértil, grávidas e lactantes.

GRUPO-ALVO: Mulheres e Adolescentes grávidas e lactantes;
Mulheres e Adolescentes não grávidas em idade fértil;

Pacote de serviços essenciais: 1. Oferta rotineira de testagem para o VIH, a Sífilis e a Hepatite B incluindo a testagem aos parceiros. 2. Cuidados e tratamento para o VIH, a Sífilis e a Hepatite B, e ligação aos serviços. 3. PrEP para mulheres e adolescentes VIH Negativas em risco de contrair a infeção por VIH. 4. PPE para mulheres e adolescentes elegíveis. 4. Uso correto e continuado do preservativo. 5. Ligação ou referenciamento para os SSSR.

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO	2024		2025		2026		2027		2028		OBSERVAÇÕES		
Aumentar aceitação, disponibilidade e uso do preservativo entre as Mulheres e adolescentes em idade fértil assim como seus parceiros.	Assegurar a existência de preservativos em todos os níveis de atenção do SNS. Assegurar a existência de preservativos em lugares de concentração de adolescentes (escolas,	1.Quantificar e adquirir preservativos.	PNLS/HV	FM, UNPFA, OOAS, SSR, CECOME/UG L.	x		x	x			x	x			x		
		2. Criação de um GT para coordenação e gestão dos preservativos.	PNLS/HV	SSR, AGMF, AGUIBEF.		x											
		3 Criar mecanismo de distribuição dos preservativos.	PNLS/HV	SSR, AGMF, AGUIBEF.		x											

6.2 PILAR 2

PILAR 2: Ligação e Integração aos SSSR (aconselhamento, cuidados e ligação aos SSSR a todas as MVVIH ou vivendo com VHB o com Sífilis incluídas as adolescentes para:

1. Aconselhamento sobre intenções reprodutivas;
2. Planeamento familiar;
3. Prevenção, diagnóstico e tratamento das IST;

GRUPO-ALVO: Mulheres e adolescentes vivendo com o VIH, com a Sífilis ou com a Hepatite B positiva;

Pacote de serviços essenciais: 1. Oferta de planeamento familiar, uso continuado do preservativo. 2. Prevenção, testagem e ligação aos cuidados para o VIH, a Hepatite B e a Sífilis no caso da positividade de alguma das condições. 3. Prevenção, rastreio e tratamento de outras IST, e a ligação aos cuidados oportunos. 4. Aconselhamento, educação para a saúde e minimização da transmissão de infeções;

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO	2024	2025	2026	2027	2028	OBSERVAÇÕES
Aumentar o acesso a serviços de SMI de qualidade.	1. Implementar intervenções para aumentar a cobertura de 1º e 4º CPN, do parto institucional e a consulta pós-natal segundo as recomendações da OMS para melhorar a qualidade de atendimento das mulheres na SMI.	1. Revitalizar o GT de SSSR junto com outros programas para a integração das intervenções de saúde para mulheres, adolescentes e jovens.	DSSR	PNLS/HV, PTF						PNLS/HV a coordenar com SSR o timeline das atividades que são da responsabilidade da SSR.
		2. Implementar o pacote com as novas normas da CPN, pré parto, maternidade, pós-parto.	DSSR	PNLS/HV, PTF						
		3. Formação de prestadores de saúde no pacote das novas normas.	DSSR	PNLS/HV, PTF						

<p>2.Implementar intervenções que garantem que a informação sobre a testagem e tratamento das mulheres/adolescentes grávidas testadas e tratadas para Sífilis é captado pelo DHIS2.</p>	<p>1.Rever instrumentos de registo de SMI (integrar testagem e tratamento de Sífilis) e garantir que a informação sobre testagem de grávidas para Sífilis, grávidas com Sífilis positivas e grávidas tratadas para Sífilis e capturada pelo DHIS2.</p>	<p>DSSR</p>	<p>PNLS/HV, PTF, INASA.</p>																											<p>PNLS coordenar com SSR o timeline das atividades que são da responsabilidade da SSR</p>
<p>3. Garantir que todas as mulheres e adolescentes grávidas com Sífilis recebem tratamento adequado segundo as recomendações da OMS.</p>	<p>1. Procurar fontes de financiamento para garantir a existência de penicilina em todas as suas formulações como tratamento preferencial da Sífilis para evitar a TV (quantificar, comprar, distribuir e repôr, evitando períodos</p>	<p>DSSR</p>	<p>PNLS/HV, PTF, CECOME/UGL.</p>																											

6.4 PILAR 4

PILAR 4: Oferta de Serviços para crianças e parceiros de mulheres e adolescentes VVIH, Hepatite B ou Sífilis: testagem, oferta de tratamento ou profilaxia (incluindo a vacinação) das crianças expostas.

GRUPO ALVO: Crianças expostas, crianças infetadas, contactos e parceiros de mulheres e adolescentes vivendo com o VIH, hepatite B ou Sífilis positiva.

Pacote de serviços essenciais:

1. Testagem da CE ao VIH, CE a Sífilis e Hepatite B;
2. Oferta de testagem para o VIH a crianças fora do período de exposição;
3. Vacinação Universal da Hepatite B à nascença.
4. Seguimento e tratamento de crianças com o VIH e a Sífilis congénita;
5. Oferta de cuidados pós-natais de rotina aos RN;
6. Oferta de testagem aos parceiros e conviventes para o VIH e a Hepatite B e oferta de vacinação e tratamento quando requerido para o VIH, a Sífilis e a Hepatite B.

OBJECTIVOS	ESTRATEGIAS	ACTIVIDADE	RESPONSÁVEL	PARCEIRO	2024	2025	2026	2027	2028	OBSERVAÇÕES
Diminuir a transmissão vertical do VIH nas CE	1. Implementar intervenções para identificar atempadamente a CE ao VIH e referir aos cuidados até ter o resultado definitivo da infeção pelo VIH.	1 Elaborar um algoritmo de rastreio do VIH para crianças dos 0-14 anos com seu POP para interpretação (elaboração, reprodução, difusão e uso pelos prestadores). O POP será usado em todas as portas de entrada que atendem crianças (triagem pediatria, enfermaria de pediatria, consultas externas, nutrição, PAV etc...) e um fluxo de referenciação segundo o resultado do teste.	PNLS/HV	PTF; DSIVE, DSANSC; DSSR	x					

7. MONITORIA E AVALIAÇÃO

7.1. Indicadores de impacto e de processo

O reforço do sistema de saúde para eliminar a transmissão vertical do VIH, da Sífilis e da Hepatite B, há de servir para melhorar também outros indicadores e resultados na oferta de serviços da saúde materno e neonatal infantil, contribuindo assim para o alcance dos ODS número 3, 5 e 10 que visam garantir a saúde e o bem-estar de todos, alcançar a igualdade do género e capacitar as mulheres e as raparigas, bem como reduzir as desigualdades no acesso aos serviços e produtos de saúde.

Além disso, a semelhança das intervenções críticas necessárias para prevenir a transmissão do VIH, da Sífilis e do VHB durante a gravidez contribui para a viabilidade e os benefícios de uma abordagem integrada da ETV das três infeções.

Em 2021, a OMS lançou a terceira edição do manual que orienta aos países no processo de validação da eliminação da transmissão vertical do VIH, da Sífilis e da Hepatite B, com a inclusão da componente da Hepatite B que não existia nas edições anteriores.

Já na segunda edição deste guião, foram incluídos os critérios para a certificação no caminho da eliminação **em três níveis de resultados - bronze, prata e ouro** - para países com um elevado peso do VIH ou da Sífilis materna que tenham demonstrado progressos significativos e sustentados em prol da eliminação, mas que ainda não tenham conseguido alcançar as metas para a validação da própria eliminação. E encorajou-se aos países para aplicarem nos diferentes níveis de certificação no caminho da eliminação.

Para tal efeito, foram definidos os indicadores de impacto e de progresso para cada uma das categorias (bronze, prata e ouro). Os países poderão aplicar para esta certificação tanto para uma doença, duas ou as três. A eleição será feita pelos próprios países apoiados pelos parceiros junto da OMS.

O novo Plano Nacional de Tripla Eliminação da transmissão vertical do VIH, Sífilis e Hepatite B da Guiné-Bissau, contém uma matriz de monitoria e avaliação, que inclui os três indicadores de impacto e os cinco de progressos propostos pela OMS para atingir a certificação no nível prata.

Será o PNLS/HV o principal responsável pelo seguimento da consecução de estes indicadores a partir da implementação do plano nacional, o PNLS/HV irá produzir seus relatórios, para a disseminação dos progressos no caminho da eliminação das 3 doenças.

Os principais indicadores selecionados irão medir o impacto e os resultados nos níveis nacional e regional (quando possível). As fontes de dados incluirão os dados de rotina do Sistema de Informação da Saúde do país (DHIS2), as estimativas que o Spectrum gera cada ano, estudos especiais e pesquisas, assim como "Pesquisa de Múltiplos Indicadores por Conjunto de Indicadores" quando disponíveis.

Tabela 5: Indicadores de impacto para o plano nacional de ETV 2024-2028

Indicadores de impacto até 2028	
Taxa de transmissão vertical do VIH em população que amamenta	< 5%
Número de novas infeções pediátricas por VIH por causa da TV/ 100.000 nascidos vivos	≤ 500
Número de casos de Sífilis congénita por 100.000 nascidos vivos	≤ 500

Tabela 6: Evolução esperada dos indicadores de impacto ao longo da implementação do plano e ETV

Indicadores de impacto até 2028	Linha de base (2023)	Avaliação Medio Termo (2026)	Fim da Implementação do Plano (2028)
Taxa de transmissão vertical do VIH em população que amamenta.	22%	12%	< 5%
Número de novas infeções pediátricas por VIH por causa da TV/100.000 nascidos vivos.	460	198	23
Número de casos de Sífilis congénita por 100.000 nascidos vivos.	S/I		

Tabela 7: Evolução esperada dos indicadores de processo ao longo da implementação do plano de ETV

Indicadores de processo	Linha de base (2023)	Avaliação Medio Termo (2026)	Fim da Implementação do Plano (2028)
Cobertura de CPN (pelo menos uma visita).	56%*	76%	> 90%
Cobertura de grávidas que conhecem o seu estado serológico para VIH.	55%*	76%	> 90%
Cobertura de TARV em grávidas VIH +.	60%*	78%	> 90%
Cobertura de testagem de Sífilis em grávidas.	94%**	82%	> 90%
Cobertura de tratamento adequado de Sífilis em grávidas com Sífilis.	S/I	64%	> 90%
Cobertura da vacinação da HB durante a infância (3DPT-HepB-HiB).	74%**	84%	> 90%
Cobertura da vacinação da HB à nascença (na maternidade).	0%***	64%	> 90%

*cobertura populacional.

** cobertura com dados de rotina (DIHS2).

*** a vacinação a nascença contra VHB ainda não está instaurada no país.

Segundo as mesmas orientações da OMS, para o cálculo dos indicadores de impacto e progresso relacionados a eliminação da transmissão vertical do VIH, assim como da cobertura da primeira consulta pré-natal, o mesmo deve ser feito com base em toda a população esperada e não com a população que tem acesso aos serviços.

Agora no caso do cálculo da cobertura de testagem e tratamento de sífilis nas grávidas, irá se usar como denominador o número de grávidas que atenderam a consulta pré-natal.

NOTA IMPORTANTE

Para validar a eliminação do VIH e da Sífilis as metas de impacto precisam de ser alcançadas e mantidas por 1 ano e as metas de processo mantidas por 2 anos consecutivos.

Para além destes indicadores que irão medir os progressos do país no caminho da certificação para o nível prata. O país irá também recolher e reportar outros indicadores que incluem a disponibilidade e a utilização de serviços relacionados com o VIH, a Sífilis e a Hepatite B, os quais aparecem resumidos na seguinte tabela:

Indicadores	Linha de Base (2022)	Avaliação Medio Termo (2026)	Fim da Implementação do Plano (2028)
% ES oferecem cuidados PTMF no país	153 (57%)	75%	90%
%ES oferecem cuidados de TARV pediátrico	153(57%)	75%	90%
% recém-nascidos de uma mulher VIH + que receberam profilaxia na maternidade segundo as normas.	S/I	70%	90%
% de crianças nascidas de uma mulher VIH + que se inscreveram em seguimento no CTA às 6 semanas de vida.	S/I	60%	80%
% crianças nascidas de uma mulher VIH + que fizeram colheita de PCR para VIH com < 2 meses de vida.	S/I	55%	80%
% crianças nascidas de uma mulher VIH + que fizeram colheita de PCR para VIH com ≥2 meses de vida.	S/I	70%	90%
% de crianças nascidas de uma mulher VIH + com diagnóstico definitivo após 2 anos de seguimento.	S/I	70%	90%
Cobertura de CV nas grávidas.	43%	71%	90%
Supressão viral nas grávidas.	35%	73%	95%
% crianças expostas a sífilis que se inscreveram no CTA para seguimento segundo as normas.	S/I	60%	80%

% crianças expostas a sífilis que receberam tratamento adequado segundo as normas.	S/I	55%	75%
Número de nados mortos/abortos cujas mães foram testados para sífilis na maternidade.	S/I	50%	70%
Número de nados mortos/abortos de mães com serologia positiva para sífilis.	S/I	50%	70%

O grupo restrito deve aprovar os indicadores acima listados como indicadores coadjuvantes durante a implementação do plano e deverá acrescentar nesta lista aqueles indicadores que irão medir o progresso da implementação das intervenções ainda por definir no seguimento das crianças expostas a sífilis, uma vez que o pacote seja definido.

7.2. Quadro de avaliação

As intervenções no âmbito do presente plano serão avaliadas com base no conjunto de indicadores tanto qualitativos, assim como, quantitativos apresentados no capítulo anterior.

No âmbito deste quadro de avaliação, serão efetuados dois tipos principais de avaliações:

1. Avaliação intercalar do Plano Estratégico no final de 2026.
2. Avaliação final do Plano Estratégico no final de 2028.

Embora os parceiros de implementação e desenvolvimento devam participar ativamente, a avaliações serão efetuadas por agências externas e independentes, de modo que o processo seja isento de preconceitos e assegure resultados objetivos e credíveis.

7.2.1. Avaliação intercalar do Plano Nacional de Tripla Eliminação

O principal objetivo da avaliação intercalar será avaliar os progressos realizados na implementação das intervenções desenhadas para a eliminação da transmissão materno-infantil do VIH da Sífilis e da Hepatite B no país.

Esta avaliação proporcionará a oportunidade de recomendar a consolidação, modificação ou revisão, sempre que necessário, da direção e o foco das intervenções. Também proporcionará a oportunidade de rever as metas e os objetivos inicialmente planejados, se as circunstâncias assim o exigirem e definir quais são as intervenções que devem ser aceleradas para poder alcançar as metas até o fim da implementação do plano em 2028, momento em que uma outra avaliação analisará se o país alcançou as metas estabelecidas para certificar o caminho para eliminação da transmissão vertical do VIH, Sífilis e Hepatite B.

Seguem-se exemplos de perguntas que orientarão a avaliação intercalar, que podem ser ajustadas em função das necessidades.

- Há sinais de avanços em direção aos resultados?
- Que desafios/barreiras estão a causar atrasos na implementação das intervenções?
- O que é que mudou no quadro contextual?
- Existem novas oportunidades?
- Como é que os desafios podem ser ultrapassados?
- É viável alcançar os resultados finais com os recursos disponíveis e o contexto atual?

7.2.2. Avaliação final do Plano Nacional de Tripla Eliminação

A avaliação final do plano, irá gerar conhecimentos sobre a magnitude e os fatores determinantes do desempenho do programa, irá fornecer informações sobre o que funcionou bem e o que não funcionou, e porquê. Também fornecerá informações sobre se as teorias e abordagens de programação subjacentes inicialmente utilizadas foram válidas.

A avaliação final do Plano Estratégico promoverá a aprendizagem e a responsabilização, proporcionando a oportunidade de, entre outros:

- 1) Medir a eficácia, a relevância, a eficiência e a sustentabilidade do programa de ETV;
- 2) Utilizar os resultados para orientar aos decisores na alocação de recursos e na reprodução de estratégias bem-sucedidas
- 3) Partilhar a experiência da implementação com parceiros da região assim como a nível global.

8. ORÇAMENTO DO PLANO (aqui deve se introduzir as tabelas feitas pelo técnico que esta á trabalhar no custeamento)

9. REFERENCIAS

1. Inquérito sobre conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao VIH/SIDA, INASA, agosto 2010
2. Prevalência do VIH na população geral na Guiné-Bissau 2010
3. Inquérito aos Indicadores Múltiplos, 2018-2019 Guiné-Bissau.
4. Plano Estratégico Nacional da resposta ao VIH/sida da Guiné – Bissau 2019 – 2023
5. Plano Estratégico Nacional de resposta ao HIV/SIDA Guiné-Bissau 2024-2028 (PEN II).
6. Programa Nacional de Prevenção Integrada da Transmissão Mãe-Filho da infeção pelo VIH Guiné-Bissau, 2007 – 2011.
7. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022, PNDS III
8. Estratégia Nacional da Saúde Reprodutiva, Materna Neonatal, Infantil e de Adolescentes (SRMNIA) 2019-2024 The Path that ends AIDS, ONUSIDA 2023.
9. Plano Operacional de recuperação e implementação das abordagens diferenciadas no quadro da continuação de cuidados do VIH na Guine Bissau (maio 2022)
10. Plano de eliminação da transmissão do VIH da mãe para o filho 2012-2016
11. Plano de Prevenção combinada do VIH/sida 2020-2023 na Guiné-Bissau.
12. Plano de ação de expansão diagnóstico infantil precoce e carga viral 2019-2021
13. Estratégia de dispensação dos ARVs cada seis meses (disp6m) às PVVIH da Guiné-Bissau (fevereiro 2022)
14. Manual de formação para ASC, PNLS/HV, outubro 2021
15. Manual de formação de ativista e mães mentores (fevereiro 2022)
16. Revue épidémiologique et programmatique, et analyse des cascades en Guinée-Bissau(Rapport Final, 9 mars 2020)
17. Guia de implementação dos procedimentos operacionais padronizados para a Integração da Prevenção da Transmissão da Infeção pelo VIH de Mãe para o Filho (PTMF) nos serviços da Saúde Materna, neonatal e Infantil (2020)
18. Guia Prático de Manejo Clínico Integral de Adultos e Adolescentes Videntes com o VIH na Guiné-Bissau, julho 2022.
19. guia prático de manejo clínico integral das crianças infetadas pelo vih na Guiné-Bissau, julho 2022.
20. Protocolos Nacionais, Manejo clínico PVVIH , julho 2022.
21. Pacote de jobaids do manejo clínico integrado das PVVIH , 2022.
22. 2023 Global Snapshot on HIV and AIDS. West and Central Africa, UNICEF, December 2023
23. 2023 Global Snapshot on HIV and AIDS. Progress and priorities for children, adolescents and pregnant women, UNICEF. December 2023.
24. Global AIDS strategy 2021–2026. End inequalities. End AIDS. ONUSIDA, 2021
25. The Global Alliance to Ends AIDS in Children, WHO/UNICEF/ONUSIDA, 2022
26. Global guidance on criteria and processes for validation: Elimination of Mother-to-child transmission of HIV, Syphilis and Hepatitis b virus, WHO, 2021
27. Validation of Elimination of Mother to-child Transmission of HIV, Syphilis, and Hepatitis B virus, WHO, 2022
28. Introducing a framework for implementing triple elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis, and hepatitis B virus (WHO, December 2023)
29. Plano de melhoria do TARV pediátrico em Moçambique 2015 – 2017
30. Plano Operacional para os Adolescentes Vivendo com HIV (2018-2020)
31. Key considerations for programming and prioritization going the ‘last mile’ to EMTCT: A road map for ending the HIV epidemic in children, UNICEF/WHO/ONUSIDA, 2020)
32. Checklist and reference list for developing and reviewing a national strategic plan for HIV, WHO, 2023
33. Global health sector strategies on, respectively HIV, viral hepatitis, and sexually transmitted infections for the period 2022-2030.

10. LISTA DE PARTICIPANTES

10.1. Lista de participantes no atelier de elaboração

Grupo Restrito para Elaboração do Plano de Tripla Eliminação da Infecção de VIH, Sífilis e Hepatites Virais de mãe para filho 05-09/02/2024 em Canchungo		
Nº	Nome completo	Instituição
1	Dra. Jamila L.N.N. Bathy	PNLS/HV
2	Dra. Candida M. Rodriguês	PNLS/HV
3	Partª Titina Lopes Gomes	PNLS/HV
4	Dr. Herasmo H. de Barros	PNLS/HV
5	Adm. Vladimir D.B. Coreia	DSEPP
6	Eng.º Adulai Jaló	ZENYSIS
7	Dr. David da Silva Té	CG-PNDS
8	Dra. Livramento S. de Barros	CG-PNDS
9	DAF Idobedo Nca Pereira	CG-PNDS
10	Dr. Aladje Balde	Univ. Jean Piaget
11	PartªJoaninhaS. Pereira	DSSR
12	Enfº Marcos Mendonça	DSIVE
13	Dr. Nelson Incopté G.Fereira	DSASNC
14	Enfª Milamedinar Vaz	UNICEF
15	Dr. Umaro Bá	UNICEF
16	Dr. Adelino Gomes	OMS
17	Dra. Patricia Perez	Consultora
18	Dr. Agostinho M'barco N'dumba	DGPPS

10.2. Lista de participantes no atelier de validação

Lista dos participantes no ateliê de validação do Plano da Tripla Eliminação da Infecção de VIH, Sífilis e Hepatites Virais de mãe para filho 14-15/02/2024 na Universidade de Jean Piaget			
Nº	Nome completo	Instituição	Função
1	Chadmila Pinto Lopes	ENDA	Resp. P. Social
2	Dr. David da Silva Té	CG-PNDS	Programatico
3	Patricia Perez Martin	Consultora	Consultora
4	Anderson A. F. Batipta	Hospital -Bafatá	Resp. TARV regional
5	Sebentina Sambú	CIDA ALTERNAG	Responsável de TARV

6	Juaila A.V.Monteiro	DSSCPMT	Adj. D. Pag
7	Dulcineia B. Gomes	DRS-Biombo	Resp. PTMF Regional
8	Romana Sá Cabral	DRS-Quinará	Resp. PTMF Regional
9	Jassira Dias	CTA-Bolama	Resp. TARV Regional
10	Timoteo Oliveira	PNLS-HV	Resp. de ATV
11	Armindo C. Sanha	DRS-Bafatá	Diretor Regional
12	Malam Bá Camará	INASA	Resp. Notificação
13	Rui Manuel Vieira	Hospital de Cumura	Adj. Diretor Clinico
14	Marcílio J. R. Batuta	HNSM	Director de Pédiaatria
15	Flavia Da Silva Nhaga	DRS-Gabú	Diretor Regional
16	Livramento de Barros	CG-PNDS	ATN C. Diferenciado
17	Albat Domingos Indam	DRS-Quinará	Diretor Regional
18	Noelma Lima Da Costa	PNLS-HV	Resp. TARV-Pediátrico
19	Candida Medina Rodriguês	PNLS-HV	Coordenadora Adjunta
20	Mussa Sambú	ADPP.GB	Administrativo
21	Edneusa P. Nancassa	HNSM	CTA- Pedátrico
22	Nhima Dabó Sané	HNSM	Enfermeira Chefe
23	Marcelino Correia Nanque	PNSP	Biologo
24	Adama Embaló	DRS-Gabú	Resp. S. Reprodutiva
25	Adama Camará	PNLT	Resp. TB/ MDR
26	Giovane N´Correia	CTA- Gabú	Resp. TARV
27	Tatiana M. Correia	DSSMI	Secretária
28	Herasmo H. C. de Barros	PNLS-HV	Resp. Hepatites Virais
29	Olimpio Sami Cá	DRS-Biombo	Diretor Regional
30	Joaninha Simão Pireira	DSSR	Parteira Licenciada
31	Diamentino Midana E. Clodé	DRS-Bolama	Diretor Regional
32	Dona helena M. Mauricio	Hospital de Cumura	Resp. PTMF
33	Ema Mango	DRS-Cacheu	Resp. PTMF Regional
34	Titina Lopes Gomes	PNLS-HV	Resp. Prevenção
35	Carla E. M.P. Semedo	LNSP	Resp. LNR/VIH

36	Enço S.M. da Costa	DRS-Oio	Diretor Regional
37	Simão Sanca	DRS-Farim	Diretor Regional
38	Julião Mandim	DSIVE	Resp. SIS
39	Iolanda G. D. Biaguê	SNLS	T.A. De Contabilidade
40	Lourenço M. Gomes	Ceu e Terras	Resp. Laboratório
41	Rui Barise Quadé	HNSM	Tec. Laboratório
42	Celeste Mendonça	DRS-Bolama	Resp. PTMF Regional
43	Victor Francisco Gomes	CG-PNDS	Resp. TB/ MDR
44	Ovaninta Pereira	PNLS-HV	Resp. Nutrição
45	Waldir M. Jaló	PNLS-HV	Resp. M. Clinico
46	Magda N.J. Texeira	DRS-Tombali	Resp. PTMF Regional
47	Agostinho M`. N`dumba	MINSAP	DGPPS
48	Sadi Jaló	PNLS-HV	Resp. de TARV na grávidas e DIP
49	Eugenio Iala	DRS-Cacheu	Diretor Regional
50	Adelino Gomes	OMS	IPC
51	Lazare MBOUNGOU	CG-PNDS	ATI. S. Avaliação
52	Adulai Jaló	CG-PNDS	Resp. S. Avaliação
53	Enfª Milamedinar Vaz	UNICEF	Esp. Materia S.CD
54	Dr. Nelson Incopté G.Ferreira	DSASNC	Diretor do Serviço
55	Victor Mendes	PNLS-HV	Resp. S. Avaliação
56	Jamila L.N.N. Bathy	PNLS-HV	Coordenadora
57	Mussa Biai	DRS-SAB	Diretor Adjunto
58	Elisio Balde Ferreira Junior	DSSR	Diretor do Serviço
59	Etalvina M.M. Leal	DRS-Farim	Resp. PTMF Regional
60	Idulindo Gomes Correia	HM Principal	Responsável de CTA
61	Pilar E.H.W. Saraiva	DRS-SAB	Resp. PTMF Regional
62	Mª Lourdes C, Gomes	DRS-Oio	Resp. PTMF Regional
63	Lopes Mango	ARFAME	Farmacéutico
64	Rumão Mario Incaf	DRS-Farim	Resp. TARV regional
65	Adilson Sambú	RENAP-GB	Ativista

66	Adilson M. Barbosa	DRS-Bijagós	Diretor Adjunto
67	Ulemato Balde	DRS-Bafatá	Resp. PTMF Regional
68	Iolanda Luísa Monteiro	DRS-Bijagós	Resp. PTMF Regional
69	Ensa Sambú	DRS-Quinará	Motorista
70	Vasco Na Dum	PNLP	Mestre
71	Natalino A. Nhaga	DRS-Tombali	Diretor Regional
72	Leonardo D. Costa	CRS-GB	Gestor do Projeto
73	Duarte Julio Mancebo	DRS- Cacheu	Motorista
74	Sadjo Sani	DRS.Gabú	Motorista
75	Tomas Indequé	DRS-Bolama	Motorista
76	Moreno Ialá Farba	DRS-Oio	Motorista
77	Mario Biam	DRS-Tombali	Motorista
78	Abdulai Manga	DRS-Biombo	Motorista
79	Sene Turé	DRS-Farim	Motorista
80	Nelson José Có	DGPPS	Motorista
81	Saltinho Namancanhe	PNLP	Motorista
82	Marcelino Indí	DG Patrimonio	Motorista
83	Samba Manga	PNLS-HV	Motorista
84	João Vaz	DRS- Bafatá	Motorista