



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DE SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE



PLANO ESTRATÉGICO E OPERACIONAL
2014 -2018

Índice

PREFÁCIO	4
AGRADECIMENTOS	6
ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS	7
SUMÁRIO	9
Capítulo 1. INTRODUÇÃO e ANTECEDENTES	10
1.1 Introdução	10
Tabela 1. As 10 maiores causas de mortalidade no mundo, 2000 e 2011	10
1.2 Perfil Sócio-Demográfico de Moçambique	12
Parâmetro	13
1.3 Política de Saúde e o Sector de Saúde Moçambicano	14
1.4 A Tuberculose em Moçambique	15
1.5 Programa Nacional de Controlo da Tuberculose	16
1.5.1 Dados sumários sobre o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose	16
1.5.2. Actividades essenciais e realizações do PNCT	18
<i>Participação de todos os Prestadores de cuidados de saúde</i>	21
2.2 Análise situacional do PNCT no período 2008-2012	34
Capítulo 3. VISÃO, MISSÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES e METAS ESTRATÉGICAS 2014-2018	36
3.1 Visão e Missão	36
3.2 Princípios Orientadores	36
3.3 Metas Estratégicas	37
Capítulo 4. RESULTADOS ESTRATÉGICOS 2014-2018	38
4.1 Áreas integrantes do Plano Estratégico 2014-2018	38
4.2 Resultados Estratégicos do Plano 2014-2018	38
4.2.1.1 DOTS e Grupos Vulneráveis	39
4.2.1.3 Gestão de medicamentos, artigos médicos, material e insumos de Laboratório	40
Tabela 9. DOTS Institucional e Comunitário: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018	41
1. Capacidade de gestão do PNCT reforçada incluindo a gestão programática, da Estratégia Stop TB e a coordenação de parceiros	41

✓ A Taxa de Notificação de todas formas de casos de TB (por 100,000 pessoas) aumenta de 187 em 2011 para 294 em 2016 e 343 em 2018	41
✓ Taxa de Sucesso de Tratamento aumenta de 85% observado em 2011 para 87% em 2016 e 90% em 2018 e estabilização da taxa nos 2-3 anos seguintes	41
4.2.2 Área Estratégica 2: Co-infecção TB/HIV	43
Tabela 10. Co-infecção TB-HIV: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018	43
4.2.3 Área Estratégica 3: Tuberculose Resistente (com destaque para as formas Multi-Droga Resistentes [TB MR] e Extremamente Resistentes [TB eR]):	44
Tabela 13. Área de Serviços de Diagnóstico: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018	50
Tabela 14. Vigilância, Monitoria E Avaliação (M & A): Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018	52
1.5 4.2.6 Área estratégica 6: Fortalecimento do Sistema de Saúde:	53
3.3.1. Tabela 15. Reforço do Sistema de Saúde: Quadro de Resultados Estratégicos 2014 – 2018	53
4.2.7 Área estratégica 6: Pesquisa Operacional	54
3.3.2. Tabela 16. Pesquisa Operacional: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018	54
PNCT: Plano Estratégico 2014 – 2018: Quadros Operacionais	58
5.1 DOTS Institucional e Comunitário	58
1.2 Co-infecção TB-HIV	69
5.3 Tuberculose Resistente com destaque para TB MR e TB ER	72
Capítulo 6. SUSTENTABILIDADE E CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DO PLANO	89
Capítulo 7. ORÇAMENTO	90
3.3.3. Tabela 17. Sumário do Orçamento do Plano Estratégico e Operacional, anos 2014 a 2018	92
REFERÊNCIAS	93
Lista de Figuras e caixas	95

PREFÁCIO

O período 2008 – 2012 foi caracterizado pela implementação do Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose durante o qual os maiores ganhos foram a melhoria da detecção e notificação de casos assim como os resultados de tratamento. Porém, uma complexidade de desafios ainda influencia a resposta nacional ao controlo deste importante problema de saúde pública, sendo de destacar a interacção tuberculose e vírus de imunodeficiência humana e o surgimento de estirpes resistentes aos medicamentos anti tuberculose como os mais importantes. A co-infecção HIVe TB complica o quadro de tratamento da TB. Deve ser igualmente sublinhado que a gestão de tuberculose resistente deve ser um objectivo estratégico importante, como forma de controlar correctamente a tuberculose e reduzir a sua magnitude em Moçambique.

O presente Plano Estratégico e Operacional para o controlo da Tuberculose 2014 –2018 pretende ser uma ferramenta vital para galvanizar a resposta nacional e reverter o quadro actual rumo à redução da magnitude da Tuberculose em Moçambique. O plano é delineado com metas ambiciosas mas realistas. Segue as directrizes orientadoras nacionais (Plano Quinquenal do Governo) e internacionais (Objectivos do Desenvolvimento do Milénio e Plano Global para Parar a Tuberculose 2011-2015) e as orientações regionais na implementação do controle desta endemia.

Na implementação do Plano, o Governo mantém o respeito pelos direitos humanos universais. Em Moçambique os serviços de tuberculose são gratuitos (cuidados e medicamentos). Por outro lado, as intervenções e actividades de prevenção e controlo de tuberculose estão integradas com as demais acções do Sistema Nacional de Saúde aos vários níveis, utilizando estratégias custo efectivas.

A melhoria da qualidade da Estratégia DOTS no País é uma preocupação constante. Esforços serão realizados para que as actividades de suporte ao DOTS, em particular o funcionamento adequado da rede de laboratórios e o aprovisionamento regular em medicamentos, não afectem (negativamente) a implementação do DOTS.

A tuberculose ainda é um problema sério de saúde pública tendo em conta que a associação com o HIV/SIDA aumenta drasticamente o número de casos que têm também a particularidade de serem mais complicados de tratar, além do fardo social que lhe está associado.

O desenvolvimento do País coloca novos desafios em todos os sectores inclusivé no da Saúde. O Plano Estratégico 2014-2018 deverá prestar atenção aos problemas de saúde emergentes que entre outros sectores, a Indústria extractiva mineira, a Indústria têxtil e de cimentos acarretam.

A grande particularidade deste plano é a sua orientação para resultados e inspirado em evidências, usando ferramentas de planificação, gestão e Monitoria e Avaliação baseadas em resultados. O plano compromete-se a reforçar o envolvimento de todos os prestadores de cuidados (públicos, privados e Comunitários - a sociedade civil) num

contexto em que todos são chamados a participar mais activamente na prevenção, detecção e tratamento de casos de tuberculose. Estamos certos que trabalhando em conjunto iremos rapidamente caminhar para o alcance da nossa visão “*população Moçambicana vivendo livre de tuberculose*”.

Maputo, Agosto de 2013

O Ministro da Saúde

Dr Alexandre L. Jaime Manguela

AGRADECIMENTOS

O presente plano foi elaborado pelo Programa Nacional de Controlo da Tuberculose com apoio do grupo técnico de tuberculose composto por quadros experientes dos Parceiros de Cooperação, Organizações Não Governamentais e indivíduos singulares. Um grupo de consultores nacionais e internacionais facilitou o processo. Assim, os agradecimentos do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose do Ministério da Saúde vão em particular às seguintes organizações e entidades: OMS, FHI360, TBCARE I, JHPIEGO, CDC, USAID e ICAP.

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose agradece igualmente as contribuições vitais de outras unidades orgânicas do Ministério da Saúde nomeadamente a Direcção de Planificação e Cooperação, a Direcção de Recursos Humanos, Direcção de Administração e Finanças, a Direcção de Assistência Médica, o Programa de ITS-HIV, o Departamento Farmacêutico, a Central de Medicamentos e Artigos Médicos, o Departamento de Laboratórios, o Departamento de Promoção da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde, e todos que directa ou indirectamente contribuíram para a elaboração deste Plano Estratégico e Operacional.

Uma última palavra vai aos trabalhadores de saúde que aos diversos níveis do Sistema de Saúde e nas condições de trabalho mais variadas irão implementar as intervenções e actividades prescritas, levando ao sucesso do Plano contribuindo assim para ir reduzindo o Problema Tuberculose em Moçambique.

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACA	Avaliação Conjunta Anual
ACMS	Advocacia, Comunicação e Mobilização Social
ACS	Agente comunitário de saúde
APE	Agente Polivalente Elementar
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
BK	Baciloscopia
CAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CCR	Consulta de Criança de Risco
CIPA	Comunicação Interpessoal do Pessoal TB com o Doente
CMAM	Centro de Medicamentos e Artigos Médicos
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DOT	Directa Observação do Tratamento
DOTC	Directa Observação do Tratamento na Comunidade
DOTS	Estratégia de Directa Observação do Tratamento de Curta Duração
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EQA	Avaliação Externa de Qualidade
HBC	High Burden Countries
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humano
IDS	Inquerito Demográfico e de Saúde
IIM	Inquérito de Indicadores da Malária
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação
ISTC	Padrões internacionais para cuidados em Tuberculose
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
LNRT	Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose
M&A	Monitoria e Avaliação
MdE	Memorando de Entendimento
MDR	Tuberculose Multi Droga Resistente
MISAU	Ministério de Saúde
MPD	Ministério do Plano e Desenvolvimento
MTB	Micobacterium Tuberculosis
OCB	Organizações Comunitárias de Base
ODM	Objectivos do Desenvolvimento do Milénio
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
P	Produto
PARP	Plano de Acção para a Redução da Pobreza
PCI	Plano de Controlo de Infecção
PEN	Plano Estratégico Multisectorial contra HIV e SIDA
PESS	Plano Estratégico do Sector de Saúde
PF	Planeamento Familiar
PMT	Praticante de Medicina Tradicional
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNDRH	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
R	Resultado

Rx	Radiografia
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SLD	Medicamentos de Segunda Linha
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
TARV	Terapia Anti-Retro Viral
TB	Tuberculose
TB ER	Tuberculose Extremamente Resistente
TB MR	Tuberculose Multi-Resistente
TPC	Tratamento Profilático com Cotrimoxazol
TPI	Tratamento Profilático com Isoniazida
TSA	Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
US	Unidade Sanitária
XDR	Tuberculose Extremamente Resistente

SUMÁRIO

A tuberculose ainda constitui um dos principais problemas de saúde pública em Moçambique. O Plano Estratégico e Operacional 2014-2018 visa galvanizar os esforços do Sistema Nacional de Saúde para continuar a reduzir a magnitude da tuberculose em linha com os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio e da Parceria Stop TB. Para a consecução deste plano, o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose com o apoio de especialistas nacionais e dos parceiros de cooperação efectuou uma análise cautelosa dos progressos efectuados e dos desafios enfrentados durante a vigência do plano anterior (2008-2012) e delineou áreas interventivas estratégicas e operacionais que constituem a base deste plano.

Os dados existentes evidenciam que a implementação do DOTS deve ser revista e melhorada para se atingir e estabilizar a meta para a taxa de sucesso terapêutico revista do Plano Global Stop TB 2011-2015 de 87% e caminhar-se para os 90% esperados em 2015. As actividades colaborativas de TB/HIV devem ser aceleradas e oferecidas de forma mais integrada e o manuseamento de casos de Tuberculose Resistente ser rapidamente reestruturado e progressivamente expandido. Particular atenção deve ser dada aos serviços de laboratório para a Tuberculose e ao aprovisionamento regular de medicamentos anti-TB de qualidade.

Assim sendo, sete áreas relacionam-se com os respectivos resultados estratégicos a serem alcançados: (i) **DOTS institucional e comunitário** de modo a que mais casos de tuberculose sejam notificados e tratados adequadamente através da estratégia DOTS de qualidade; (ii) **Co-infecção Tuberculose-Vírus de Imunodeficiência Humana** de modo a que mais pacientes com co-infecção tuberculose-vírus de imunodeficiência humana tenham acesso ao Tratamento Anti-Retroviral; (iii) **Tuberculose Resistente com destaque para as estirpes Multi-Droga Resistentes e Extremamente Resistentes** para que menos pacientes contraíam estirpes de tuberculose resistentes nas unidades sanitárias e na comunidade e que mais pacientes com tuberculose multi-droga resistente sejam tratados com sucesso; (iv) **Serviços de Diagnóstico** para que aumente a capacidade diagnóstica de tuberculose nos diferentes níveis; e (v) **Vigilância, Monitoria e Avaliação** de modo a que o sistema do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose forneça dados de qualidade para todos indicadores de resultados operacionais e estratégicos; (vi) **Reforço do Sistema de Saúde** de modo a que serviços do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose estejam disponíveis a mais pessoas; (vii) **Pesquisa operacional** para que a planificação, tomada de decisão e implementação de estratégias seja baseada em evidências; Cada um dos resultados estratégicos apresenta os subsequentes produtos alcançáveis mediante a implementação bem-sucedida de actividades de Programa Nacional de Controlo da Tuberculose.

Esforços serão envidados para que as actividades do presente Plano sejam realizadas por todos os prestadores do Sistema de Saúde Moçambicano: Público, Privado e Comunitário sob coordenação do Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Para além da contribuição do Governo, os diversos parceiros serão chamados a apoiar o financiamento do plano Para a consecução deste plano estratégico e operacional são necessários aproximadamente 100,3 milhões de US\$ para um período de cinco anos.

Capítulo 1. INTRODUÇÃO e ANTECEDENTES

1.1 INTRODUÇÃO

Apesar dos progressos alcançados, a luta contra a tuberculose constitui ainda um dos principais desafios do sector de saúde em Moçambique. O Plano Estratégico e Operacional 2014 – 2018 visa galvanizar os esforços do Sistema Nacional de Saúde em estancar o progresso da tuberculose em linha com os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM) que estão bem destacados nos documentos orientadores do sector. Assim, a tuberculose, sendo um importante problema de saúde pública, aparece entre as prioridades do Plano de Acção para a Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014 [2], do Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) [2] e está delineado em linha com o Plano Global para Parar a Tuberculose 2011-2015 da Organização Mundial de Saúde [3].

Segundo a OMS, a Tuberculose já não está na lista das 10 maiores causas de morte no Mundo, mas ainda figura na lista das 15 maiores causas, com um milhão de mortes em 2011 (tabela 1). Contudo, e segundo a mesma fonte, a tuberculose ainda é uma das 10 maiores causas de morte nos países de baixa renda como é o caso de Moçambique.

Tabela 1. As 10 maiores causas de mortalidade no mundo, 2000 e 2011

Cause of death, 2000	Deaths in million	% of deaths		Cause of death, 2011	Deaths in million	% of deaths
All causes	52.5	100.0		All causes	54.6	100.0
1 Ischaemic heart disease	5.9	11.2	→	1 Ischaemic heart disease	7.0	12.9
2 Stroke	5.6	10.6	→	2 Stroke	6.2	11.4
3 Lower respiratory infections	3.5	6.7	→	3 Lower respiratory infections	3.2	5.9
4 Chronic obstructive pulmonary disease	3.0	5.8	→	4 Chronic obstructive pulmonary disease	3.0	5.4
5 Diarrhoeal diseases	2.5	4.7	→	5 Diarrhoeal diseases	1.9	3.5
6 HIV/AIDS	1.6	3.0	→	6 HIV/AIDS	1.6	2.9
7 Prematurity	1.4	2.7	↘	7 Trachea, bronchus, lung cancers	1.5	2.7
8 Tuberculosis	1.3	2.6	↘	8 Diabetes mellitus	1.4	2.6
9 Trachea, bronchus, lung cancers	1.2	2.2	↘	9 Road injury	1.3	2.3
10 Diabetes mellitus	1.0	1.9	↘	10 Prematurity	1.2	2.2
11 Road injury	1.0	1.9		13 Tuberculosis	1.0	1.8

Fonte: OMS, Relatório Global da Tuberculose de 2012

Estima-se que ocorreram cerca de 8,7 milhões de casos de tuberculose em 2011, dos quais 13% co-infectados pelo HIV e 1,4 milhão de mortes ocorreram no mesmo período. Em 2011, cerca de 85% dos casos ocorrem na África (30%) e na Ásia (55%). O Relatório Global da Tuberculose da OMS de 2012, refere que a Região Africana alberga 24% dos casos mundiais e as taxas mais elevadas de casos e óbitos per capita. Cerca de 80% dos casos de TB vivendo com HIV reside em África, Segundo a mesma fonte, mundialmente, 40% dos pacientes de TB conhecem o seu estado de HIV e 79% têm acesso ao TPC sendo os valores para África de 69% e 79%, respectivamente. A TB Resistente continua o grande desafio: somente 30 de 107 países que reportaram casos atingiram a taxa de cura recomendada de 75%.

Tem-se estado a registar uma redução anual de casos novos por vários anos e a um ritmo de menos 2,2% ano entre 2010 e 2011. A mortalidade por TB reduziu em 41% desde 1990 e será possível atingir-se os Objectivos do Milénio de 50% em 2015, excepto nas Regiões Africana e Europeia.

Apesar dos progressos alcançados no País, a luta contra a tuberculose constitui ainda um dos principais desafios do sector de saúde em Moçambique. Registaram-se progressos notáveis, sendo de destacar a Taxa de Sucesso do Tratamento de 87%; 94% dos pacientes com conhecimento do seu sero-estado para o HIV e 98% dos pacientes com TB/HIV em Profilaxia com Cotrimoxazol. Como em muitos países da Região e do Mundo, a gestão da TB Resistente é um grande desafio para o País.

Para a consecução deste plano, um grupo técnico liderado pelo Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) e formado por vários técnicos especialistas do governo e dos parceiros de cooperação efectuou uma análise cautelosa dos progressos e desafios durante a vigência do plano anterior (2008-2012) [4], tendo identificado os pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades e delineou áreas interventivas que constituem a base deste plano.

Estruturalmente, o presente documento apresenta sucessivamente:

- (i) O Perfil Sócio-Demográfico de Moçambique;
- (ii) Uma vista geral sobre a Política de Saúde e o Sector de Saúde em Moçambique;
- (iii) A situação epidemiológica actual da Tuberculose em Moçambique;
- (iv) A organização e funcionamento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose;
- (v) Implementação do Plano Estratégico de Controlo de TB 2008-2012
 - Realizações
 - Fraquezas e Desafios do PNCT
 - Gap Programático
 - Gap Financeiro
- (vi) A visão, missão, e metas estratégicas 2014-2018;
- (vii) Os princípios orientadores e resultados estratégicos 2014-2018;
- (ix) Os Resultados Operacionais 2014-2018;
- (x) Sustentabilidade e condições para execução do Plano; e
- (xi) Os recursos necessários incluindo o orçamento.

1.2 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DE MOÇAMBIQUE

A República de Moçambique está situada na costa Oriental da África Austral entre os paralelos 10°27' e 26°56', latitude Sul e Meridianos 30°12' e 40°51' a Este (Figura 1). Tem uma superfície de 799.380 km² e é banhada por uma costa de cerca de 2.515 km de Oceano Índico. O clima é



Figura 1 - Mapa de Moçambique e a visualização do país no mapa do Continente Africano

tropical com duas estações: quente e chuvosa (Outubro a Março) e fresca e seca (Abril a Setembro). Está limitada a Norte pela Tanzânia, a Oeste pelo Malawi, Zâmbia e Zimbabwe e a Sul pela África do Sul e Suazilândia.

O país está administrativamente dividido em onze províncias, a saber: Cabo Delgado, Niassa e Nampula (zona Norte); Tete, Zambézia, Manica e Sofala (zona Centro); e Inhambane, Gaza, Província de Maputo e Cidade de Maputo, a capital do País (zona Sul). Cada província, por sua vez, está dividida por uma capital, distritos e estes em postos administrativos. No total, o país possui 128 distritos, 43 municípios, 68 vilas e 387 postos administrativos. Assim, são municípios as capitais provinciais (10), a cidade capital, também com estatuto provincial (Maputo), todas as outras cidades (12) e duas vilas em cada província (20).

De acordo com a projecção dos dados do Censo 2007, o país possuía em 2012 uma população de 23.700.715 habitantes, sendo 12,274,394 mulheres e homens 11,426,321. Cerca de 69% da população vive em zonas rurais e 31% da população é urbana [5]. A população Moçambicana é maioritariamente jovem apresentando uma estrutura em pirâmide. A proporção de crianças menores de 5 anos na população é de 17, 5%. A faixa etária dos 0-14 anos representa 45.5%, a faixa etária dos 15 a 64 anos representa 51.6% e apenas 3.1% para os indivíduos acima de 65 anos de idade.

A Esperança de vida é de 50.9 anos. Em cada mil habitantes nascem cerca de 42 crianças (Taxa Bruta de Natalidade) e morrem cerca de 16 pessoas (Taxa Bruta de Mortalidade) [5]. A Taxa de crescimento anual entre 2001 e 2007 foi de 2.5%. A Taxa de Analfabetismo é de 48.8% na população masculina e de 64.1% na feminina. Ainda segundo o Censo 2007, apenas 41.4% de menores de 18 anos tinham sido registados formalmente.

O país é actualmente categorizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em termos do Índice de Desenvolvimento Humano na posição 165 numa lista de 169 países [6].

Embora o peso da doença seja ainda dos mais altos no mundo, a última década tem mostrado sinais de redução na mortalidade em grupos mais vulneráveis. Por exemplo: (i) a taxa de mortalidade em menores de 5 anos reduziu de 201/1.000 nados vivos em 1997 para 153/1.000 nados vivos em 2004 e em 2008 para 138/1.000 nados vivos [7-9]; (ii) o rácio da mortalidade

materna reduziu de 1.000/100.000 nados vivos em 1997 para 500/100.000 nados vivos em 2007 [7, 10].

Moçambique ainda está severamente afectado pela Malária e HIV e SIDA. O inquérito sobre as causas de mortes em Moçambique de 2007/8 publicado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE)[9] aponta que em todos os grupos etários a malária é a principal causa de morte em Moçambique (29%). A esta segue-se o HIV/SIDA (27%), as causas peri-natais (7%), as doenças diarreicas (4%), a pneumonia (4%), acidentes e outras causas externas (4%), a tuberculose (3%), doenças do sistema circulatório (3%) e os tumores malignos (1%) [9]. Os resultados de prevalência do HIV obtidos através do INSIDA 2009 (Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique) indicam que Moçambique possui das mais elevadas taxas no Mundo, estando 11,5% de moçambicanos adultos de 15-49 anos infectados pelo HIV (13,1% em mulheres e 9,2% em homens). O risco de infecção por HIV é significativamente superior entre os residentes dos 15-49 anos de áreas urbanas (15,9%) comparativamente aos residentes de áreas rurais (9,2%) [11].

O acesso aos serviços de saúde continua muito baixo. Ao nível nacional, 56% da população ainda precisa de gastar mais de uma hora a pé para alcançar a unidade sanitária mais próxima [2].

De acordo com o relatório sobre os ODM[12], o impacto das várias acções traduziu-se na redução da prevalência de tuberculose de 636 casos por 100.000 habitantes em 2006 para 624 casos por 100.000 habitantes em 2008. A mortalidade por tuberculose também sofreu um decréscimo de 129 mortes em cada 100.000 habitantes em 2006 para 117 mortes em cada 100.000 habitantes em 2008.

Finalmente, como em vários países de baixa renda, Moçambique ainda depende da ajuda externa para o suporte financeiro do seu sector de saúde, sendo 73% oriundo dos parceiros internacionais [13].

A Tabela 2 sumariza alguns dos parâmetros sociais e de saúde dos Moçambicanos.

Tabela 2 - Parâmetros sociais e de saúde dos Moçambicanos

Parâmetro	Valor
População total (em milhões projectada com base no Censo 2007 para 2012)	23.7
Crianças (População menor de 19 anos de idade) (em milhões projectada com base no Censo 2007 para 2012)	13.2
População vivendo abaixo da linha de pobreza (%) (IOF 2008/2009, MPD)	54.7%
Taxa de mortalidade em menores de 5 anos /1.000 nados vivos (IDS 2011, INE)	97
Rácio de Mortalidade Materna/100.000 nados vivos (Censo 2007, INE)	500.1
Taxa de prevalência do HIV em adultos dos 15 aos 49 anos de idade (INSIDA 2009, MISAU)	11.5%
Parasitémia da Malária em crianças menores de 5 anos (IIM 2007, MISAU)	38.5%
Taxa de prevalência de TB/100.000 pessoas (OMS, 2011)	490

1.3 POLÍTICA DE SAÚDE E O SECTOR DE SAÚDE MOÇAMBICANO

O sector saúde em Moçambique obedece a estrutura político-administrativa e é composto por três níveis: Central, Provincial e Distrital cujas funções permitem a prestação de cuidados de saúde da população.

O Nível central é um órgão orientador, responsável por definir políticas, normas, regulamentos, planificação e delineiam estratégias de orientação para a planificação provincial e distrital.

O nível provincial realiza funções de planificação provincial seguindo as orientações estratégicas definidas centralmente, adequando-as a situação real de cada província, coordena actividades de saúde dos distritos através de planos anuais com metas estabelecidas.

O nível distrital constitui a entidade implementadora dos planos de acordo com as prioridades definidas pelo sector.

O sistema de Saúde inclui o sector público, o sector privado com fins lucrativos, o sector privado com fins não lucrativos, e o serviço comunitário.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) está organizado em quatro níveis de atenção: Primário, Secundário, Terciário e Quaternário ligados por um Sistema de referência (tabela 3) . Actualmente o SNS conta com 1393 US públicas distribuídas por todo o País.

Tabela 3 - Organização do SNS e Níveis de atenção

Nível	Tipo de US	Funções	Nº de US
Nível Primário (Nível I)	Centros de Saúde e Postos de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Executar a estratégia de cuidados de saúde primários (CSP). • Saúde da população e do ambiente. • Assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma área geográfica bem definida pela área de saúde. 	1339 Centros e Postos de saúde
Nível Secundário (Nível II)	Hospitais Distritais, Rurais e Gerais	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados de saúde secundários • Referência do nível I 	15 Hospitais Distritais; 23 Hospitais Rurais; 5 Hospitais Gerais
Nível Terciário (Nível III)	Hospitais Provinciais	❖ Referência do nível II e I	7 Hospitais Provinciais
Nível Quaternário (Nível IV)	Hospitais Centrais e Especializados	❖ Referência do nível III, II e I	3 Hospitais Centrais e 1 Hospital Especializado

O Sector privado em Moçambique, estabelecido em 1991, está a desenvolver-se gradualmente principalmente nas grandes cidades, registando-se um crescimento de consultórios privados individuais e colectivos nas diferentes especialidades.

Existe ainda o serviço comunitário que tem vindo a crescer e que contribui bastante para os cuidados da população principalmente nas áreas rurais onde o acesso aos cuidados de saúde nas unidades sanitárias públicas ainda constitui um desafio para a população.

1.4 A TUBERCULOSE EM MOÇAMBIQUE

A tuberculose continua sendo um dos maiores problemas de Saúde Pública que o país enfrenta actualmente. Moçambique encontra-se na lista dos 22 países que, no seu conjunto, contribuem para cerca de 80% do peso da doença no mundo – os High Burden Countries (HBCs), ocupando actualmente a 11ª posição.

A notificação de casos de tuberculose no mundo tem mostrado uma tendência crescente ao longo das últimas duas décadas, tendo aumentado de cerca de 400 novos casos por 100.000 habitantes em 1990 para os cerca de 548 por 100.000 habitantes notificados em 2011. O continente Africano passou de 83 para 159 casos com baciloscopia positiva de Tuberculose (novos e recaídas) em 1990 e 2011 respectivamente, por cada 100.000 habitantes. A taxa de notificação de casos novos e recaídas para os anos em apreço em Moçambique foi de 117 e 186, respectivamente.

A magnitude da tuberculose é ainda mais agravada pela co-infecção pelo HIV. Moçambique é um dos 9 Países HBC em África; um dos 4 Países HBC na SADC, a sub Região mais fustigada pela TB e pelo HIV/SIDA no mundo. Em 2011, dos cerca de 47.452 casos de tuberculose notificados, cerca de 63% eram HIV-positivo, correspondendo a uma das taxas de co-infecção TB/HIV mais elevadas do mundo. Em 2010 a taxa de co-infecção foi de 61% e não variou muito em 2012, situando-se em 58%.

As actividades colaborativas HIV/TB têm registado avanços consideráveis, com destaque para melhoria de despiste de HIV nos pacientes com tuberculose bem como aumento do número de pacientes com co-infecção que beneficiam de tratamento profiláctico com cotrimoxazol (TPC). A título de exemplo, em 2011 era conhecida a serologia para o HIV de cerca de 41.896 dos 47.452 casos notificados, correspondendo a 88%. De igual modo, no mesmo ano, 91% dos 26.538 pacientes com co-infecção estavam em TPC. No concernente a co-infecção HIV/TB, o desafio continua sendo a cobertura universal do TARV aos pacientes elegíveis de acordo com as recomendações da OMS, pois em 2011 apenas 29% dos pacientes com tuberculose e HIV no País estavam em terapia anti-retroviral, tendo a cobertura atingido 55% em 2012¹.

Dos cerca de 130.000 casos de tuberculose estimados para ocorrer no país por ano, estima-se que cerca de 1.300 serão resistentes aos medicamentos anti tuberculose da primeira linha, ou melhor, sejam multidroga-resistentes (TB MR) [OMS, 2012]. Segundo o relatório global de tuberculose da OMS, de 2011, foram testados 663 pacientes suspeitos de TB MR, dos quais 206

¹Dados da base de dados do PNCT

eram casos novos e os restantes 443 estavam em re-tratamento. Em termos percentuais, dos casos testados para TB MR, pouco menos de 1% foi em casos novos e 10% em pacientes em regime de re-tratamento. Laboratorialmente, foi confirmado um total de 283 casos dos quais apenas 146 iniciaram tratamento[14].

Resultados encorajadores foram alcançados nos últimos anos relativamente aos resultados de tratamento. A expansão dos serviços DOTSem particular do DOTS Comunitário - actualmente com cobertura nacional, terá sido a principal causa. Em 2011, Moçambique integrava o grupo de 14 países do grupo dos 22 com alto peso da doença (HBC) , que conseguiram alcançar ou ultrapassar a meta de 85% de sucesso de tratamento da tuberculose, estabelecida pela OMS [WHO, 2012]. Esforços deverão ser feitos para se atingir e estabilizar as metas revistas do Plano Global 2011-2015 (87%). É importante manter a expansão do DOTS Comunitário pois vai garantir uma maior e mais precoce cobertura do diagnóstico e assegurar melhores resultados de tratamento de tuberculose.

Não há dados recentes sobre a TB resistente aos medicamentos anti TB. Dados dos relatórios anuais de 2010 a 2012 mostram uma taxa de cura extremamente baixa (30%) com altas taxas de abandono e óbitos (17% e 15% na coorte de 2010 e 2012 respectivamente), indicando uma gestão inadequada de TB MR com risco potencial para um aumento de casos de TB-ER.

1. 5PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE

1.5.1 Dados sumários sobre o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose foi estabelecido em 1979. Em 1984 introduziu o DOTS e começou a utilizar os regimes de Curta Duração (8 meses), em 2006 adoptou o esquema de dose única combinada (DFC/FDC), que reduziu substancialmente o número de comprimidos que o doente tinha que tomar.

Em Agosto de 2005, em Maputo, os Ministros da Saúde de África, declararam a tuberculose uma emergência na Região Africana durante o Comité Regional da OMS. Em Março de 2006 a tuberculose foi declarada uma emergência nacional. Tal declaração levou a revisão do Plano de Acção da TB em 2007 e à adopção de novas prioridades que incluíam: a melhoria da qualidade de diagnóstico e tratamento; a expansão do acesso aos serviços DOTS das populações mais remotas, carenciadas e vulneráveis; a implementação de intervenções baseadas nas comunidades e a intensificação das acções colaborativas TB/HIV.

Em 2008, o governo adoptou um novo Plano Estratégico de Controlo da TB para o período entre 2008-2012 (PNCT 2008-2012), desenhado com enfoque nas estratégias do programa Stop TB 2006-2015 e com o objectivo de reduzir o peso global da tuberculose em linha com as metas dos ODM, da Parceria Stop TB e de documentos orientadores do governo sobre políticas e estratégias de saúde.

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose é gerido a nível central do Ministério da Saúde (MISAU) por uma equipa especializada e tem um Ponto Focal que o representa nos níveis provincial e distrital. Os serviços de Tuberculose estão integrados na rede do Serviço e Sistema Nacional de Saúde e estão bem descentralizados até o nível de posto de saúde e da comunidade.

Desde 2009, o DOTS institucional cobre todos os 128 distritos e 43 municípios do país, garantindo deste modo que em todos os centros de saúde seja oferecido tratamento

supervisado através do DOT. No entanto, cobertura populacional ainda não atingiu os níveis do Acesso Universal.

Os medicamentos de dose fixa combinada (DFC), introduzidos em 2006, contribuíram para uma maior adesão ao tratamento.

O financiamento dos medicamentos de primeira linha está a ser feito pela Ronda 7 do Fundo Global, actualmente na sua fase final e para formulações pediátricas há igualmente um apoio do Global Drug Facility (GDF). Desde 2012, Moçambique disponibiliza um fundo nacional para medicamentos, valor que tem vindo a aumentar.

O país conta (2012) com um total de 300 laboratórios funcionais com cerca de 500 microscópios (dos quais 55 de fluorescência e LED) para o exame bacteriológico de expectoração para cobrir as necessidades de toda população. Actualmente existe apenas um Laboratório Nacional de Referência, localizado em Maputo, responsável por fazer todas as culturas e testes de sensibilidade apoiado pelos laboratórios regionais da Beira na Região centro e Nampulana Região norte. Os dois laboratórios satélites regionais de Beira e Nampula executam somente culturas, estando a execução dos testes de sensibilidade reservada ao Laboratório Nacional de Referência. Os laboratórios regionais também participam no Controle de Qualidade.

A limitação imposta pelo número insuficiente de laboratórios no país tem uma influência significativa na limitação da capacidade de diagnóstico que se observa, com particular ênfase para os pacientes HIV-positivo, crianças, TB extrapulmonar e, mais recentemente, para os casos de TB-MR. Ao mesmo tempo que se caminha para alargar a rede de cultura no País, deve-se ter em conta que a possibilidade actual de identificar casos de TB reside na rede de microscopia, assim sendo, esforços devem ser empreendidos para o seu alargamento e qualidade, pois como já se demonstrou, os países que mais casos detectam são os que investiram na expansão da rede de microscopia (Uganda e Kenya).

Dois grandes problemas comprometem os objectivos de redução da magnitude da tuberculose pelo PNCT, nomeadamente a co-infecção TB/HIV e a emergência de TB Resistente. Mais de 60% dos pacientes com tuberculose têm serologia positiva para o HIV e cerca de 3,4% dos casos novos e 11% dos casos de re-tratamento de tuberculose têm Tuberculose Resistente, o que faz do País um dos mais acometidos pela TB Resistente a nível da região. Observando os dados existentes (resultados de retratamento e de casos de TB MR), há indícios de que a prevalência de TB Resistente e consequentemente a TB-ER em Moçambique poderá estar a aumentar.

O programa conta com apoio de parceiros, nomeadamente, Family Health International (FHI)/Medical Sciences for Health (MSH) através da coligação TB CARE financiada pela USAID, Organização Mundial da Saúde (OMS), as agências americanas ICAP, Center for Disease Control (CDC), HAI, JHPIEGO com financiamento da USAID e a Medecins Sans Frontieres (MSF) estão entre os mais relevantes que prestam apoio técnico para implementação de actividades colaborativas TB/HIV, TB MR, Controlo de infecção, DOTS comunitário e fortalecimento da capacidade laboratorial.

Tabela 4. Parceiros e respectivas áreas de intervenção

Parceiro	Área de apoio	Províncias
ICAP	TB, TB/HIV, MR-TB	Zambezia, Nampula
CCS	TB, TB/HIV, MR-TB	Inhambane, Maputo Cidade
ARIEL	TB, TB/HIV, MR-TB	Maputo Província, Cabo Delgado
EGPAF	TB, TB/HIV, MR-TB	Gaza
JHPIEGO	Controlo de Infecção em TB e apoio técnico em todas as áreas que o MISAU solicita	Apoio Central
FHI	- DOTS C, Laboratório, TB/HIV, TB Resistente, ACSM, Controlo de Infecção - Pesquisa	Gaza, Manica, Sofala, Tete, Zambezia, Nampula, Niassa
CDC	TB, TB/HIV, MR-TB	Apoio central
OMS	TB - Materno Infantil, Monitoria e Avaliação e Pesquisa operacional TB/HIV	Apoio central

Fonte; PNCT

1.5.2. Actividades essenciais e realizações do PNCT

Os serviços de Tuberculose existem à escala nacional, sendo fornecidos em todas as províncias e distritos do País e integrados na rede do Sistema Nacional de Saúde.

Notificação de casos

A epidemia de tuberculose no país continua alta. Uma resposta satisfatória tem sido demonstrada através da taxa de notificação na última década, com um aumento anual que varia de 2-15% no número de casos notificados nos últimos 5 anos. Este aumento é devido à rápida expansão dos serviços DOTS, que duplicaram na última década mas igualmente à associação ao HIV resultando num excesso de casos. Actualmente, o maior desafio prende-se com a gestão deficiente de stocks de medicamentos antituberculose nos depósitos, o que leva a constantes rupturas nas unidades sanitárias.

Resultados de tratamento

Relativamente ao tratamento, para os casos BK positivo já foi alcançada a meta global de 85% de cura dos pacientes recomendada pela OMS até 2010, devendo-se trabalhar para atingir a meta de 87% preconizada no Plano Global (revisito) e avançar-se para a meta de 90% em 2018. Uma grande dificuldade continua sendo o resultado de tratamento dos casos de re-tratamento, que se mantêm abaixo dos 75% recomendados e a elevada proporção de mortes (que chega a ser de 15% em algumas províncias) e de abandonos no mesmo grupo.

Manuseamento de casos de TB Resistente (TB-MR)

No inquérito instituído em 2007/2008 foi reportado que pouco mais de 3% dos casos novos de tuberculose tinham resistência a Rifampicina e Isoniazida (TBMR) com tendência crescente (para cerca de 4,3%) para os pacientes co-infectados pelo HIV e 11,2% dos casos de re-tratamento eram TB-MR. Há igualmente, relato de diagnóstico de casos de TB Extremamente Resistente (TB ER), tendo o 1º sido notificado em 2007.

Existe conhecimento e consciência acerca da existência do problema no seio dos provedores e autoridades locais. Foram estabelecidas normas para prevenção e manuseamento de casos de TB-MR, indicados pontos focais nos níveis central e provinciais e estabelecido um grupo nacional para gestão de TB-MR. A semelhança dos casos sensíveis, o tratamento para os casos de TB-MR é também gratuito.

O PNCT enfrenta desafios na gestão de TB MR. O primeiro e fundamental prende-se com insuficiência de pessoal qualificado, capacitado e com experiência para diagnosticar e tratar casos de TB MR.

Apesar de existir capacidade laboratorial para a confirmação dos casos e outros tipos de resistência aos medicamentos de primeira linha, o Sistema de Vigilância para casos de TB MR ainda não é sólido, precisando de ser revisto e reforçado. Outro grande desafio é a falta de capacidade institucional (leitos) para tratamento de todos os casos de TB MR confirmados. A título de exemplo, em 2011, pouco mais de 50% dos casos confirmados iniciaram o tratamento.

Uma questão preocupante é o fraco nível de resultados de tratamento, tendo em conta que somente 51% dos casos identificados iniciaram o tratamento em 2011:

- A taxa de cura ronda em 46% (56% em 2006; 48% em 2007; 36% em 2008; 34,6% em 2009; e 30,4% em 2010);
- A taxa de óbitos por TB MR ronda entre os 15 e 29%;
- Os abandonos entre 17 e 22%.

Actividades colaborativas TB/HIV

A associação de HIV/SIDA à tuberculose em Moçambique é forte. Cerca de 60% dos pacientes com tuberculose são seropositivos para o HIV e a tuberculose representa a doença oportunística mais comum em pessoas vivendo com HIV/SIDA bem como constitui a maior causa de mortalidade nesse grupo.

Registam-se progressos notórios nas actividades colaborativas de TB/HIV traduzidas por aumento no número de pacientes tuberculosos testados para o HIV (88, 87 e 94% em 2010, 2011 e 2012, respectivamente) aumento no uso de terapia profiláctica com cotrimoxazol para os pacientes tuberculosos com HIV (97, 99 e 98% em 2010, 2011 e 2012, respectivamente); e aumento do acesso aos ARV dos pacientes de TB HIV positivos (25, 29 e 55% em 2010, 2011 e 2012, respectivamente). Em relação a pessoas vivendo com HIV/SIDA (actividades da responsabilidade do Programa de HIV/SIDA), o número de casos rastreados para TB tem estado igualmente a aumentar (63%, 73% e 81% do total de novos inscritos em 2010, 2011 e 2012, respectivamente) assim como a terapêutica preventiva com Isoniazida em pacientes HIV+ sem tuberculose activa. Os Programas de Tuberculose e de HIV/SIDA estão a trabalhar na finalização do Guião das actividades colaborativas TB/HIV que inclui a estratégia de paragem única recomendada pela OMS para os casos co-infectados de Tuberculose e HIV.

Foi, igualmente, aprovada e adoptada a recomendação de início de TARV dentro entre 2-8 Semanas da fase intensiva do tratamento da TB a todos os pacientes com co-infecção independentemente do seu nível de CD4 de acordo com as normas de tratamento da OMS revistas em 2010.

Serviços de Laboratório

A capacidade laboratorial é de importância extrema para garantir a melhoria do diagnóstico e do tratamento assegurando a monitoria dos pacientes tuberculosos. Com vista a garantir tais serviços, várias acções foram levadas a cabo pelo PNCT em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde e Secção de Laboratórios da DNAM. Estas acções incluíram: reabilitação da infraestrutura do LNRT; a reactivação à afiliação ao Laboratório Supranacional de Milão na Itália; acreditação com apoio de Milão; capacitação adicional dos técnicos existentes e formação em trabalho de recém recrutados; expansão da capacidade laboratorial para Cultura e Sistema de Controle de Qualidade, criando dois laboratórios regionais para o centro e o norte; aumento do número de microscópios e melhoria das condições de biossegurança incluindo medidas de controlo de infecção.

Contudo, progressos ainda são necessários, principalmente no que concerne ao acesso aos meios diagnósticos laboratoriais (em particular o transporte de amostras), a informação atempada dos resultados, controlo de qualidade, gestão dos laboratórios e dos recursos disponíveis, adopção de novas tecnologias de diagnóstico e contínua monitoria e manutenção do equipamento existente.

Gestão de medicamentos anti-Tuberculose

Em Moçambique os medicamentos anti-tuberculose são dispensados gratuitamente como na maioria dos Países que observam os princípios da Parceria Stop TB. . Os medicamentos de primeira e segunda linha são financiados pelo orçamento geral da saúde, na sua maioria proveniente de doações externas. Em 2012, o Ministério da Saúde alocou 500.000 dólares americanos para medicamentos Anti-TB com o compromisso de continuar a elevar o montante. De um modo geral, não há reportes de grandes dificuldades de gestão dos stocks de medicamentos, foram reportadas algumas roturas de stocks a nível provincial em 2012 e baixo nível de stocks de segurança (< 4 meses) de medicamentos em 2011. O sistema de procurement, aquisição e distribuição de medicamentos é vertical e tem mostrado resultados satisfatórios.

Os desafios nesta área prendem-se com o controlo de qualidade dos medicamentos importados, com o armazenamento de medicamentos a nível local (provincial edistrital), principalmente no que concerne ao espaço e a temperatura dos locais de armazenamento.

Controlo de Infecção

Importantes avanços foram registados na área de controlo de infecção quer especificamente no PNCT quer no sistema nacional de controlo de infecção. Destacam-se a instauração de uma unidade de controlo de infecção no MISAU em 2004, a aprovação de normas de segurança no local de trabalho, que incluem a TB como um risco ocupacional; a realização de vários cursos organizados para vários níveis de profissionais de saúde, desde supervisores provinciais até APEs, estes últimos com apoio de parceiros vários .

A Política da OMS para o Controlo de Infecção em unidades sanitárias, conglomerados e domicílios foi traduzida, adaptada e disseminada,. Em 2010, o PNCT elaborou e aprovou a Política e Plano Nacional de Controlo de Infecção para a Tuberculose em Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique [15], ficando por elaborar um plano faseado no tempo para aplicação de medidas de Controlo de Infecção nas unidades sanitárias do País.

Envolvimento e empoderamento de comunidades e pessoas com TB

Há evidência de aumento da procura de serviços de saúde e melhoria de aderência ao tratamento quando há envolvimento de líderes comunitários e outros grupos de influência ao nível das comunidades.

Desde 2006 que se implementa a Estratégia de DOTS comunitário no país. Esta estratégia permite que os pacientes de zonas remotas façam o tratamento o mais próximo possível de suas residências, evitando desta forma que percorram longas distâncias até a unidade sanitária mais próxima para receber os seus medicamentos, aumentando assim a adesão.

No âmbito do DOTS Comunitário foram desenvolvidos e distribuídos materiais de formação e formulários de relatórios para vários voluntários das comunidades. Actualmente, a estratégia está a ser implementada em todo o país. O programa dos DOTS é maioritariamente apoiado por ONGs e a implementação coordenada pelas autoridades sanitárias nacionais. Espera-se nos próximos anos aumentar a autonomia de gestão do DOTS através da expansão do programa de APEs, como maneira de garantir a sustentabilidade do DOTS. Os próprios voluntários e activistas participam activamente na identificação de suspeitos e na monitoria do tratamento. Os líderes comunitários apoiam estas actividades e mui positivamente influenciam a mobilização e a adesão ao tratamento.

Participação de todos os Prestadores de cuidados de saúde

Um dos desafios do sistema em Moçambique tem sido o a dificuldade para envolver o sector privado nas actividades de notificação de casos suspeitos de tuberculose. Dados de outros países da região e do Mundo (para além da recomendação da própria Estratégia DOTS) demonstram a importância e pertinência da inclusão do sector privado nas actividades de controlo da TB., particularmente num momento em que o Sector Privado ganha mais terreno.

Fortalecimento do Sistema de Saúde incluindo o reforço do Sistema Comunitário

Os serviços do PNCT encontram-se adequadamente integrados no sistema de saúde: os serviços de TB estão disponíveis nas unidades sanitárias mais periféricas e estão integradas nas actividades da equipa de saúde a esse nível constituindo uma das áreas de prestação de serviços de qualidade bem conhecidas e respeitadas pela população.

Os maiores desafios enfrentados pelo Programa são a falta de pessoal em quantidade e qualidade adequado para implementar todas as actividades estabelecidas e gerir técnica e funcionalmente o PNCT bem como coordenar os Parceiros.

Advocacia, Comunicação e Mobilização Social (ACMS)

Foram levadas a cabo algumas actividades, nomeadamente o desenvolvimento de material de informação e comunicação e sua distribuição. Foram produzidos panfletos contendo informação sobre a doença, os riscos de a contrair e medidas para sua prevenção, com posterior distribuição dos panfletos pelas unidades e outros locais julgados apropriados. Foram também realizadas campanhas publicitárias e de difusão pela rádio e televisão. De igual modo foram levadas a cabo várias palestras nas comunidades, com participação de líderes locais, com objectivo de despertar as comunidades para a importância da doença e medidas de prevenção e controlo apropriadas.

Promoção de Pesquisa

Da lista de actividades de pesquisa programadas no âmbito da pesquisa no plano 2008-2012, poucas foram realizadas. Destaque-se a *não realização do Inquérito de Prevalência de Tuberculose* instrumento importante para obtenção de dados sobre a verdadeira magnitude da Tuberculose no País, programado para 2012. Em 2007, foi realizado um inquérito nacional sobre resistência aos medicamentos que resultou na elucidação do perfil de resistência aos medicamentos de primeira linha em uso no país. É necessário prever para breve a realização de um inquérito de resistência aos medicamentos anti tuberculose viato que, este tipo de inquéritos deve ter lugar a cada três a cinco anos.

Os desafios nesta área incluem o desenvolvimento de uma agenda de pesquisa bem estruturada, que aborde temas relevantes e ajustados às necessidades e capacidades do programa a nível nacional, o que poderá contribuir para um melhor funcionamento e fortalecimento do Programa, possibilitando ainda uma planificação mais realista.

Capítulo 2. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO ESTRATÉGICO 2008-2012

O PLANO ESTRATÉGICO 2008-2012 foi estabelecido orientado pelo Plano Global para Parar a TB, 2006-2015, pelo Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose para a Região Africana 2006-2010 e o Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose na Região da SADC, 2007-2015.

Por outro lado, os seguintes compromissos assumidos pelos líderes Africanos serviram de base para o Desenvolvimento do Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose para a Região Africana, para o período de 2006 a 2010 e nortearam igualmente o Plano de Moçambique, nomeadamente:

- a) A Declaração de Abuja e o Plano de Acção para HIV/SIDA, Tuberculose e Outras doenças infecciosas relacionadas de Abril de 2001;
- b) A Declaração de Maputo em Malária, HIV/SIDA, Tuberculose e Outras doenças infecciosas relacionadas, em Julho de 2003;
- c) A Estratégia de Saúde da União Africana/NEPAD de 2003;
- d) A Decisão N 55 da IVª Sessão Ordinária da Assembleia da União Africana, no seu Relatório Interino sobre HIV/SIDA, Tuberculose e Pólio, de Abuja em Janeiro de 2005.

De um modo geral, o Objectivo Geral dos Planos acima referidos é acelerar a redução da morbilidade, mortalidade e transmissão da TB até 2015 na Região da SADC, em linha com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e as metas da Parceria para Parar a TB. Os Objectivos Estratégicos indicam que os planos pretendem atingir e manter 70% de taxa de detecção de casos novos com baciloscopia positiva e 85% de taxa de sucesso ao tratamento para todos aqueles que iniciaram o tratamento, em todos os países membros até o final de 2010.

- a) O Plano Estratégico 2008-2012 foi desenvolvido colocando como prioridade a melhoria da qualidade do diagnóstico e o tratamento de casos de tuberculose com foco nas seguintes intervenções:
 - A contínua expansão do DOTS institucional e do DOTS Comunitário.
 - A expansão e reforço da implementação de actividades Colaborativas entre o programa de Tuberculose e do HIV/SIDA
 - A expansão das actividades relativas ao controlo da Tuberculose Multiresistente (TB/MR) e de Extrema Resistência (TB/XR).

2.1 Objectivos, Metas e Resultados atingidos

Foram definidos **3 objectivos estratégicos** que deviam nortear a implementação do Plano Estratégico 2008-2012 usando-se como dados de base os do ano 2006, nomeadamente:

- I. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da estratégia DOTS;

- II. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços do DOTS de qualidade;
- III. Reforçar as parcerias para o controlo da TB

Foram estabelecidas as seguintes metas:

- i. Redução da taxa de prevalência da tuberculose de 636/100.000 observados em 2006 para 390/100.000 em 2012;
- ii. Redução da taxa de letalidade da tuberculose de 12% observados em 2006 para 7% em 2012, deste modo cumprindo com o Objectivo de Desenvolvimento do Milênio;
- iii. Aumento da taxa de detecção de casos com BK+ de 50% observados em 2006, para 75% no final de 2012;
- iv. Aumento da taxa de sucesso terapêutico com Tratamento de Ciclo Curto sob Observação Directa (DOT) de 80% observados em 2006 para 85% no final de 2012, deste modo cumprindo com o Objectivo de Desenvolvimento do Milênio;
- v. Redução taxa de abandono ao tratamento dos 7% observados em 2006 para 5% no final de 2012

2.1.1 DOTS

O quadro 1 apresenta os objectivos, as metas e resume os resultados estratégicos atingidos.

Quadro1.Plano Estratégico 2008-2012, Resultados (Metas e Indicadores)

Objectivos		Metas e Indicadores			
Geral	Estratégicos	Meta	Indicadores		Observação
			Baseline (2006)	2012	
Reduzir a Prevalência e Mortalidade pela Tuberculose em Linha com os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015.	i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da estratégia DOTS;	▪ Redução da taxa de prevalência da tuberculose de 636/100.000 observados em 2006 para 390/100.000 em 2012;	-	7.5%	NÃO ATINGIDO
		▪ Redução da taxa de letalidade da tuberculose de 12% observados em 2006 para 7% em 2012, deste modo cumprindo com o Objectivo de Desenvolvimento do Milênio;	12%	51%	NÃO ATINGIDO
	ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços do DOTS de qualidade;	▪ Aumento da taxa de detecção de casos com BK+ de 50% observados em 2006, para 75% no final de 2012;	80%	87%	NAO ATINGIDO
		▪ Aumento da taxa de sucesso terapêutico com Tratamento de Ciclo Curto sob Observação Directa (DOT) de 80% observados em 2006 para 85% no final de 2012,	7%	4%	ATINGIDO
	iii. Reforçar as parcerias para o controlo da TB	▪ Redução taxa de abandono do tratamento dos 7% observados em 2006 para 5% no final de 2012			ATINGIDO

Com vista a atingir os objectivos definidos foram estabelecidas estratégias e intervenções no âmbito das componentes da Estratégia para Parar a Tuberculose:

- Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco sub Componentes
- Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios
- Fortalecimento do Sistema de Saúde
- Envolvimento de Todos os Provedores de Saúde
- Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e as Comunidades Afectadas
- Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional

Avaliação do tratamento

Como apresentado na tabela5, os resultados de tratamento foram de 86% em 2009; 85% em 2010% 87% em 2011; A taxa de abandono e de letalidade atribuída a TB nas coortes analisadas também se reduziu tendo sido atingidas as metas,

Tabela5 . Resultados de tratamento, Casos Novos Bk+, Moçambique, 2006-2012*

Ano	Total (Número)	Curados		Tratamento completo %	Óbitos %	Falência %	Abandonos %	Transferidos %	Taxa de Sucesso de Tratamento %
		Número	%						
2006	18.207	14.912	81,9	1,1	10	-	5	1,5	83
2007	15.650	12.211	78	1,5	11,8	1,2	5,42	2	80
2008	15415	12.640	82	1,4	9,6	1,4	4,1	1,5	83
2009	19.475	16.434	84,4	1,1	9	1	3	1	86
2010	20.038	16.753	83,6	1,6	8	1	4	1	85
2011	19.500	16.620	85,2	1,5	7,5	1,4	3,3	1,1	87

Fonte: Relatórios anuais do PNCT e Relatório Global da TB, 2011 e 2012

2.1.2 Actividades de Colaboração TB/HIV

Em relação às actividades de Colaboração TB/HIV, a situação tem vindo a melhorar mas passos maiores devem ser adoptados. É visível o esforço do Programa a partir de 2010 em acelerar as actividades de TB/HIV, contudo dado o alto nível de co-infecção, a proporção de casos elegíveis que têm acesso aos ARV tem de ser melhorada. Um outro eixo destas actividades deve ser a implementação da “paragem única” [19] para doentes em tratamento TB e TARV. A Estratégia da Paragem única foi implementada em 2012 em Moçambique

A tabela 6 resume a implementação das actividades de Colaboração TB/HIV em Moçambique e mostra os progressos efectuados nos últimos 3 anos (2010 a 2012).

Tabela 6. Implementação de actividades de Colaboração TB/HIV, Moçambique, 2009-2012²

Ano País	Total de Casos de Tuberculose notificados	Total de Casos de TB testados para o HIV		Total de casos de Tuberculose com HIV+		Total de Casos TB HIV+ em TPC (Cotrimoxazol)		Total de casos TB HIV+ em TARV	
		Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
2009	43.717	37.386	86	23.905	64	21.082	88	5.349	22
2010	46.174	40.554	88	24.574	61	23.738	97	6.250	25
2011	47.452	41.896	88	26.538	63	24.095	98	7.661	29
2012	51.192	47.960	94	27.979	58	27.319	98	15.395	55

Fonte: Relatórios do PNCT

2.1.3 TB Resistente (TB MR e TB ER)

Os dois laboratórios diagnosticaram ao longo de todo ano 2012 um total de 283 pacientes com TB Multiresistente dos quais 269 no LNRT de Maputo e 14 no Laboratório Regional da Beira. Destes, foram notificados e iniciaram tratamento 215 pacientes em todo país. A maior percentagem dos que iniciaram tratamento está na província de Maputo, Gaza e Cidade de Maputo com 17%, 22% e 29% dos casos, respectivamente. As províncias de Cabo delgado e Niassa são as que tem se mostrado silenciosas com 1 caso cada uma.

O Laboratório Supra Nacional de Referência de Milão diagnosticou 6 (seis) pacientes com Tuberculose Ultraresistente durante o ano 2012. Destes 5 iniciaram tratamento em regime de internamento e um foi óbito antes do início do tratamento.

Actualmente contamos com 680 pacientes em tratamento para TB Multiresistente e 5 para TB Ultraresistente totalizando um cumulativo de 865 pacientes diagnosticados e iniciados o tratamento desde 2006 até Dezembro de 2012. A tabela seguinte mostra os casos de 2006 a 2012 (dados PNCT). O ano de 2006 é o ano formal da implantação do TB MR, mas deve ser notado que o PNCT já tratava esporadicamente de casos de TB resistente.

²Dados completos de 2008 não disponíveis

Tabela 7. Número de doentes TB MR notificados e respectivos resultados de tratamentos desde o ano de 2006

Ano	Total de inscritos (Número)	Curados		Óbitos		Abandonos		Transferidos	Em tratamento	Sem informação
		Número	%	Número	%	Número	%			
2006	48	27	56	10	21	10	21	1	0	0
2007	97	47	48	28	29	14	10	1	0	7
2008	136	49	36	35	26	22	16	0	25	5
2009	137	0	0	28	20	16	12	1	88	4
2010	102	31	30	15	15	17	17	2	28	0
2011	146	33 ³		31		20		3	267	4
2012	215	-	-	-	-	-	-	-	215	-
Total	866	156		131		83		3	680	19

³Resultados parciais

2.1.4 Controle de Infecção

Existe a Política e Plano Nacional de Controlo de Infecção para a Tuberculose em Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique. Está por elaborar um plano faseado de implementação das medidas nas US. Apesar de existir uma estratégia para “*Implementar as Práticas de CI TB nas Unidades Sanitárias*” com o **Objectivo de** “Ajudar as Unidades Sanitárias a estabelecerem estratégias económicas e eficazes para Controlo de Infecção para prevenir a transmissão da Tuberculose”, os dados existentes ainda não dão mostra de grandes avanços neste domínio.

Um total de 117 trabalhadores de saúde contraíram tuberculose em 2012, conforme se apresenta na tabela a seguir.

Tabela 8. Nº de trabalhadores de Saúde que contraíram TB em 2012

Província	Nº Casos
Niassa	10
C. Delgado	15
Nampula	9
Zambézia	5
Tete	7
Manica	15
Sofala	17
Inhambane	15
Gaza	22
Maputo Cidade	1
Maputo Província	1
TOTAL	117

Fonte: Relatório do PNCT de 2012

2.1.5 Envolvimento de Todos Os Provedores De Saúde

A colaboração PPM – quer com o Sector Público (PNCT-Sector Público) quer com o Sector Privado precisa de ser reforçada. Não existe uma ligação regular entre o PNCT e os Sectores governamentais (públicos) com Serviços de Saúde, o mesmo acontecendo em relação ao Sector Privado. Alguns casos devem estar a escapar à Notificação, ou seja ao Sistema. Os voluntários, activistas, a sociedade civil deverão estar mais envolvidos no Controlo de TB. Cada sector em particular e todos em geral têm um papel na luta contra a tuberculose.

2.1.6 Fortalecimento do Sistema de Saúde

A capacidade e competência dos Recursos Humanos, os recursos financeiros, a gestão adequada do sistema de saúde, a provisão de serviços e standard dos sistemas de informação são, entre outros, factores que contribuem para o Fortalecimento do Sistema de Saúde. Em Moçambique, estes factores ainda têm um peso significativo na prestação de cuidados. Os Programas são

implementados no e pelo Sistema de Saúde, pelo que a sua capacidade afecta o desempenho dos programas.

A infraestrutura de saúde em geral, a rede de laboratórios ,em particular, continuam a condicionar o acesso e a prestação de cuidados de TB mas o PNCT tem procurado encontrar alternativas para expandir os cuidados à periferia, com atenção especial aos pobres e vulneráveis.

2.1.7 Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional

O PNCT está numa fase em que precisa de acelerar a execução das suas intervenções e actividades – com evidência em resultados e a custos sustentáveis para avançar com segurança para 2015. O Inquérito Nacional de Prevalência de TB previsto para 2012 não foi realizado.

2.1.8 Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e Comunidades Afectadas

A Promoção da participação das comunidades em cuidados da Saúde incluindo os da TB bem como a Promoção da advocacia, comunicação e mobilização social, (ACMS) não podem ter lugar se não existem Parcerias. A expansão do DOTS Comunitário é a melhor evidência da importância e papel das Parcerias.

O Quadro 2 resume os resultados das intervenções nas áreas das 6 componentes da estratégia no período em apreço.

Quadro 2 .Sumário dos Resultados das estratégias e intervenções essenciais do Plano 2008-2012

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Resultados (indicadores)			Observação
			Baseline (2006)	2008	2012	
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da estratégia DOTS	1. Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes	Manutenção do elevado compromisso Político, e mobilização e sustentabilidade de recursos financeiros	√	√	Início da alocação de fundo para medicamentos pelo Governo	
		Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada	1 LNRT Rede de microscopia:255 centros funcionais		1 LNRT+ 2 LNR regionais >Redede microscopia285 centros funcionais	Desafio: Rotura de stock de consumíveis como reagentes, lâminas e escarradores
		Promoção da Implementação dos padrões internacionais para cuidados em Tuberculose (ISTC)	-	-	-	-
		Padronização do Tratamento sob supervisão directa (DOT) e apoio ao paciente	Todas as US do sector publico fazem DOT		Todas as US do sector publico fazem DOT; DOTS Comunitário com DOT	
		Fornecimento regular de medicamentos e sistema de gestão efectivo	√	√	√	Durante 2o semestre de 2011, houve rutura de <i>stock</i> do 4 DFC, Cicloserina, Pirazinamida ⁴

⁴Devido ao atraso do desembolso dos fundos para a compra dos medicamentos.

		Melhoria do Sistema de Monitoria e Avaliação para permitir a realização de avaliações do desempenho e impacto do programa	-	-	-	-
1. Implementação de Intervenções para Fazer Face à Coinfecção TB/HIV, à Tuberculose Multiresistente e Outros Desafios	Implementação de Actividades Colaborativas TB/HIV	Testados: TPC ARV ND	Testados: <80% TPC- <88% TARV'- <20%	Testados: 88% TPC- 97% TARV- 55%		
	Prevenção e Controlo da TB Multiresistente e de extrema resistência	√	√	√		
	Introdução de intervenções específicas para grupos vulneráveis e de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais	Prisioneiros Refugiados Vítimas de calamidades naturais	Prisioneiros Crianças, Refugiados Vítimas de calamidades naturais	Prisioneiros Crianças, Refugiados Vítimas de calamidades naturais		
2. Envolvimento de Todos os Provedores de Saúde	Promoção de abordagens mistas: público/público e público/privado (PPM)					Sector Privado ainda "marginalizado"
	Promoção da Implementação dos padrões internacionais para cuidados em Tuberculose (ISTC)					

Para minimizar esta situação foi feito uma compra de urgência com os fundos do Orçamento Geral do Estado.

ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade	Fortalecimento do Sistema de Saúde	Promoção da participação Activa nos esforços para o reforço do SWAP; dos recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão do sistema de saúde, infraestrutura e provisão de serviços e qualidade dos sistemas de informação				
	5. Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional	Promoção dum programa baseado na pesquisa operacional				Inquérito de Prevalência de TB não realizado
		Engajamento na pesquisa para o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento				Acompanhar o progresso e adoptar novas tecnologias
2. Reforçar as parcerias para o controlo da TB	6. Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e comunidades Afectadas	Promoção da advocacia, comunicação e mobilização social				Elaborada Estratégia de ACMS
		Promoção da participação das comunidades em cuidados da TB				Operacionalizada em 66 dos 128 distritos envolvidos
		Introdução do DOTS Comunitário de forma faseada a nível provincial e nacional				DOTS comunitário contribuiu para elevação da Taxa de Cura e de Sucesso
		Promoção da divulgação e respeito pela Carta de Cuidados ao paciente com TB				Introduzida

2.2 ANÁLISE SITUACIONAL DO PNCT NO PERÍODO 2008-2012

2.2.1 Fraquezas

- Mobilidade dos chefes do Programa e pessoal da Unidade Central
- Unidade Central com pessoal insuficiente e necessitando de melhorar a capacidade para:
 1. Planificar, monitorar e avaliar a implementação do Plano
 2. Coordenar as intervenções das diversas componentes da Estratégia Stop TB
 3. Coordenar os Parceiros
- Rotatividade constante dos Supervisores Distritais incluindo o pessoal de periferia formado em esfregaço e/ ou microscopia.
- Fraco envolvimento do PNCT com os outros sectores públicos e com o sector privado no controlo da tuberculose
- Gestão inadequada de medicamentos
 1. Baixo nível de stocks de segurança (< 4 meses) de medicamentos em 2011
 2. Rotura de stock de medicamentos em 2012
- Rotura de stock de consumíveis como reagentes, lâminas e escarradores
- Qualidade dos Dados
- Deficiente Implementação de Medidas de Controlo de Infecção
- Tuberculose Infantil inadequadamente abordada

2.2.2 Desafios

- Reforço da capacidade e estabilização da Unidade Central do PNCT;
- Financiamento para o programa maioritariamente dependente da ajuda externa;
- Gestão Programática de TB MR;
- Implementação de Medidas de Controlo de Infecção;
- Expansão do DOTSComunitário;
- Tuberculose Infantil;
- Coordenação do LNRT e PNCT
 - Expansão das novas tecnologias

- Melhoria da Gestão de medicamentos, reagentes e consumíveis de laboratório a todos os níveis
 - Controlo de qualidade dos medicamentos importados
- Melhoria do Sistema de Vigilância de TB
 - Qualidade dos Dados
 - Tendência
 - Incidência e Mortalidade
- Colaboração entre os Programas de TB e de HIV/SIDA
- Infraestrutura (laboratórios em particular)

2.2.3 GAP Programático

- Tuberculose Pediátrica
- Atenção aos Contactos, Pobres e Vulneráveis
- Resultados de retratamento
- Distribuição de casos por idade e sexo
- Não adopção do Modelo actual de Vigilância e Monitoria do Impacto
- Inquérito de Prevalência
- ACMS
- Quadro de Recursos Humanos envolvidos no Controlo de TBe por níveis
- Programa de Formação/Capacitação
- Articulação PNCT e LNRT

2.2.4 GAP Financeiro

Quadro real de financiamento do PNCT

Despesas e lacunas por Componente

Capítulo 3. VISÃO, MISSÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES e METAS ESTRATÉGICAS 2014-2018

3.1 VISÃO E MISSÃO

A visão e Missão do Plano Estratégico de Controlo de Tuberculose entre 2014-2018 são as seguintes:



Inspirados pelos mais altos valores e aspirações na luta contra a tuberculose e a razão da actualização do Plano Estratégico, foram definidos princípios orientadores a seguir resumidos.

3.2 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

A Estratégia Nacional de Controlo da Tuberculose 2014-2018 segue uma abordagem baseada nos direitos fundamentais consagrados na Política Nacional de Saúde [16] e traduzidos no Plano Estratégico do Sector de Saúde [2] em linha com o Plano Global de Parar a Tuberculose 2011-2015 [3] e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio [17]. Os princípios orientadores incluem:

- Respeito pelos Direitos Humanos Universais;
- Acesso livre e gratuito para todos os serviços abrangentes de tuberculose;
- Enfoque em estratégias custo-efectivas e sustentáveis no Sistema Nacional de Saúde; Integração dos cuidados, serviços e demais intervenções de tuberculose nos Cuidados de Saúde Primários e actividades do Sistema Nacional de Saúde
- Participação conjunta de todos os prestadores da rede sanitária pública, privada e Comunitária na prestação de cuidados de Tuberculose;
- Actividades ao nível comunitário com participação activa da sociedade civil e prestadores de cuidados informais de saúde na detecção e tratamento de casos de TB;
- Orientação para Resultados e Inspirado em Evidências, usando a ferramenta de Planificação, Gestão e M&A baseados em resultados;

- Foco no alcance de metas ambiciosas mas realistas num ambiente de mudança dos mecanismos de ajuda internacional incluindo a eventual redução na disponibilidade de fundos externos.

É na perspectiva de integrar os novos elementos do Plano Global 2011-2015 e ajustar os que se mantêm que o Plano Estratégico 2014-2018

do Programa de Tuberculose de Moçambique se vai estruturar, naturalmente tomando também em conta as suas fraquezas e desafios

quer do próprio PNCT quer os do Sistema, para que esta fase de implementação acelerada dos Programas de TB no Mundo com os olhos postos em 2015 possa ter sucessos. Deve ser tido em conta que 2015 é meta para todos os países.

3.3 METAS ESTRATÉGICAS

Metas de Impacto:

- *Redução da incidência tuberculose de 544/100.000 pessoas observada em 2011 para 390/100.000 em 2018 (redução de 3% ppor ano partindo da redução actual de 2.27% - OMS, 2011)*
- *Redução da mortalidade por tuberculose de 49/100.000 observados em 2011 para 37/100.000 em 2017 (redução de 3.95% em 2013 para 4.15% em 2017, partindo da redução actual de 3.89% - OMS, 2011)*

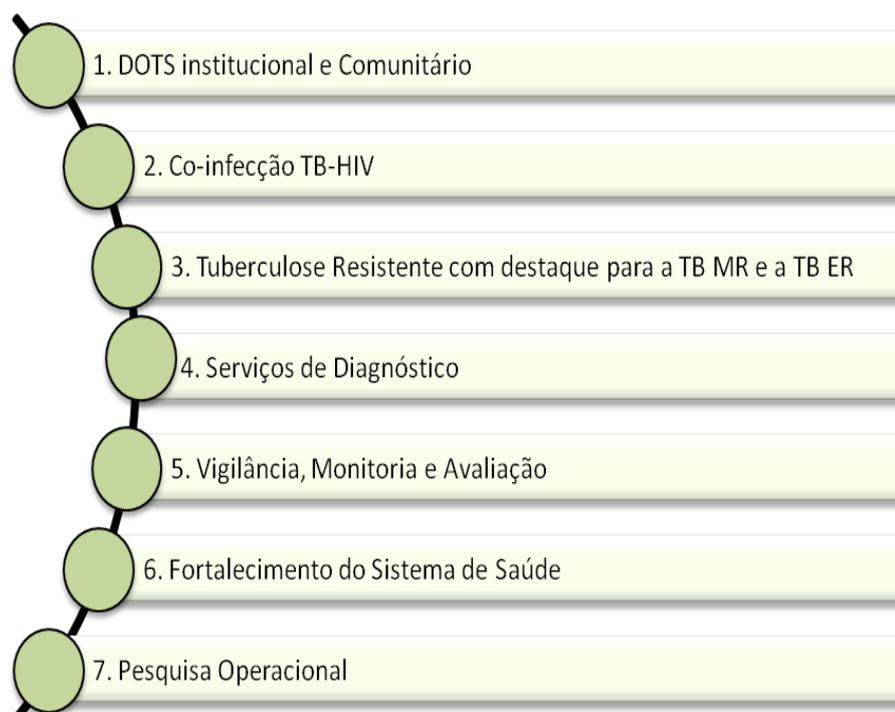
Metas de Resultados:

- *A Taxa de Notificação de todas formas de casos de TB (por 100,000 pessoas) aumenta de 186 em 2011 para 294 em 2016 e para 343/100.000 habitantes (aumento de 6-12% por ano);*
- *Aumento da Taxa de Sucesso de Tratamento de 85% observado em 2011 para 87% em 2016 e 90% em 2018;*
- *Taxa de Abandono ao tratamento mantém-se na cifra de 4% observada em 2010 até 2017 e reduz para 2% em 2018;*
- *A Taxa de sucesso de tratamento de TB-MR aumenta de 40% em 2011 para 65% em 2018;*
- *Aumento de casos de TB-MR Notificados em 50-75% ao ano até 2015 e 30-15% até 2018 partindo dos 215 casos observados em 2012 segundo o cenário ambicioso da estratégia PMDT;*
- *Aumento da taxa de cobertura do TARV em pacinetes TB/HIV de 55% observados em 2012 para 90% em 2015 e 100% em 2016*
- *Implementar o plano de controlo de Infecção em 75% das US em 2016 e 100% em 2018;*

Capítulo 4. RESULTADOS ESTRATÉGICOS 2014-2018

É objectivo principal de qualquer Programa de Tuberculose contribuir para a redução de incidência e da mortalidade por tuberculose. Por outro lado e tendo em conta a visão de um Mundo Livre Da Tuberculose, espera-se que a implementação do Plano irá contribuir ainda para reduzir a morbi-mortalidade por tuberculose.

4.1 ÁREAS INTEGRANTES DO PLANO ESTRATÉGICO 2014-2018



Moçambique é um país que vem tendo um desenvolvimentos notável na área de mineração do carvão, areias pesada, na indústria do cimento, têxtil e outras que aumentam o risco para as doenças pulmonares ocupacionais e portanto para a tuberculose e também a susceptibilidade dos trabalhadores e dos habitantes das áreas ao redor a estas doenças. Face a emergência deste potencial risco ocupacional e habitacional, o programa tem em vista buscar parcerias junto das indústrias acima mencionadas, no sentido de minimizar o aparecimento das doenças e prevenir sequelas aos indivíduos expostos.

4.2 RESULTADOS ESTRATÉGICOS DO PLANO 2014-2018.

4.2.1 Área estratégica I: DOTS institucional e Comunitário

Expansão do DOT com qualidade aos níveis institucional e comunitário

O PNCT visa consolidar a provisão de DOT em todas as unidades sanitárias do sistema público. O actual plano estratégico concentra-se particularmente no reforço da qualidade da estratégia DOTS por meio de intensificação de formação em trabalho e supervisão de pessoal. Destina-se a ter em todas as unidades sanitárias pelo menos um profissional de saúde adequadamente capacitado para gerir serviços DOTS em todos os seus aspectos, incluindo a coordenação dos parceiros.

Um DOTS de qualidade pressupõe e implica :

Compromisso político com financiamento adequado e sustentado

Detecção precoce de casos e diagnóstico baseado em bacteriologia de qualidade garantida

Tratamento padronizado com supervisão e apoio aos pacientes

Sistema eficaz de aprovisionamento e gestão de medicamentos

Monitoria e avaliação do desempenho, e do impacto

O PNCT conseguiu disseminar e fazer aplicar as normas de diagnóstico e tratamento de TB sensível. O PNCT deverá garantir um DOTS Comunitário de qualidade com observância dos standards internacionais de cuidados de tuberculose. Os Agentes Polivalentes Elementares (APEs) e os Activistas Comunitários com apoio dos respectivos líderes comunitários serão parceiros importantes no despiste de casos, na adesão ao tratamento e na busca activa de doentes faltosos.

4.2.1.1 DOTS e Grupos Vulneráveis

Atenção progressivamente maior tem vindo a ser prestada à População desfavorecida e aos Grupos Vulneráveis nomeadamente Mineiros, Reclusos, Imigrantes e Vítimas de Desastres Naturais, sem deixar de lado a Mulher e a Criança. reforçando a ligação com os serviços de Saúde da Mulher e da Criança e o estabelecimento de rastreio nas Consultas de Triagem e mesmo nos Serviços de Urgência.

As prisões e as minas, com exposição são dos locais conglomerados a que o PNCT vai dar maior atenção assim como os campos de refugiados para assegurar acesso a cuidados de serviços de TB de qualidade. Dados do PNCT (relatórios anuais de 2010, 2011 e 2012) indicam que o rastreio da TB nas prisões vem sendo intensificado ao longo dos anos.

Atenção especial será dada para melhorar o acesso desses grupos vulneráveis aos serviços de TB.

Moçambique alberga elevado número de refugiados. A atenção e cuidados que lhes são oferecidos, são os mesmos de toda a população Moçambicana. Sempre que se registam desastres naturais no País, o rastreio de tuberculose é efectuado de rotina nas comunidades afectadas.

Preocupado com os mineiros, um dos grupos mais afectados por tuberculose, o Governo de Moçambique está a finalizar um Plano de Acção para Assistência à Saúde dos Mineiros Moçambicanos Transfronteiriços [18], no âmbito de uma estratégia acordada entre os Países da

SADC (2010). Este plano identifica três doenças principais que afectam a saúde dos mineiros moçambicanos: a TB, o HIV e a Silicose. Pretende-se que neste âmbito o MISAU:

- a. Desenvolva e implemente um sistema melhorado de serviços de saúde focalizado nas necessidades específicas dos trabalhadores mineiros, incluindo a triagem do HIV, TB e Silicose no início e término dos contratos de mineração, diagnóstico e tratamento destas doenças;
- b. Estabeleça sistemas de monitoria e de referência transfronteiriços para continuação dos cuidados e tratamento dos pacientes que iniciaram tratamento na África do Sul;
- c. Introduza um sistema de rastreio, vigilância e monitoria para melhor permitir intervenções rápidas e de tratamento de modo a diminuir a propagação das doenças ocupacionais e transmissíveis mais prevalentes entre os trabalhadores mineiros, incluindo a TB, a TB MR/TB ER e o HIV/SIDA.

4.2.1.2 Provedores de Saúde e Parcerias

Uma debilidade do PNCT é a ligação com outros Provedores de Saúde, quer Públicos quer Privados. A ligação deverá ser reforçada pois o envolvimento de todos os Provedores de Saúde incluindo o sector privado no DOTS vai aumentar ainda mais o acesso aos serviços de TB.

O PNCT deverá incentivar os outros Provedores, incluindo as empresas privadas que possuem clínicas com o objectivo de familiarizá-las com as directrizes nacionais de TB e integrá-los na cadeia regular de suprimento de medicamentos anti-Tuberculose, produtos e insumos de laboratório, material de registo de doentes e diversos formulários do Programa de Tuberculose, devendo também ser incluídos nos programas regulares de supervisão e de formação.

4.2.1.3 Gestão de medicamentos, artigos médicos, material e insumos de Laboratório

Esta componente estratégica é extremamente importante para a implementação do DOTS. Sem se assegurar a disponibilidade contínua de medicamentos de qualidade e artigos de laboratório, um Programa de Tuberculose não executa o seu papel.

Existe uniformização dos procedimentos e fortalecimento de todos os sistemas de informação sobre stocks e seu consumo a todos os níveis, processo que deve contudo ser reforçado. A nível nacional, reuniões regulares são organizadas entre a Central de Medicamentos e Artigos Médicos - CMAM e o PNCT para monitorar a chegada de novos medicamentos, ajustar encomendas e agilizar a distribuição.

A quota de Financiamento nacional para medicamentos anti-Tuberculose e suprimentos de laboratório pelo governo de Moçambique foi introduzida em 2011. O Governo pretende aumentar paulatinamente a sua quota para reforçar tornar a área de medicamentos e insumos laboratoriais progressivamente menos dependente dos mecanismos de financiamento externo.

As necessidades em medicamentos são estimadas pelo Grupo de Trabalho de Medicamentos (PNCT, CMAM, Parceiros) com base nos casos notificados, estando o procurement e distribuição a cargo da CMAM. O controle de qualidade dos medicamentos é efectuado pelo Laboratório Nacional de Controle de Qualidade de Medicamentos, LNCQM. O monitoramento da qualidade dos suprimentos será reforçado através da criação de uma colaboração existente entre o PNCT, CMAM e o LNCQM visando melhorar as condições de armazenamento e a

distribuição/transporte em todo o sistema, sem ignorar a vigilância activa de medicamentos e monitoria de efeitos adversos.

Tabela 9.DOTS Institucional e Comunitário: Quadro de Resultados Estratégicos2014-2018

Resultados	Produtos	Estratégias
<p>1. Capacidade de gestão do PNCT reforçada incluindo a gestão programática, da Estratégia Stop TB e a coordenação de parceiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidade Central do PNCT com mais pessoal técnico qualificado <i>incluindo clínico</i> capaz de planificar, fazer implementar, monitorar e avaliar as actividades dos Planos de TB no País ✓ Unidade provincial com Capacidade local de gestão programática e clínica adequadas e reforçadas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a capacidade de gestão e competência técnica do PNCT do nível central e periférico
<p>2. Implementação de DOTS de qualidade; Mais casos de TB notificados e tratados adequadamente com base na Estratégia DOTS de qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A Taxa de Notificação de todas formas de casos de TB (por 100,000 pessoas) aumenta de 187 em 2011 para 294 em 2016 e 343 em 2018 ✓ Taxa de Sucesso de Tratamento aumenta de 85% observado em 2011 para 87% em 2016 e 90% em 2018 e estabilização da taxa nos 2-3 anos seguintes ✓ A Taxa de Abandono ao tratamento mantém-se à volta de 4% ao longo dos anos e reduz para 2% em 2018 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a capacidade do pessoal de saúde para efectuar diagnóstico precoce (rastreamento activo de Tuberculose) e o adequado manejo de casos de TB; ✓ Estabelecer e manter a capacidade diagnóstica de TB em todas as US com laboratório no país; ✓ Estabelecer o plano de introdução e expansão de novas tecnologias; ✓ Fortalecer a supervisão de suporte de serviços de controlo de TB em todos os níveis de atenção em Moçambique
<p>3. Envolvimento de Provedores Públicos e Privados na implementação do DOTS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais clínicas privadas com capacidade para efectuar diagnóstico e tratamento de tuberculose; ✓ Mais empresas com postos de saúde ou clínicas são capacitadas em DOTS; ✓ Mais ONGs/OCBs integrados na implementação do DOTS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a coordenação de actividades no âmbito do DOTS e assegurar o envolvimento público-privado na implementação do DOTS
<p>4. Empoderamento de pessoas afectadas por TB e das comunidades através de parcerias</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais pessoas afectadas pela TB tem conhecimentos de TB e fazem actividades comunitárias de prevenção da TB; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantir o envolvimento comunitário na luta contra a TB e promoção da saúde ✓ Activistas de OCBs

		<p>trabalhando no HIV envolvidos na busca activa de doentes TB faltosos e na sensibilização do DOTS Comunitário</p> <p>✓ Reforçar a ACMS</p>
<p>5. Aprovisionamento regular e gestão efectiva de medicamentos</p>	<p>✓ Sistema efectivo de Aprovisionamento regular de medicamentos operacionalizado</p> <p>✓ Aumenta o número de distritos e províncias reportando que não tiveram rotura de stock de Medicamentos antituberculose de primeira linha no último dia do trimestre entre todas unidades de reporte</p>	<p>✓ Melhorar a gestão do sistema de informação atempada sobre medicamentos anti-TB e da cadeia logística</p> <p>✓ Reforçar a colaboração do PNCT com o DF/LNCQM e CMAM, para o controle de qualidade dos medicamentos para o tratamento da TB</p>
<p>6. Grupos vulneráveis beneficiam de intervenções específicas no âmbito do DOTS</p>	<p>✓ Aumenta o número de US com CCR onde é feito o diagnóstico de TB</p> <p>✓ Aumenta o número de US com SR/PF onde é feito o diagnóstico de TB</p> <p>✓ Aumenta o número de instituições prisionais implementando DOTS</p> <p>✓ Aumenta número de mineiros com acesso aos serviços de despiste e tratamento de TB</p> <p>✓ Aumenta o número de quartéis com acesso aos serviços de despiste e tratamento de TB</p> <p>✓ Despiste de Tuberculose efectuado rotineiramente em todas as unidades do serviço prisional</p>	<p>✓ Identificar e organizar serviços para grupos de alto risco, nomeadamente mineiros, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais crianças e grávidas</p> <p>✓ No âmbito do plano de acção para a saúde dos mineiros: (i) Reforçar a coordenação entre instituições nacionais envolvidas (sectores de trabalho, migração, finanças, saúde e CNCS); e melhorar a colaboração e troca de informação entre câmaras de minas e equipas técnicas clínicas da África do sul e Moçambique</p>

4.2.2 Área Estratégica 2: Co-infecção TB/HIV

As actividades de Colaboração TB/HIV começaram a ser implementadas pela maioria dos países da Região a partir de 2006. Em Moçambique elas ganham momento a partir de 2008. Esforços existentes para uma maior colaboração estão em curso com o objectivo de se acelerar a integração das actividades TB e HIV. As actividades para reduzir a TB em pessoas vivendo com HIV ou SIDA; – *responsabilidade do Programa de HIV/SIDA* (3 I's para HIV/TB e um acesso precoce aos ARV) e as actividades para prevenir o HIV em doentes com diagnóstico confirmado ou presuntivo de tuberculose - *responsabilidade do PNCT* (Testes e Aconselhamento para o HIV; TPC; TARV; métodos e prevenção de HIV); estão em franco progresso. Nos próximos cinco anos, o PNCT irá intensificar seu contributo no reforço da colaboração e integração de serviços TB-HIV, em coordenação com o Programa Nacional de Controlo de ITS e HIV e SIDA, utilizando sistemas comuns de registo, reporte e ferramentas. Assim, a colaboração entre os programas de TB e HIV será fortalecida em todos os níveis de atenção.

O PNCT em colaboração com Programa Nacional De controlo de ITS e HIV também irá acelerar o acesso universal dos pacientes com co-infecção HIV/TB ao TARV, a profilaxia com cotrimoxazol e isoniazida, esta responsabilidade do Programa do HIV. Outras prioridades são a implementação de estratégias inovadoras como “paragem única” [19] para doentes em tratamento TB e TARV. A expansão da paragem única deverá ter em conta a actual descentralização do DOTS. O sistema de referência e contra referência deverá merecer atenção particular entre os dois Programas.

O desenvolvimento de intervenções comunitárias e extensíveis à família deverá continuar a ser estimulado com vista a assegurar a melhoria da capacidade de busca de casos no domicílio incluindo a identificação dos doentes não aderentes.

Finalmente, mas não menos importante esta estratégia preconiza mais rigor no controlo de infecção ao sensibilizar através de estratégias de comunicação eficazes. Para lograr este resultado de forma efectiva, o PNCT irá continuar a advogar e implementar a Política e Plano Nacional de Controlo da Infecção para a Tuberculose em Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique [15].

Tabela 10. Co-infecção TB-HIV: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018

Resultados	Produtos	Estratégias
1. Colaboração mais forte, regular e institucionalizada entre os Programas de TB e de HIV/SIDA	Plano Conjunto de TB e de HIV/SIDA: ✓ Vigilancia ✓ Monitoria e Avaliação ✓ Testes ✓ Medicamentos	✓ Reforço do mecanismo conjunto de actuação dos Programas com vista à integração das actividades de prestação de cuidados TB/HIV
2. Número crescente de pacientes e suspeitos de TB testados para o HIV	✓ Proporção de doentes de TB que conhecem seu estado em relação ao HIV aumenta de 88% em 2011 para 100% em 2016 e se estabiliza.	✓ Monitoria e Avaliação conjunta

3. Maior e mais precoce acesso dos doentes de TB aos ARV	✓ Proporção de doentes de TB que iniciam TARV aumenta de 55% em 2012 para 90% em 2015 e para 100% em 2016 e estabiliza.	✓ Planificação conjunta dos Programas de HIV/SIDA e PNCT para disponibilidade regular de ARVs
4. Mais pacientes de TB que são HIV+ recebem tratamento profilático com cotrimoxazol	✓ Proporção de doentes de TB em TPC aumenta de 98% em 2011 e 2012 para 100% em 2015 e estabiliza	✓ Implementação de Paragem única Plano conjunto/ Monitoria e Avaliação conjunta
5. Mais pacientes com HIV são diagnosticados com TB e iniciam o tratamento	✓ Aumenta a proporção de pacientes HIV rastreados para o HIV passa de 58% em 2012 para 90% em 2015 [segundo o plano de aceleração do programa de HIV, [responsabilidade do Programa de HIV/SIDA]	✓ Implementação de 3 I's (<i>Programa de HIV/SIDA</i>)
6. Mais pacientes HIV+ sem TB recebem TPI [responsabilidade do Programa HIV]	✓ Aumenta a proporção de pacientes HIV sem TB que fazem TPI de 13% em 2013 para 45% em 2015 (plano de aceleração do programa de HIV)	✓ Implementação de 3 I's (<i>Programa de HIV/SIDA</i>)
7. Mais US implementam o plano de controlo de infecção	Proporção de Unidades Sanitárias com Plano de Controlo de Infecção ✓ Aumenta anualmente em 20% o número de US de maior movimento que têm e implementam um PCI e atinge 100% em 2018)	✓ Definir o plano faseado de implementação de medidas de Controlo de Infecção nas Unidades sanitárias do País, priorizando as de maior movimento e as que tratam TB MR ✓ Avaliar periodicamente e actualizar os Plano de Controlo de Infecção das US

4.2.3 ÁREA ESTRATÉGICA 3: TUBERCULOSE RESISTENTE (COM DESTAQUE PARA AS FORMAS MULTIDROGA RESISTENTES [TB MR] E EXTREMAMENTE RESISTENTES [TB ER]):

A tuberculose resistente constitui em Moçambique o maior desafio na implementação das Componentes do DOTS. A proporção de casos detectados no País situa-se nos 17% do número de casos esperados, abaixo da média regional.

A gestão de TB Resistente continua a ser a componente menos favorecida no controlo de Tuberculose na Região Africana.

Em Moçambique estima-se que 1.300 casos de TB Resistente ocorrem anualmente (se estimado a partir dos casos novos, OMS 2012). Os quadros 5 e 6, com dados do relatório do PNCT para 2012, mostram os casos identificados no país de 2006 a 2012, evidenciando o esforço que o PNCT deverá fazer para expandir os serviços nesta área.

Foi desenvolvida uma estratégia nacional para a gestão programática da TB resistente cuja implementação foi já iniciada. Este processo é apoiado por uma estratégia de comunicação para cuja implementação o PNCT convida os parceiros a apoiar.

Existe um ponto focal de TB MR na Unidade Central do PNCT. A estratégia básica para a prevenção de TB-MR é um programa de vigilância e de tratamento bem estruturado com apoio ao doente para estimular a adesão e baseado no DOT com medicamentos anti-tuberculose de 2ª linha eficazes e de qualidade.

A gestão programática de TB MR ainda é um desafio quer a nível nacional quer provincial, em particular no concernente ao diagnóstico precoce, à capacidade clínica de manuseamento e seguimento dos casos.

Um plano de formação em TB MR e TB XR, que inclui o desenvolvimento de curriculum para instituições nacionais de formação, a organização dos cursos de formação no país e participação em cursos internacionais e visitas de intercâmbio com outros países da região, será concluído. Os manuais de diagnóstico e de tratamento de TB-MR serão actualizados e distribuídos.

Quadro 3. Pacientes de TB MR diagnosticados e inscritos em tratamento, Moçambique, 2006-2012

Ano	Diagnosticados	Iniciaram tratamento
2006	129	48 (37%)
2007	163	97 (60%)
2008	200	136 (68%)
2009	145	137 (94%)
2010	95	87 (92%)
2011	184	146 (79%)
2012	283	215 (76%)
Total	1199	866

Fonte : PNCT, draft do PMDT, Junho 2013

Em 2012 foram notificados 5 casos de TB-XR dos quais dois na Província de Maputo, Dois na cidade de Maputo e um na Província de Gaza.

A capacidade de diagnóstico por cultura e a capacidade para testes de sensibilidade será ampliada para aumentar a detecção de casos de TB MR. O transporte de amostras dos suspeitos será revisto e comunicação rápida dos resultados laboratoriais reforçada. Diferentes modelos de tratamento a nível regional e provincial serão explorados sempre em condições adequadas de controlo de infecção. Especial atenção será dada à busca activa de casos para prevenir TB MR em profissionais de saúde que trabalham em ambiente de alto risco, tais como laboratórios de referência de TB, centros de tratamento e/ou enfermarias de TB MR, serviços de Anatomia Patológica e de urgência e outros sectores considerados relevantes.

Três cenários foram considerados para o tratamento de TB Resistente (vidé Quadro 7), tendo o PNCT optado pelo cenário ambicioso. No período 2013-2015 deverá ser melhorado o acesso à cultura para tal sendo importante actualizar e divulgar os critérios de acesso à cultura e melhorado o transporte das amostras.

Quadro 4. Cenários de tratamento TB MR, Moçambique, 2013-2016

Ano	Número de novos casos de TB MR a serem iniciados em tratamento		
	Cenário acelerado	Cenário conservador	Cenário ambicioso
2013	333	281	350
2014	532	394	612
2015	851	550	918
2016	1192	771	1194
2017	1312	1080	1433
2018	1443	1295	1648

Fonte : PNCT, draft do PMDT, Junho 2013

A provisão ininterrupta de medicamentos anti-tuberculose de segunda linha é uma grande prioridade nesta área assim como a realização do estudo de prevalência da resistência aos medicamentos anti-tuberculose (DRS). A Vigilância, o Registo e Notificação de TB resistente merecerá atenção especial devendo ser revisto o mecanismo de vigilância, a ligação com os centros de tratamento e o processo de registo dos casos. Finalmente, um sistema electrónico para a TB Resistente será desenvolvido e instalado.

Tabela 11. Tuberculose Resistente com destaque para a TB MR e TB ER: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018

Resultados	Produtos	Estratégias
1. Mais pacientes com TB-resistente (TB MR/TB ER) com acesso <i>adiagnóstico</i> e tratamento adequados:	<p>Capacidade de diagnóstico Clínico laboratorial de TB-MR aumentada</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta o número de pacientes com TB MR notificados de 2015 em 2012 para 1194 em 2016 e 1648 em 2018 segundo o cenário ambicioso do PMDT, ✓ Aumenta o número de pessoal treinado com capacidade técnica de diagnóstico e tratamento de TB-MDR ✓ Eleva-se a capacidade diagnóstica laboratorial de TB-MDR; ✓ US elegíveis com suprimento contínuo de reagentes; ✓ Mais doentes TB-MDR beneficiam do tratamento o mais cedo possível 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforço do sistema de referenciamento de amostras e respectiva retro-informação ✓ Reforço da ligação entre o LNRT e o PNCT ✓ Aumento do número de pessoal treinado com capacidade de diagnóstico e de tratamento de TB-MR ✓ Novas tecnologias adoptadas (Xpert MTB/RIF e LPA), ✓ Parcerias para financiamento de transporte e quites de cesta básica de alimentos para pacientes em tratamento ✓ Administração de tratamento injectável no

	<p>✓</p> <p>Mais pacientes com TB MR terminam o tratamento com sucesso</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ US elegíveis com suprimento contínuo de medicamentos de 2 linha ✓ A Taxa de sucesso de tratamento de TB-MDR aumenta de 30% em 2011 para 65% em 2018 ✓ Todos os distritos têm pelo menos um centro de diagnóstico e tratamento de TB MR e todas as US fazem DOT para TB MR em 2018; ✓ Aumenta o número de pacientes com suporte para transporte para as unidades sanitárias para 30% dos pacientes em tratamento em 2016 e 60% em 2018 ✓ Aumenta o número de pacientes com DOT (fase intensiva/injectáveis) no domicílio de 0% em 2012 para 20% em 2016 e 40% em 2018 ✓ Aumenta o número de pacientes em tratamento com suporte nutricional para 25% em 2016 e 60% em 2018 (informação de linha de base não disponível) ✓ 60% de pacientes em tratamento com um padrinho APE para acompanhamento de tratamento em 2018 	<p>domicílio, com recurso a profissionais de saúde reformados e no activo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formação de APESs para DOT na fase de manutenção e seguimento de pacientes com TB-MR
<p>2. Menor risco de transmissão de TB nas Unidades Sanitárias, Conglomerados e Domicílios</p>	<p>Reforço da implementação de medidas de Controle de Infecção</p> <p>Plano de ACMS elaborado e implementado</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais pessoas da comunidade sabem da existência de resistência à drogas de estirpes TB ✓ Mais pessoas sabem do risco acrescido de infecções nosocomiais ✓ Mais Unidades Sanitárias estão a implementar o plano de controlo de infecção 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboração de plano faseado de introdução de aplicação de medidas de controle de infecção nas Unidades Sanitárias do país ✓ Implementação do Plano Nacional de Controlo de Infecção com prioridade às US que tratam doentes com TB-MR ✓ Rastreio de trabalhadores de Saúde para a TB e oferta de pacote de cuidados para HIV se necessário ✓ Elaboração de uma estratégia de comunicação para a consciencialização das comunidades e profissionais de saúde sobre a TB, com

		<p>enfoque no TB-MR e HIV</p> <p>✓ Monitoria e Avaliação periódica do Plano de CI e reajustamento SOS</p>
--	--	---

4.2.4 Área Estratégica 4: Serviços de diagnóstico:

Os serviços de diagnóstico constituem outra área estratégica, sendo o fortalecimento da rede laboratorial e radiológica vital para o controlo da TB em Moçambique. O diagnóstico de tuberculose em Moçambique assenta na microscopia. Será dada ênfase na melhoria da qualidade dos serviços de microscopia. O Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose (LNRT) deve jogar um papel de relevo neste processo executando o papel que lhe compete:

- Operacionalizar o Sistema de Controle de Qualidade da Microscopia;
- Supervisionar as províncias e formar regularmente em serviço os técnicos de laboratório de nível provincial e distrital;
- Em colaboração com o PNCT e o INS e Secção de Laboratórios, elaborar o plano de aprovisionamento de insumos laboratoriais, incluindo sobressalentes para a manutenção de microscópios
- Executar culturas e TSA (1ª e 2ª Linha)
- Operacionalizar Avaliação Externa de Qualidade (EQA) para TB, incluindo as culturas
- Participar na pesquisa

O LNRT em colaboração com o PNCT deve definir os locais com elevada carga de trabalho para colocação de microscópios de fluorescência (LED). Atenção deve ser prestada à introdução/adopção de novas tecnologias, introdução baseada em critérios realistas (capacidade nacional; seu papel na melhoria e rapidez do diagnóstico; maior acesso dos serviços à população)

A cultura TB e TSA será realizada no Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose em Maputo e nos laboratórios satélites regionais da Beira e Nampula.

A ligação com o Laboratório Supra Nacional de Referência em Milão deverá ser mantida e explorada a possibilidade de criação de um sistema para testes de sensibilidade para medicamentos de segunda linha (SLD). Em articulação com o PNCT, o LNRT deverá ser parte activa do Sistema de Vigilância de TB MR.

A microscopia é presentemente a forma comum de diagnóstico de TB no País. Assim a expansão da rede de microscopia e a adopção progressiva de microscópios de fluorescência LED onde pertinente será uma mais valia para um acesso mais universal ao diagnóstico mesmo de populações remotas. Os problemas com a manutenção de microscópios serão abordados através da reactivação dos sistemas de manutenção de rotina para equipamento médico. A estratégia incluirá a promoção de microscópios de fluorescência LED em laboratórios seleccionados com elevada carga de trabalho.

Tabela 12. Rede de expansão da rede de microscopia, Mocambique, 2013-2017

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017
# total de laboratorios funcionais	315	330	390	450	510	600
# total de microscopios(ZN+LED)	315	370	425	515	605	735
# de laboratorio que efectuam ZN	315	315	315	315	315	315
# de laboratorio que efectuam LED	0	55	110	200	290	420
Total de Baciloscopias	297,065	341624.75	427,031	533789	667,236	834,045
Zielnielsen Labs	297,065	333,084	384,328	326,492	347,404	357,448
LED	0	8,541	42,703	207,297	319,832	476,597
% de LED do Total de baciloscopias		3%	10.%	39%	48%	57%

Fonte: Departamento de Laboratórios e LNRT

A capacidade de gestão dos laboratórios será reforçada através da criação de mecanismos de coordenação com o Departamento de Laboratórios da DNAM do Ministério da Saúde que também incluirá o sistema de M&A e logística de reagentes e outros consumíveis. O plano de colaboração também inclui a área de material de laboratório e armazenamento. A componente de investigação será realizada com o INS.

A fase inicial, que foi feita já no âmbito da estratégia anterior para estabelecer uma Avaliação Externa de Qualidade para TB e malária, será estendida a todas as províncias e distritos. O Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose vai supervisionar as províncias e fornecer regularmente a formação em serviço aos técnicos de laboratório de nível provincial. Por sua vez, a equipa do laboratório provincial irá realizar actividades de supervisão, re-observação cega de lâminas e treino dos técnicos de laboratório de nível distrital.

A capacidade para a cultura de TB será promovida/estendida para cobrir paulatinamente todos os hospitais provinciais em 2018.

Para além dos microscópios, esta área estratégia também fará um levantamento da situação dos serviços de Radiologia em colaboração com a DNAM, e onde necessário procurar reduzir e/ou eliminar as lacunas identificadas.

Tabela 13. Área de Serviços de Diagnóstico: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018

Resultados	Produtos	Estratégias
1. Mais laboratórios fazem BK nas Unidades Sanitárias passando de 285 em 2012 para 450 em 2015 e 600 em 2017	<p>Aumento da capacidade de diagnóstico precoce nos diferentes níveis do Sistema Nacional de Saúde através de mais centros de microscopia e novas tecnologias (tabela 14)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O número de centros de microscopia aumenta de 315 em 2012 para 600 em 2017 ✓ 5% dos pacientes atendidos nas 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Até 2018, todas US com laboratório fazem análises BK ✓ Aproveitamento regular em reagentes e consumíveis para os Laboratórios de referência e todos que

Resultados	Produtos	Estratégias
2. Mais pacientes com acesso a serviços radiológicos	consultas consultas (todas as portas de entrada) tem a cesso a um exame de baciloscopia em 2016 e estabiliza;	<ul style="list-style-type: none"> executam serviços de TB ✓ Uso de Microscopios LED expandido ✓ Novas tecnologias de diagnóstico molecular, como Xpert RIF/MTB (GeneXpert) e LPA introduzidas ✓ Introdução e expansão do método de cultura Ogawa kudoh para os Hospitais provinciais; ✓ Sistema de Controle de Qualidade (Interna e Externa)efectivo para a microscopia, Cultura e TSA ✓ Acreditação do LNRT e satélites ✓ Extensão d a rede e melhorar a qualidade de serviços laboratoriais com novas tecnologias ✓ Melhoria da gestão da cadeia de aprovisionamento e armazenagem de equipamentos, reagentes e consumíveis ✓ Melhoriada cobertura de serviços radiológicos em colaboração com a DNAM
	Laboratórios de referência regionais melhoram seu desempenho e têm suas funções de supervisão, formação, Controle de de Qualidade e cultura executadas de rotina <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumenta a capacidade de diagnóstico para cultura de Micobactérias nas províncias ✓ Laboratórios de referência sem quebra de stock e com material funcional para efectuar culturas MTB e TSA ✓ Mais sessões de supervisão e EQA são efectuadas para garantir a qualidade técnica diagnóstica: medidos através de frequência de supervisões e proporção de laboratórios demonstrando um desempenho adequado em EQA para microscopia (LED) dentre todos laboratórios usando microscopia LED ✓ Introduzidas novas tecnologias moleculares, Para a Tuberculose. 	
	Aumenta o número de US com capacidade de fazer exames radiológicos <ul style="list-style-type: none"> ✓ A proporção de pacientes suspeitos de TB com BK ou bacteriologia negativa (geneXpert) que tem acesso a um RX do tórax cifra-se em 40% 2016 e 60% em 2018. 	

4.2.5 Área Estratégica 4: Vigilância epidemiológica, Monitoria e Avaliação

O Plano Estratégico de Controlo de TB 2014-2018vai cingir-se à abordagem de gestão com evidência em resultados. Uma gestão baseada em resultados pressupõe três aspectos fundamentais: Medidas baseadas em resultados, implementação baseada em resultados e planificação baseada em resultados. Assim, o sistema de M&A deve reforçar este grande princípio.

As prioridades estratégicas nesta componente são:

- (i) A elaboração do plano de Vigilância, Monitoria e Avaliação orçamentado para o mesmo período 2014-2018, que terá indicadores baseados nos padrões nacionais e internacionais que permitirão a quantificação dos resultados esperados no Plano Estratégico;

- (ii) O mapeamento de dados que alimentem os indicadores, partindo das linhas de base e, se necessário, condução de estudos de base e recolha de dados suficientemente abrangentes;
- (iii) A estruturação e harmonização da cadeia funcional da componente de monitoria do PNCT permitindo uma intercomunicação fluida com o Departamento Central de M&A da DPC;
- (iv) A promoção de acções de formação, acompanhamento e de supervisão para garantir uma medição objectiva dos progressos e constrangimentos da estratégia, permitindo a adopção de medidas correctivas apropriadas e oportunas;
- (v) A promoção de avaliação intermédia em 2016 que permita actualizar e redireccionar as intervenções e uma avaliação externa no início de 2018, que formará a base para a planificação da estratégia PNCT 2019-2023.

Como insumo para esta área em 2010, Moçambique participou no Seminário Regional de Vigilância e Monitoria do Impacto, no plano estratégico em vigor acções serão tomadas para materializar as lições aprendidas. Espera-se como resultados a melhoria dos dados do programa, relevante para a preparação do estudo de prevalência

Tabela 14. Vigilância, Monitoria E Avaliação (M & A): Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018

Resultados	Produtos	Estratégias
<p>1. Até 2018, o sistema de M&A do PNCT fornece valores de indicadores para todos indicadores de resultados operacionais e estratégicos</p> <p>Proporção de províncias que submete relatórios correctos, completos e atempados aumentado de 4/11 para 11/11 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Unidade Central do PNCT de Monitoria e Avaliação reforçada em RH capacitados ✓ Número de pessoal treinado em M&A e sistema de reporte PNCT nas províncias aumentado em 50% até 2015 e em 75% até 2017 em relação às cifras observadas em 2011 ✓ Inquérito nacional de prevalência de TB realizado e disseminado até 2016 ✓ Inquérito de resistência aos medicamentos anti- TB realizado até 2016 ✓ Plano Estratégico do PNCT avaliado a meio-termo (2016) e no fim do período do plano (2018) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabilizar pessoal na Unidade Central e províncias ✓ Cursos de curta duração em Vigilância, Monitoria e Avaliação ✓ Introduzir o sistema revisto de Vigilância de TB e de medição do impacto ✓ Elaborar o dicionário de indicadores do PNCT ✓ Revisão externa do Plano Estratégico em 2016 e 2018 ✓ Preparação dos protocolos para o Inquérito de prevalência de TB e de resistência aos medicamentos anti_TB
<p>2. Proporção de distritos que submete relatórios correctos, completos e atempados aumentado de 64/128 em 2011</p>		

para 96/128 em 2015 e 128/128 em 2017		
---------------------------------------	--	--

4.2.6 ÁREA ESTRATÉGICA 6: FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE:

O funcionamento e robustez dos Sistemas de Saúde é de importância para a implementação das intervenções e serviços de Controlo de TB. A área estratégica de reforço do sistema de saúde irá cobrir os seguintes elementos:

- a) Antes de tudo, visa garantir a existência de pessoal qualificado em todos os níveis para cobrir as necessidades de recursos humanos na prestação de serviços e funções de gestão do programa. As tarefas para todos os que estão envolvidos no PNCT e prestação de serviços de TB serão revistas e redefinidas. As mesmas serão submetidas à aprovação ao nível de gestão. Em seguida, será feito um levantamento das necessidades do pessoal de modo a identificar as lacunas de pessoal que devem ser corrigidas. A fim de melhorar a prestação de serviços e de gestão do pessoal, gestores do PNCT irão participar do desenvolvimento dos currículos tanto da formação pré-serviço assim como da formação profissional durante a supervisão. Adicionalmente, serão organizados cursos sobre aspectos específicos da estratégia Stop-TB. Padrões clínicos e normas de gestão do programa serão actualizados regularmente e serão produzidos manuais.
- b) O segundo elemento a ser coberto é relativo ao financiamento sustentável - o ambiente de ajuda internacional em mudança exige que as actividades de TB sejam cada vez mais financiadas por meio de fontes nacionais nos próximos anos. Isso fará com que o programa se torne menos dependente de fontes externas, muitas vezes imprevisíveis. No entanto todo o cuidado será tomado para que as actividades essenciais sejam mantidas no mecanismo de financiamento integrado para permitir a continuidade de organizar certas actividades relevantes específicas, tais como reuniões de monitoria trimestral de resultados do programa a nível nacional e provincial e as oportunidades para continuar a angariar financiamento externo continuarão a ser exploradas, se necessário.
- c) O terceiro elemento da componente de fortalecimento do sistema é de infra-estruturas - Tem como objectivo contribuir para a criação de condições físicas para atender aos pacientes de TB e admitindo que atendam a critérios de qualidade para o controlo de infecção.

Tabela 15. Reforço do Sistema de Saúde: Quadro de Resultados Estratégicos 2014 – 2018

Resultados	Produtos	Estratégias
1. Serviços PNCT disponíveis a mais pessoas <ul style="list-style-type: none"> • Até 2017 todas US do país fazem DOTS de 	Mais recursos humanos qualificados disponíveis para dar resposta eficaz à luta contra a tuberculose: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada um dos distritos dispõe de pelo menos dois supervisores de TB em 2017 (Actualmente todos os distritos têm pelo menos 1 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecer /rever/adequar por nível de saúde as competências necessárias para responder as necessidades do programa do PNCT ✓ Qualificar e reter o pessoal ✓ Garantir que as normas do

qualidade	supervisor distrital)	programa de PNCT sejam disponíveis ao pessoal de saúde
	Mais recursos financeiros disponíveis para dar resposta eficaz à luta contra a tuberculose: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O financiamento do OGE para o PNCT cobre os medicamentos de 1ª linha e insumos diagnósticos básicos em 2017 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intensificar a participação nos processos de planificação e implementação integrada do sector
	Mais infra-estruturas disponíveis para dar resposta eficaz à luta contra a tuberculose: <i>As infra-estruturas para admissão / recepção de doentes de tuberculose aumentam em conformidade com a expansão da rede sanitária</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhoria da capacidade e expansão da rede de laboratórios para a TB ✓ Mais Unidades sanitárias fornecendo serviços de TB ✓ Serviço de Procurement, Aprovisionamento e distribuição (medicamentos, insumos de laboratório e sobressalentes) reforçados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar um plano mestre de construção / reabilitação da infra-estrutura para admissão / recepção de doentes de tuberculose ✓ Plano de Aprovisionamento monitorado

4.2.7 ÁREA ESTRATÉGICA 6: PESQUISA OPERACIONAL

No primeiro ano, em um seminário nacional será definida a agenda nacional de pesquisa. A lista de actividades de investigação incluirão entre outros um estudo de prevalência, um inquérito de resistência aos medicamentos antiTB, e outros estudos de com vista a melhorar o desempenho do PNCT.

Tabela 16. Pesquisa Operacional: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018

Resultados	Produtos	Estratégias
1. Informação actualizada sobre a prevalência de TB 2. Informação actualizada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definida Agenda de pesquisa em TB ✓ Estudo de prevalência de TB realizado e disseminado ✓ Inquérito de resistência aos medicamentos antiTB realizado 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desenvolver e implementar a agenda nacional de pesquisa para tuberculose ✓ Preparação dos protocolos para o Inquérito de prevalência de TB e de resistência aos medicamentos

<p>sobre a prevalência de resistência aos medicamentos anti-TB</p>	<p>✓ Resultados de estudos de prevalência utilizados para a elaboração do plano estratégico do período subsequente</p>	<p>anti_TB</p>
---	--	----------------

4.2.8 OUTROS ASPECTOS DE RELEVO A CONSIDERAR NA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

A análise de situação actual mostra que a área de Advocacia, Comunicação e Mobilização Social (ACMS) tem tido pouca atenção, resultando entre outros aspectos numa baixa procura de serviços de tuberculose e falta de adesão ao tratamento. Assim, reconhecendo a importância da advocacia, comunicação e mobilização social para o alcance dos resultados e das metas estabelecidas e como uma área que serve todas as áreas estratégicas, ser-lhe-á dada atenção sem que contudo constitua uma área estratégica per se de harmonia com o estabelecido no Plano Global 2011-2015.

Espera-se assim que a informação veiculada contribua para a remoção de obstáculos socioculturais que impedem que os pacientes se apresentem aos serviços assistenciais num estágio inicial da doença.

Pretende o PNCT que a estratégia de comunicação e mobilização social contribua igualmente para consciencializar as comunidades acerca do problema TB e da necessidade de busca activa de casos suspeitos no seio de grupos de alto risco *empoderando-as para reforçar o seu papel na promoção da sua saúde incluindo a luta contra a TB*. Para tal o envolvimento de APs, Voluntários e Líderes Comunitários e de ONGs nas actividades comunitárias relacionadas como diagnóstico e tratamento de tuberculose é extremamente importante e vai adicionalmente resultar na expansão DOTS baseado na comunidade.

A ACMS assenta-se no empoderamento das pessoas e comunidades perante 3 principais pilares:

- i. Advocacia: processo “político” feito por um indivíduo ou grupos de pessoas que pretende influenciar opinião da comunidade, de líderes, decisores e parceiros e as decisões de alocação de recursos para o controlo da tuberculose e as implicações na saúde pública e no desenvolvimento de Moçambique. Sessões envolvendo figuras públicas consideradas desviantes positivas constituem exemplo;
- ii. Comunicação e mobilização social: actividades de transmissão de informação sobre TB por meio do intercâmbio interpessoal, diálogos comunitários, mensagens vinculadas através dos Média ou dramatização, variando de mensagens de promoção de saúde, prevenção da TB, instruções sobre o tratamento de TB, procura de serviços e mudança de comportamento;
- iii. Empoderamento do paciente: conjunto de inovações feitas pelo paciente, seus membros de família ou comunidade que levam à medidas de criação de ambientes favoráveis de reabilitação social e de adesão ao tratamento.

Outro aspecto que deve merecer reflexão é a *necessidade que o Programa tem de ser dotar de capacidade clínica*. Quatro áreas precisam dessa capacidade: (i) Tuberculose pediátrica; (ii) A Tuberculose Resistente (efeitos adversos e TB MR e TB MR/HIV; (iii) A Tuberculose e o HIV; (iv)

A urgência de se melhorar os dados na perspectiva actual de medição do impacto do controlo da TB deve ser considerada com mais ímpeto. Um último aspecto de reflexão deverá ser o perfil dos Supervisores vis a vis a complexidade actual de controlo da Tuberculose incluindo a TB resistente e a TB resistente associada ao HIV.

Capítulo 5.RESULTADOS OPERACIONAIS 2014-2018

Os resultados operacionais são resultado da compilação das matrizes operacionais por área estratégica elaboradas à luz das direcções estratégicas do Plano Estratégico PNCT 2014-2018. Trata-se de um guia detalhado que permitirá a implementação de actividades consideradas prioritárias para a expansão do controlo de TB, baseada nos princípios plasmados na 1ª parte deste documento estratégico.

O método consubstanciado para a operacionalização da visão estratégica do Plano Estratégico PNCT 2014-2018 foi baseado num princípio fundamental de que cada actor esteja comprometido e envolvido no processo. Assim, foram estritamente traduzidos os produtos do Plano Estratégico PNCT 2014-2018 tomando em conta as áreas prioritárias de acção identificadas, nomeadamente: (i) DOTS institucional e comunitário incluindo DOTS para grupos vulneráveis e directrizes para o suprimento adequado de medicamentos e artigos médicos; (ii) Co-infecção TB/HIV destacando as actividades colaborativas com o programa ITS-HIV/SIDA; (iii) Tuberculose Resistente com destaque para intervenções para o controlo ou mitigação dos efeitos do MDR/XDR; (iv) Serviço de Diagnóstico com destaque para microscopia e radiografia; (v) Vigilância, Monitoria e Avaliação; (vi) Reforço do sistema de saúde destacando pessoal, financiamento e infra-estruturas; e (vii) Pesquisa Operacional.

O exercício do desenvolvimento dos resultados operacionais foi feito pelo PNCT apoiado pelo Grupo Técnico de TB integrado por especialistas das diversas áreas. Como referido, o ponto de partida foram os produtos prioritários que foram traduzidos em actividades, seguido de identificação de indicadores de execução incluindo metas anuais, inscrição das áreas responsáveis, estimativa de recursos necessários.

Finalmente, destaca-se aqui que o plano operacional foi quantificado mais precisamente para os 1ºs dois anos e assim as metas subsequentes deverão ser ajustadas/definidas após o balanço de meio-termo. Cada uma das actividades chave proposta carece ainda dum exercício de microplanificação para que se torne adequado e efectivo.

PNCT: PLANO ESTRATÉGICO 2014 – 2018: QUADROS OPERACIONAIS

5.1 DOTS Institucional e Comunitário

Mais casos de TB detectados precocemente, notificados e tratados adequadamente através da estratégia DOTS de qualidade									
Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Linha de base	Metas					Responsável
				2014	2015	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	
Capacidade de gestão do PNCT de nível central reforçada	Contratar pessoal para o PNCT ao nível central	# de pessoal técnico qualificado existente ao nível central	5	5	8	-	-	-	PNCT, DNSP e DRH
Até 2018, todas as US do Sector Público dispõem de pessoal clínico e técnico qualificado com capacidade de diagnóstico e tratamento de tuberculose	Em linha com o PNDRH recrutar mais pessoal clínico de diversos níveis e colocar nas US rurais e urbanas	Rácio de trabalhadores de saúde das áreas de medicina, enfermagem e SMI por 100.000 habitantes	67 (2011)	68	69	<u>Por determinar</u>	<u>Por determinar</u>	<u>Por determinar</u>	DNAM e DRH
	Em linha com o PNDRH recrutar mais	# de pessoal técnico laboratorial	1206 (2010)	Por determinar	Por determinar	<u>Por determinar</u>	<u>Por determinar</u>	<u>Por determinar</u>	DNAM e DRH

	peessoal técnico laboratorial e radiológico de diversos níveis e colocar nas US rurais e urbanas	existente nos diversos níveis							
		# de pessoal técnico radiológico existente nos diversos níveis	1221 (2010)	Por determinar	Por determinar	<u>Por determinar</u>	<u>Por determinar</u>	<u>Por determinar</u>	DNAM e DRH
	Actualizar o pessoal clínico e técnico no manejo de TB	# de pessoal clínico e técnico treinado no manejo de TB	N.D.	1 por província	PNCT				
Supervisões regulares aos implementadores do DOTS nas US garantidas aos níveis provincial, distrital e das US	Visitas semestrais de supervisão do nível central do PNCT às províncias	# de visitas de supervisão efectuadas no âmbito do DOTS	N.D.	2 por província nível central	PNCT				
	Visitas semestrais de supervisão do nível provincial	# de visitas de supervisão efectuadas	N.D.	2 por distrito nível	PNCT/DPS				

	do PNCT aos distritos	no âmbito do DOTS		provincial	provincial	provincial	provincial	provincial	
Mais clínicas privadas com capacidade para efectuar diagnóstico e tratamento de tuberculose e reportar os resultados	Propor e assinar um Mde entre o MISAU e clínicas privadas para a provisão do DOTS	Existência dum Mde assinado entre as partes	Não	-	Sim	-	-	-	PNCT e DPC
	Em linha com o Mde providenciar medicamentos e outros insumos para os provedores de cuidados de saúde no sector privado	# de clínicas privadas assistindo pacientes TB através da Estratégia DOTS	N.D.	Por determinar	PNCT e clínicas privadas				
	Em linha com o Mde, assegurar supervisões regulares às clínicas privadas e receber relatórios de progresso destas	# de visitas de supervisão efectuadas no âmbito do DOTS às clínicas privadas	N.D.	1 nível provincial	PNCT e clínicas privadas				

		% clínicas privadas que submetem relatórios atempados de progresso	N.D.	Por determinar	PNCT e clínicas privadas				
Mais empresas com postos de saúde ou clínicas capacitadas em DOTS	Mapear empresas que possuem clínicas para os seus trabalhadores e com potencial capacidade de fazer DOTS	Existência de lista com empresas que possuem clínicas com capacidade para DOTS	Não	Sim	-	-	-	-	PNCT e DPC
	Propor e assinar um MdE entre o MISAU e empresas para a provisão do DOTS	Existência dum MdE assinado entre as partes	Não	-	Sim	-	-	-	PNCT e DPC
	Em linha com o MdE capacitar pessoal técnico e clínico das empresas em DOTS	# provedores de saúde das empresas treinados	N.D.	Por determinar	PNCT				

<p>Aumento do número de US com CCR onde é feito o diagnóstico de TB</p> <p>Grupos vulneráveis beneficiam de intervenções específicas no âmbito do DOTS</p>	<p>Desenvolver/reforçar a integração dos cuidados de tuberculose no CCR</p>	<p>% e # de US onde as CCR incluem rastreio de TB</p>	<p>N.D.</p>	<p>10% (144)</p>	<p>20% (288)</p>	<p>30% (432)</p>	<p>40% (576)</p>	<p>50% (720)</p>	<p>DNSP</p>
<p>Aumento do número de US com onde é feito o diagnóstico e tratamento de TB infantil</p>	<p>Treinar os clínicos a nível do distrito em tuberculose na criança</p>	<p># de clínicostreinados em TB na criança</p>	<p>N.D.</p>	<p>5-10 por distrito (1 ou 2 cursos)</p>	<p>5-10 por distrito (1 ou 2 cursos)</p>	<p>10-15 por distrito (1 ou 2 cursos)</p>	<p>10-20 por distrito (1 ou 2 cursos)</p>	<p>10-20 por distrito (1 ou 2 cursos)</p>	<p>PNCT e DNSP</p>
	<p>Desenvolver/reforçar a integração dos cuidados de tuberculose nas consultas PF, pré-natal e pós-parto</p>	<p>% e # de US onde as consultas PF, pré-natal e pós-parto fazem rastreio de TB</p>	<p>N.D.</p>	<p>10% (144)</p>	<p>20% (288)</p>	<p>30% (432)</p>	<p>40% (576)</p>	<p>50% (720)</p>	<p>PNCT e DNSP</p>
	<p>Treinar os clínicos a nível do distrito no manejo de tuberculose</p>	<p># de pessoal clínico treinado em TB</p>	<p>N.D.</p>	<p>20 -40 por distrito (1 ou 2 cursos)</p>	<p>PNCT, DNAM e DNSP</p>				

Aumento do número de instituições prisionais implementando DOTS	Mapear instituições prisionais com postos de saúde que apresentam condições potenciais para estabelecimento do DOTS	Existência dum mapa com perfil de instituições prisionais com postos de saúde	ND	-	Sim	-	-	-	PNCT e Ministério da Justiça
	Treinar o pessoal de saúde existente em gestão de DOTS	# de pessoal de saúde colocado em instituições prisionais treinado em DOTS	N.D.	Por determinar (depende do perfil de prisões)	PNCT e Ministério da Justiça				
	Efectuar visitas de supervisão semestrais às instituições prisionais com postos de saúde que fazem DOTS	# de visitas de supervisão efectuadas no âmbito do DOTS às instituições prisionais	N.D.	1 nível provincial	PNCT				
Aumenta número de mineiros com acesso aos serviços de despiste e tratamento de TB	Mapear minas operacionais em Moçambique com o respectivo	Existência dum mapa com o perfil de minas nacionais	ND	-	Sim	-	-	-	

	número de trabalhadores existentes								
	Retomar a inspeção médica certificada obrigatória a todos os candidatos a mineiros e ex-mineiros aquando do início, renovação e no final dos contractos	# candidatos a mineiros e ex-mineiros submetidos à inspeção médica certificada e obrigatória	N.D.	Por determinar (depende do perfil de minas)					
	Fazer rastreio periódico da TB no sector mineiro	# de mineiros rastreados a TB	N.D.	Por determinar (depende do perfil de minas)					
	Efectuar busca activa de casos de TB nos mineiros, ex-mineiros e seus familiares (contactos)	# casos de TB nos mineiros, ex-mineiros e seus familiares identificados	N.D.	Por determinar (depende do perfil de minas)					

Aumenta o número de quartéis com acesso aos serviços de despiste e tratamento de TB	Realizar em encontro com o sector de saúde militar para o despiste de TB em todos Mancebos e militares nos quartéis	plano de despiste elaborado	Não	Sim	Sim	-	-	-	PNCT e Saúde Militar
	Capacitar o pessoal de Saúde Militar em gestão de DOTS	# de pessoal de Saúde Militar treinado em DOTS	N.D.	10 TOT nível central	5 TOT/província elegível	-	-	-	PNCT e Saúde Militar
	Dotar todas US do Ministério da Defesa com meios para o DOTS	% US dos SS Militares implementando DOTS	N.D.	Por determinar	Por determinar	Por determinar	Por determinar	Por determinar	PNCT e Saúde Militar

Plano de contingência de respostas às calamidades contém medicamentos e insumos para tratar TB		Fazer um plano de contingência de resposta às calamidades naturais	Existência dum plano de contingência de resposta às calamidades naturais para TB	Não	-	Sim	-	-	-	PNCT
Ao nível comunitário: 100 % dos distritos implementam o DOTS (90% das áreas de saúde por distrito) Comunitário em 2018	Todos APEs envolvidos na busca activa de doentes TB faltosos	APEs fazem busca activa de doentes TB faltosos	# de APEs envolvidos na busca activa de doentes TB faltosos	0	-	18/distrito	36/distrito	36/distrito	48/distrito	PNCT e Programa APE
	Mais pacientes com TB beneficiam de cuidados	Actualizar os guias e ferramentas do DOTS comunitário	Guias e ferramentas do DOTS comunitário actualizadas	Não	Sim	-	-	-	-	PNCT e Programa APE
	ao nível comunitário		# de APEs treinados			18/distrito	36/distrito	36/distrito	48/distrito	PNCT e

	tário pelos APEs	APEs capacitados na provisão do DOT	na provisão do DOT	0	0					Programa APE
		APEs com meios para a provisão do DOTS	# de APE fazendo DOTS na comunidade	0	-	18/distrito	36/distrito	36/distrito	48/distrito	PNCT e Programa APE
Padronizar a gestão dos medicamentos a nível das províncias		Documento que explica os mecanismos de padronização da gestão elaborado	Não	-	Sim	-	-	-		CMAM/Dpto Farmacêutico
Organizar módulos de formação em trabalho sobre a gestão dos medicamentos (parte das supervisões)		# módulos de formação em trabalho sobre a gestão dos medicamentos elaborados	1	-	-	-	1	-		CMAM/Dpto Farmacêutico
Desenvolver um sistema de monitoria de stocks		Sistema funcional de monitoria de	Não	-	Sim	-	-	-		CMAM/Dpto Farmacêutico

de medicamentos e reagentes	stocks de medicamentos e reagentes								ico
Desenvolver um sistema de monitoria de consumo correcto de medicamentos	Sistema funcional de monitoria de consumo correcto de medicamentos	Não	-	Sim	-	-	-	CMAM/Dpt o Farmacêuti co	
Organizar encontros regulares de quantificação dos medicamentos	# de encontros de quantificação dos medicamentos realizados	N.D.	1/semestre	1/semestre	1/semestre	1/semestre	1/semestre	1/semestre	CMAM
Armazenar e transportar medicamentos de acordo com os padrões recomendados	Sistema de verificação das condições de armazenagem e transporte dos medicamentos estabelecido	Não	-	Sim	-	-	-	-	CMAM
Implementar o sistema de fármaco vigilância activa	Sistema de fármaco vigilância activa funcional	Não	-	Sim	-	-	-	CMAM	

Monitorar a segurança dos medicamentos (Notificar as relações adversas e os problemas relacionados com a qualidade)	# de relatórios partilhados sobre a segurança dos medicamentos	N.D.	1	1	1	1	1	CMAM, PNCR e Parceiros (TB CARE)
---	--	------	---	---	---	---	---	----------------------------------

5.2 Co-infecção TB-HIV

(Actividades integradas de TB e HIV/SIDA)

Acesso precoce dos pacientes de TB aos ARV e Aceleração da implementação dos 3 I's para HIV/TB									
Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Metas					Responsável	
			Linha de base	2014	2015	2016	2017		2018
Melhor e maior colaboração entre os Programas de TB e HIV/SIDA	Desenvolver plano de colaboração Definir plano de Vigilância, Monitorian e Avaliação ^e	Plano conjunto em execução	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Programas de TB e HIV/SIDA
Mais pacientes de TB conhecem seu estado de HIV	Sensibilizar provedores a aconselhar e testar em HIV todos doentes TB	% de provedores sensibilizados a aconselhar e testar para o HIV	N.D.	95%	98%	100%	100%	100%	PNCT
	Prover kits de testes de HIV em	% de locais de atendimento de	N.D.	85%	90%	95%	100%	100%	PNCT e HIV

	todos locais de atendimento de pacientes TB	pacientes TB sem quebra de stock de kits de teste de HIV							
Mais pacientes de TB HIV+ recebem tratamento profilático com cotrimoxazol	Rever e distribuir guiões sobre TPC	# guiões sobre TPC distribuídos	N.D.	98%	100%	100%	100%	100%	PNCT
	Sensibilizar TODOS OS provedores a oferecer TPC a todos doentes HIV+	% provedores sensibilizados e oferecendo TPC	N.D.	100%	100%	100%	100%	100%	PNCT
Mais pacientes HIV+ fazem despiste de TB	Rastreio da TB em todos os pacientes seropositivos em todas as portas de entradas da US	Proporção dos doentes HIV+ rastreados a TB	58% em 2011 (linha de base do plano de aceleração HIV)	70%	80%	<u>90%</u>	90%	90%	Programa de HIV/SIDA
Mais pacientes HIV+ sem TB recebem TPI e são seguidos	Sensibilizar provedores clínicos para TPI em todos pacientes HIV+ sem TB	# pacientes HIV+ sem TB recebendo TPI	13% em 2012 (linha de base do plano de aceleração HIV)	35% (plano de aceleração do HIV)	45% (plano de aceleração do HIV)	55% Reajustáveis	60%	60%	Programa de HIV/SIDA
Mais US a implementar medidas de controlo de infecção (plano)	Distribuir o plano de controlo de infecção a todos provedores	# manuais de plano de controlo de infecção distribuídos	N.D.	Por determinar	-	-	-	-	PNCT
	Sensibilizar provedores a	% de provedores	N.D.	25%	50%	75%	90%	100%	PNCT

	estabelecer um plano de controlo de infecção	com planos de controlo de infecção estabelecidos							
Mais pacientes com TB/HIV iniciam o tratamento precoce com ARVs	Implementar a estratégia de paragem única	Número de US com TARV nos sectores de TB com estratégia de paragem única estabelecida	N.D.	450	550	650	700	Por determinar	PNCT, HIV /SIDA e DNAM
	Implementar a estratégia de paragem única	% de pacientes TB/HIV em TARV	55%	75%	90%	100%	100%	100%	PNCT, HIV /SIDA e DNAM
	Incrementar o uso da ficha de referência e contra-referência onde não é possível implementar a estratégia da paragem única	% de US sem estratégia de paragem única com sistema funcional de referência e contra-referência	N.D.	100%	100%	100%	100%	100%	PNCT e HIV
	Fazer secções de actualização em tuberculose aos clínicos das US	% de clínicos actualizados em TB/HIV	N.D.	20%	30%	<u>40%</u>	<u>50%</u>	<u>60%</u>	PNCT e HIV

5.3 Tuberculose Resistente com destaque para TB MR e TB ER

(Mais pacientes com TB-resistente -TB MR e TB ER,com acesso a tratamento adequado)

Diagnosticar precocemente casos de TB MR passando de 16% em 2012 para 25% em 2015 e 35% em 2018 e tratar os pacientes com regimes internacionais e medicamentos de qualidade passando de 40% de Taxa de cura em 2011 para para 60% em 20117 e 65% em 2018										
	Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Metas						Responsável
				Linha de base	2014	2015	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	
Reduzir a exposição ao TBR-MDR/XDR nas US e na comunidade	Planos de controlo de Infecção existentes em US	Apoiar as US a elaborar planos de CI	# US com Planos de controlo de Infecção	ND			75% das maiores US e 50% nas restantes		100% das maiores US e 75% nas restantes	
	Mais pessoas da comunidade e sabem da existência de resistência à drogas de estirpes TB	Elaborar uma estratégia de comunicação para a consciencialização das comunidades e profissionais de saúde sobre a TB, com enfoque na TB-	Existência de estratégia de comunicação aprovada	Não -	Sim	-	-	-	-	PNCT com apoio de parceiros

		MR									
	Mais pessoas sabem do risco acrescido de infecção nosocomial	Sensibilizar os pacientes e seus acompanhantes sobre o risco de infecção TB em hospitais	# de sessões de sensibilizações realizadas sobre o risco de infecção em hospitais	N.D.	1/US/mês	1/US/mês	1/US/mês	1/US/mês	1/US/mês	SDSMAS	
Aumentar a capacidade de diagnóstico e de tratamento de TB-MR no país	Aumento do número de pessoal treinado com capacidade de diagnóstico e tratamento de TB-MR	Estabelecer/adaptar curriculum de capacitação em diagnóstico e tratamento de TB-MR	Curriculum TB-MR desenvolvido	Não	Sim	-	-	-		PNCT (com apoio de parceiros	
	e tratamento de TB-rR	Identificar e treinar pessoal de saúde em gestão clínica de TB-MR	# de pessoal de saúde treinado em diagnóstico e tratamento de TB-MR	0	20 ToT 20/província	PNCT					
Aumentar	Elevação da capacidade de diagnóstico laboratorial	Dotar os laboratórios provinciais com meios adequados para	Proporção de laboratórios de hospitais provinciais fazendo	0	2/8	4/8	<u>6/8</u>	<u>8/8</u>	=	PNCT	

capacidade de diagnóstico de tratamento de TB-MR no país	de TB-MR	diagnóstico de TB-MR	Cultura de MTB comentários abaixo							
	US elegíveis com suprimento contínuo de reagentes e medicamentos de 2ª linha	Capacitar ou actualizar profissionais de laboratório em diagnóstico de TB-MR/TBER	# profissionais de laboratórios de hospitais provinciais treinados em TB-MR	N.D.	12	16	22	22	22	PNCT e LNRT
		identificar US com capacidade e condições para internamento de doentes TB-MR por província	Relatório de avaliação de US para o efeito	Não	-	Sim	-	-	-	PNCT
	Mais doentes TB-MR beneficiam do tratamento precoce	Dotar essas US com reagentes e medicamentos de 2ª linha (350 pacientes a partir do ano 2)	% US elegíveis sem rotura de stock de medicamentos de 2ª linha	N.D.	100%	100%	100%	100%	100%	PNCT
Treinar o pessoal clínico (médicos e enfermeiras/o		Existência dum plano de manejo de efeitos	Não	-	Sim	-	-	-	PNCT	

		s) no manejo de efeitos colaterais e implementá-lo	colaterais e implementá-lo							
		Dar apoio nutricional aos pacientes com TB MR/TB ER	#%pacientes com TB-R/MDR/XDR que receberam apoio nutricional	0	15%	20%	25%	40%	60%	PNCT/Nutrição e parceiros
		Estabelecer 1 enfermaria de 5 a 8 camas por província para tratar TB-MR/ TB ER	# de províncias com enfermaria para TB-R/MDR/XDR	0	Por determinar					PNCT/DPS/DNAM e Parceiros
	Mais infra-estruturas disponíveis para dar resposta eficaz à luta contra a tuberculose	Aumentar a capacidade e qualidade de admissão existente de doentes de tuberculose (TB geral e TB MRem particular)	Existência dum relatório da avaliação da capacidade e qualidade de admissão existente de doentes de tuberculose	Não	Sim	-	-	-		DNAM/DPC
		Reabilitar e apetrechar 1 enfermaria de 5-8 camas por	# de províncias com enfermaria	0	5	<u>6</u>	=	=		PNCT e parceiros

		província para TB-MR,/ TB ER	para TB-MR/TB ER							
--	--	------------------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--

5.4 Serviços de Diagnóstico (Laboratórios e Radiologia)

Aumentar a capacidade de diagnóstico laboratorial e radiológico nos diferentes níveis do Sistema Nacional de Saúde										
	Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Linha de base	Metas					Responsável
					2014	2015	2016	2017	2018	
Mais laboratórios de US fazem BK	Até 2018, todas US com laboratório fazem análises BK	Mapear US com laboratório e que não têm condições para fazer o BK	Existência dum mapa com perfil dos laboratórios	315	Sim	-	-	600	-	DNAM e PNCT
		Treinar ou actualizar técnicos de laboratórios das referidas US em BK	# de pessoal técnico treinado em BK	N.D.	1 TOT /província	15 microscopistas /província	-	-	-	PNCT e DNAM
	Supervisões regulares aos técnicos	Visitas semestrais	# de visitas de supervisão	N.D.	2 por província	2 por província	2 por província	2 por província	2 por província	PNCT e DNAM

	de laboratório para garantir qualidade de BK	de supervisão dos laboratórios de referência aos laboratórios provinciais incluindo EQA	o		ia	ia	ia	ia	ia	
		Visitas semestrais de supervisão dos laboratórios provinciais aos laboratórios de 128 distritos incluindo EQA	# de visitas de supervisão	N.D.	2X128	2X128	2X128	2X128	2X128	PNCT e DPS
		Visitas mensais do laboratório distrital aos laboratórios	# de visitas de supervisão	N.D.	12 porCS	PNCT, DPS e SDSMAS				

		dos centros de saúde incluindo EQA								
Laboratórios de referência regional têm suas funções de cultura de MTB descentralizadas para o nível provincial mantendo ou melhorando a qualidade medida através da taxa de contaminação de culturas	Aumento da capacidade de cultura de MTB nas províncias	Apetrechar laboratórios dos 8 hospitais provinciais (excepto Maputo cid., Beira e Nampula) com meios para cultura MTB	# de laboratórios fazendo ecultura MTB	3	6	8	-	-	-	PNCT e LNRT
Descentralizar o Sistema de Controlo de Qualidade, a cultura e asupervisao	Laboratórios de referência e dos hospitais provinciais sem quebra de stock	Capacitar o pessoal técnico dos 8 laboratórios dos hospitais provinciais	# de pessoal técnico laboratorial treinado em TSA e cultura MTB	N.D.	12	16	22	22	22	PNCT e LNRT
		Garantir suprimento contínuo de reagentes e	Proporção de laboratórios	N.D.	8/11	10/11	11/11	11/11	11/11	PNCT e LNRT

	para efectuar culturas MTB	outros insumos para cultura MTB nos laboratórios de referência e nos recém-apetrechados laboratórios dos hospitais provinciais	centrais e provinciais sem quebra de stock de insumos de cultura MTB							
		Estabelecer um sistema de gestão de stock de insumos de culturas MTB	Existência de um sistema de gestão de stock de insumos de culturas MTB	Não	Sim	-	-	-	-	PNCT e LNRT
	Garantia da qualidade de diagnóstico	Estabelecer sistema de EQA para laboratórios de referência da Beira e Nampula	Existência dum sistema de EQA	Não	-	Sim	-	-	-	PNCT /LNRT
		Treinar o	# de	0	2 Beira	2 Beira			2 Beira	PNCT/LNR

		peçoal técnico laboratórios de referência da Beira e Nampula a usar o EQA	peçoal laboratorial treinado em EQA		2 Nampula	2 Nampula	2 Beira 2 Nampula	2 Beira 2 Nampula	2 Nampula	T
		Efectuar um plano de supervisão semestral pelo laboratório de referência nacional aos restantes que fazem cultura MTB	# de supervisões efectuadas no âmbito de cultura MTB	N.D.	2	2	2	2	2	PNCT/LNR T
	Introdução e adopção das novas tecnologias moleculares como o Xpert MTB/RIF (GeneXpert), PLA e Ogawa Kudoh; e	Adoptar as novas tecnologias	# de novo equipamento em uso	0	-	1 a 3 GeneXpert/província: distrito s alto risco MR e 5 distrito s alto peso TB-HIV	30 microscópios LED LPA na Beira	LPA em Nampula Estudo piloto Ogawa-Kudoh	-	PNCT e parceiros

	expandir o uso do microscópio de fluorescência LED									
		Avaliar o impacto e custo-eficácia de novas tecnologias	Existência de relatório do estudo-piloto com recomendações sobre sua expansão de Xpert RIF/MTB/(GeneXpert)	Não	-	Protocolo aprovado	-	Sim	-	PNCT e parceiros
Aumenta o número de US com capacidade de fazer exames radiológicos: Mais pacientes com acesso a serviços radiológicos	Mapear US elegíveis que não estão a fazer exames de radiologia	Relatório de mapeamento de US elegíveis sem RX	Não	Sim	-	-	-	-	-	PNCT
	Colocar meios de RX nas US	# de US com capacidade de fazer o RX		>1 Rx em todos hospitais	>1 Rx em todos hospitais	-	-	-	-	PNCT e parceiros

				rurais / gerais / distritais	rurais/ gerais/ distritais					
--	--	--	--	--	----------------------------------	--	--	--	--	--

5.5 Vigilância Epidemiológica, Monitoria e Avaliação

Melhorar a qualidade dos dados de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose									
Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Linha de base	Metas					Responsável
				2014	2015	2016	2017	2018	
Proporção de províncias que submete relatórios correctos, completos e atempados aumenta de 4/11 para 11/11 2017	Treinar supervisores provinciais na análise de dados, apresentação e interpretação de informação	# de supervisores provinciais treinados	11	2/ província	2/ província	2/ província	2/ província	2/ província	PNCT
	Treinar supervisores provinciais na supervisão no âmbito de verificação da qualidade de dados	# de supervisores provinciais treinados	11	2/ província	2/ província	2/ província	2/ província	2/ província	PNCT
Proporção de distritos que submete relatórios correctos, completos e atempados	Treinar supervisores distritais na análise de dados, apresentação e	# de supervisores distritais treinados	0	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	PNCT

aumenta de 64/128 em 2011 para 96/128 em 2016 e 128/128 em 2018	interpretação de informação									
	Treinar supervisores distritais na supervisão no âmbito de verificação da qualidade de dados	# de supervisores distritais treinados	0	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	2/ distrito	PNCT
Número de sessões de supervisão provincial para verificação da qualidade de dados aumenta para pelo menos 2 por província por ano até 2018)	Realizar supervisões provinciais semestrais pelos gestores centrais	# sessões supervisão realizadas	1 nacional por semestre 1 provincial por trimestre	PNCT, DPS e parceiros						
Estabelecimento de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de TB										

5.6 Fortalecimento do Sistema de Saúde

Acesso e qualidade de Serviços melhorados em todo o Sistema; Reforço do Sistema Comunitário de Saúde									
Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Linha de base (2012)	Metas					Responsável
				2014	2015	2016	2017	2018	
Mais recursos financeiros disponíveis para o Controlo de TB	Reforçar a capacidade da Unidade Central	Unidade com pelo menos 5 profissionais de nível adequado	Situação de pessoal em 2012	5	6	6	7	8	DNSP, DRH e PNCT
	Reforçar a capacidade de clínica para a TB Resistente	Taxa de cura	Resultados de tratamento de 2009 e 2010	50%	60%	65%	70%	75%	PNCT
Mais recursos financeiros disponíveis para dar resposta eficaz à luta contra a tuberculose	Definir as necessidades de recursos e as fontes de financiamento	Documento com necessidade de recursos partilhado	Não	Sim	-	-	-	-	DPC, PNCT e Parceiros
	Identificar o "gap" de financiamento para os serviços de tuberculose	Relatório do exercício do gap analysis efectuado e partilhado	Não	Sim	-	-	-	-	DPC, PNCT e Parceiros
	Advogar para aumentar	# encontros de advocacia	N.D.	Por determinar	DPC e PNCT				

	o financiamento doméstico	ia realizados							
	Advogar para financiamento adicional externo	# encontros de advocacia realizados	1	1 dia mundial TB	1 dia mundial TB	1 dia mundial TB	1 dia mundial TB	1 dia mundial TB	DPC e PNCT
Expansão da rede de Laboratórios	Aumentar a rede de microscopia disponíveis e acesso à cultura	Número de laboratórios com microscopia existentes	315	425	515	605	735	-	PNCT, LNRT e INS
	Fazer recurso de e descentralizar novas tecnologias de diagnóstico	Numero de US com Gene Xpert/L ED/LPA	Ver matriz dos serviços de diagnóstico	Ver matriz dos serviços de diagnóstico	Ver matriz dos serviços de diagnóstico				
Implementação de Medidas de Controlo de Infecção	Apoiar as US a elaborar os planos de CI	Número de US com plano de controlo de infecção	ND			75% das grandes US 50% das restantes	1	100% das grandes US 75% das restantes	PNCT e Parceiros
Melhoria da Qualidade e da Informação		# de ditritos que reportam	64/128		100/128			128/128	PNCT e Parceiros

ão		informa ção correct a e complet a							
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.7 Pesquisa Operacional

(Realização de inquéritos e estudos diversos)

Melhorar a capacidade e o desempenho do Programa em Pesquisa Operacional									
Produtos	Actividades chave	Indicador de execução	Linha de base	Metas					Responsável
				2014	2015	2016	2017	2018	
Agenda de pesquisa da tuberculose é definida e actualizada em cada 2 anos	Definir a agenda nacional de pesquisa de TB	Plano de Pesquisa Disponível	-	Sim	-	-	-	-	PNCT, INS e LNRT
Inquérito de Resistência aos medicamentos anti-TB	Preparar realização do Inquérito	Protocolo E Logística	-		✓				PNCT e Parceiros
	Realizar e documentar o Inquérito	Relatório	-			✓			
Inquérito de Inquérito de Prevalência de TB	Preparar realização do Inquérito	Protocolo E Logística	-		✓	✓	✓		
	Realizar e documentar o Inquérito	Relatório	-			✓	✓		

Capítulo 6. SUSTENTABILIDADE E CONDIÇÕES PARA EXECUÇÃO DO PLANO

Falar de sustentabilidade de um programa para lidar com uma doença desta magnitude pode ser percebido como utopia. Entre os diversos condimentos essenciais necessários para tornar este plano um sucesso, destaca-se a vontade política de combater a tuberculose. disponibilidade financeira pelo governo e parceiros, aumento de pessoal de saúde qualificado, a estabilidade nacional e regional, mais envolvimento de todos os prestadores de saúde incluindo o sector privado, o empoderamento comunitário, da sociedade civil e e um ambiente organizacional favorável e boa governação e liderança.

Porém, os principais factores determinantes que deverão ser tomados em conta para o sucesso deste plano estratégico incluem:

a) Garantia de financiamento

Há, naturalmente, preocupações acerca de sustentabilidade financeira, particularmente tomando em conta a crise financeira global num contexto de alta dependência do sector de saúde para com ajuda externa e de fraca contribuição do Orçamento Geral do Estado. Este plano pode ser uma tentativa de caminhar para a sustentabilidade, pois procura integrar as principais intervenções de controlo de tuberculose na plataforma dos cuidados de saúde primários e nas estruturas comunitárias, da sociedade civil e dos sectores privado lucrativo e não lucrativo. Espera-se que o sucesso da implementação deste plano estratégico resulte na aceleração da redução de ocorrência de novos casos de TB. Isto pode resultar numa compactação do envelope financeiro disponível para os cuidados e tratamento e contribuir para maior sustentabilidade. No entanto, o financiamento sustido e o suporte técnico regular pelos parceiros de cooperação para a implementação efectiva deste plano estratégico e operacional deve ser garantido e o Orçamento Geral do Estado deverá paulatinamente aumentar sua contribuição para este plano.

b) Disponibilidade e desempenho do pessoal

A disponibilidade de pessoal suficiente, qualificado, competente e motivado em todos os níveis de atenção e gestão constitui a principal chave para o sucesso deste plano. Tal como referido no Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PNDRH) 2008 – 2015 [20], Moçambique sofre de escassez marcada de pessoal de saúde qualificado, em particular das carreiras específicas de saúde tanto em termos de números e de distribuição rural e urbana. Tal como referido no relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011 (ACA XI) [21] a exiguidade de recursos financeiros por parte do MISAU não tem permitido à Direcção de Recursos Humanos planificar tomando em conta as reais necessidades plasmadas no PNDRH, daí haver uma necessidade de redobrar os esforços para que mais quadros estejam disponíveis a breve trecho.

c) Tendências do HIV e tendência de agravamento dos índices de Tuberculose Resistente (com destaque na TB MR e TB ER)

A tendência da tuberculose depende em grande medida da tendência do HIV. Embora pareça que a incidência de HIV está numa fase de estabilização, ainda persistem grandes diferenças regionais, com o sul representando o maior fardo. Assim, o sucesso deste plano vai depender do sucesso de implementação do PEN III [19] e do plano subsequente para o controlo do HIV e SIDA em Moçambique.

O desenvolvimento de tuberculose resistente é uma grande ameaça ao controlo da TB, pelo que todos esforços deverão ser empreendidos para contê-la.

Capítulo 7. ORÇAMENTO

A orçamentação deste Plano Estratégico e Operacional foi feita usando a ferramenta da OMS para planificação e orçamentação “*WHO Planning and Budgeting Tool*” e cobre o período dos cinco anos. Porém ajustamentos deverão ser efectuados no fim do ano 2º ano, pois a maioria das

actividades deverá sofrer alguns ajustes sempre tomando em conta a necessidade de melhorar e aprimorar intervenções para o alcance dos resultados almejados. A fonte de financiamento também não está identificada e uma análise das lacunas existentes deverá ser feita para permitir angariação dos fundos necessários tanto do governo assim como dos parceiros. Espera-se contar com apoio do Orçamento do Estado, das rondas do GFATM, do TB Care, do PEPFAR e de outras agências bilaterais e multilaterais para financiar este plano. Apoios indirectos através de Assistência Técnica oriundas das agências bilaterais e multilaterais também constituirão uma fonte de apoio importante.

A Tabela seguinte apresenta um sumário do orçamento para o programa em sua plenitude, por ano com itens sumarizados por categorias temáticas que no seu conjunto alimentam os resultados das 6 áreas estratégicas. O custo global é de 100, 272,556.00 US\$ (Cem Milhões, Duzentos Setenta e Dois Mil e Quinhentos e Cinquenta e Seis Dólares Americanos -USD).

Tabela 17. Sumário do Orçamento do Plano Estratégico e Operacional, anos 2014 a 2018

Ano Categoria temática	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL (USD)	%
1. Reforço da capacidade de diagnóstico ⁵	2,877,069	3,083,639	3,274,143	3,426,499	3,624,173	16,285,522	16.2
2. Envolvimento do sector privado	4,675	4,675	4,675	4,675	4,675	23,375	0.09
3. Medicamentos da 1ª linha	2,340,670	2,481,111	2,629,977	2,787,776	2,955,042	13,194,576	13.1
4. Gestão e supervisão	471,680	420,480	420,480	420,480	420,480	2,153,600	2.1
5. Pessoal	1,928,217	2,043,910	2,166,544	2,296,537	2,434,329	10,869,538	10.8
6. Formação	503,990	696,460	680,290	699,830	680,290	3,260,860	3.2
7. Empoderamento da comunidade e Reforço do Sector Comunitário	664,387	661,747	650,237	654,647	659,277	3,290,294	3.3
Apoio ao doente	140,000	140,000	140,000	140,000	140,000	700,000	0.7
8. PMDT	2,238,000	2,485,000	2,515,000	2,545,000	2,475,000	12,258,000	12.8
9. Controlo de Infecção	250,000	350,000	500,000	550,000	600,000	2,250,000	2.2
10. Actividades colaborativas TB/HIV	3,987,541	4,297,512	4,630,324	4,908,143	5,202,632	23,026,152	23.0
11. Vigilância, M&A							
11.1 Vigilância, M&A (Dados)	350,831	368,880	638,013	4,208,294	579,792	6,145,810	6.1
11.2 Vigilância e Medida do Impacto	53,710	167,620	-	-	-	221,330	0.2
12. Pesquisa operacional							
12.1 Inquérito							
12.2 Inquérito de Resistência aos Anti TB (DRS)	91,500 50,000 100,000	0,0 500,000 3,500,000	0,0 250,000 1,000,000	2,000 - -	0,0 - -	93,500 800,000 4,600,000	0.09 0.8 4.6
12.3 Inquérito de Prevalência							
13. Assistência Técnica Internacional	160,000	160,000	160,000	160,000	160,000	800,000	0.8
14. Tuberculose Pediátrica	100,000	50,000	50,000	50,000	50,000	300,000	0.3
TOTAL	16,314,282	21,413,047	19,711,698	22,855,897	19,987,707	100,272,556	100.0%

⁵ Não inclui equipamento de radiologia

REFERÊNCIAS

1. Conselho de Ministros. Plano de Acção para a Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014. Maputo: Governo de Moçambique, 2010.
2. Ministério da Saúde. Plano Estratégico do Sector da Saúde 2007-2012. Maputo, Mocambique: Ministério da Saúde, 2007.
3. WHO. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. Stop TB Partnership 2010.
4. MISAU-PNCT. Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose em Moçambique, 2008-2012. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controlo de Doenças, Ministério da Saúde, 2007.
5. INE. População 2008 [cited 2010 10 March]. Available from: www.ine.gov.mz.
6. UNDP. Relatório de Desenvolvimento Humano 2010. Edição do 20º Aniversário. A Verdadeira Riqueza das Nações: Vias para o Desenvolvimento Humano. New York, USA: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010.
7. INE, Macro International Inc. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 1997. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística; Macro International Inc., 1998.
8. INE, MISAU, USAID. Moçambique: Inquérito Demográfico e de Saúde 2003. Maputo, Moçambique: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde e USAID com Assessoria da MEASURE DHS+/ORC Macro., 2005.
9. INE. Mortalidade em Moçambique: Inquérito Nacional Sobre Causas de Mortalidade, 2007/8. Relatório Preliminar. Maputo: Instituto Nacional de Estatística, 2009.
10. INE. 3º Censo Geral da população e habitação (ano de 2007) 2008 [cited 2009 10 Novembro]. Available from: www.ine.gov.mz.
11. MISAU-INS. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique: INSIDA 2009. Instituto Nacional de Saúde, Ministério da Saúde de Moçambique, Instituto Nacional de Estatística, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, PEPFAR, ICF-MACRO, 2010.
12. República de Moçambique. Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Maputo: Governo de Moçambique, 2010.
13. WHO. Stock taking Report for Mozambique. International Health Partnership and related initiatives (IHP+). Harmonization for Health in Africa (HHA). Inter-Regional Country Health Sector Teams' Meeting. Lusaka, Zambia. 2008.
14. WHO. Global tuberculosis report 2012. Geneva: World Health Organization, 2012.
15. MISAU-PNCT. Política e Plano Nacional de Controlo da Infecção para a Tuberculose em Unidades Sanitárias e ambientes conglomerados de Moçambique. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, Direcção Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde 2010.
16. MISAU. Declaração de Política Nacional de Saúde. Ministério da Saúde; 2007.
17. United Nations. The millennium development goals report 2010. New York: United Nations 2010.
18. Governo de Moçambique. Plano de Acção para Assistência à Saúde dos trabalhadores Mineiros Moçambicanos Transfronteiriços (Draft em processo de finalização). Ministério de Saúde, Ministério de Trabalho, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2012.

19. Conselho de Ministros. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 - 2014. Maputo: Conselho Nacional de Combate ao SIDA, aprovado pelo Conselho de Ministros de Moçambique(10a Sessão), 2010.
20. MISAU-DRH. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS) 2008-2015. Maputo: Ministério da Saúde, 2008.
21. MISAU. Relatório final da XI Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde (ACA XI). Maputo: Ministério da Saúde e Parceiros de Cooperação, 2012.
22. Gregory Wagner: Screening and Surveillance of Workers exposed to mineral Dust. WHO Geneva, 1996
23. WHO. Global tuberculosis report 2011. Geneva: World Health Organization, 2011
24. Stop TB Policy paper No 2,, TB impact Measurement,. Policy and recommendations for how to assess the epidemiological burden of TB and the impact of TB Control, WHO Geneva 2009.25. WHO. Treatment of Tuberculosis Guidelines . Fourth edition. WHO/HTM/TB/2009.420 . Geneva 2009
26. WHO. Rapid advice : treatment of tuberculosis in children. GENEVA 2010
27. WHO. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. WHO/HTM/TB/2009.419. Geneva. 2009
- 28WHO. Electronic recording and reporting dfor Tuberculosis care and control. Geneva, 2012
29. WHO. Guidelines for programmatic Management of drug resistant tuberculosis. 2011 update. Geneva, 2011
30. WHO, USAID. MDR TB Planning Toolkit. September 2012
31. USAID/TB CARE II Community based Care for Drug Resistant tuberculosis. A Guide for implementers. Partners in Health, October 2011
32. WHO. Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. Geneva, 2010
- 33, WHO. Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. Geneva 2011
34. Salomao M A, Kibuga DK AFRO progress towards the attainment of MDGs for DOTS. Presentation made at The 18th Union Conference, Africa Region, Abuja, Nigeria, 3-5 March 2011. SPIRITUS Vol – III, October 2011, pp. 4-10.
35. Multi-drug resistant and extensively drug resistant tuberculosis in the Africa Region. Wilfred C. A. Nkhoma et Al. (Daniel Kibuga, Angelica Salomao,). in Africa Health Monitor, pp 22-30, OMS AFRO, Brazzaville Congo, June 2012.

Lista de Figuras e caixa

Figuras	Página
Figura 1. Mapa de Moçambique e a visualização do país no mapa do Continente Africano	4

Caixas

Caixa 1. Objectivos, metas e indicadores de Controlo de TB em 2014-2018.....	33
--	----

Lista de Quadros

Quadro1. Plano Estratégico 2008-2012, Resultados (Metas e Indicadores).....	18
Quadro 2. Sumário dos Resultados das estratégias e intervenções essenciais do Plano 2008-2012.....	24
Quadro 3. Casos de TB MR identificados em 2012, por província.....	42
Quadro 4. Cenários de tratamento TB MR, Moçambique, 2013-2016.....	43
Quadros operacionais (Plano Estratégico 2014 – 2018).....	55
6.1 DOTS Institucional e Comunitário.....	55
5.2 Co Infecção TB/HIV	66
5.3 TB Resistente (com foco na TB MR e TB ER).....	69
5.4 Serviços de Diagnóstico (Laboratório e Radiologia).....	72
5.5 Vigilância, Monitoria e Avaliação	79
5.6 Fortalecimento do Sistema de Saúde.....	80
5.7 Pesquisa Operacional.....	83

Lista de Tabelas	Página
Tabela 1. As 10 maiores causas de mortalidade no mundo, 2000 e 2011.....	1
Tabela 2. Parâmetros sociais e de saúde dos Moçambicanos.....	6
Tabela 3, Organização do SNS e Níveis de atenção.....	7
Tabela 4. Parceiros e respectivas áreas de intervenção.....	11
Tabela 5 . Resultados de tratamento, Casos Novos Bk+, Moçambique, 2006-2011.....	20
Tabela 6. Implementação de actividades de Colaboração TB/HIV, Moçambique, 2010-2012.....	21
Tabela 7 Número de doentes TB MR notificados, resultados de tratamento desde o ano de 2006-2012	22
Tabela 8. N ^o de trabalhadores de Saúde que contraíram TB em 2012.....	23
Tabela 9.DOTS Institucional e Comunitário: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018...38	38
Tabela 10.Co-infecção TB-HIV: Quadro de Resultados Estratégicos2014-2018.....	40
Tabela 11. Tuberculose Resistente com destaque para a TB MR e TB ER: Resultados Estratégicos 2014-2018	44
Tabela 12. Rede de expansão de microscopia, Moçambique, 2013-2017.....	47
Tabela 13.Área de Serviços de Diagnóstico; Quadro de Resultados Estratégicos2014-2018.....	48
Tabela 14. Vigilância, Monitoria E Avaliação (M & A): Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018.....	50
Tabela 15. Reforço do Sistema de Saúde: Quadro de Resultados Estratégicos 2014 – 2018.....	52
Tabela 16. Pesquisa Operacional: Quadro de Resultados Estratégicos 2014-2018.....	53