



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Caro leitor,**

Este PDF é interativo. Você pode navegar entre as páginas e capítulos por clicando em botões e flechas. Você pode clicar em links dentro do documento que irá direcioná-lo para fontes on-line ou Informações adicionais.

Para sair o fullscreen pressione ESC



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

# PLANO DE ACELERAÇÃO DA RESPOSTA AO HIV E SIDA

MOÇAMBIQUE 2013-2015

Uma Geração  
Livre de SIDA  
Está ao Nosso Alcance

# CONTEÚDOS

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 2. O PLANO ESTRATÉGICO DE ACELERAÇÃO DA RESPOSTA AO HIV E SIDA

---

## 3. O CAMINHO A SEGUIR

---

## ANEXOS

---

## LISTA DE TABELAS

2.1:	Sumário dos Objectivos-chave Seleccionados para a Área Técnica A.....	26
2.2:	Objectivos Chaves na Area do ITS.....	27
2.3:	Estratégias de Diagnóstico e Prevenção, Actividades e Metas .....	28
2.4:	Objectivos-Chave Seleccionados Para a Área de Cuidados e Tratamento .....	35
2.5:	Estratégias, Actividades, Metas e Unidades de Cuidados e Tratamento .....	36
2.6:	Objectivos-Chave de ETV.....	45
2.7:	Estratégias, Actividades, Metas e Unidades de ETV .....	46
2.8:	Estratégias, Actividades, Metas e Unidades de Crianças Expostas ao HIV .....	48
2.9:	Planificação da Expansão de Recursos Humanos.....	54
2.10:	Apresenta um Resumo da Avaliação para 2013 – 2015:.....	58
2.11:	Infraestruturas - Reabilitações, ampliações e construções .....	59
2.12:	Metas em Percentagem de Cobertura por Intervenção, 2013-2015 .....	64
2.13:	Número de Pessoas Abrangidas por Tipo de Intervenção de HIV por Ano, 2013-2015.....	64
2.14:	Percentagem de Mudança nos Custos, 2015 vs. 2013 .....	67
2.15:	Plano de Aceleração da Resposta ao HIV: Síntese de Custos, 2013-2015.....	68

## LISTA DE FIGURAS

1.1:	Incidência de HIV por Região.....	9
1.2:	Prevalência do HIV por Província.....	11
1.3:	Prevalência do HIV por Grupo Etário e Género .....	11
1.4:	A Cobertura TARV ao Nível Provincial .....	14
1.5:	Expansão dos Serviços TARV na Rede Primária 2003 – 2015.....	15
1.6:	Comparação da Prevalência, Taxas de CM e Priorização de Províncias.....	16
1.7:	Comparação dos Cenários de Novas Infecções.....	18
2.1:	Expansão da Cobertura TARV para 80%.....	43
2.2:	Expansão do Programa PTV.....	50
2.3:	Evolução da Cobertura de PTV e das Intervenções .....	65
2.4:	Necessidade de TARV e Cobertura Entre os Adultos de 15-49 Anos, 2003-2015.....	65
2.5:	Tendência dos Factores de Custo ao Longo do Tempo, 2013-2015.....	66
2.6:	Plano de Aceleração Para o HIV: Síntese dos Custos, 2013-2015 .....	67

## ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AIS	Estudo Indicador sobre o HIV e SIDA
ATS	Aconselhamento e Testagem de Saúde
ATS-C	Aconselhamento e Testagem de Saúde na Comunidade
AT-HIV	Aconselhamento e Testagem do HIV
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor
ATIU	Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Utente
CCR	Clínica para a Criança em Risco
CD4	Agrupamento de diferenciação
CM	Circuncisão Masculina
CMC	Comunicação para a Mudança de Comportamento
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CPN	Cuidados Pré-Natais
CQE	Controle de Qualidade Externo
DBS	Amostra de Sangue em Papel de Filtro

DIS	Departamento de Informação para a Saúde
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EID	Diagnóstico Precoce nas Crianças
ETI	Equivalentes a Tempo Inteiro
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
FM	Microscópios de Fluorescência
GAAC	Grupos de Apoio a Adesão Comunitária
GAR	Grupos de Alto Risco
GARPR	Relatório Global de Progresso da Resposta ao SIDA - <i>Global AIDS Response Progress Report</i>
GFATM	Fundo Global de Combate à Malária, SIDA e TB - <i>Global Fund to Combat AIDS, TB and Malaria</i>
GRM	Governo da República de Moçambique
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Inquérito Demográfico de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INSIDA	Inquérito Nacional de HIV/SIDA
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
LED	Diodo Emissor de Luz
MAP	<i>(World Bank) Multi-Country HIV/AIDS Program</i>
M&A	Monitoria e Avaliação
MC	Meningite Criptocócica
MISAU	Ministério de Saúde
M-Saúde	Saúde Móvel - Mobile Health
MQ	Melhoria da Qualidade
NVP	Nevirapine
ODA	Apoio Oficial ao Desenvolvimento - <i>Official Development Assistance</i>
PCB	Pacote de Cuidados Básicos
PCR	Polymerase Chain Reaction (Reacção de Cadeia em Polimerase)
PEN - III	Plano Estratégico Nacional de HIV/SIDA (III)
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente (dos EUA) para o Alívio da SIDA - <i>The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief</i>
	Plano Estratégico Do Sector Saúde
PESS	Planeamento Familiar
PF	Plano de Gestão de Farmácia e Logística
PGFL	Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde
PNDRHS	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPE	Profilaxia Pós-Exposição
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RME	Registos Médicos em Formato Electrónico
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SESP	Sistema Electrónico de Seguimento dos Pacientes
SGCA	Sistema de Gestão da Cadeia de Aprovisionamento
SGIS	Sistema de Gestão de Informação da Saúde
SIFIn	Sistema de Informação de Formação Inicial
SIFO	Sistema de Informação de Formação
SIMAM	Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos
SMI	Saúde Materno-Infantil
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TS	Trabalhadora do Sexo
UATS	Unidades de Aconselhamento e Testagem de Saúde
US	Unidade Sanitária
VBG	Violência Baseada no Género
VHB	Vírus da Hepatite B



© UNICEF/Mozambique/2013

## Prefácio

Desde o fim do conflito armado, em 1992, Moçambique tem feito progressos assinaláveis na reconstrução das suas infra-estruturas e economia. Moçambique, tem registado um crescimento económico dos mais rápidos, ao nível global. A descoberta recente de recursos minerais e gás natural, conjuntamente com a extensa orla costeira e ampla extensão de terras aráveis, o potencial turístico inexplorado e a estabilidade social, têm criado perspectivas optimistas em relação ao futuro do país.

A epidemia do HIV constitui uma das maiores ameaças para o futuro económico e social do país. O compromisso do Governo de Moçambique (GRM) em providenciar acesso equitativo para cuidados de saúde de qualidade, em toda a nação, permitiu avanços de uma situação em que somente um pequeno grupo e privilegiados de residentes na cidade capital e zonas circundantes tinha acesso à terapia anti-retroviral, para a disponibilização do Tratamento Anti-retroviral (TARV) em Unidades Sanitárias (US) seleccionadas de todos os Distritos do país. O progresso conquistado até agora, tem sido muito encorajador.

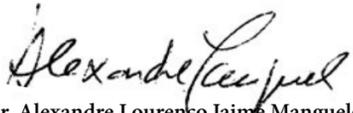
Em 2011, Moçambique uniu esforços com outras nações comprometidas do mundo na luta por um mundo livre do SIDA, ao assinar a Declaração Política sobre HIV/SIDA: Intensificação de Esforços para Eliminar o HIV/SIDA. Esta declaração constitui um marco histórico, que abraça um novo entendimento da epidemia e um compromisso para reverter o que teria sido o aumento inexorável da incidência do HIV; estes ganhos serão possíveis através da expansão coordenada e decisiva de intervenções baseadas em evidências.

“O Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA 2013-2015”, em Moçambique foi criado para responder a este compromisso de pôr fim a ocorrência de novas infecções por HIV. Esta estratégia de três anos reflecte a visão conjunta dos vários intervenientes para conseguir uma Geração Livre de HIV/SIDA, em Moçambique.

No desenvolvimento do plano, o MISAU inspirou-se em documentos - chaves que incluem o Plano Estratégico Nacional de HIV/SIDA 2010-2014 (PEN III), a revisão do II Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS II, 2012), o Relatório Global de Progresso da Resposta à SIDA (GARPR - Global AIDS Response Progress Report, 2012) e a Estratégia Nacional de Prevenção (GRM, 2008). Os sucessos e desafios do passado, aliados às contribuições de intervenientes chave, e à colaboração com múltiplos sectores do governo, constituíram os pilares para o desenvolvimento de um plano realista que visa alargar a cobertura do TARV para abranger 80% dos pacientes elegíveis, reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 5% e reduzir para metade o número de novas infecções do HIV, até 2015.

O GRM, os seus parceiros nacionais e internacionais, a sociedade civil e os dedicados profissionais da saúde, unem-se na visão traçada neste plano para o sucesso da sua implementação. Uma Geração Livre de HIV/SIDA, em Moçambique, está ao nosso alcance. Este futuro é possível, é essencial e juntos venceremos o HIV.

6 de Agosto de 2013  
Maputo, Moçambique

  
Dr. Alexandre Lourenço Jaime Manguela  
Ministro de Saúde

# 1. Introdução

## Panorama Geral do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV

A epidemia do HIV, em Moçambique, continua a ameaçar o futuro social e económico do país. Em alguns locais do país, mais de um quarto dos adultos estão infectados. A prevalência nacional do HIV é a oitava mais alta do mundo. Ao longo da década passada, Moçambique realizou avanços encorajadores na resposta à epidemia, mas com uma estimativa de 1,4 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA e 120.000 novas infecções por ano, a resposta ao HIV deve ser fortalecida e acelerada. Progressos recentes, no campo da resposta ao HIV, indicam que a implementação focalizada e abrangente de certas intervenções críticas, baseadas em evidências, podem criar efeitos na epidemia que resultem na sua contracção. O GRM abraça esta nova esperança, transmitida no estabelecimento do

plano de aceleração rápida e agressiva de resposta ao HIV e SIDA, por forma a conseguir uma geração livre do SIDA.

Em estreito alinhamento com o PEN III, o Plano Estratégico para a Eliminação de Transmissão Vertical do HIV de Mães para Crianças 2012-2015, e os objectivos 4, 5 e 6 dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, este plano – **O Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA em Moçambique 2013-2015** - apresenta uma estratégia detalhada e coordenada que agrupa todos os recursos disponíveis no país, para atingir os seguintes objectivos, realizações e resultados, até 2015:

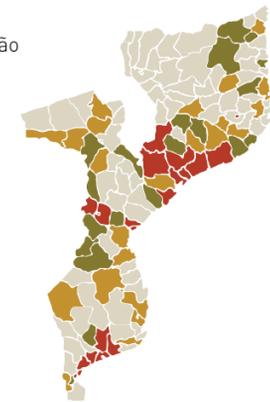
Este plano apresenta intervenções específicas que visam aumentar significativamente o nível de acesso

a estratégias de prevenção baseadas em evidências, o diagnóstico, o acesso a serviços de cuidados e tratamento, a melhoria da retenção, assim como a avaliação sistemática e a melhoria da qualidade de prestação de serviços aos pacientes. As áreas geográficas do país com altos índices de prevalência de HIV e baixa cobertura de TARV (70 Distritos) foram identificadas e priorizadas, a fim de receberem um pacote específico de apoio mais alargado, durante um período de três anos, enquanto se mantém o princípio fundamental da equidade na alocação de recursos, nos 128 distritos do país (Anexo 1).

**GRÁFICO 1**

Distritos com Priorização para intervenções de cuidados e tratamento (com base na necessidade não atingida estimada para TARV)

■ 2013 Prioritário  
■ 2014 Prioritário  
■ 2015 Prioritário  
■ Não Prioritário



### PRINCIPAIS OBJETIVOS ATÉ 2015:

**+80%**



**AUMENTAR A PERCENTAGEM DE ADULTOS E CRIANÇA HIV ELEGÍVEIS RECEBENDO A TERAPIA ANTIRETROVIRAL PARA 80% ATÉ 2015**

**REDUZIR O NÚMERO DE NOVAS INFECÇÕES EM 50%, ATÉ 2015**



**-50%**

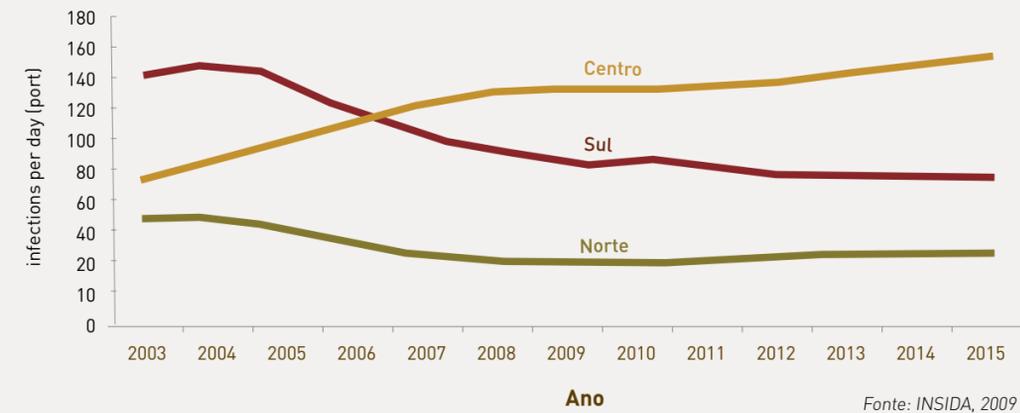
**REDUZIR A TAXA DE TRANSMISSÃO DO HIV DE MÃE PARA FILHO PARA 5%, ATÉ 2015**



**-5%**



FIGURA 1.1: INCIDÊNCIA DE HIV POR REGIÃO



Fonte: INSIDA, 2009

# Contexto Nacional e Análise Situacional

## Geografia e Demografia

A República de Moçambique é um país vasto localizado na África Austral (com 801,590 km<sup>2</sup> e posicionado no 36º lugar, entre 187 países). Partilha fronteiras com a Tanzânia, Malawi, Zâmbia, Zimbabué, Swazilândia e África do Sul. A população de Moçambique é de aproximadamente 23 milhões de pessoas (2012), das quais 64% vivem em zonas rurais. O país está dividido administrativamente em 11 Províncias, divididas, por sua vez, em 128 Distritos. Cada Província conta com uma Direcção Provincial de Saúde (DPS) responsável pela gestão do sistema de saúde, a nível da Província. A gestão do serviço de saúde é descentralizada até ao nível do Distrito, onde os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS) assumem a responsabilidade pela gestão e implementação de programas.



## Economia, Saúde e Estatuto Social

O crescimento económico de Moçambique, nos últimos anos, tem sido dos mais elevados do mundo, com uma taxa de crescimento média de 8%, nos últimos 15 anos. O rendimento per capita de Moçambique é ainda de somente \$440, por ano, fazendo com que seja um dos países mais pobres do mundo, onde 55% da população vive com menos do que \$1 por dia. A economia está baseada essencialmente na agricultura de pequena escala, embora isto esteja a mudar, com a recente descoberta de níveis significativos de recursos minerais e gás natural, no norte do país.

Actualmente, Moçambique é altamente dependente do Apoio Oficial ao Desenvolvimento e do financiamento de doadores, sendo que 22% do Orçamento Geral do Estado e 59% das despesas do sector da saúde são provenientes de fundos de doadores ou da cooperação bilateral. A despesa pública na saúde foi de 5.8% do GDP, em 2011, enquanto as despesas na saúde per capita, em 2012, foram de \$26.1 por ano. Apesar das enormes limitações de recursos existentes em Moçambique, o GRM tem conseguido manter os serviços essenciais de saúde gratuitos.

INDICADORES BÁSICOS DE SAÚDE	
Expectativa de vida	51 anos
Mortalidade crianças < 5 anos	141/1.000 nados vivos
Mortalidade materna	290/100.000 nados vivos
Malnutrição crianças < 5 anos	44%
Vacinação completa crianças < 2 anos	71%
Acesso a cuidados de saúde	56%
Número de crianças órfãs ou vulneráveis pelo HIV/SIDA	670.000

## Tendências da Epidemia do HIV

**1.4**

milhões de pessoas vivem com HIV, em Moçambique, das quais 200.000 são crianças abaixo dos 15 anos

**278**

são o número de infecções diárias por HIV que ocorrem em Moçambique

O primeiro caso de HIV, em Moçambique, foi registado em 1986. Em 2009, a prevalência do HIV em adultos, foi estimada em 11,5%, com variações geográficas e demográficas substanciais. O nível mais alto de prevalência encontra-se no sul e o mais baixo, no norte do país. A epidemia parece ter-se estabilizado no sul e no norte, enquanto na região centro, continua a registar um crescimento.

Acredita-se que as diferenças nas tendências geográficas da epidemia sejam essencialmente justificadas pelo seguinte: níveis variáveis de maturidade da epidemia, taxas de CM, isolamento geográfico, configuração diferenciada de redes de parceiros sexuais, migrações laborais e existência de corredores de transporte para a África do Sul. A prevalência nas áreas urbanas é estimada em 15,9%, enquanto nas áreas rurais se estima que seja de 9,2%

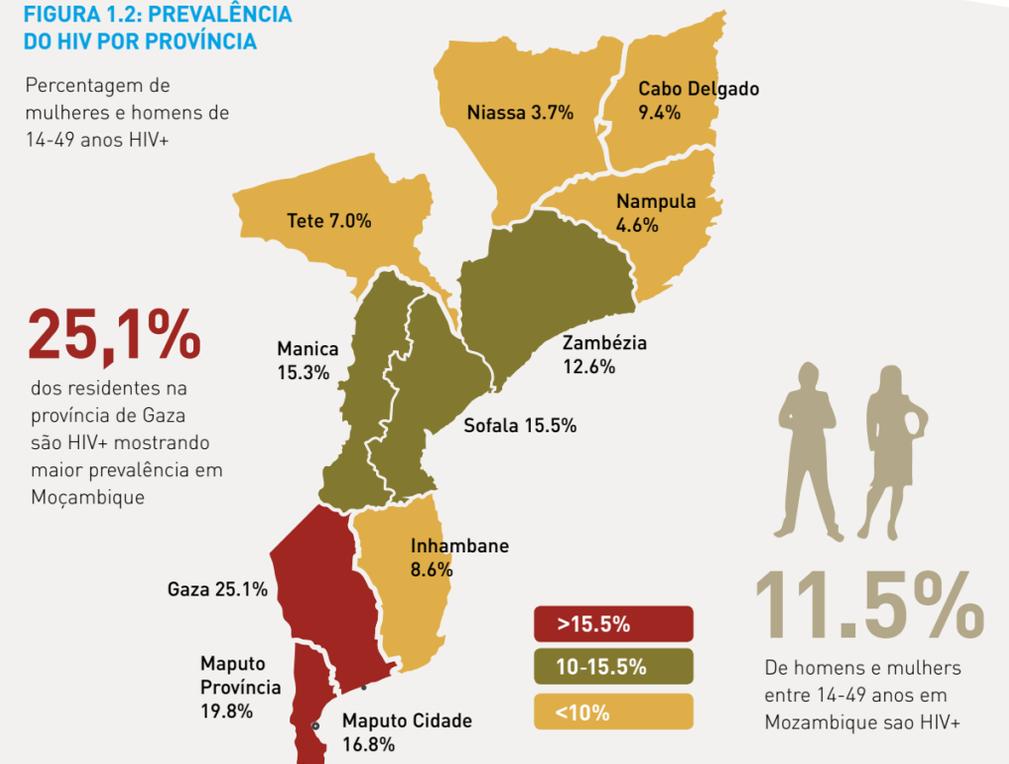
Calcula-se que 1,4 milhões de pessoas vivem com HIV, em Moçambique, das quais 200.000 são crianças abaixo dos 15 anos. É uma epidemia de carácter fortemente feminino, sendo que cerca de 68% de pessoas infectadas são mulheres. O grupo demográfico com prevalência mais elevada (16,8%) é o das mulheres com idades compreendidas entre os 25 e os 29 anos. Entre os jovens de 15 a 24 anos de idade a prevalência é maior entre as mulheres (11,1%) do que nos homens (3,7%).

O HIV/SIDA é a principal causa de morte em adultos (idade 15-49 anos), em Moçambique, país que tem uma taxa de mortalidade, por HIV/SIDA, de 393 por 100.000 adultos (variando de 247/100.000, em Nampula, até 842/100.000, em Gaza). O HIV provoca 40% das mortes nos adultos, no país. O HIV/SIDA é a segunda principal causa de morte (depois da malária) nas crianças com idades compreendidas entre os 5 e 14 anos, representando 14% das mortes, neste grupo etário.

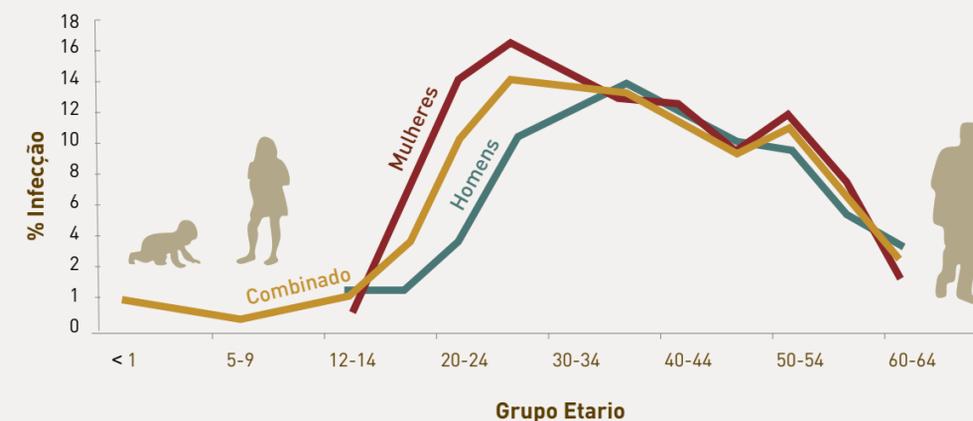
As projecções actuais, baseadas nos dados de vigilância sentinela de 2009, estimam que existirão 120.786 novas infecções de HIV, em 2013.

**FIGURA 1.2: PREVALÊNCIA DO HIV POR PROVÍNCIA**

Percentagem de mulheres e homens de 14-49 anos HIV+



**FIGURA 1.3: PREVALÊNCIA DO HIV POR GRUPO ETÁRIO E GÉNERO**



Fonte: INSIDA, 2009

# Resposta à Epidemia e Resultados até o Momento

## Coordenação e Panorama Geral da Resposta Nacional

O Programa Nacional de HIV/SIDA foi criado em 2001, pelo MISAU, estando actualmente localizado na **Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM)**. O programa abrange todos os aspectos da resposta ao HIV, com a excepção do Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV da mãe para o filho (PTV), desenhado como componente do Programa de Saúde Materno Infantil (SMI), inserido na **Direcção Nacional da Saúde Pública (DNSP)**.

Em 2007, o programa HIV/SIDA da DNAM engajou-se num processo rápido de descentralização de serviços HIV e integração nos cuidados de saúde primário do SNS, por forma a expandir o acesso ao tratamento antiretroviral. Esta descentralização foi acompanhada por níveis significativos de investimento em diferentes áreas programáticas, nomeadamente: laboratorial, farmácia, cadeia de aprovisionamento, desenvolvimento de infraestruturas, recursos humanos, sistemas de monitoria e avaliação, na garantia e melhoria continua da qualidade, assim como na ligação entre

os serviços clínicos e comunitários, como forma a conduzir a expansão dos serviços. A partir de 2012, todos os distritos de Moçambique passaram a ter pelo menos uma US TARV. Todas estas US oferecem TARV tanto para adultos, como para crianças

**O Conselho Nacional de Combate contra o HIV/SIDA (CNCS)** é uma instituição do Estado criada em 2000, com o mandato de coordenar a resposta multisectorial de combate ao HIV/SIDA (Estado/Governo, Empresariado/Sociedade Civil). Desde o seu início, o CNCS tem desempenhado um papel-chave na definição de políticas, no supervisionamento, monitoria, avaliação e coordenação de programas envolvendo a participação dos seus colaboradores, ao nível central e provincial. Os programas do CNCS incluem intervenções focadas na prevenção do HIV, advocacia, redução do estigma, acesso universal aos serviços de cuidados e tratamento, mitigação do impacto do HIV e SIDA, a nível individual, familiar e comunitário, pesquisa, e coordenação geral da resposta ao HIV/SIDA.

## Financiamento da Resposta ao HIV, em Moçambique

A resposta nacional ao HIV tem sido financiada principalmente pelo Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM - *Global Fund to Combat AIDS, TB and Malaria*), Plano de Emergência do Presidente para o Alívio do SIDA (PEPFAR - *The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief*) e Programa de HIV/SIDA para Múltiplos Países de África do Banco Mundial (MAP - *Multi-Country HIV/AIDS Program*). O GRM estima que entre 5 a 10% da sua despesa total em saúde é dedicada ao HIV/SIDA.

Desde o primeiro financiamento do GFATM, em Moçambique, em 2005, este fundo desembolsou cerca de \$174,7 milhões em subsídios para o HIV e SIDA. O programa do HIV tem recebido o apoio do GFATM em quatro rondas de financiamento direccionadas à prevenção, cuidados e tratamento do HIV. Desde 2008, o apoio do GFATM tem sido principalmente usado para consumíveis, no programa de tratamento do HIV. Recentemente, o Fundo Global aprovou na Ronda 8, um subsídio de \$17,4 milhões, para apoiar o fortalecimento dos sistemas de gestão da cadeia de aprovisionamento do MISAU, assim como dos sistemas de monitoria e avaliação e financeiro, recursos humanos e os serviços de laboratório. O GFATM desembolsou recentemente cerca de 205 milhões de dólares para segunda fase da ronda 9, que será essencialmente para o financiamento de necessidades em consumíveis ao longo do período de 2013-2016.

O Governo dos Estados Unidos, através do PEPFAR, iniciou o seu apoio, na área do HIV/SIDA em Moçambique, em 2003. Este apoio focalizou-se na assistência técnica e de aquisição de consumíveis. O orçamento anual do PEPFAR de 2012 foi de \$262 milhões, com um orçamento de dimensão igual planificado para 2013. Do investimento de 2013, \$74 milhões serão usados para a aquisição de consumíveis no programa do HIV, enquanto que o resto será distribuído a parceiros de implementação do GEU, que fornecem assistência técnica a todos os níveis do sistema de saúde.

O Banco Mundial, através do seu Programa do HIV/SIDA, denominado MAP, iniciou o seu apoio a Moçambique, em 2003. Através deste mecanismo, \$94 milhões foram desembolsados: \$55 milhões, através dos projectos de resposta ao HIV/SIDA, em Moçambique, essencialmente para actividades de fortalecimento do sistema, e \$39 milhões, através do projecto de segurança de consumíveis para a saúde.



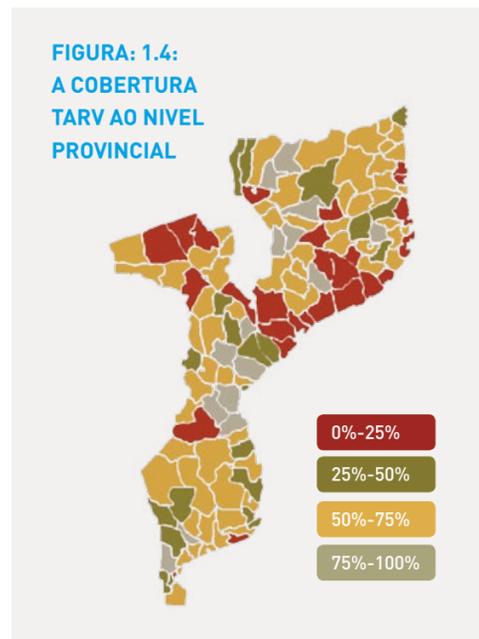
## Taxa de Cobertura Actual do TARV

A taxa de cobertura do TARV, em 2012, foi estimada em 52% para adultos e 22% para crianças. Esta estimativa de cobertura foi deduzida usando-se os últimos modelos SPECTRUM e as directrizes do TARV recomendadas pela OMS, em 2010. Existem variações provinciais significativas, nas taxas de cobertura no país, sendo a mais elevada na região Sul e a mais baixa no Norte.

No início de 2003, menos de 3.000 pacientes estavam a receber o TARV, em Moçambique, a maior parte dos quais na Capital, Cidade de Maputo. Em 2012, mais de 300.000 pacientes recebiam o TARV e, destes, 78% residiam fora de Maputo. Das 1.414 unidades sanitárias de Moçambique, unicamente 316 (22.5%) oferecem actualmente serviços de TARV a adultos e crianças. Está previsto que este número seja mais do que o dobro, até 2015.

### Directrizes de 2010 da OMS para o início do TARV - Grupos Elegíveis

- » Adultos com contagem de CD4 <350 células/mm<sup>3</sup>, independentemente do estágio estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)
- » Crianças < 2 anos de idade, independentemente da contagem de CD4 ou do estágio OMS
- » Crianças (entre 2 e 5 anos de idade) com contagem de CD4 <25%, independentemente do estágio OMS
- » Adulto e crianças > 2 anos de idade em estágio III e IV OMS, independentemente da contagem de CD4
- » Pacientes co-infectados por HIV/TB, independentemente do estágio OMS ou da contagem de CD4
- » Pacientes co-infectados por HIV/vírus da Hepatite B, independentemente do estágio OMS ou da contagem de CD4



O ritmo de expansão do TARV tem sido notável, porém, Moçambique ainda está bastante longe de atingir a meta de 80% de cobertura de TARV até 2015. Entre os numerosos desafios, encontram-se o acesso e a retenção nos serviços de cuidados e tratamento. Estas são áreas de importância fundamental que o programa de HIV começou a abordar, com estratégias inovadoras e de grande alcance, que se debruçam sobre as causas do recrutamento lento de pacientes e os baixos níveis de retenção aos serviços. A descentralização dos serviços de cuidado e tratamento, a distribuição comunitária do TARV, através da expansão dos Grupos de Adesão e Apoio Comunitário (GAAC), a transferência de competências e o estabelecimento de grupos de apoio de mãe para mãe, são apenas alguns exemplos da intervenção de alto impacto. Ao longo deste documento, estas e outras intervenções serão descritas de forma pormenorizada.

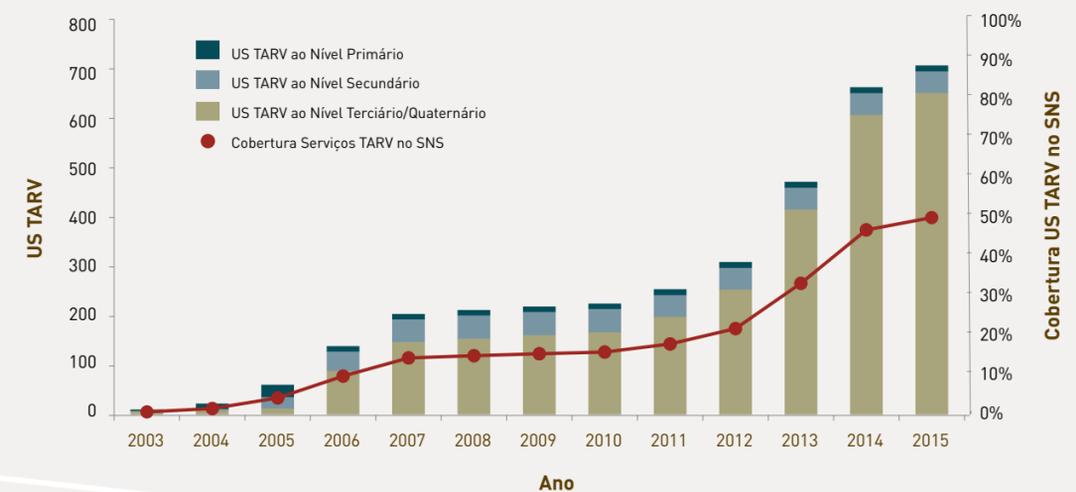
## Prevenção da Transmissão Vertical do HIV

Em Moçambique, aproximadamente 98.000 mulheres grávidas estão infectadas pelo HIV. Anualmente, 89,7% do total das mulheres grávidas apresentam-se numa unidade de saúde para a sua primeira visita de acompanhamento pré-natal, mas apenas 54,8% dá à luz numa unidade sanitária. O programa de PTV foi iniciado em Moçambique, em 2002, em 8 locais. Tornou-se um programa nacional, em 2004, e foi integrado nos serviços de saúde maternos, neonatais e infantil, em 2006. Em 2012, os serviços de PTV estavam a ser prestados em 99% das 1.109 unidades sanitárias com serviços de cuidado pré-natal (CPN) e 920.515 mulheres grávidas receberam aconselhamento e testagem do HIV.

Destas mulheres grávidas testadas e detectadas como sendo HIV positivas, aproximadamente 12% receberam a intervenção mais eficaz (TARV), enquanto a maior parte recebeu regimes de profilaxia com ARV simples ou duplos (Figura 1.5). A retenção no conjunto de cuidados, durante a gravidez e no pós-parto, assim como no programa de cuidados e tratamento do HIV, continua sendo um desafio-chave. No contexto cascata de PTV, isto inclui a perda de seguimento de crianças expostas ao HIV.

O acompanhamento de crianças expostas ao HIV é levado a cabo num serviço de consulta especializada, chamado Consulta para a Criança em Risco (CCR). Este serviço foi estabelecido no Sistema Nacional de Saúde moçambicano, para providenciar uma atenção específica às crianças em alto risco de morbilidade e mortalidade, e é providenciado por enfermeiras treinadas. Em 2006, foi introduzido um programa de diagnóstico precoce de crianças baseado no uso de DNA, numa prova de PCR baseado em amostras recolhidas através do método de gota seca de sangue (DBS - Amostra de Sangue em Papel de Filtro). O diagnóstico precoce infantil expandiu-se para 475 unidades sanitárias, mas vai continuar a expandir, uma vez que uma estimativa de 2011 mostra que a cobertura da testagem de PCR para crianças expostas ao HIV apenas alcançou 20% destas, até ao momento. A cobertura de tratamento será igualmente uma prioridade, uma vez que se estima que aproximadamente 22% (25.891 de 116.365) das crianças infectadas menores de 15 anos e elegíveis ao TARV, estavam a receber tratamento em Dezembro de 2012.

**FIGURE 1.5: EXPANSÃO DOS SERVIÇOS TARV NA REDE PRIMÁRIA 2003 - 2015**



## Aconselhamento e Testagem de HIV

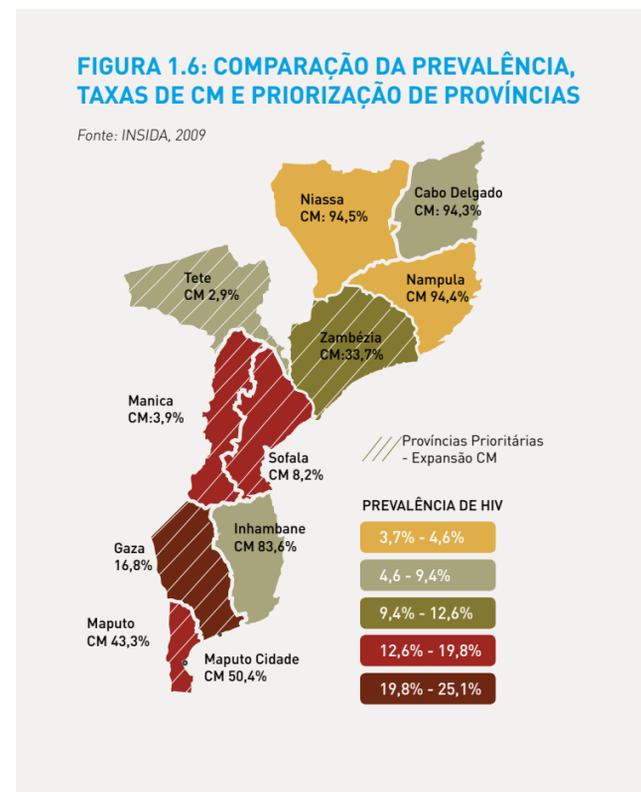
O Programa de Aconselhamento e Testagem na Saúde HIV (ATS) de Moçambique começou em 2002. Em 2008 e 2009, o MISAU publicou três documentos importantes para reforçar a estratégia de aconselhamento e testagem do país: 1) Directrizes para o Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor (ATIP); 2) Guião Estratégico/ Operacional para as Unidades de Aconselhamento e Testagem de Saúde (UATS), que prestam serviços para a testagem iniciada pelo utente; e 3) Directrizes para o Aconselhamento e Testagem de Saúde na Comunidade (ATS-C). Ao nível da comunidade e nas UATS, o pacote de aconselhamento e testagem integra o HIV noutros serviços de saúde, tais como o rastreio de TB e a hipertensão.

Em 2009, tiveram lugar 602.171 encontros de aconselhamento e testagem. Este número alcançou os 2.961.099 em 2011 e voltou a subir para 3,704,044, em 2012. Historicamente, a principal meta do Programa Nacional era aumentar a cobertura da testagem para a população geral, em Moçambique. Novas estratégias para maximizar o impacto do programa de Aconselhamento e Testagem de Saúde (ATS) enfatizam a testagem iniciada pelo provedor e a testagem ao nível das comunidades, dirigida estrategicamente às populações-chave e vulneráveis que têm a maior probabilidade de infecção pelo HIV.

## Circuncisão Masculina

A Circuncisão Masculina (CM) tem sido praticada tradicionalmente por numerosas comunidades, em Moçambique, e, além das razões religiosas, a circuncisão serve frequentemente como um rito de passagem para a idade adulta. Em Moçambique, cerca de 48% dos homens com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos são circuncidados, embora se observem elevadas variações geográficas.

Os homens circuncidados têm menos de 60% de probabilidade de contrair o HIV do que os homens não circuncidados. Assim, a CM foi incluída como uma intervenção piloto, no contexto dos esforços de prevenção do HIV, em Moçambique, em 2009, resultando em 125.000 homens circuncidados no período entre 2009 e 2012. Modelos matemáticos indicam que o impacto da CM é muito elevado, quando a sua prática é implementada de forma extensiva, rápida e circunscrita no tempo.



Estima-se que Moçambique precisa de uma cobertura de CM de 80% dos homens com idades entre os 12-49 anos, até 2017, para conseguir uma redução significativa da incidência do HIV. Um Plano Nacional para a Expansão da Circuncisão Masculina, em Moçambique, foi desenvolvido, a fim de se atingir 2 milhões de homens, até 2017, o qual será lançado no início de 2013, em algumas Províncias do país (Figura 1.6).



## A Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA – Como o Plano foi Desenvolvido

Apesar do país encarar desafios consideráveis, Moçambique tem conseguido um progresso substancial na resposta ao HIV/SIDA. Embora a situação tenha verificado melhorias notórias, ainda não é possível afirmar que as tendências da epidemia foram revertidas.

O Plano de Aceleração de Resposta ao HIV e SIDA surgiu como resposta à evidência irrefutável que sugere que o aumento no tratamento pode resultar numa redução importante na incidência do HIV. Resultados de um estudo realizado em 2011 indicam uma redução da transmissão de 96% se os pacientes tiverem uma carga viral no sangue não detectável. Projeções modelizadas mostram que se Moçambique conseguir 80% de cobertura do TARV, até 2015, a incidência e a mortalidade irão diminuir em mais de 50%, até 2025. Projeções a mais longo prazo mostram que a epidemia de HIV, em Moçambique, estará a decrescer já que a incidência será então menor do que a mortalidade associada ao HIV.

Esta modelização não tomou em conta a redução da incidência atribuível à CM ou a expansão de outras intervenções de prevenção altamente eficazes, que serão descritas nesta secção. A modelização para tomar em consideração essas intervenções de prevenção está em processo, mas a conclusão lógica é de provocar ainda uma queda mais acentuada da incidência, o que resultaria assim numa contracção mais precoce e profunda da epidemia.

# -50%

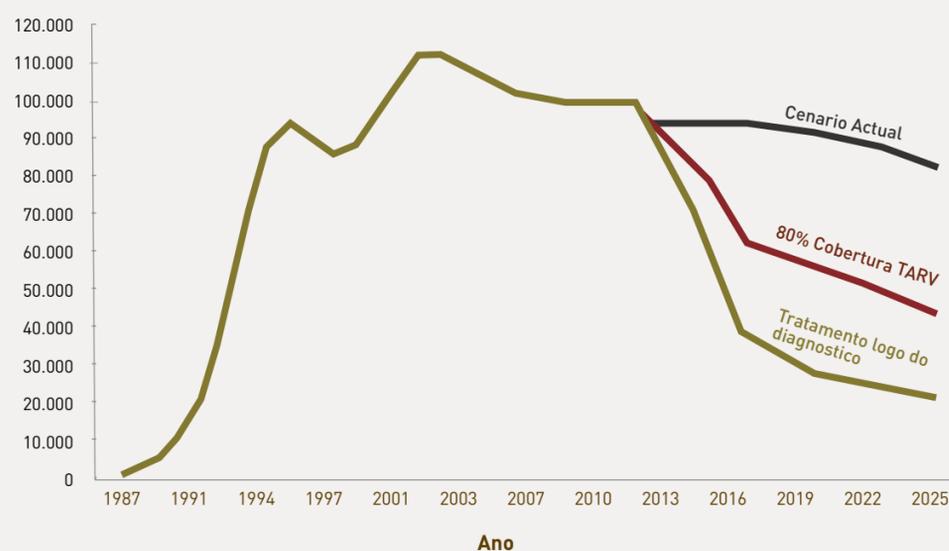
Se Moçambique conseguir 80% de cobertura do TARV, até 2015, a incidência e a mortalidade irão diminuir em mais de 50%, até 2025



© UNICEF/Mozambique/2013

Com novas evidências e os dados da modelização ao dispor, o programa de HIV de Moçambique avaliou os seus progressos, até à data, reuniu todos os intervenientes relevantes e convidou-os a participar na concepção de um plano que visa a reversão da epidemia. O objectivo era de produzir um plano que fosse orientado por objectivos, que pudesse servir de base para a implementação imediata de actividades prescritas. A possibilidade de Moçambique adiantar-se à epidemia do HIV orientou o desenvolvimento e o conteúdo deste plano. O plano reflecte a experiência colectiva e o compromisso de todos os parceiros envolvidos no combate ao HIV, em Moçambique.

FIGURA 1.7: COMPARAÇÃO DOS CENÁRIOS DE NOVAS INFECÇÕES



Fonte: Projecções de cobertura produzidos usando o program EPP/Spectrum 2012

## Desafios-chave

Existem alguns desafios-chave que devem ser ultrapassados, para se alcançar os objectivos traçados, dos quais incluem-se os seguintes:

- **ACESSO A CUIDADOS:** As longas distâncias geográficas, em Moçambique, combinadas com altos níveis de pobreza, nas áreas rurais, limitam o acesso aos cuidados de saúde por parte de populações. Apesar de o TARV ser agora providenciado em todos os distritos do país, a cobertura Nacional total atingiu apenas 52% dos adultos e 22% das crianças, em 2012. Observam-se ainda disparidades geográficas persistentes, com as regiões do Norte e do Centro a mostrarem níveis de cobertura bastante baixos. A cobertura vai aumentar significativamente, com a expansão da rede de US que oferece TARV, passando de 316, em 2012, para 707 até 2015.
- **RETENÇÃO NOS CUIDADOS E TRATAMENTO:** Atendendo à demografia e à geografia de Moçambique, a retenção nos cuidados e tratamento continua a ser problemática. Este desafio será enfrentado através do aumento do número de centros que providenciam o TARV, aproximando assim os serviços aos locais de residência dos pacientes. O número de visitas clínicas dos pacientes estáveis sob TARV será reduzido, com a criação de grupos comunitários de apoio (GAACs – a ser descrito mais à frente), em todas as US, entre outras intervenções indicadas neste plano.
- **RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES:** Com somente 5 médicos e 29 enfermeiros, por cada 100.000 pessoas, em 2011, Moçambique continua a encarar uma escassez importante de recursos humanos formados para responder ao HIV. O aumento rápido e extensivo na prestação de serviços relacionados com o HIV irá exercer ainda mais pressão sobre os recursos já limitados. Este desafio será enfrentado principalmente através da transferência de competências na prestação de serviços TARV, para o pessoal de nível mais baixo (nomeadamente agentes de saúde e enfermeiros de Saúde Materno-Infantil - SMI) e na redistribuição estratégica de pessoal formado para distritos prioritários. Esta redistribuição irá assegurar que trabalhadores de saúde recém-formados, tal como definido pelo Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, sejam colocados em Distritos prioritários, em persecução dos objectivos deste Plano de Aceleração.
- **CONSUMÍVEIS E LOGÍSTICA:** Até 2012, Moçambique sofreu rupturas frequentes de consumíveis, incluindo de kits de testagem e de medicamentos fundamentais para a resposta ao HIV. Apenas no último ano, a cadeia de aprovisionamento foi fortalecida o suficiente para prevenir e minimizar rupturas frequentes de estoques. De forma a adequar-se às exigências do plano de aceleração da resposta ao HIV, a cadeia de aprovisionamento terá de ser reforçada significativamente. Este desafio está a ter resposta, através de um novo Plano de Gestão de Farmácia e Logística (PGFL), o qual visa aumentar a eficiência e a transparência na gestão de consumíveis. O estabelecimento de armazéns regionais, um sistema trimestral de análise de estoques e parcerias entre entidades públicas e privadas irão fortalecer as cadeias de distribuição do sistema.



## O PLANO DE ACELERAÇÃO ESTÁ ORGANIZADO À VOLTA DA ABORDAGEM DAS SEGUINTESS QUESTÕES:

### ONDE QUEREMOS ESTAR?

- Visão

### O QUE É QUE TEM DE ACONTECER PARA SE CHEGAR AÍ?

- Objectivos Primários e Secundários

### QUE CAMINHO IREMOS SEGUIR PARA CHEGAR AÍ?

- ÁREA TÉCNICA A: Prevenção e Diagnóstico
- ÁREA TÉCNICA B: Serviço Clínico

### O QUE É QUE É NECESSÁRIO PARA SE CONSEGUIR ISSO?

- ÁREA TÉCNICA C: Monitoria e Avaliação
- ÁREA TÉCNICA D: Recursos Humanos
- ÁREA TÉCNICA E: Consumíveis, Logística e Laboratório
- ÁREA TÉCNICA F: Infra-estruturas

### QUANTO IRÁ CUSTAR?

- Orçamentação

### COMO É QUE ACOMPANHAMOS O PROGRESSO?

- Informação Estratégica, Monitoria e Avaliação

### O QUE É QUE IRÁ MANTER O CON-JUNTO E ASSEGURAR O SUCESSO?

- Governação, colaboração, e resposta multi-sectorial

## 2. O Plano Estratégico de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA

### Visão

Moçambique está a trabalhar rumo à visão de Uma Geração Livre do SIDA.

### Objectivos

Para reverter a epidemia do HIV e conseguir uma geração livre da SIDA, em Moçambique, o Plano de Aceleração centra-se em três objectivos principais:



Estes três objectivos são cruciais para se alcançar o ponto de viragem na epidemia e desencadear o seu declínio. Este ponto de viragem será atingido quando o número de novas infecções, num ano, for inferior ao número de mortes ligadas ao HIV. É a partir desse ponto que a epidemia do HIV começará a regredir.

Em conjunto com os três objectivos principais acima, organizar-nos-emos para alcançar um certo número de resultados gerais que beneficiem a saúde e o bem-estar, em Moçambique, através deste plano, incluindo:



### RESULTADOS E BENEFÍCIOS ADICIONAIS

Estes resultados adicionais são cruciais para a realização dos três objectivos primários e para o aumento da saúde e do bem-estar dos moçambicanos.

UMA REDUÇÃO DA MORTALIDADE LIGADA AO HIV DE 30%

AUMENTAR O ACESSO AO TARV DAS MULHERES GRÁVIDAS ATÉ 80%

AUMENTAR A ADHESÃO AOS SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO AOS 36 MESES ATÉ 70%

UMA REDUÇÃO DO NÚMERO DE MORTES ATRIBUÍDAS À TB EM PACIENTES CO-INFECTADOS TB/HIV DE 50%

criação de uma cultura livre de estigma e discriminação ligada ao TB e HIV

ELIMINAÇÃO VIRTUAL DE GRAVIDEZES NÃO DESEJADAS EM MULHERES INFECTADAS PELO HIV

OPTIMIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE LÓGISTICA E DA CADEIA DE APROVISIONAMENTO

REFORÇO DOS RECURSOS HUMANOS NACIONAIS EM PROL DE UMA MAIOR CAPACIDADE NA SAÚDE

OPTIMIZAÇÃO DAS REDES DE LABORATÓRIO NACIONAIS PARA O DIAGNÓSTICO E A VIGILÂNCIA DA DOENÇA

DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE M&A HIV RACIONAL E SUSTENTAVEL QUE FACILITA A TOMA DE DECISÕES



## Prestação de Serviços

As actividades determinantes para se conseguir uma geração livre de SIDA, em Moçambique, recaem sobre duas categorias gerais: por um lado, a intensificação do diagnóstico e da prevenção do HIV e, por outro, a expansão dos serviços clínicos. Estas áreas constituem as **Áreas Técnicas A e B** do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA.

### Área Técnica A: Intensificação do Diagnóstico e da Prevenção do HIV

#### Aconselhamento e Testagem de HIV (ATS)

**Aumentar a taxa de identificação de pacientes, ao implementar uma abordagem estrategicamente direccionada para a identificação de mais Pessoas Vivendo HIV**

Historicamente, o aconselhamento e testagem do HIV está focalizado em conseguir uma cobertura geográfica e em identificar casos de HIV a uma taxa semelhante ou ligeiramente inferior à da prevalência nacional de 11,5%. Contudo, no último ano, Moçambique começou a aumentar a sua taxa de identificação de pacientes, ao implementar uma abordagem estrategicamente direccionada para a identificação de mais Pessoas Vivendo com o HIV (PVHIV). Esta abordagem mais eficiente também se conecta às PVHIV, com intervenções-chave que contribuem para a redução da incidência do HIV, especificamente ao envolver as PVHIV na redução da transmissão subsequente, com a mudança de comportamento (prevenção positiva) e com a inscrição destas pessoas nos serviços de cuidados e tratamento. A implementação deste plano irá reforçar o enfoque na testagem iniciada pelo provedor e no direccionamento estratégico da testagem baseada na comunidade, para a população em geral, em áreas de prevalência elevada, e para populações-chave noutras áreas. As projecções indicam que dos que serão testados para o HIV ao longo da implementação deste Plano de Aceleração, entre 15-17%, serão PVHIV.

Mesmo com uma ênfase acrescida na identificação de casos, mantém-se o facto de que a grande maioria das pessoas testadas não têm HIV, o que proporciona uma oportunidade para estabelecer ligações entre estes indivíduos com os serviços de prevenção primária. No âmbito deste Plano, oferecer-se-á um pacote de intervenção mais padronizado para a prevenção do HIV, incluindo o encaminhamento para os serviços de CM, para os indivíduos elegíveis.

### Prevenção Primária do HIV

Os pilares da prevenção do HIV baseados em evidências são a CM, o uso correcto e consistente do preservativo, assim como a redução da transmissão subsequente do HIV através de intervenções direccionadas à PVHIV, incluindo a prevenção positiva, e a inscrição atempada nos serviços de cuidados e tratamento. Outras intervenções de prevenção eficazes incluem a Profilaxia Pós-Exposição (PPE) tanto em contextos profissionais, como não profissionais. A integração de serviços de PPE em plataformas melhoradas de prestação de serviço para vítimas de Violência Baseada no Género (VBG) é fundamental para o acesso ao uso da PPE.

Para todas as componentes do programa de HIV, incluindo o diagnóstico do HIV, as actividades de prevenção, assim como de cuidados e tratamento, requerem educação e mobilização comunitária. Esta área inclui um leque alargado de actividades estruturais e educacionais que visam a mudança positiva de comportamento, podendo ser catalogadas como “elementos facilitadores determinantes”. Isto inclui o estabelecimento de comités de co-gestão de saúde funcionais e activos, com líderes informados e pró-activos e actividades comunitárias que contribuam para a “desestigmatização” do HIV. Da mesma forma, facilitam a revelação da situação em relação ao HIV seroestus entre PVHIV, sensibilizam e encorajam o envolvimento activo de homens e rapazes na promoção da igualdade de género e facilitam o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sendo estes especialmente determinantes para a prevenção do HIV entre as raparigas adolescentes, sujeitas a um risco desproporcionalmente mais alto de aquisição do HIV.

Os desafios-chave que os programas de diagnóstico e prevenção enfrentam são múltiplos. Em áreas programáticas específicas, tais como a testagem do HIV e a CM, existem constrangimentos em termos de financiamento e disponibilidade de recursos humanos, na obtenção de consumíveis e execução da prestação de serviços com os padrões de qualidade desejados. Noutras áreas, como o encaminhamento efectivo do local de testagem do HIV, para a inscrição nos serviços de cuidados e tratamento, verifica-se a ausência de evidências sólidas relativas a intervenções eficazes, que precisam ser melhor pesquisadas. Além disso, o pacote de “facilitadores determinantes” não dispõe actualmente de bases de evidências sólidas, nem de metodologias efectivas para medir o seu impacto. Não obstante, essas intervenções deverão ser parte integral dos esforços globais de prevenção e diagnóstico, com atenção suplementar para o desenvolvimento de sistemas de Monitoria e Avaliação (M&A) efectivos e sólidos, a fim de se produzir informações que orientem os esforços futuros.

Do mesmo modo, algumas mudanças de comportamento têm sido associadas a mudanças na incidência do HIV, em experiências de prevenção anteriores bem sucedidas, em vários países. Tais intervenções devem ser incluídas como componentes básicas dos programas alargados de prevenção, apesar dos desafios existentes na recolha de dados que apresentem evidências de carácter generalizável e conclusivo.



**Os pilares da prevenção do HIV baseados em evidências são a CM, o uso correcto e consistente do preservativo**

## Tratamento como prevenção

O papel do tratamento na prevenção primária do HIV é guiado por evidências demonstrando uma redução de 96% da transmissão do HIV nas PVHIV com a infecção controlada por TARV. Esta evidência coloca o tratamento como uma das intervenções chave nas actividades de prevenção. Com o objectivo de maximizar o benefício da prevenção primária do TARV a nível populacional, grupos chaves com maior probabilidade de transmitir o HIV serão identificados e será oferecido imediatamente o tratamento independentemente do CD4. Estas populações incluem:

### 1. PARCEIROS DE MULHERES GRÁVIDAS SERONEGATIVAS INFECTADOS COM O HIV.

As mulheres grávidas são particularmente vulneráveis a aquisição do HIV apresentando um risco quase três vezes maior comparativamente com as mulheres não grávidas; adicionalmente mulheres grávidas com uma infecção nova tem maior probabilidade de transmitir o HIV para seus bebés devido a carga viral alta como consequência da infecção não diagnosticada e não exposição a medicamentos ARV's para prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho. O envolvimento do homem tem sido historicamente limitado na área de saúde materno infantil. Esforços iniciais irão centra-se no envolvimento e testagem dos homens como forma de expansão do tratamento como prevenção neste grupo nos próximos anos.

**TABELA 2.1: SUMÁRIO DOS OBJECTIVOS-CHAVE SELECIONADOS PARA A ÁREA TÉCNICA A**

Objectivos-chave Seleccionados para a Área Técnica A	
1	Aumentar o acesso ao aconselhamento e testagem do HIV
2	Assegurar que existem ligações efectivas entre os serviços de aconselhamento e a testagem do HIV com outros serviços de prevenção, cuidados e tratamento
3	Expandir rapidamente a cobertura da CM em Províncias com uma elevada prevalência de HIV e taxas reduzidas de CM
4	Assegurar a distribuição e o uso correcto e consistente de preservativos
5	Assegurar que os membros das populações-chave são abrangidos pelos serviços de HIV, incluindo aconselhamento e testagem, CM e inscrição nos cuidados e tratamento
6	Alcançar as raparigas adolescentes, através de intervenções efectivas que visem reduzir a infecção pelo HIV
7	Expandir o acesso e a utilização dos MARV's para a prevenção do HIV, incluindo a profilaxia pós-exposição e o tratamento como prevenção
8	Melhorar a qualidade e a disponibilidade de materiais informativos relacionados com a procura e a aceitação de serviços, incluindo o aconselhamento e testagem, a CM e cuidados e tratamento
9	Diminuir a incidência do HIV, através da melhoria de diagnóstico e do tratamento atempado de ITS's na população em geral

- GRUPOS DE ALTO RISCO:** mulheres trabalhadoras de sexo (MtS) e homem que faz sexo com homem (HSH). Na fase inicial da aceleração a resposta ao HIV, esta intervenção será implementada em 13 unidades sanitárias distribuídas por quatro províncias onde um modelo para prestação destes serviços já foi desenvolvido. As lições aprendidas nestas unidades sanitárias serão utilizadas para expansão nos anos seguintes.

O quadro seguinte apresenta os objectivos-chave, assim como as estratégias e actividades que permitirão ao país alcançar as metas traçadas no Plano de Aceleração (as metas serão apresentadas por ano). O texto subsequente descreve o raciocínio e as evidências que sustentam as actividades.

## Infecções de Transmissão Sexual

A presença de Infecções de Transmissão Sexual (ITSs) não tratadas (tanto as que causam úlceras, como as que não as causam) aumenta o risco de aquisição e de transmissão do HIV, por um factor que pode chegar a ser de 10 pontos. O tratamento atempado das ITSs é importante para reduzir o risco de infecção de HIV. Ainda, o controle das ITSs é importante para prevenir a infecção de HIV, particularmente em pessoas com comportamentos sexuais de alto risco. Esforços acrescidos serão desenvolvidos para a detecção precoce e o tratamento apropriado das ITSs comuns na população em geral, e nos GAR.



**TABELA 2.2: OBJECTIVOS CHAVES NA AREA DO ITS**

Diminuir a incidência do HIV através do melhoramento da detecção e do tratamento atempado de ITSs na população em geral				
ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS		UNIDADES
Reduzir os casos de ITSs na população sexualmente activa	Rastrear e tratar as ITSs e capacitar os profissionais de saúde em Comunicação Interpessoal e abordagem sindrómica para o tratamento das ITSs	2013	30%	Número de pacientes com ITSs detectadas e tratadas com êxito
		2014	50%	
		2015	80%	
Melhorar o sistema de notificação de parceiros	Enviar convites para os parceiros e prover medicamentos para o tratamento da ITS	2013	30%	Número de contactos com pacientes com ITSs detectadas, diagnosticadas e, se necessário, tratadas com êxito
		2014	50%	
		2015	80%	

**TABELA 2.3: ESTRATÉGIAS DE DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO, ACTIVIDADES E METAS**

**OBJECTIVO 1: AUMENTAR O ACESSO AO ACONSELHAMENTO E À TESTAGEM DO HIV**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Expandir a disponibilidade do ATIP nas unidades sanitárias	Posicionar o ATIP em pontos-chave de entrada nas USs, incluindo na triagem, nas consultas externas e nas urgências. Desenvolver orientação e material de apoio para os provedores de cuidados de saúde, providenciar treinamento e fornecer materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC), para os utentes	2013 60%	USscom ATIP
		2014 80%	
		2015 100%	
Expandir a testagem familiar e de casais com base num caso índice inscrito nos cuidados e tratamento do HIV	Implementar a abordagem de caso índice em todas as US com TARV, para alcançarem os parceiros e os membros da família	2013 30%	USscom TARV
		2014 60%	
		2015 80%	
Focalizar o ATS-C na identificação de casos em áreas de alta prevalência do HIV e baixa cobertura de testagem	Intensificar os esforços do ATS-C nas Províncias de Sofala e Gaza	2013 25%	Proporção de todas as actividades de AT-HIV que são baseadas na comunidade e nas Províncias prioritárias para a identificação de casos na população em geral
		2014 50%	
		2015 75%	

**OBJECTIVO 2: ASSEGURAR QUE EXISTAM LIGAÇÕES EFECTIVAS ENTRE OS SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DO HIV COM OUTROS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO, CUIDADOS E TRATAMENTO**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
Estabelecer ligações efectivas entre os serviços clínicos	Assegurar uma estrutura para a criação de ligações efectivas, incluindo a abertura de fichas de inscrição no TARV para 80% das PVHIV recém- diagnosticadas, em locais com serviços co- localizados de TARV; assegurar que 80% dos homens HIV negativos elegíveis sejam encaminhados para os serviços de CM	2013 60%	Serviços de ATS com sistemas de encaminhamento instituídos	
		2014 70%		
		2015 80%		
Assegurar a presença de educadores de pares / pacientes especialistas	Contratação, formação e supervisão padronizadas nas USs	2013 60%	Serviços de ATS (com serviços de TARV co-localizados) com pessoal treinado	
		2014 70%		
		2015 80%		
		2013 40%		Serviços de ATS (sem serviços de TARV) com pessoal treinado
		2014 60%		
		2015 80%		

**OBJECTIVO 3: EXPANDIR RAPIDAMENTE A COBERTURA DA CM NAS PROVÍNCIAS COM UMA ELEVADA PREVALÊNCIA DE HIV E TAXAS REDUZIDAS DE CM**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Focalizar a expansão nas áreas com o mais alto número de pessoas a serem abrangidas	Infra-estruturas, recursos humanos e mobilização de lideranças comunitárias nas províncias de Zambézia, Manica, Sofala, Gaza, Maputo, assim como na cidade de Maputo	2013 60%	Homens elegíveis recebem CM nas províncias prioritárias
		2014 70%	
		2015 75%	

**OBJECTIVO 4: ASSEGURAR A DISTRIBUIÇÃO E O USO CORRECTO E CONSISTENTE DE PRESERVATIVOS**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Tornar os preservativos facilmente acessíveis; fornecer informação e educação para a utilização correcta e consistente, e reforçar a promoção nas unidades sanitárias e ao nível das comunidades	Tornar os preservativos facilmente acessíveis em qualquer ponto de entrega dos serviços clínicos; integrar a distribuição de preservativos em actividades ao nível da comunidade, incluindo no aconselhamento e testagem do HIV na comunidade. Complementar os esforços de distribuição com educação e materiais IEC para os utentes	2013 80%	Uss com preservativos e recursos educacionais de fácil acesso
		2014 90%	
		2015 100%	
Introduzir a distribuição de lubrificantes compatíveis com os preservativos	Distribuir lubrificantes compatíveis com o preservativo, com especial atenção para casais serodiscordantes, MTS, HSH e outras pessoas que têm sexo anal	2014 12	US's que distribuem lubrificantes
		2015 12	

**OBJECTIVO 5: ASSEGURAR QUE OS MEMBROS DAS POPULAÇÕES-CHAVE SÃO ABRANGIDOS PELOS SERVIÇOS DE HIV, INCLUINDO O ACONSELHAMENTO E TESTAGEM, A CM E A INSCRIÇÃO NOS CUIDADOS E TRATAMENTO**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Sensibilização especificamente direccionada aos GAR, a fim de prestar serviços do HIV a populações-chave, baseados em evidências	Continuar a realizar estudos para estimar o tamanho dos GAR e a sensibilização direccionada entre pares com encaminhamento para serviços de HIV	2013 30%	Membros de GAR alcançados
		2014 50%	
		2015 70%	
Concentrar os esforços do ATS-C no alcance de membros de GAR, em áreas de alta concentração de populações-chave, incluindo os maiores corredores de transporte	Intensificar os esforços de ATS-C e de integração da sensibilização dos GAR com os serviços de ATS-C, incluindo o treinamento cruzado de educadores de pares e de conselheiros; e ligação aos serviços de TARV e tratamento como prevenção (obs: Objectivo 7)	2013 20%	Proporção de todas as actividades de AT-HIV, na comunidade., nas Províncias prioritárias para a identificação de casos em GAR
		2014 40%	
		2015 60%	

**OBJECTIVO 6: ALCANÇAR AS RAPARIGAS ADOLESCENTES, ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES EFECTIVAS QUE VISEM REDUZIR A AQUISIÇÃO DO HIV**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Mitigar o risco para as raparigas adolescentes, ao implementar-se intervenções baseadas em evidências, e empenhar-se com a juventude, antes do início da sua vida sexual, a fim de fornecer informação alargada e educação sobre saúde sexual e reprodutiva	Estabelecer directrizes para a utilização de abordagens baseadas em evidências, incluindo transferências de dinheiro não condicionais. Desenvolver abordagens localmente aceitáveis para a educação sobre saúde reprodutiva e o melhoramento da comunicação pais-filhos, acerca de saúde reprodutiva, antes do início da vida sexual. Apoiar a comunicação orientada para os jovens, através de canais apelativos para a juventude.	2013 10%	Distritos com uma abordagem estabelecida
		2014 30%	
		2015 50%	

**OBJECTIVO 7: EXPANDIR O ACESSO E A UTILIZAÇÃO DA MEDICAÇÃO TARV PARA A PREVENÇÃO DO HIV, INCLUINDO A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO E O TARV PARA O TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Providenciar a PPE (ocupacional e não ocupacional) em todos os sites TARV		2013 496	USs TARV que oferecem PPE
		2014	
		2015 707	
Providenciar o TARV sem critérios de elegibilidade de CD4 aos parceiros masculinos infectados pelo HIV de mulheres grávidas não infectadas	Visar parceiros masculinos infectados pelo HIV de mulheres grávidas não infectadas	2013 30%	% dos parceiros masculinos infectados pelo HIV de mulheres grávidas não infectadas sob TARV
		2014 45%	
		2015 60%	
Providenciar o TARV sem critérios de elegibilidade de CD4 aos GAR especificamente a MTS e HSH	Oferecer TARV as mulheres trabalhadoras de sexo (MTS) e homens que tem sexo com homens independentemente do CD4	2014 13 US's	Nº de US's a providenciarem TARV independentemente do CD4
		2015 13US's	

**OBJECTIVO 8: MELHORAR A QUALIDADE E A DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS INFORMATIVOS RELACIONADOS COM A PROCURA E A ACEITAÇÃO DE SERVIÇOS, INCLUINDO ACONSELHAMENTO E TESTAGEM, A CM E CUIDADOS E TRATAMENTO**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Aumentar a procura dos serviços e assegurar a aceitação, através de abordagens de sensibilização comunitária	Assegurar que cada US tenha uma ligação com a comunidade, revitalizar os conselhos comunitários de saúde; proporcionar uma comunicação informativa, através de sensibilização, difundida em meios de comunicação adequados. Assegurar a qualidade da informação, dos materiais e das abordagens. Melhorar a capacidade e a competência do pessoal de saúde para providenciar um ambiente receptivo e favorável para todos os utentes, com um esforço particular em atrair homens para o uso dos serviços e melhorar a sua aceitação aos serviços de prevenção, cuidado e tratamento	2013 30%	USs com abordagens humanizadas instituídas
		2014 50%	
		2015 80%	
Visar um aumento do envolvimento do homem na melhoria da saúde da família e nos cuidados do HIV	Incentivar o envolvimento do homem, através de um trabalho directo com os líderes comunitários; comunicação direccionada pela média; serviços de saúde centrados na família e sensibilização nos locais de trabalho, para envolver os homens	2013 15%	Comitês de co-gestão comunitários com uma estratégia específica para o envolvimento dos homens
		2014 25%	
		2015 50%	

**OBJECTIVO 9: DIMINUIR A INCIDÊNCIA DO HIV, ATRAVÉS DO MELHORAMENTO DA DETECÇÃO E DO TRATAMENTO ATEMPADO DE ITSS NA POPULAÇÃO EM GERAL**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Reduzir os casos de ITSS na população sexualmente activa	Rastrear e tratar as ITSS e capacitar os profissionais de saúde em Comunicação Interpessoal e abordagem síndrômica para o tratamento das ITSS	2013 30%	Número de pacientes confirmados com ITSS e tratadas com êxito
		2014 50%	
		2015 80%	
Melhorar o sistema de notificação de parceiros	Enviar convites para os parceiros e prover medicamentos para o tratamento da ITS	2013 30%	Número de contactos de pacientes com ITSS confirmados, diagnosticados e, se necessário, tratados com êxito
		2014 50%	
		2015 80%	



# 1

O aumento do acesso ao aconselhamento e a testagem do HIV torna – se cada vez mais importante no contexto de prevenção combinada e liga estes aos cuidados e tratamento

# 2

O encaminhamento aos serviços de prevenção e cuidados deve ser garantida pela presença de educadores de pares ou pacientes peritos

# 3

Entre as pessoas vivendo com HIV observam-se mudanças de comportamento e melhoria no uso correcto e consistente e preservativos

## Base de Evidências

As evidências e o processo de tomada de decisão que levaram à inclusão das estratégias e actividades delineadas para os programas de diagnóstico e de prevenção, que figuram no Plano de Aceleração, encontram-se sintetizadas a seguir:

### 1. AUMENTAR O ACESSO AO ACONSELHAMENTO E À TESTAGEM DO HIV

- A análise das evidências disponíveis indica que há um impacto mais sólido na mudança de comportamento entre indivíduos recém-diagnosticados como seropositivo comparativamente com os diagnosticados seronegativos. Baseado nestas evidências, a identificação de casos é cada vez mais importante, no contexto de prevenção combinada e ligação destes com os cuidados e tratamentos. Os utentes com resultados negativos, serão abrangidos por um pacote estandardizado de prevenção (prevenção primária) a ser desenvolvido especialmente para o efeito, embora as evidências sejam dúbias quanto à forma de estruturar este pacote.
- Focalizar o Aconselhamento e Testagem Comunitária (ATS-C) na identificação de casos em zonas de alta prevalência de HIV e baixa cobertura de testagem: as Províncias de Sofala e Gaza são aqui destacadas com base nos resultados projectados para o ATS-C, no contexto da população em geral e em zonas com uma prevalência de HIV particularmente elevada.

### 2. ASSEGURAR O ENCAMINHAMENTO DOS SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DE HIV, PARA OS SERVIÇOS DE PREVENÇÃO, E DE CUIDADOS E TRATAMENTO

- A melhoria da identificação de casos de HIV deve ser acompanhada pelo encaminhamento efectivo de pacientes para os serviços de HIV, a fim de se alcançar um benefício global para o programa de HIV/SIDA. Isso é cada vez mais importante no contexto da combinação dos esforços de prevenção ditada pelas evidências, incluindo a importância de uma inscrição precoce nos cuidados e tratamento para se reduzir a transmissão subsequente do HIV. Além de mais, o encaminhamento aos serviços de testagem de HIV terá de ser reforçado, à medida que a procura de CM se consolida. Desenvolver-se-á um sistema padronizado de encaminhamento para esta área. Da mesma forma estão a ser investidos esforços adicionais para assegurar que o êxito do encaminhamento seja monitorizado convenientemente. A presença de educadores de pares ou pacientes especialistas irá fornecer o apoio necessário para a implementação de actividades de encaminhamento. O impacto da função exercida por estes quadros tem sido explorado na literatura científica, contudo precisa ser melhor compreendido, no sentido de conseguir determinar-se qual é a formação exacta que deve ser impartida, e os papéis que conduzem aos resultados desejados.

### 3. ASSEGURAR A DISTRIBUIÇÃO E O USO CORRECTO E CONSISTENTE DE PRESERVATIVOS

- Quanto ao uso de preservativo evidências demonstram que ao nível do individuo contínua sólida, apesar de o impacto ao nível da população não ter sido plenamente demonstrado. Observam-se mudanças de comportamento na melhoria e uso correcto e consistente de preservativos, especialmente entre as pessoas vivendo com o HIV e as populações-chave, especialmente Trabalhadoras do Sexo (TS). Este ponto está associado ao enfoque crescente na identificação de casos, no programa de testagem de HIV.

### 4. ASSEGURAR QUE MEMBROS DAS POPULAÇÕES-CHAVE SEJAM ALCANÇADOS PELOS SERVIÇOS DE HIV, INCLUINDO OS SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM, DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS, TRATAMENTO DE ITS, CM E INSCRIÇÃO EM CUIDADOS E TRATAMENTO.

- Os membros das populações-chave em Moçambique incluem TS e os seus clientes, mineiros e as populações móveis, tais como camionistas, Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), consumidores de drogas e as populações prisionais. Estudos realizados ao nível da região demonstram que estas populações têm taxas significativamente mais elevadas de HIV, do que a população em geral. A epidemia de HIV poderia ser perpetuada se serviços não forem prestados a estas populações difíceis de alcançar. Estão em curso estudos que visam estimar o tamanho e a prevalência do HIV nestes grupos em Moçambique. Os dados preliminares indicam que as tendências nacionais são semelhantes às tendências regionais, com uma prevalência do HIV muito mais alta detectada nestas populações.

### 5. ALCANÇAR AS RAPARIGAS ADOLESCENTES ATRAVÉS DE INTERVENÇÕES EFICAZES QUE REDUZAM A AQUISIÇÃO DE HIV

- A epidemia de HIV em Moçambique tem um carácter fortemente feminino, com expressão mais acentuada entre as raparigas adolescentes, atingidas por uma taxa desproporcional de infecção do HIV. As intervenções baseadas em evidências para este grupo são limitadas, embora os resultados preliminares de estudos regionais sobre transferências de dinheiro não condicionais sejam promissores, e necessitem de mais investigação, no contexto Moçambicano. Além disso, existem algumas evidências no que toca à importância da comunicação e da educação, incluindo o desenvolvimento de competências parentais direccionadas a jovens e raparigas adolescentes antes do início da vida sexual. No entanto, a pesquisa nesta área em Moçambique, precisa de ser mais aprofundada.

## Sumário

A luta contra o HIV/SIDA só pode ser bem-sucedida se a propagação da epidemia for revertida e, finalmente, sustida. No contexto do Plano de Aceleração, requerer-se-á também uma transformação social que reduza, de forma efectiva, os factores sociais, culturais e económicos que tornam as pessoas vulneráveis, tanto ao nível individual como colectivo, à infecção do HIV, em Moçambique. Isto envolverá um reforço considerável do conhecimento e uma mudança importante no comportamento das populações e, de forma particular, nas populações-chave. A prevenção de novas infecções entre a juventude e a população adulta será intensificada, recorrendo-se à combinação de abordagens de prevenção estreitamente ligadas aos serviços de cuidados e tratamento. Em resumo, as componentes estruturais, comportamentais, assim como biomédicas da prevenção do HIV serão intensificadas. Implementar-se-á, de forma abrangente, um pacote de serviços de prevenção do HIV, visando o acesso universal.

# 4

As taxas de prevalência nos grupos de alto risco são significativamente elevadas em relação a população geral

# 5

11,1 % de raparigas com idade compreendida de 15-24 anos esta contaminada com HIV (INSIDA 2009)



## Área Técnica B: Serviços Clínicos

### Cuidados e Tratamento

# 80%

dos indivíduos elegíveis ao tratamento deverão estar em tratamento antirretroviral até 2015

Desde 2003, o TARV é oferecido, gratuitamente, a qualquer cidadão moçambicano com acesso a uma US TARV. Como resultado, o HIV tornou-se uma doença crónica controlável para aqueles com acesso ao tratamento. O acesso tem expandido rapidamente e o tratamento do HIV é actualmente oferecido a mais de 300.000 pessoas, em todos os distritos, em Moçambique. Isto constitui um avanço considerável, dado que, há alguns anos atrás, o tratamento era só acessível a poucos pacientes, num número de US bastante limitado, na capital, Maputo. Infelizmente, apesar desta rápida expansão, grande parte da população do país ainda não tem acesso ao TARV. A implementação deste plano vai duplicar o número de US que oferecem o TARV, nos próximos três anos, e mais do que o dobro do número de pacientes que recebem o TARV, permitindo atingir-se uma cobertura de tratamento de 80% da população infectada pelo HIV, elegível ao TARV, até 2015.

Evidências crescentes da eficácia do tratamento, como medida de prevenção, indicam que o aumento da cobertura não só diminuirá drasticamente a mortalidade pelo HIV, em Moçambique, mas também contribuirá significativamente para a redução da incidência, em 50%, sendo este um factor determinante para o sucesso deste Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA.

Os principais desafios enfrentados pelo programa de cuidados e tratamento (PRE TARV e TARV) estão relacionados com a baixa cobertura do próprio tratamento, a deficiente ligação entre os serviços de diagnóstico e de cuidados e tratamento, as altas taxas de mortalidade, as baixas taxas de retenção, a qualidade da prestação do atendimento, e a expansão limitada do programa de cuidados e tratamento pediátrico. Espera-se que com o lançamento do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV, Moçambique possa mitigar todos estes desafios de uma forma sistemática e mensurável.

A tabela a seguir lista os objectivos, estratégias e actividades-chave, que permitirão que Moçambique alcance as metas do Plano de Aceleração da Resposta (com essas metas listadas por ano). A parte narrativa subsequente aprofunda o raciocínio e as evidências, por detrás das decisões estratégicas e actividades apresentadas.



TABELA 2.4: OBJECTIVOS-CHAVE SELECIONADOS PARA A ÁREA DE CUIDADOS E TRATAMENTO

1	Fortalecer as ligações entre os serviços de aconselhamento e testagem e serviços de cuidados e tratamento
2	Melhorar a taxa de retenção actual, aos 12 meses, para os pacientes pré-TARV (57%), para 70%, até 2015.
3	Aumentar a cobertura de TARV de 22%, em crianças, e 52%, nos adultos (2012), para 80%, em ambos, até 2015.
4	Diminuir a mortalidade, em 30%, em crianças e adultos com HIV até 2015
5	Melhorar a detecção da falência terapêutica
6	Reduzir a mortalidade em pacientes com co-infecção TB/HIV, em 50%, até 2015.
7	Assegurar que todas as PVHIV que procuram serviços de cuidados e tratamento tenham acesso a um pacote básico de serviços psico-sociais e de apoio, incluindo a prevenção positiva, para garantir a autonomia, a vida positiva e a redução de novas infecções
8	Aumentar a retenção de pacientes em TARV, após 36 meses, de 46% (2012) para 70%, até 2015.
9	Estabelecer ligações efectivas entre os serviços clínicos e comunitários, em 75% das US TARV.
10	Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, nas unidades sanitárias

**TABELA 2.5: ESTRATÉGIAS, ACTIVIDADES, METAS E UNIDADES DE CUIDADOS E TRATAMENTO**

**OBJECTIVO 1: FORTALECER AS LIGAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM E SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Assegurar que as pessoas diagnosticadas sejam inscritas em cuidados	O Diagnóstico do HIV, inscrição no atendimento, aconselhamento e colheita de amostras CD4 são todos realizados no mesmo dia.	2013	80% Pacientes
		2014	80%
		2015	80%
	Estabelecer um sistema de acompanhamento de pacientes de um serviço para outro nas US, em 80% das US TARV.	2013	60% US com sistemas efectivos
		2014	70%
		2015	80%

**OBJECTIVO 2: MELHORAR A TAXA DE RETENÇÃO ACTUAL, AOS 12 MESES, PARA OS PACIENTES PRÉ-TARV, DE 40% PARA 70%, ATÉ 2015.**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Assegurar que 80% dos pacientes testados com HIV positivo e inscritos em cuidados tenham um teste de CD4 realizado e que os resultados sejam registados no período de 2 semanas, após a inscrição	Colheita de amostras de CD4, no mínimo, em 5 dias da semana, em todas as USs, com equipamento de CD4/PIMA.	2013	100% US com equipamento CD4
		2014	100%
		2015	100%
	Colheita de amostras de CD4, no mínimo, em 4 dias da semana em todas as USs sem equipamento de CD4/PIMA.	2013	100% US sem equipamento CD4
		2014	100%
		2015	100%
Implementar actividades dirigidas à população pré-TARV	Expandir o uso de tecnologias de SMS, para reportar os resultados de CD4 e DNA/PCR, para 70% das US que não têm equipamento de CD4/PIMA.	2013	50% USs com TARV
		2014	60%
		2015	70%
	Implementar o pacote pré-TARV em 80% das US,	2013	30% USs com pacote pré-TARV
		2014	50%
		2015	80%

**OBJECTIVO 3: AUMENTAR A COBERTURA DE TARV, DE 22%, EM CRIANÇAS, E 52% NOS ADULTOS (2012), PARA 80% EM AMBOS, ATÉ 2015.**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Aumentar o número de USs que oferecem TARV, ao nível nacional, de 316 para 707	Aumentar os sítios TARV, através da simplificação dos critérios para a abertura de um sítio TARV novo (Anexo 2).	2013	34% USs com TARV
		2014	45%
		2015	48%
		Estabelecer cuidados centrados na família, nas US que oferecem TARV	Implementar a abordagem familiar, incluindo a busca activa, usando o caso index, em 80% das US TARV.
2014	60%		
2015	80%		



ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Assegurar que os pacientes adultos elegíveis iniciem o TARV dentro de 1 mês, após a inscrição no serviço, e para as crianças	Realizar a busca consentida de pacientes (priorizar mulheres grávidas e crianças) elegíveis ao TARV, no momento da identificação da elegibilidade.	2013	60% Número de pacientes inscritos com sucesso, no programa de tratamento
		2014	70%
		2015	80%
	Iniciar o TARV depois de uma sessão de aconselhamento e assegurar, no mínimo, duas sessões de aconselhamento adicionais, nos primeiros 2 meses de tratamento (a menos que o paciente não esteja preparado para receber o TARV).	2013	60% Pacientes elegíveis ao TARV
		2014	70%
		2015	80%
		Implementar TARV universal, para todos as mulheres grávidas e lactantes infectadas pelo HIV, independentemente da contagem de CD4 (Opção B+), em todas as USs com TARV ePTV.	2013
	2014		656
	2015		707
	Incrementar a proporção de mulheres grávidas HIV+ recebendo profilaxia ARV que recebem TARV.	2013	40% Mulheres grávidas HIV+ em TARV
		2014	60%
		2015	80%

**OBJECTIVO 4: DIMINUIR A MORTALIDADE EM 30%, EM CRIANÇAS E ADULTOS COM HIV**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
Fazer o rastreio de rotina das principais causas de morbilidade e mortalidade relacionadas com o HIV, em todos os sítios TARV	Fazer o rastreio de TB, em 90% dos pacientes, durante a sua última visita.	2013	70% Pacientes testados	
		2014	80%	
		2015	90%	
	Fazer o rastreio de meningite criptocócica, segundo as normas nacionais, nos adultos com CD4 < 100.	2013	70% Pacientes testados	
		2014	80%	
		2015	100%	
	Avaliação e aconselhamento nutricional, em 100% dos pacientes.	2013	70% Pacientes testados	
		2014	80%	
		2015	100%	
		Fornecer tratamento e profilaxia para as principais causas de morbilidade e mortalidade relacionadas com o HIV, em todos os sítios TARV	Aumentar a % de pacientes elegíveis que iniciam TPI, até 45%.	2013
	2014			35%
	2015			45%
Aumentar a % de pacientes elegíveis que estão actualmente em TPC, até 95%.	2013		85% Pacientes elegíveis a TPC	
	2014		90%	
	2015		95%	
Iniciar o TARV, em 90% dos pacientes co-infectados com HIV/TB, no período de 2 semanas, após o início do tratamento específico para TB.	2013		70% Pacientes co-infectados	
	2014		80%	
	2015		90%	
Tratar todos os pacientes criptocócica Ag positivos, de acordo com as normas nacionais.	2013		100% Pacientes com CrAg positivo	
	2014		100%	
	2015		100%	
Tratar 80% das crianças e 50% dos adultos com desnutrição moderada ou grave, com alimentação suplementar ou terapêutica, respectivamente.	2013	80/50 Pacientes com desnutrição documentada		
	2014	80/50		
	2015	80/50		

**OBJECTIVO 5: MELHORAR A DETECÇÃO DA FALÊNCIA TERAPÉUTICA**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Assegurar que os pacientes com falência terapêutica iniciem a 2ª linha de tratamento.	Realizar testes de carga viral, de acordo com as normas nacionais, em US TARV.	2013	10% Pacientes elegíveis ao teste de carga viral
		2014	20%
		2015	30%

**OBJECTIVO 6: REDUZIR A MORTALIDADE EM PACIENTES COM CO-INFECÇÃO TB/HIV EM 50%, ATÉ 2015**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Aumentar a percentagem de pacientes co-infectados com TB/HIV, que recebem TARV	Implementar o modelo "paragem única" para TB/HIV, em todos os sítios que oferecem o TARV.	2013	100% USs com TARV
		2014	100%
		2015	100%
		Melhorar a capacidade de diagnóstico da TB, em crianças e adultos	Estabelecer capacidade de raio X, nos hospitais rurais e distritais
2014	12		
2015	12		
Aumentar a rede de microscopia para 800 US, até 2015.	2013		400 USs com microscopia
	2014		600
	2015		800
Expandir o GeneXpert, em todo Moçambique.	2013	40 USs com GeneXpert	
	2014	60	
	2015	80	

**OBJECTIVO 7: ASSEGURAR QUE TODAS AS PVHIV QUE PROCURAM SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO E TENHAM ACESSO A UM PACOTE BÁSICO DE SERVIÇOS PSICO-SOCIAIS E DE APOIO, INCLUINDO A PREVENÇÃO POSITIVA, PARA GARANTIR A AUTONOMIA, E A REDUÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES.**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Implementar o pacote básico de prevenção positiva (PP) e de apoio psico-social (APSS), em 80% das USs.	Testar, aprovar e difundir, para todas as USs, os instrumentos de registo e monitoria de PP e APSS.	2013	70% USs com TARV
		2014	85%
		2015	100%

**OBJECTIVO 8: AUMENTAR A RETENÇÃO DE PACIENTES EM TARV, APÓS 36 MESES, DE 46% (2012) PARA 70%, ATÉ 2015**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES
Expandir o uso do TARV em dose fixa combinada (toma de um comprimido, uma vez por dia)	Introduzir, gradualmente, o uso de TDF/3TC/EFV, para adultos, em 100% das USs	2013	30% USs com TARV
		2014	55%
		2015	100%
		Expandir o uso de TDF/3TC/EFV para 65% dos pacientes TARV, adultos.	2013
2014	47%		
2015	65%		

**Continua: Objectivo 8: Aumentar a retenção de pacientes emtarv, após 36 meses, de 46% (2012) para 70%, até 2015**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Expandir a estratégia GAAC</b>	Expandir a estratégia GAAC, para 80% das USs que oferecem serviços de TARV.	2013	40%	USs com TARV
		2014	60%	
		2015	80%	
	Registar até 50% dos pacientes elegíveis nos GAAC	2013	30%	Pacientes nas US com GAAC
		2014	40%	
		2015	50%	
<b>Assegurar que 80% dos pacientes em seguimento TARV visitam a US nas datas marcadas</b>	Usar a tecnologia de lembretes por SMS, em 75% das US TARV com SESP.	2013	75%	Uss com(Sistema Electrónico de Seguimento dos Pacientes – SESP)
		2014	75%	
		2015	75%	
<b>Fornecer TARV por um período de 3 meses, em todas as USs TARV, para pacientes estáveis, em acompanhamento</b>	Dispensar medicação, por períodos de 3meses, para pacientes que têm estado em TARV pelo menos 6 meses, e que estão estáveis.	2013	100%	Pacientes elegíveis que recebem 3 meses de medicação TARV
		2014	100%	
		2015	100%	

**OBJECTIVO 9: ESTABELECEER LIGAÇÕES EFECTIVAS ENTRE OS SERVIÇOS CLÍNICOS E COMUNITÁRIOS, EM 75% DAS US TARV**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Criação de procura de forma a aumentar o acesso aos serviços</b>	Realizar um encontro trimestral com líderes comunitários, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional.	2013	50%	USs que realizam reuniões trimestrais
		2014	60%	
		2015	75%	
	Divulgar spots de rádio e realizar peças de teatro tradicional, em todos os distritos prioritários.	2013	23	Número de distritos prioritários com spots radiofónicos.
		2014	22	
		2015	22	

**OBJECTIVO 10: MELHORAR A QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PACIENTE NAS UNIDADES SANITÁRIAS**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Garantir que todos os sítios TARV e PTV implementam um programa padronizado de melhoria de qualidade (MQ)</b>	No nível Central, seguir, analisar e divulgar semestralmente os resultados dos ciclos de MQ, nas US.	2013	100%	Relatórios MQ
		2014	100%	
		2015	100%	
	Implementar ciclos de MQ ,de 6 em 6 meses, em todos os sítios TARV e PTV implementando a estratégia de MQ	2013	100%	USs com TARV e PTV implementando MQ.
		2014	100%	
		2015	100%	

**Base de Evidências**



As estratégias para cuidados e tratamento foram cuidadosamente desenvolvidas, de forma a reflectir os desafios e oportunidades específicos de Moçambique. A narração seguinte demonstra o raciocínio e evidências por detrás das decisões estratégicas e actividades incluídas no Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA.

**1. FORTALECIMENTO DAS LIGAÇÕES ENTRE OS SERVIÇOS QUE OFERECEM ACONSELHAMENTO E TESTAGEM E OS SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO**



As ligações entre os serviços de ATS e cuidados tratamento deverão ser fortalecidas através de uso de educadores de pares e pessoal de saúde

a. Ao estabelecer mecanismos específicos para diminuir o tempo entre o diagnóstico, a inscrição no serviço, a determinação de elegibilidade, e o início do TARV, as percas que ocorrem a cada passo na cascata de cuidados, serão diminuídas. O apoio aos pacientes na passagem pelas diferentes etapas envolvidas na inscrição aos serviços de cuidado e tratamento de HIV, será garantido através do estabelecimento de um quadro de educadores de pares e ‘navegadores’, servindo para uma dupla finalidade, de aumentar a inscrição, e fornecer APSS adicional para pacientes com HIV.

**MELHORIA DA TAXA DE RETENÇÃO NOS PACIENTES PRÉ-TARV**

a. A retenção actual de pacientes em pré-TARV constitui um problema grave em Moçambique. Dados não publicados estimam que entre 40-60% de todos os pacientes pré-TARV abandonam o serviço nos primeiros 12 meses de cuidados. Moçambique vai começar a utilizar tecnologias de impressão de SMSs e lembretes por SMS para alertar os pacientes pré-TARV dos resultados dos seus testes CD4 e lhes fazer lembrar sobre as consultas de seguimento.



40-60 % dos pacientes inscritos no Pré-TARV abandonam os serviços nos primeiros 12 meses pós inscrição aos serviços

b. Ao implementar um pacote pré-TARV e ao realizar a busca activa de rotina de pacientes pré-TARV, a retenção pré-TARV em cuidados será melhorado (Anexo 3).

Moçambique vai também pilotar a distribuição de Pacotes de Cuidados Básicos (PCB) contendo sabão, preservativos, comprimidos de purificação de água e cotrimoxazole, para os pacientes pré-TARV como uma intervenção para promover a retenção. O fornecimento de PCB demonstrou um aumento na retenção de pacientes no Quênia e em Uganda.

d. A determinação da elegibilidade ao TARV e a articulação posterior com os serviços de cuidados e tratamento têm constituído desafios importantes em Moçambique. O fornecimento dos resultados de CD4 ou, no mínimo, a realização da colheita da amostra de sangue para a análise do CD4 no dia do diagnóstico, em todas as US TARV, constitui uma intervenção fundamental para facilitar a determinação da elegibilidade do paciente. A padronização da rede de referência de amostras de CD4 e a ampliação da disponibilidade de tecnologias para a análise do CD4 no ponto de atendimento - CD4/PIMA, reforçará esta etapa da cascata. Além disso, Moçambique vai diminuir o número de sessões de aconselhamento necessários para iniciar o TARV, reduzindo assim as barreiras para o início do TARV.

**3. AUMENTO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO**

a. O aumento do número de USs a oferecerem o TARV de 316 em 2012, para 707 em 2015, significará que 50% das USs em Moçambique irão fornecer serviços TARV. Esta expansão vai ocorrer de forma faseada, com a priorização das áreas de alta prevalência e baixa cobertura, ao longo dos próximos 3 anos.

- b. A identificação rotineira de pacientes elegíveis pré-TARV e a busca activa vão aumentar o número de pacientes elegíveis que iniciam o TARV atempadamente.
- c. A diminuição do número de sessões de aconselhamento necessárias para iniciar o TARV, assegurando o aconselhamento adequado nas primeiras semanas de tratamento, reduz as barreiras ao tratamento, para além de providenciar o apoio e aconselhamento que os pacientes precisam para aderirem ao tratamento.
- d. A transferência de competências no fornecimento do TARV para quadros profissionais de saúde menos qualificados, constitui uma mudança política fundamental para permitir que a estrutura de saúde actualmente sobrecarregada possa otimizar os recursos humanos existentes, e fornecer cuidados a um número crescente de pessoas infectadas pelo HIV.
- e. A inscrição de TARV pediátrico é um desafio persistente. Um dos principais constrangimentos para a inscrição de crianças em serviços de cuidados e tratamentos continua sendo a identificação de crianças infectadas pelo HIV. Pretende-se aumentar significativamente a identificação do número de crianças com HIV, através da implementação de uma abordagem de testagem centrada na família, que usa os adultos com zero-estádio positivo, como porta de entrada para chegar às crianças expostas e infectadas pelo HIV. Como parte da inscrição nos serviços de cuidados e tratamento, os adultos com HIV serão convidados a trazer os seus filhos para fazer o teste. Caso eles não os tragam, ou de não serem capazes de trazê-las, oferecer-se-á a opção de se fazer um teste em casa de forma que a família do caso índice possa ser efectivamente testada.

**4. FOCALIZAÇÃO NO RASTREIO DE ROTINA E POSTERIOR TRATAMENTO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORBILIDADE E MORTALIDADE EM PACIENTES INFECTADOS PELO HIV (MENINGITE CRIPTOCÓCICA, DESNUTRIÇÃO)**

a. Até o momento, não há nenhum programa de rastreio de rotina para Meningite Criptocócica (MC). Estima-se que entre 6 - 20% dos adultos infectados pelo HIV têm antigenemia MC. Dadas as taxas de mortalidade de 60-70% em adultos com HIV e a disponibilidade de um teste rápido eficaz e barato, que pode ser realizado na própria US, Moçambique vai começar a fazer o rastreio de rotina do Antígeno Criptocócica (CrAg) em todos os adultos com contagem de CD4 inferior a 100 células/mm3 e em crianças menores de cinco anos.

**5. REDUZIR A MORTALIDADE EM PACIENTES COM CO-INFECÇÃO TB/HIV**

- a. A tuberculose ainda é a principal causa de morte de adultos com HIV na África Subariana. O diagnóstico precoce e tratamento imediato da tuberculose é fundamental para a redução da mortalidade na população infectada pelo HIV. O uso de GeneXpert, microscópios de fluorescência (FM) com emissor de luz diodo (LED), e a expansão da rede microscópica e radiográfica resultarão na melhoria da capacidade de diagnóstico do sistema de saúde e permitirá a detecção e tratamento precoce da TB em pessoas infectadas pelo HIV.
- b. A mortalidade na população infectada pela TB é impulsionada pelas altas taxas de co-infecção TB/HIV (66%) e as baixas taxas de início do TARV na população co-infectada (54%). A implementação de um ‘Modelo de Paragem Única’ em todas as unidades de TARV irá facilitar a prestação universal do TARV para todos os pacientes co-infectados HIV/TB, diminuindo assim a mortalidade associada à TB em pacientes infectados pelo HIV.



50 % das US no país irão até 2015 prover serviços de cuidados e tratamentos ao HIV



6-20 % de pessoas infectadas pelo HIV tem antigenemia ao criptococos



66 % dos pacientes com tuberculose estão co-infectados com HIV

## 6

A introdução de teste de carga viral diminuirá a proliferação da resistência aos ARV na população infectada pelo HIV

#### 6. IMPLEMENTAR UM PACOTE PADRONIZADO DE APOIO PSICOSSOCIAL PARA PVHIV

- O apoio não clínico que as PVHIV precisam para a adesão a longo prazo será fornecido através do estabelecimento de um protocolo padronizado de apoio psicossocial oferecido de forma rotineira para todos os pacientes que procuram os serviços em unidades de TARV.

#### 7. MELHORAR A DETECÇÃO DA FALÊNCIA TERAPÊUTICA NOS PACIENTES EM TARV

- Moçambique tem acesso extremamente limitado à testagem de carga viral. Actualmente existem apenas dois laboratórios que realizam este teste, e ambos estão localizados na Cidade de Maputo. Como tal, o sistema depende de algoritmos de rastreio imunológico e clínico para detectar a falência terapêutica. Em todas as unidades sanitárias sem acesso a testes de carga viral, a revisão de registos de rotina para a identificação de falência terapêutica será exigida numa base trimestral.
- A expansão da rede para a realização de testes de carga viral, facilitará o acesso para todas as unidades sanitárias, até 2015, melhorará a detecção precoce, e diminuirá a proliferação de resistência aos ARV's na população infectada pelo HIV e em tratamento por longo tempo.

#### 8. AUMENTAR A RETENÇÃO DE PACIENTES EM TARV

- O regime de primeira linha está a ser mudado de um regime AZT/3TC/NVP administrado duas vezes por dia para um regime melhor tolerado, de um comprimido de TDF/3TC/EFV uma vez por dia para os seguintes pacientes:
  - Todos os adultos recém-inscritos
  - Todos os pacientes em TARV que estejam nos 6 primeiros meses de tratamento
  - Todos os pacientes co-infectados TB/HIV
  - Todas as mulheres grávidas infectadas pelo HIV

Até 2015, pelo menos 65% de todos os pacientes adultos em TARV estarão a receber este regime simplificado.

- A retenção de pacientes em TARV tem sido um desafio persistente. O estabelecimento de um sistema padronizado de educadores de pares servirá como rede de apoio nas unidades sanitárias e nas comunidades, prestando apoio muito necessário a pacientes com HIV nas unidades sanitárias e nas suas casas, e ao mesmo tempo, constituindo um mecanismo de seguimento efectivo dos faltosos. Todas as unidades sanitárias terão um grupo de educadores de pares para apoiar os pacientes HIV positivos, até 2015.
- A expansão da estratégia GAAC a todas as unidades sanitárias com serviço TARV, até 2015, vai permitir que os pacientes recebam os seus ARVs na comunidade, reduzindo efectivamente o número de visitas necessárias para a unidade sanitária, por paciente, para apenas duas vezes por ano.
- Os pacientes estáveis receberão medicação ARV para 3 meses de cada vez. Isto irá diminuir as visitas desnecessárias às unidades sanitárias que os pacientes fazem, uma vez que os pacientes estáveis somente precisarão de fazer visitas clínicas cada 6 meses.
- Pilotar-se-á a distribuição de um PCB contendo um fornecimento mensal de sabão, cotrimoxazole, preservativos e comprimidos de purificação de água, para novos inícios de TARV, nos primeiros 6 meses de tratamento, a fim de melhorar a retenção neste período vulnerável.

#### 9. ESTABELECEER LIGAÇÕES EFECTIVAS ENTRE OS SERVIÇOS CLÍNICOS E COMUNITÁRIOS

- Ao incluir os líderes comunitários e praticantes de medicina tradicional nas reuniões trimestrais de HIV a serem realizadas nas unidades sanitárias, o sistema nacional de saúde capacita esses elementos críticos da sociedade, para servirem como recurso na comunidade para as pessoas vivendo com HIV, e para o estabelecimento de ligações entre as estruturas de tomada de decisão tradicional ao nível comunitário e o sistema de saúde.
- A criação da procura de serviços é uma componente crítica para o sucesso de qualquer Plano de Aceleração. A rádio é o meio de comunicação mais acessível em Moçambique. Como tal, o plano contém uma estratégia de comunicação sustentada e dinâmica, baseada no uso de spots radiofónicos, teatro comunitário e consultas às comunidades.

#### 10. ESTABELECEER UM PROGRAMA PADRONIZADO E DE USO ROTINEIRO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE, EM TODAS AS UNIDADES DE TARV

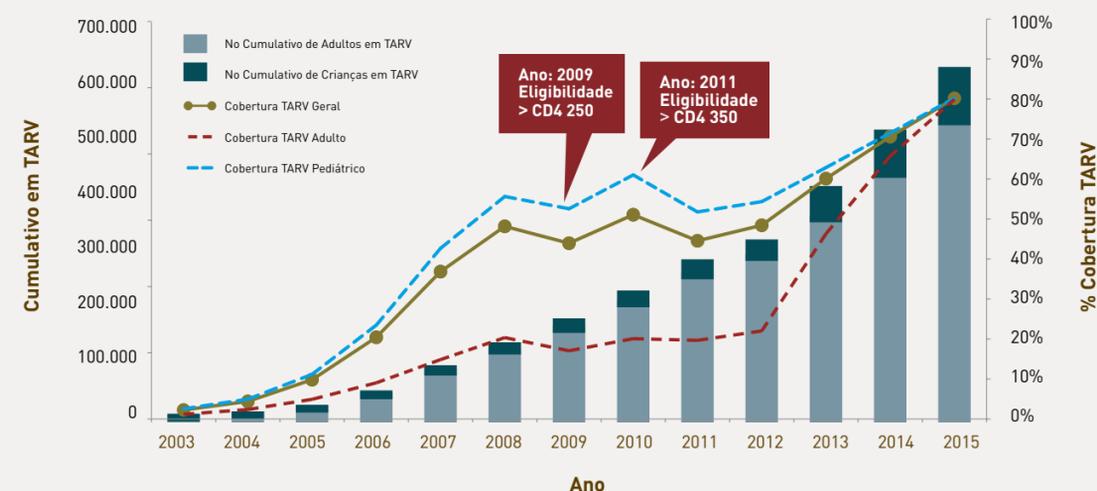
- Implementação de uma estratégia nacional, envolvendo visitas bianuais a todas as unidades sanitárias TARV, para a operacionalização de um programa padronizado e rotineiro de melhoria da qualidade, que integre a verificação da qualidade de dados, a tutoria clínica, e metodologias estabelecidas de melhoria da qualidade. Espera-se que esta estratégia resulte na melhoria da qualidade dos cuidados recebidos pelos pacientes com HIV, e na diminuição concomitante de resultados negativos.

Esta combinação de intervenções aborda os principais desafios que Moçambique enfrenta, na medida em que o programa de cuidados e tratamento de HIV se expande. A combinação da optimização das estratégias existentes e a implementação de abordagens novas e inovadoras para cuidados e tratamento do HIV, irá resultar num aumento significativo do número de pacientes com HIV que recebem serviços de cuidados e tratamento de alta qualidade, na monitoria efectiva dos serviços, e ao mesmo tempo na contribuição para a redução da incidência de HIV na população em geral.



A combinação e a optimização de estratégias existentes e abordagens inovadoras para os cuidados, irá resultar num aumento significativo de pacientes que recebem serviços de alta qualidade

FIGURA 2.1: EXPANSÃO DA COBERTURA TARV PARA 80%





© UNICEF/Mozambique/2013

## Eliminação da Transmissão Vertical

A Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) é uma meta alcançável, em Moçambique. Estudos internacionais demonstram que os regimes actuais diminuem a transmissão vertical do HIV para menos de dois por cento. Em 2010, Moçambique adoptou a Opção A, recomendada pela OMS, como regime preferencial para a PTV. Dados os desafios logísticos, estruturais e programáticos envolvidos na implementação da Opção A, tais como o acesso limitado a análises laboratoriais, a fraca ligação entre os serviços de SMI e de HIV e as baixas taxas de adesão e retenção, Moçambique decidiu mudar a sua estratégia de PTV e oferecer o TARV a todas as mulheres grávidas e lactantes com HIV, ao longo da vida. Esta opção será utilizada em todas as unidades sanitárias com serviços de TARV, independentemente da contagem de CD4 ou estágio de OMS (OpçãoB+). A taxa de fecundidade média, em Moçambique, é de 5,9 nascimentos, por mulher, enquanto a média de espaçamento de nascimentos é de 18 meses. É mais simples, em termos programáticos, iniciar o TARV, no momento do diagnóstico do HIV, numa mulher grávida, e continuar o tratamento para toda vida,

do que oferecer cursos repetidos de mono-terapia, como seria o caso da implementação plena da Opção A. Operacionalmente, o programa de PTV está a descobrir que é extremamente difícil garantir que as crianças expostas ao HIV recebam o curso prolongado de Nevirapina diária, recomendada na Opção A, e a retenção nos cuidados cai, precipitadamente, com o tempo, tornando a intervenção significativamente menos potente como regime profilático. Dada a elevada taxa de fertilidade e a apresentação relativamente tardia nos serviços pré-natais, a administração do TARV por toda a vida, desde o momento do diagnóstico, protegerá também contra a transmissão de HIV, nas gravidezes subsequentes.

A OpçãoB+ será o caminho principal que conduzirá à eliminação da transmissão vertical, com base nas vantagens criadas por critérios simplificados para a iniciação do TARV, como o regime simplificado, a cadeia de fornecimento simplificada e a eliminação da necessidade de fornecer cursos prolongados de xarope de nevirapina diária, às crianças expostas. Há riscos, incluindo a fraca adesão de mulheres com HIV, com contagens elevadas de CD4. Será realizada uma pesquisa para melhor se definir e responder aos desafios inerentes à expansão da Opção B+.

As mulheres representam 68% das pessoas infectadas na população em geral, sendo as principais vítimas da pandemia, em Moçambique. A maior prevalência por grupo demográfico é verificada nas mulheres com idades entre 25 e 29 anos (16,8%). Sendo importante reforçar outros pontos-chave que contribuam para a prevenção da transmissão vertical, tais como a implementação de estratégias para prevenir novas infecções entre as mulheres em idade reprodutiva, redução de gravidezes indesejadas e implementação de intervenções comunitárias, com vista a melhorar as ligações entre as comunidades e as unidades sanitárias. O Plano de Aceleração foi elaborado em concordância com o plano para a eliminação da transmissão vertical e define estratégias e actividades específicas para alcançar a ETV, as quais são descritas abaixo.

**TABELA 2.6: OBJECTIVOS-CHAVE DE ETV**

Estratégias e actividades específicas para alcançar a ETV	
1	Diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV, para menos de 5%
2	Aumentar a adesão, e retenção nos cuidados de mulheres grávidas, para 80%
3	Prevenir as gravidezes indesejadas
4	Prevenir novas infecções em mulheres de idade reprodutiva
5	Melhorar o envolvimento comunitário nos programas de SMI/PTV

**TABELA 2.7: ESTRATÉGIAS, ACTIVIDADES, METAS E UNIDADES DE ETV**

**OBJECTIVO 1: DIMINUIR AS TAXAS DE TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV, PARA MENOS DE 5%**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES				
<b>Aumentar o acesso a serviços TARV para mulheres grávidas seropositivas</b>	Implementar TARV universal, para todos as mulheres grávidas e lactantes infectadas pelo HIV, independentemente da contagem de CD4 (Opção B+), em todas as USs com TARV e PTV.	2013	496	USs que oferecem TARV universal			
		2014	656				
		2015	707				
		2013	40%		Mulheres grávidas HIV+ em TARV		
		2014	60%				
		2015	80%				
	Estabelecer um "Modelo de Paragem Única" para serviços TARV e SMI, em 100% das USs que oferecem PTV e TARV.	2013	100%	USs que oferecem TARV e PTV			
		2014	100%				
		2015	100%				
		<b>Melhorar o acesso à profilaxia anti-retroviral mais eficaz para mulheres grávidas com HIV</b>	Melhorar o acesso a CD4 com o uso de CD4/PIMA e sistemas de referência em USs periféricas com PTV e sem TARV, assegurando que 25% das mulheres grávidas fazem CD4, no momento do diagnóstico.		2013-2015	25%	US que oferecem TARV
					2013	961	
			Implementar e expandir a Opção A, nas USs que oferecem PTV e não TARV.		2014	810	USs sem TARV com Opção A para mulheres grávidas
2015	763						

**OBJECTIVO 2: AUMENTAR A ADESÃO E RETENÇÃO, NOS CUIDADOS DE MULHERES GRÁVIDAS, PARA 80%.**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Expandir e fortalecer as estratégias de adesão e retenção</b>	Implementar grupos de apoio de Mãe para Mãe, nos serviços de SMI, em todas as USs que fornecem PTV e TARV.	2013	40%	USs que oferecem PTV e TARV
		2014	60%	
		2015	80%	
	Implementar e expandir actividades de sensibilização comunitária, para mulheres grávidas e lactantes.	2013	40%	USs que oferecem PTV e TARV
		2014	60%	
		2015	80%	

**OBJECTIVO 3: PREVENIR AS GRAVIDEZES INDESEJADAS**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Melhorar a oferta de serviços de Planeamento Familiar (PF)</b>	Integrar a PF em outros serviços (serviços de HIV, serviços pós-aborto).	2013	60%	US TARV
		2014	80%	
		2015	100%	
	Oferta de reabastecimento de métodos contraceptivos, na comunidade.	2013	15%	Distritos
		2014	30%	
		2015	50%	

*Continua objectivo 3: prevenir novas infeções em mulheres de idade reprodutiva*

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Serviços de resposta a casos de VBG</b>	Integrar resposta a casos de VBG nos serviços de SMI.	2013	100%	USs
		2014	100%	
		2015	100%	

**OBJECTIVO 4: PREVENIR NOVAS INFEÇÕES EM MULHERES DE IDADE REPRODUTIVA**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES				
<b>Providenciar o TARV sem critérios de elegibilidade de CD4 aos parceiros masculinos infectados pelo HIV de mulheres grávidas não infectadas sob TARV</b>	Visar parceiros masculinos infectados pelo HIV de mulheres grávidas não infectadas	2013	30%	% dos parceiros masculinos infectados pelo HIV de mulheres grávidas não infectadas sob TARV			
		2014	45%				
		2015	60%				
		<b>Melhorar a participação dos homens nos serviços de SMI</b>	Implementar e expandir os convites para parceiros		2013	75%	USs que oferecem PTV
					2014	85%	
					2015	100%	
	Implementar horários específicos nas USs que oferecem cuidados, para parceiros masculinos e casais	2013	30%	USs que oferecem PTV			
		2014	50%				
		2015	70%				

**OBJECTIVO 5: MELHORAR O ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO NO PROGRAMA DE SMI/PTV**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES	
<b>Melhorar a sensibilização e envolvimento comunitário na PTV</b>	Envolver os líderes comunitários na promoção da PTV	2013	40%	Líderes comunitários abrangidos
		2014	50%	
		2015	80%	
	Desenvolver spots de rádio e TV e teatro tradicional com mensagens de PTV, em distritos prioritários	2013	23	Distritos com spots de rádio
		2014	22	
		2015	22	
	Criar e implementar um pacote básico de cuidados de PTV, a ser fornecido na comunidade	2013	40%	Comunidades abrangidas
		2014	60%	
		2015	80%	
Implementar, fortalecer e expandir os grupos de Mãe para Mãe, ao nível da comunidade	2013	40%	Comunidades abrangidas	
	2014	60%		
	2015	80%		

**TABELA 2.8: ESTRATÉGIAS, ACTIVIDADES, METAS E UNIDADES DE CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV**

**OBJECTIVO 1: AUMENTAR ATAXA DE DETECÇÃO DE CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV**

ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES-CHAVE	METAS	UNIDADES		
<b>Melhorar o sistema, para aumentar o número de casos de HIV detectados em crianças expostas ao HIV</b>	Expandir o EID a todas as unidades sanitárias com serviços de PTV	2013	60%	USs com programas de PTV	
		2014	80%		
		2015	100%		
	Integrar tecnologias-chave para otimizar os serviços, incluindo a divulgação dos resultados, através de SMS.	2013	50%	USs	
		2014	60%		
		2015	70%		
	Incorporar aspectos pediátricos, na expansão do ATIP	2013	100%	Programas ATIP	
		2014	100%		
		2015	100%		
	<b>Melhorar o seguimento de crianças expostas ao HIV</b>	Apoio logístico à busca activa de crianças expostas faltosas	2013	40%	USs
			2014	60%	
			2015	80%	
Estabelecer a ligação entre a testagem e os serviços de cuidados e tratamento de HIV, usando uma abordagem de casos índices para a identificação de casos pediátricos		2013	30%	Unidades Sanitárias com PTV e TARV	
		2014	50%		
		2015	70%		



# 475

Desde 2006, o uso deste teste se expandiu para 475 unidades sanitárias, com 51.296 amostras processadas, em 2012

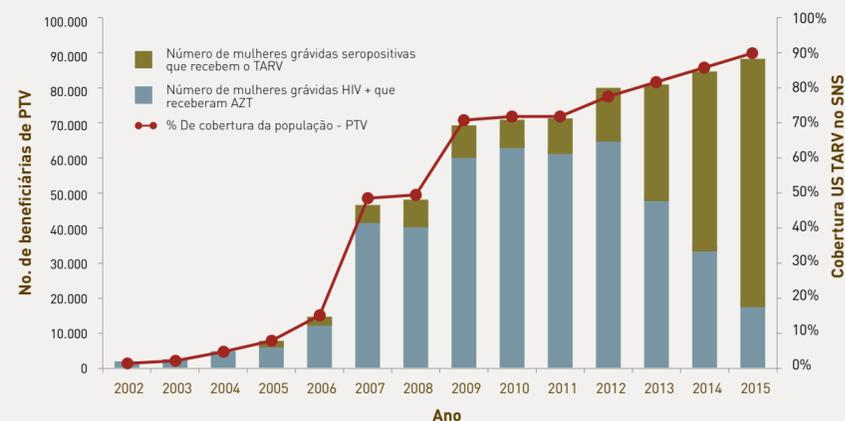
## Aumentar a Taxa de Detecção de Crianças Infectadas pelo HIV

O diagnóstico precoce nas crianças, com uso do teste de HIV baseado na PCR / ADN, para crianças expostas ao HIV, foi introduzido em Moçambique, em 2006, considerando-se uma intervenção fundamental, tanto para a promoção do diagnóstico precoce do HIV, como também para o início precoce do TARV, em crianças. Desde 2006, o uso deste teste se expandiu para 475 unidades sanitárias, com 51.296 amostras processadas, em 2012. Actualmente, existem quatro laboratórios que processam amostras de PCR ADN HIV, no país (Maputo, Beira, Nampula e Quelimane).

O uso de impressoras SMS, para entrega dos resultados destes testes provenientes de quatro laboratórios para as 475 unidades sanitárias que estão a implementar o programa EID, melhorou o tempo de resposta para os resultados de PCR ADN HIV, em todo o país. O plano de PTV inclui a expansão, não só do EID, mas também das impressoras SMS, a fim de continuar e reforçar a promoção do diagnóstico e o tratamento precoce das crianças.

A implementação alargada de ATIP nas crianças, incluindo bebés, constitui outra intervenção fundamental para melhorar a identificação das crianças expostas e infectadas.

FIGURA 2.2: EXPANSÃO DO PROGRAMA PTV



## Apoio ao sistema

A expansão das actividades descritas nas Áreas Técnicas A e B não será possível com a estrutura actual do sistema de saúde, em Moçambique. Portanto, serão implementadas actividades destinadas a fortalecer e expandir o sistema de saúde, para permitir a realização dos objectivos gerais descritos neste Plano de Aceleração. Estas actividades de fortalecimento do sistema de saúde podem ser agrupadas em quatro categorias: monitoria e avaliação, capacidades dos recursos humanos, consumíveis e logística, incluindo serviços de laboratório e infra-estruturas. Estas constituem as Áreas Técnicas C, D, E, F e G do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA.

## Área Técnica C: Monitoria e Avaliação

A Monitoria e Avaliação (M&A) fiável e contínua será essencial, para demonstrar o progresso no alcance dos resultados e impactos propostos no Plano de Aceleração, incluindo o acesso universal e a eliminação do SIDA, em Moçambique. Um sistema robusto de M&A facilitará, igualmente, a implementação integral, atempada e eficaz do próprio Plano de Aceleração, ao fornecer um quadro que promove a responsabilização dos intervenientes e constituir as bases para a tomada de decisões e gestão do programa, com base em evidências.

A componente de M&A do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA de Moçambique estabelece uma série de objectivos concebidos para garantir: 1) a vigilância regular e robusta da epidemia nacional do HIV; 2) a disponibilidade e uso de informação programática de alta qualidade (incluindo dados de monitoria de rotina e pesquisa operacional); 3) a aplicação de tecnologias emergentes para a transmissão e divulgação de informação, tanto no seio do MISAU como externamente, para as instituições envolvidas na resposta multi-sectorial do HIV, a sociedade civil e os próprios clientes; e 4) a sustentabilidade do sistema de M&A realizado através da simplificação dos instrumentos e reforço do pessoal de M&A. Todos estes objectivos foram harmonizados e são condizentes com o Plano Nacional de Monitoria e Avaliação de HIV/SIDA do MISAU.

Com relação às estratégias específicas de M&A, o Plano de Aceleração irá mobilizar e expandir o sistema nacional de vigilância epidemiológica do HIV existente. As actividades incluem a realização de uma ronda adicional, em 2014, para dar seguimento ao INSIDA 2009 (Inquérito Nacional de Prevalência, Factores Comportamentais de Risco e Informação relacionada com o HIV/SIDA), bem como duas rondas de vigilância pré-natal, em 2013 e 2015, que visam rastrear as tendências regionais do HIV, sífilis e da hepatite B. Para entender melhor as tendências e determinantes do HIV, nos grupos de alto risco, incluindo homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras de sexo, usuários de drogas injectáveis,

**M&A é essencial, para demonstrar o progresso no alcance dos resultados e impactos propostos no Plano de Aceleração**



A avaliação da qualidade de dados irá reforçar o sistema de saúde e irá permitir agir com base em informação estratégica

mineiros e camionistas, o Plano de Aceleração propõe a criação de um novo sistema específico de vigilância para os grupos de alto risco (a ser testado, em 2013, em unidades sanitárias seleccionadas). Finalmente, realizar-se-ão três estudos relativos à resistência de medicamentos contra o HIV, e um inquérito de vigilância comportamental. Estes estudos pretendem abordar lacunas de conhecimento específicas e alinhar o sistema nacional de vigilância epidemiológica de Moçambique com os padrões internacionais de monitoria.

A disponibilidade inadequada de dados de rotina de alta qualidade, para a posterior utilização na gestão programática e para o cálculo de estimativas de aquisição de consumíveis, tem constituído um desafio, para Moçambique. Em resposta a esta situação, o Plano de Aceleração propõe a institucionalização de rondas anuais de avaliação de qualidade de dados, a fim de medir a precisão e a integridade dos resultados dos indicadores prioritários para os programas de cuidados e tratamento, ATS, PTV e TB/HIV. Utilizar-se-ão, para tal, abordagens tradicionais de identificação e verificação, a fim de comparar os dados das unidades sanitárias com os dados arquivados no Sistema de Informação para a Saúde (SIS), ao nível distrital, provincial e central.

As rondas de avaliação da qualidade de dados também irão colocar ênfase na sensibilização dos profissionais de saúde e gestores sobre a importância da qualidade dos dados e na demonstração de como integrar os procedimentos de controlo de qualidade, nos ciclos de apresentação de dados. Serão criados planos de trabalho relativos à melhoria da qualidade de dados, sempre que necessário. Os gestores de programas serão treinados no uso de ferramentas desenvolvidas para a identificação e seguimento de erros comuns nas apresentações regulares de dados. Inspirando-se na estratégia de avaliação de qualidade de dados, o Plano de Aceleração incorporará uma série de actividades que terão como objectivo reforçar a capacidade do sistema de saúde, em interpretar e agir com base numa informação estratégica. Incluir-se-ão, assim, uma oficina de trabalho de dados, ao nível nacional e provincial, bem como a criação de ferramentas para avaliar, comparar e visualizar o desempenho na prestação de serviços de todos os níveis do sistema de saúde.

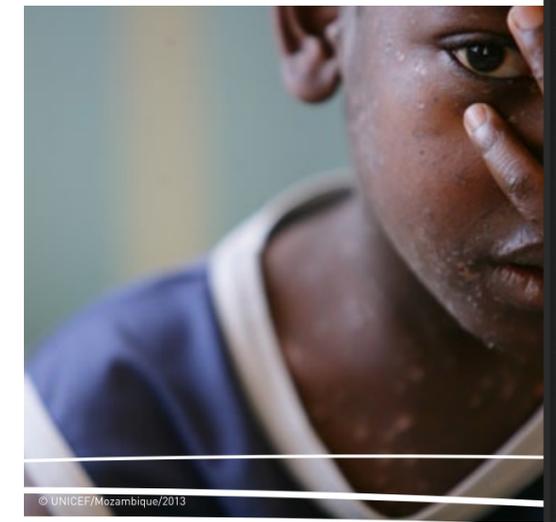
Para complementar os dados de rotina produzidos pelo SIS, o Plano de Aceleração também propõe intensificar o uso da pesquisa operacional. Isto inclui a criação de um grupo de trabalho para a priorização de temas de pesquisa relevantes e fortalecer as ligações com os centros de pesquisa em saúde existentes no país. O acesso crescente à Internet e às redes de dados celulares, aliado ao surgimento de novas tecnologias e à existência de pessoal qualificado, na área de informática, oferecem oportunidades interessantes para mobilizar sistemas de M&A que permitam tomar decisões baseadas em evidências, de forma mais eficaz, levando à melhoria da qualidade, em Moçambique. O Plano de Aceleração pretende aproveitar esta sinergia e expandir amplamente o uso dos Sistemas Electrónicos de Seguimento ao Paciente (SESP), para facilitar o acompanhamento clínico e o rastreio dos pacientes. Tais sistemas electrónicos não só serão promovidos ao nível do provedor, mas também ao nível da gestão programática, na medida em que informações novas e importantes vão se tornar mais acessíveis (tais como, a retenção de corte e medidas de qualidade dos serviços). A expansão do SESP possibilitará o uso de tecnologias complementares de Saúde, na implementação do Plano de Aceleração, através do envio de mensagens SMS aos pacientes (por exemplo, lembretes das datas de levantamento de medicamentos e notificações, quando os resultados de laboratório estiverem disponíveis).



Para além de criar um novo canal de comunicação com os pacientes, estas tecnologias serão utilizadas para facilitar a transmissão de dados, dentro do sistema de saúde, uma vez que os resultados de laboratório serão enviados através da rede celular

Para além de criar um novo canal de comunicação com os pacientes, estas tecnologias serão utilizadas para facilitar a transmissão de dados, dentro do sistema de saúde, uma vez que os resultados de laboratório serão enviados através da rede celular para o SESP, ao nível das unidades sanitárias. Os relatórios mensais do programa e requisições de abastecimento serão enviados, das unidades sanitárias mais isoladas, para as sedes distritais, onde esses dados podem entrar nos canais tradicionais de informação do sistema de saúde. Finalmente, a fim de promover a transparência e estimular o cruzamento multi-sectorial, a página Web de ITS-HIV/SIDA Nacional será actualizada e irá conter um conjunto de documentos de uso público.

A sustentabilidade é um elemento central da abordagem de M&A do Plano de Aceleração. É possível que o elemento mais importante, para garantir a sustentabilidade do sistema de M&A, em Moçambique, seja o uso de uma abordagem simplificada, para a recolha e apresentação regular de dados relativos a indicadores-chave. Os instrumentos de recolha de dados serão simplificados e o número de dados rotineiramente reportados, através do SIS, em Moçambique, será reduzido. Isto não só irá contribuir para a produção de dados de melhor qualidade, mas também proporcionará mais tempo ao pessoal de saúde, para realizar a sua função principal de atender os seus clientes. Para além disso, a adopção de uma abordagem mais padronizada, nos sistemas de recolha de dados de rotina, irá facilitar o uso dos dados, uma vez que o tempo actualmente gasto na recolha, limpeza, envio e arquivo de dados poderá ser usado para analisar tendências e servir para a tomada de decisões relativas à gestão dos programas. A sustentabilidade de longo prazo será promovida também no Plano de Aceleração, através da criação de um programa de ensino à distância e tutoria focalizada na criação de competências de M&A, ao nível provincial e distrital.



© UNICEF/Mozambique/2013

## Área Técnica D: Aumento dos Recursos Humanos no Sector de Saúde



Na área de recursos humanos o objectivo é garantir a disponibilidade de profissionais de saúde qualificados para apoiarem as actividades delineadas no Plano de Aceleração.

O objectivo na área de recursos humanos, no sector de saúde, é garantir a disponibilidade de profissionais de saúde qualificados para apoiarem as actividades delineadas no Plano de Aceleração. Como parte do Plano de Aceleração, 391 unidades sanitárias adicionais começarão a administrar o TARV, até 2015. Cada uma dessas unidades sanitárias requererá pessoal treinado nas diversas áreas de prevenção, diagnóstico, cuidados e tratamento do HIV. O aumento do número de pacientes que irá receber o TARV, nos serviços existentes, provocará mudanças nesses sítios. Por fim, a implementação da Opção B+, para a ETV, vai exigir uma actualização das competências dos profissionais de saúde que prestam serviços nas unidades sanitárias que fornecem serviços de PTV.

O principal desafio associado ao preenchimento de necessidades de recursos humanos do Plano de Aceleração, reside no facto de que é preciso dedicar vários anos, para produzir um novo profissional de saúde, e o número de profissionais de saúde que actualmente fornece o TARV,

**TABELA 2.9: PLANIFICAÇÃO DA EXPANSÃO DE RECURSOS HUMANOS**

Formação Pré-Serviço				
CATEGORIA PROFISSIONAL	EXISTENTE NO SISTEMA	NOVOS GRADUADOS ATÉ 2015	TOTAL DE PESSOAL ATÉ 2015	NÚMERO DE PESSOAL TOTAL REQUERIDO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE ACELERAÇÃO ATÉ 2015
Médicos	781	650	1.431	488
Técnicos de medicina	2.600	767	3.267	1.385
Enfermeira de SMI	2.510	565	3.075	925
Enfermeiro Geral	5.400	1.800	7.200	513
Técnico de Laboratório	1.309	625	1.934	792
Técnico de Farmácia	911	525	1.436	792
Total	12.730	4.282	16.912	4.895
Conselheiro Leigo	501	1.392	1.392	1.893

no país, é insuficiente para acompanhar o aumento na prestação de serviços. Moçambique irá atenuar este problema aumentando a eficiência dos cuidados de TARV para aumentar o número de pacientes que pode ser visto por cada profissional de saúde, implementando a transferência de competências de cuidados de TARV, para as enfermeiras de SMI, agentes de medicina e alguns enfermeiros gerais (especificamente aqueles que trabalham em serviços de TB ou que já estão posicionados em sítios TARV de consulta externa), conjuntamente com a redistribuição dos profissionais de saúde existentes e alocando, estrategicamente, os profissionais de saúde recém-graduados, nos distritos de alta prioridade e alto volume de pacientes.

Conforme descrito na área técnica de serviços clínicos, espera-se que tanto os grupos de apoio e adesão comunitária como o aprovisionamento de medicação TARV, para períodos de 3 meses (em vez de um mês), entre pacientes estáveis, irão diminuir significativamente o número de visitas, por paciente, à unidade sanitária. Moçambique vai também identificar pontos focais, em cada distrito, começando, de forma faseada, nos distritos de alta prioridade, garantindo que os conselheiros leigos estejam a ser utilizados de forma eficaz e que os serviços estão sendo prestados como mandatados, para assegurar a comunicação e coordenação entre o nível, provincial e distrital. Esta ligação com o nível distrital, combinado com a expansão do uso de sistemas electrónicos para a monitoria das competências dos profissionais da saúde e das colocações de profissionais de saúde, no país, permitirá a optimização dos recursos humanos disponíveis.

O número de provedores de TARV necessários, por unidade sanitária, foi calculado com base na meta relativa ao número de pacientes, por unidade sanitária, contemplado no âmbito do Plano de Aceleração, o número de consultas possível por trabalhador, bem como o cálculo de “unidades de produtividade” para a carga de trabalho do pessoal. Com base nestes cálculos, estima-se que os 3.155 profissionais de saúde existentes que actualmente não prestam serviços de TARV (técnicos de medicina, enfermeiras de saúde materno-infantil, e alguns enfermeiros gerais) terão de ser treinados para fazerem a prescrição de TARV, através de programas de formação em serviço, como parte integral da estratégia de transferência de competências. Para além disso, as enfermeiras de SMI, que actualmente fornecem o TARV, serão treinadas na Opção B+. O SIFO, uma base de dados electrónica para o registo de dados relativos à formação contínua dos profissionais de saúde, será usado para monitorar os provedores formados em TARV e transferir este grupo de forma estratégica, para as áreas prioritárias.

Junto com a formação dos profissionais de saúde existentes, o número de prestadores de TARV continuará a aumentar com os novos graduados. Todos os estudantes nos programas de formação de enfermeiras de SMI e técnicos de medicina que se graduaram em 2012 foram treinados para fazerem a prescrição de TARV, antes da graduação, e o módulo TARV terá sido integrado como um elemento permanente no currículo do programa. O Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde de Moçambique (PNDRHS), com o qual o Plano de Aceleração está totalmente alinhado, mostra que a actual tendência planificada de entrada de novos graduados no mercado de trabalho será suficiente para cobrir o acréscimo de 391 novos sítios TARV, até 2015. O SIFIN, uma base de dados electrónica dedicada ao monitoramento dos estudantes da área da saúde, será usado para a monitoria e colocação estratégica destes graduados. Criar-se-ão postos para a contratação de uma recepcionista e um gestor de dados, em cada novo sítio TARV, e mais trabalhadores no âmbito psíco-social (conselheiros leigos) serão treinados.



## Área Técnica E: Consumíveis, Logística e Rede de Laboratórios

### Gestão da Cadeia de Aprovisionamento: Garantindo o Fornecimento de Medicamentos, Consumíveis de HIV e Logística

A disponibilidade de medicamentos anti-retrovirais, medicamentos para infecções oportunistas, kits de testes rápidos e outros consumíveis e insumos deve ser sempre garantida nos sítios que oferecem serviços de HIV. A garantia da disponibilidade permanente de produtos-chave requer um sistema eficaz de logística e de gestão da cadeia de aprovisionamento, a todos os níveis do sistema de saúde.

O GRM compromete-se a implementar o seu Plano de Gestão Logística e de Farmácia (PGLF), recentemente finalizado, que cria bases para um sistema sistemático, transparente e eficaz de gestão e distribuição de consumíveis.

Dada a dependência do sector da saúde, onde 22% do Orçamento Geral do Estado e 59% das despesas do sector da saúde são provenientes de fundos de doadores ou da cooperação bilateral, torna-se imperioso garantir um financiamento estável e regular, ao longo dos anos. A conjuntura macroeconómica e financeira, nos últimos anos, condicionou uma resposta adequada, por parte do GRM, principalmente na área dos consumíveis relacionados com o HIV.

É de realçar que, em meados de 2012, o GRM conseguiu assegurar um financiamento suficiente para garantir a cadeia de aprovisionamento a todos os níveis, incluindo os estoques de segurança de todos os consumíveis essenciais de HIV e, assim foi possível efectuar uma planificação realística, a nível nacional.

É imperioso garantir que a cadeia de aprovisionamento continue a ser adequadamente abastecida e, para que isso aconteça, espera-se que, com o Plano de Aceleração, haja uma melhoria na quantificação anual dos consumíveis e revisão da mesma, trimestramente, usando dados provenientes dos sistemas MACS, sistema de controlo de estoques já instalados nos armazéns centrais de Zimpeto, Adil e Beira. É a informação proveniente do Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos (SIMAM), que gere os armazéns provinciais e distritais. Este sistema (SIMAM) será expandido para todos os distritos, até Dezembro de 2013. Espera-se que a implementação de um mecanismo de alerta precoce, concebido para detectar rupturas eminentes, esteja concluída até Dezembro de 2013. O sistema desempenhará um papel essencial para garantir uma resposta atempada dos diferentes programas do MISAU.

A prestação de contas trimestral é realizada em fórum conjunto entre Governo e doadores, onde discutir-se-á a quantificação dos consumíveis essenciais. É neste fórum onde serão identificados problemas e apresentadas propostas de solução.

O GRM está a trabalhar com as agências responsáveis pelas aquisições, para agilizar e simplificar o processo de importação de consumíveis, no sector de saúde. Isto resultará na redução dos prazos de entrega, o que, por sua vez, permitirá maior flexibilidade e melhor capacidade de resposta do sistema de gestão da cadeia de aprovisionamento.

Reforçada a cadeia de aprovisionamento, Moçambique agora virará as suas atenções para o difícil problema de distribuição eficiente e confiável de consumíveis-chave, do nível central para o provincial, do provincial para o distrital, e do distrital para as unidades sanitárias. Ao maximizar os recursos existentes dos parceiros e ao explorar soluções inovadoras, tais como uma parceria com a Coca-Cola, o GRM está a assegurar a distribuição estável e confiável de consumíveis do nível central até os pontos de prestação de serviço, provedores de cuidados e pacientes.

O aumento progressivo do número de pacientes em TARV, tem tornado o armazenamento de medicamentos como factor limitante da expansão. Como tal, a reabilitação de infra-estruturas, ao nível das unidades sanitárias vai incluir um espaço adicional de armazenamento de consumíveis. Além disso, a construção dos armazéns regionais, localizados em Nampula, Beira e Zimpeto iniciará em 2013. Estes armazéns irão facilitar o armazenamento e distribuição eficaz de consumíveis, através do processo contínuo de descentralização, nos principais pontos de distribuição.

A fim de assegurar que os medicamentos chegam aos usuários, o Sistema de Gestão de Informação Logística está a ser reforçado e adaptado. Espera-se que isto melhore a capacidade do sistema de providenciar informação útil para a tomada de decisões, a todos os níveis. Além disso, o sector de farmácia e logística continuará a coordenar com o Programa de HIV, numa base trimestral, para triangular os dados e assegurar a consonância entre os dados do Sistema de Gestão de Informação Logística e os reportados de forma rotineira pelo Programa.

### Serviços de Laboratório: A Expansão da Rede para Vigilância de Doenças

A rede de laboratórios, em Moçambique, é composta por 300 laboratórios clínicos: três ao nível quaternário (em hospitais centrais), sete ao nível terciário (em hospitais provinciais), 40 ao nível secundário (nos hospitais distritais, rurais e gerais) e 250 no nível primário (em centros de saúde urbanos e rurais). Nas restantes unidades sanitárias, onde não há serviço de laboratório disponível, tem sido estabelecido um sistema de encaminhamento de amostras, para processamento no laboratório mais próximo. Investimentos adicionais serão necessários para aumentar o acesso a serviços de laboratório, em sintonia com a expansão do tratamento do HIV.

Estes investimentos incluem: melhorias na infra-estrutura de laboratórios, que permite a colocação de analisadores adicionais; a garantia de que os equipamentos de laboratório se mantenham operacionais, com reagentes, consumíveis e níveis de manutenção adequados; a expansão da rede de encaminhamento de amostras; o retorno rápido dos resultados, via transferência SMS, para a unidade sanitária que encaminhou a amostra; o aumento do número e capacidade técnica do pessoal de laboratório; a expansão do programa de controlo de qualidade externo e o fortalecimento do sistema de informação de laboratórios para a recolha e análise de dados, para a planificação e orçamentação eficaz dos recursos humanos e materiais.

# 300

é o número de laboratórios clínicos que constituem a rede laboratorial em Moçambique

A criação de uma rede funcional para a monitoria de laboratórios, nos próximos anos, em Moçambique, vai melhorar os sistemas de gestão de laboratórios, a todos os níveis. O aumento da demanda de serviços de laboratório será atendido não só pela colocação de novos equipamentos, mas também pela optimização da produtividade do equipamento existente. Instrumentos convencionais e localizados no ponto de serviço serão estrategicamente colocados, para maximizar o uso do equipamento existente.

Realizou-se um exercício, em 2012, para determinar as taxas de utilização de todos os equipamentos de laboratório existentes no país, e comparar essas taxas com a capacidade dos respectivos equipamentos. Com base nesta análise, foram feitas determinações sobre a necessidade de equipamentos adicionais e de realocação de equipamentos existentes. Foi dada priorização aos distritos prioritários identificados no Plano de Aceleração. Por exemplo, foi feita uma análise da capacidade de testagem de contagem CD4, nos 23 distritos prioritários, para 2013. Essa análise mostrou que 18 dos 23 distritos têm capacidade existente para atender as necessidades da expansão. Os cinco distritos restantes precisam de equipamentos

adicionais, redes de referência reforçadas, e/ou recursos humanos adicionais, para atender as necessidades do Plano de Aceleração. O mesmo exercício foi feito para bioquímica e hematologia e revelou que quatro dos 23 distritos precisam de capacidade adicional bioquímica e oito, dos 23 Distritos, precisam de capacidade adicional de hematologia. Essas aquisições ou realocações serão feitas no primeiro trimestre de 2013, as redes de referência serão reforçadas e mais pessoal será treinado.

A capacidade de diagnóstico precoce, nas crianças, será ampliada com a entrada em funcionamento de um laboratório adicional de testagem, em 2013, para atingir um total de cinco laboratórios EID, em todo o país. A capacidade de carga viral será introduzida no Sistema Nacional com dois sítios processando já amostras e três sítios adicionais a serem equipados e com o pessoal adequado alocado, até o final de 2013. Assim que a colheita de sangue, através do método de gota seca de sangue, for validada, no país, para a carga viral, a referência de amostras deste tipo vai aproveitar as redes de referência existentes de amostras para EID, expandindo assim, rapidamente, o acesso à monitoria da carga viral.

**A TABELA 2.10: APRESENTA UM RESUMO DA AVALIAÇÃO PARA 2013 – 2015:**

Expansão da Rede CD4, Hematologia, Bioquímica em 70 Distritos Prioritários (2013 - 2015)					
CATEGORIA DE TESTE	DISTRITOS COM CAPACIDADE EXISTENTE DE TESTES PARA ABSORVEREM NOVOS PACIENTES (FIM 2012)	DISTRITOS QUE PRECISAM DA INSTALAÇÃO DE NOVOS EQUIPAMENTOS, REABILITAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO, RECURSOS HUMANOS ADICIONAIS			DISTRITOS QUE PRECISAM DE REFORÇAR O SISTEMA DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS
Por distrito		Instrumentos (convencionais e localizados no ponto de serviço) a serem instalados / transferidos	Laboratórios a serem reabilitados / modificados / expandidos	Número de pessoal a ser treinado no uso do novo equipamento	
Hematologia	70	24	5	22	70
Bioquímica	56	38	26	31	70
CD4	59	19	11	52	70

## Área Estratégica F: Infra-estruturas

A guerra de 16 anos que assolou Moçambique, de 1977 a 1992, destruiu aproximadamente 50% das infra-estruturas do sistema de saúde do país, grande parte das quais ainda não foram reconstruídas. A escassez actual de unidades sanitárias constitui um obstáculo no acesso aos serviços ou na retenção nos serviços, para uma porção substancial da população rural. A falta de elementos básicos, tais como electricidade, abastecimento de água e espaço de consulta privado, também reduzem a qualidade e o alcance dos cuidados prestados em muitas unidades sanitárias existentes.

O desafio em aumentar o número de infra-estruturas, para responder às necessidades do Plano de Aceleração, deve-se ao facto da construção de novas unidades sanitárias ser lenta e dispendiosa. Não há tempo suficiente ou recursos financeiros disponíveis para construir o número de novas unidades sanitárias necessárias para sustentar a realização das metas do Plano de Aceleração, até 2015. A fim de ultrapassar este desafio, Moçambique irá criar o espaço clínico necessário, renovando as unidades sanitárias existentes para acrescentar serviços de TARV e/ou expandindo o espaço clínico existente, através do uso de módulos pré-fabricados.

Uma das prioridades estratégicas do Plano de Aceleração do HIV tem a intenção de melhorar a infra-estrutura da rede sanitária do país. A expansão da rede de infra-estruturas de saúde irá contribuir para a prestação de serviços de qualidade. O plano irá concentrar os esforços no apoio a projectos de infra-estruturas para melhorar a capacidade de Moçambique, para entregar não só os cuidados ao HIV, mas também serviços básicos de saúde pública. As prioridades incluem a reabilitação, ampliação e construção de unidades de saúde, de modo a aumentar a disponibilidade de espaço adequado para a expansão dos serviços, incluindo a consulta do paciente, aconselhamento e testagem e distribuição de medicamentos em farmácias. A melhoria da capacidade dos laboratórios, moradias para os trabalhadores de saúde, com vista a melhorar a retenção rural, instalação de água e electricidade para centros de saúde existentes e o aumento da capacidade de armazenagem são cruciais para a expansão acelerada e serviços de melhor qualidade e para o fortalecimento e melhoria da retenção e condição da força de trabalho da saúde. Uma visão geral das principais actividades planeadas é fornecida na Tabela 2.10.

**TABELA 2.11: INFRA-ESTRUTURA - REABILITAÇÕES, AMPLIAÇÕES E CONSTRUÇÕES**

Reabilitação		Ampliação		Construção	
Farmácia	104	Farmácia	190	Novas US	67
Laboratório	75	Laboratório	179	Depósito Distrital	1
		Consultas	206	Casa	2



A expansão de rede infraestruturas de saúde irá contribuir para prestação de serviços de qualidade

## Área Estratégica G: Comunicação

Esta componente estratégica do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV centra-se no aumento de esforços, na área da comunicação, a fim de ajudar a alcançar uma geração livre de SIDA. A componente agrega várias iniciativas comunitárias implementadas por organizações da sociedade civil, que fortalecem a procura dos serviços de saúde relevantes, na luta contra o HIV. O MISAU assume a liderança na coordenação e monitoria de passos cruciais e na gestão da procura, através de campanhas de sensibilização em prol de mudanças de comportamento. Além disso, esta estratégia resolve lacunas existentes no plano de comunicação, em áreas específicas, tais como o TARV, a CM, ou no que concerne à existência de material de Comunicação para a Mudança de Comportamento (CMC) destinado ao uso, nas unidades sanitárias.

O aumento da procura dos vários serviços que se pretendem expandir, em Moçambique, com o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV, passa pela criação de uma 'marca' que abrace todos os serviços de tratamento como prevenção. Os serviços serão enquadrados num pacote integrado para a gestão da SIDA como doença crónica requerendo atenção para toda a vida. Esta marca irá promover serviços livres de estigma, que providenciem atenção médica e aconselhamento, em cada fase da vida do paciente. Nesse sentido, a gama de serviços de tratamento do HIV, como medida de prevenção, será promovida a partir da procura, a fim de cativar e atrair os utentes para fazerem uso desses serviços, como medida complementar à abordagem de medicina tradicional. As mensagens reforçarão o facto de o tratamento apenas poder funcionar com um forte compromisso, por parte do indivíduo e da família, num contexto comunitário favorável.

Priorizar-se-á e apelar-se-á ao envolvimento contínuo dos homens ao longo do processo: os homens, na qualidade de parceiros e líderes, nas suas comunidades e homens numa irmandade, para protegerem o futuro dos seus filhos e das suas famílias. Actividades e mensagens específicas serão incluídas no pacote, para cada fase da vida, e nos serviços e produtos associados (CM, PTV, Aconselhamento e Testagem, PPE/VBG, tratamento TARV). Este pacote de serviços será amplamente promovido através de uma marca, com o uso de abordagens multifacetadas, que penetrem efectivamente em todos os níveis da sociedade. Contemplar-se-á a melhoria da integração e da comunicação clínica sobre o HIV, a criação de competências adequadas de aconselhamento, assegurando que as US estejam equipadas com os materiais de comunicação necessários (material de apoio no trabalho, cartazes, vídeos e outro material impresso), capacitando os contextos e estimulando o encaminhamento à US, a partir da comunidade, e os correspondentes sistemas de apoio. A criação da procura de serviços específicos será estimulada através de canais de comunicação massivos e comunitários. As intervenções-chave, delineadas para os serviços clínicos e de prevenção, serão implementadas nos distritos prioritários.



A estratégia de comunicação irá agregar iniciativas comunitárias que irão fortalecer a procura de serviços de saúde



Priorizar-se-á e apelar-se-á ao envolvimento contínuo dos homens na qualidade de parceiros e líderes, nas suas comunidades para protegerem o futuro dos seus filhos e das suas famílias

## Orçamentação

O “Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA 2013 – 2015, em Moçambique,” (designado ao longo deste capítulo por o “Plano”) foi devidamente orçamentado. A orçamentação baseia-se nas metas associadas ao reforço na prestação de serviços e ao sistema de saúde, conforme expresso no Plano. Durante o processo de orçamentação, que teve início em Dezembro de 2012 e concluído em Fevereiro de 2013, as metas de prestação de serviços para a prevenção, tratamento e cuidados, reforço do sistema de saúde e apoio ao programa, foram avaliadas criticamente na perspectiva dos custos financeiros. Em consequência desta avaliação crítica, algumas metas foram revistas para estarem mais em linha com os recursos disponíveis, assim como com as prioridades globais.

O exercício de orçamentação também forneceu uma estimativa dos recursos humanos necessários para a plena execução das metas do Plano, relativas à prestação de serviços, ao nível das unidades sanitárias e das comunidades. Globalmente, os resultados do exercício de orçamentação devem ser úteis para orientar a implementação do programa e a alocação de recursos, assim como para a mobilização de recursos. A disponibilidade de recursos financeiros para a execução completa do Plano orçamentado ainda não foi determinada. Aliado aos resultados do exercício de orçamentação, a estimativa dos recursos financeiros disponíveis deve resultar na determinação do défice financeiro, o que irá ajudar o GRM a definir a alocação de fundos ao MISAU e também a informar os parceiros externos empenhados na implementação do Plano.

## Metodologia

O exercício de orçamentação do Plano baseou-se no Modelo OneHealth e folhas de cálculo Excel. O Modelo OneHealth é uma ferramenta para a planificação estratégica, a médio prazo (3-10 anos), útil para a planificação, ao nível nacional. Centra-se na planificação integrada para o sector da saúde e é o resultado da colaboração no seio de um consórcio internacional que inclui a OMS, outras agências das Nações Unidas e o Futures Institute. O Modelo faz a estimativa dos custos directos dos programas, para cada doença, incluindo o HIV, e das implicações, a nível dos recursos da execução do programa, em termos de elementos do sistema de saúde (por exemplo, os recursos humanos e a logística). Os custos das contribuições para os programas de cada doença, tal como o HIV, baseiam-se no tamanho da população-alvo, na percentagem dessa população-alvo a necessitar de intervenções e na cobertura proposta para as mesmas. A maior parte das populações-alvo podem ser avaliadas através de módulos demográficos e epidemiológicos integrados no Modelo, que derivam do conhecido pacote de modelização Spectrum (Spectrum modeling suite).

Em primeiro lugar, as populações-alvo são identificadas transversalmente, para cada intervenção de prevenção, cuidados e tratamento de HIV. Estas populações-alvo são definidas, em termos de número de pessoas, a partir de antecedentes demográficos e epidemiológicos. Em segundo lugar, é necessário especificar a percentagem da população-alvo a precisar de uma intervenção de HIV. As percentagens relativas às intervenções do Plano são fornecidas. Finalmente, as metas anuais de cobertura do Plano, para a população-alvo, são aplicadas ao resultado do tamanho dessa população-alvo e à percentagem necessitada. Estas derivam dos objectivos gerais do Plano para reduzir a morbilidade, mortalidade e o impacto da epidemia e prevenir infecções de HIV.

As etapas do cálculo acima apresentado ocorrem no Modelo OneHealth, depois da entrada dos dados. O resultado desta etapa é a definição do número de pessoas alcançadas por cada intervenção/ano. O próximo passo da ferramenta é a aplicação do custo financeiro por pessoa abrangida. Note-se que o Modelo usa uma perspectiva de orçamentação mais financeira do que económica.

As etapas do cálculo total dos custos foram concluídas usando a ferramenta deste Modelo, assim como folhas

### QUADRO 1. EXEMPLO DE UM CÁLCULO DE COBERTURA DO MODELO ONEHEALTH

Para o Aconselhamento e Testagem do HIV (AT-HIV), a população-alvo é a população adulta, masculina e feminina. De acordo com as metas do Plano, a taxa de cobertura anual de AT-HIV é de 16%, 18%, e 20%, nos anos de 2013, 2014 e 2015, respectivamente. Multiplicado pelo tamanho da população adulta, um total de 6.048.017 pessoas seriam testadas, no período de 2013-2015, incluindo as pessoas que estão a repetir o teste. 104

de cálculo Excel específicas. Estas últimas foram usadas para calcular os custos adicionais dos salários para os trabalhadores da saúde, ao nível das unidades sanitárias e na comunidade, e custos de algumas actividades de apoio programático.

Os custos dos medicamentos e dos consumíveis para cada intervenção foram obtidos, integralmente, do Modelo OneHealth. Neste contexto, para cada intervenção, o custo por ano é obtido da seguinte forma:

- Para cada actividade baseada nos padrões de cuidados de Moçambique, um pacote de medicamentos, consumíveis e equipamento necessário—por pessoa/ano— foi identificado, após consulta com intervenientes-chave abrangidos e com base na análise de directrizes-chave de cuidados e tratamento.

- As dosagens dos medicamentos e o uso de consumíveis e equipamento foram fornecidas por intervenientes-chave abrangidos.
- Os preços unitários dos medicamentos, consumíveis e equipamento usados por pessoa foram providenciados pelo departamento de aquisições do MISAU, ou pelo Sistema de Gestão da Cadeia de Aprovisionamento (SGCA), ou tiveram como base recentes aquisições, ao abrigo de subsídios do Fundo Global, em Moçambique.

O custo estimado de medicamentos e consumíveis, por pessoa abrangida/ano, é apresentado em anexo, na tabela D.

O custo de mão-de-obra dos trabalhadores da saúde usada por cada pessoa abrangida por uma intervenção teve como base o quadro dos trabalhadores da saúde envolvidos, o tempo passado por pessoa abrangida e o custo dos salários dos trabalhadores da saúde. Estes cálculos usaram o número de minutos por visita/contacto/ano/pessoa abrangida por uma intervenção, informação fornecida por intervenientes-chave do DNAM e outros departamentos do MISAU. Foram processados usando-se uma folha de cálculo específica de Excel. Estes custos com os recursos humanos foram totalizados com base no número total de pessoas abrangidas por intervenção e encontram-se incorporados nos custos totais e também estão apresentados separadamente.

## Cobertura

A Tabela 2.11 apresenta as metas em termos de percentagem da população-alvo necessitada que irá receber a intervenção em questão. Como foi referido, usámos a população-alvo definida (Anexo, Tabela A), a percentagem desta com necessidades e a percentagem da cobertura (Tabela 2.11), para definir o número real de pessoas abrangidas pelas intervenções (Tabela 2.12). Os números supracitados podem não ser suficientes para estabelecer as tendências subjacentes no alcance e na expansão de intervenções centrais, pelo que se fornecem mais pormenores para algumas intervenções primordiais a serem continuadas:

**EXPANSÃO DO TARV:** Como foi referido previamente, neste documento, a cobertura nacional do TARV, em Moçambique, expandiu-se rapidamente a partir de uma base baixa. A Figura 1 abaixo mostra a tendência nos indivíduos HIV+ que precisam de tratamento TARV, com base em critérios definidos em Moçambique e o número de pessoas que efectivamente o recebe, no período 2003 a 2015. Até ao final do Plano de Aceleração, o intervalo entre os que necessitam de tratamento e os que o recebem irá reduzir-se substancialmente.

**PTV:** A estratégia de PTV recomendada em Moçambique é a de que todas as mães HIV-positivas, quando identificadas durante a gravidez em curso, devem receber um ciclo de medicamento antiretroviral, para prevenir a transmissão de mãe para filho, através de uma das seguintes formas: a Opção A ou B+ da OMS. Todas as crianças nascidas de mães HIV-positivas devem também receber um ciclo de medicamento antiretroviral adequado ao regime das suas mães e devem ser amamentadas, exclusivamente, durante 6 meses, e receber alimentação complementar até um ano. Até ao fim do período, o número de mães HIV+ que não recebem intervenção deve reduzir-se de 18% para 10%.

**TABELA 2.12: METAS EM PERCENTAGEM DE COBERTURA POR INTERVENÇÃO, 2013-2015**

INTERVENÇÃO	% da população beneficiária abrangida		
	2013	2014	2015
<b>PREVENÇÃO</b>			
Aconselhamento e Testagem de HIV, incluindo populações-chave	16	18	20
Preservativos	60	70	80
CM	5	12	19
PTV: Opção A	60	40	20
PTV: Opção B+	40	60	80
<b>CUIDADOS E TRATAMENTO</b>			
TARV (Primeira linha de tratamento) para adultos	63	72	80
TARV (Segunda linha de tratamento) para adultos	63	72	80
Diagnóstico (TARV, pré-TARV e PTV)	100	100	100
Gestão de infecções oportunistas	30	40	50
Cotrimoxazole para crianças	65	73	80
TARV pediátrico	65	73	80
<b>INTERVENÇÕES COLABORATIVAS HIV/SIDA E TB</b>			
Rastreio de TB entre pacientes HIV+	78	84	89
Terapia preventiva com Isoniazid para pacientes HIV+ sem TB	24	33	42

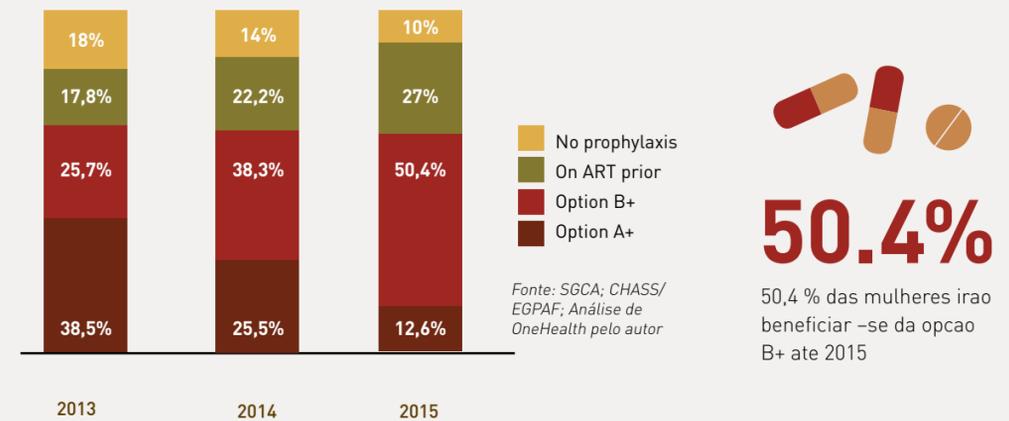
Fonte: DNAM/MISAU

**TABELA 2.13: NÚMERO DE PESSOAS ABRANGIDAS POR TIPO DE INTERVENÇÃO DE HIV, 2013-2015**

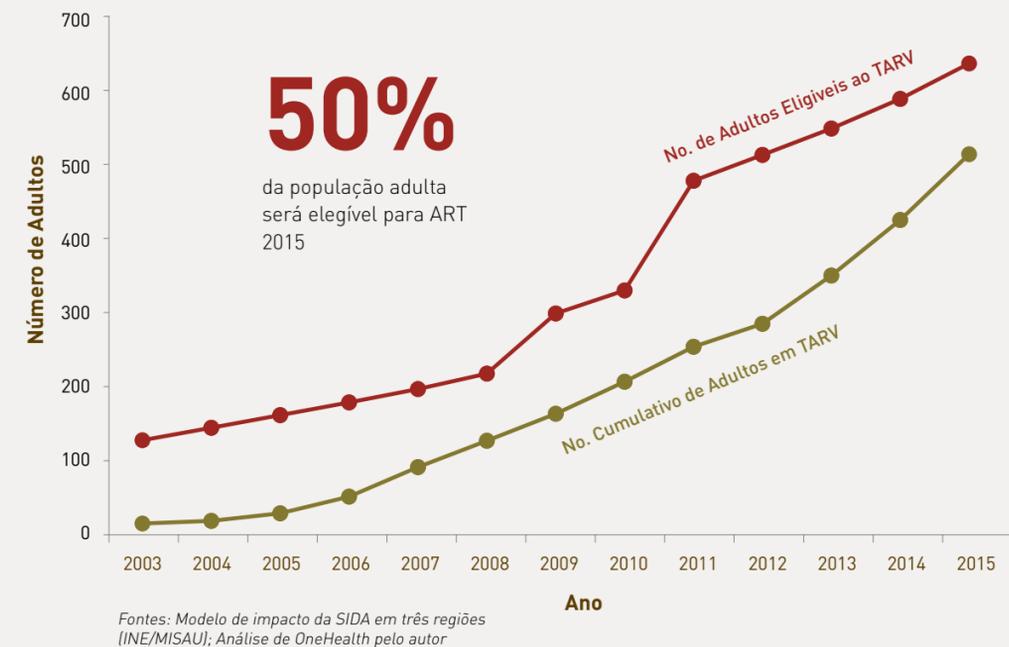
INTERVENÇÃO	Número de pessoas abrangidas			
	2013	2014	2015	TOTAL
<b>PREVENÇÃO - OUTRAS</b>				
Aconselhamento e Testagem de HIV, incluindo populações-chave	1.680.200	2.024.337	2.343.480	6.048.017
Preservativos	3.006.324	3.640.292	4.319.650	10.966.266
CM	265.877	464.922	423.176	1.153.975
PTV: Opção A	37.748	24.898	12.239	74.885
PTV: Opção B+	25.165	37.347	48.955	111.467
<b>CUIDADOS E TRATAMENTO</b>				
TARV (Primeira linha de tratamento) para adultos	339.691	411.532	489.446	1.240.669
TARV (Segunda linha de tratamento) para adultos	11.615	19.973	29.795	61.383
Diagnóstico (TARV, pré-TARV e PTV)	1.130.221	1.355.780	1.596.857	4.082.857
Gestão de infecções oportunistas	167.269	239.718	324.569	731.556
Cotrimoxazole para crianças	75.617	85.909	95.024	256.550
TARV pediátrico	75.617	85.909	95.024	256.550
<b>INTERVENÇÕES COLABORATIVAS HIV/SIDA E TB</b>				
Rastreio de TB entre pacientes HIV+	1.152.844	1.267.766	1.390.806	3.811.416
Terapia preventiva com Isoniazid para pacientes HIV+ sem TB	336.662	480.916	637.704	1.455.282

Fonte: Análise do autor da OneHealth

**FIGURA 2.3: EVOLUÇÃO DA COBERTURA DE PTV E DAS INTERVENÇÕES**



**FIGURA 2.4: NECESSIDADE DE TARV E COBERTURA ENTRE OS ADULTOS DE 15-49 ANOS, 2003-2015**



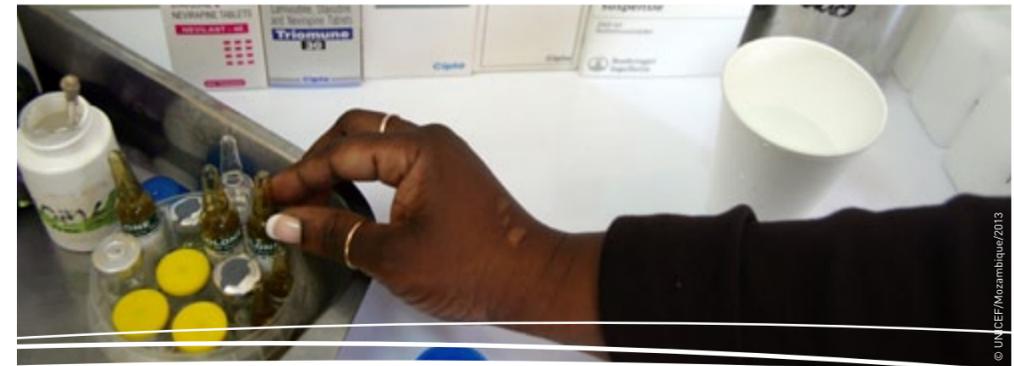


## Custos totais

# \$721

milhões de dólares e o custo total do plano, ao longo do período 2013 - 2015

Com base na metodologia acima sintetizada, o custo total do Plano, ao longo do período 2013-2015, é de US\$721.201.050 (721 milhões) de dólares. São fornecidos, na Tabela 4, pormenores dos custos. Os medicamentos e aprovisionamentos constituem o item mais importante, no valor de US\$446 milhões ou 64,6% dos custos totais do Plano, ao longo do período 2013-2015. O custo dos programas (formação, M&A, etc.) totaliza US \$81,3 milhões (11,3%), o fortalecimento do sistema de saúde (infra-estruturas e equipamentos) e os custos de apoio do programa perfazem um total de US \$85,5 milhões (11,9%), enquanto a logística para os medicamentos e consumíveis totaliza US \$85 milhões (11,8%). Finalmente, o valor financeiro do contributo dos trabalhadores da saúde para a prestação de serviço (avaliado pelo custo dos seus salários) eleva-se a um total de US \$3,4 milhões (,5%). Estas fatias parecem ser estáveis, quando comparadas anualmente (Figura 3).



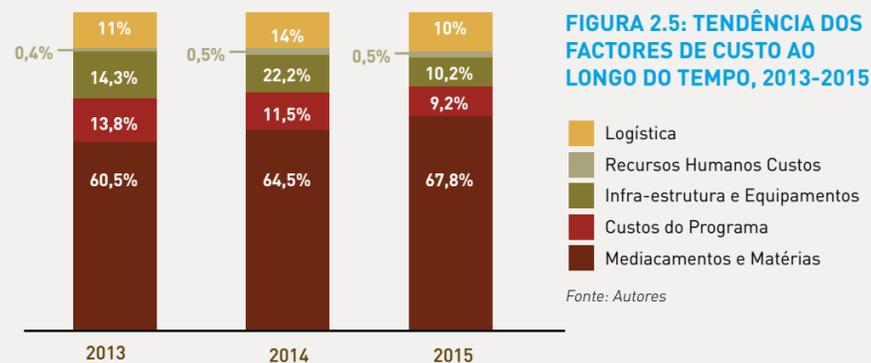
**TABELA 2.14: PERCENTAGEM DE MUDANÇA NOS CUSTOS, 2015 VS. 2013**

Área	2015 vs. 2013
Medicamentos e consumíveis	158,6%
Custos do Programa	105,4%
Infra-estruturas e Equipamentos	85,5%
Recursos Humanos	154,8%
Logística	158,0%
Custos Totais do Plano	151,3%

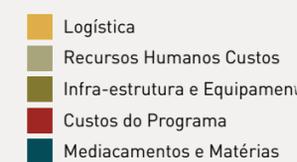
Por ano: US\$203 milhões, em 2013; US\$242 milhões, em 2014 e US\$277 milhões, em 2015.

No âmbito do custo dos medicamentos e consumíveis, as fontes mais significativas são: medicamentos TARV para adulto e pediátrico, representando 57% do custo total dos medicamentos e consumíveis, ao longo de 2013-2015 (25% de todos os custos). O custo mais significativo seguinte nos medicamentos e consumíveis deve-se à testagem diagnóstica, que contribui em 14%, ao longo do período.

O Plano apresenta uma subida significativa dos custos, ao longo do tempo, o que implica que é necessária uma mobilização significativa de recursos, acima do nível actual. A Tabela 2.13 sintetiza o aumento por factor de custo.



**FIGURA 2.6: PLANO DE ACELERAÇÃO PARA O HIV: SINTESE DOS CUSTOS, 2013-2015**



# 64,5%

Medicamentos e Matérias

TABELA 2.15: PLANO DE ACELERAÇÃO DA RESPOSTA AO HIV: SÍNTESE DE CUSTOS, 2013-2015

ÁREA	CUSTO (USD)			CUSTO TOTAL (USD)
	2013	2014	2015	
<b>MEDICAMENTOS E MATERIAL</b>				
Aconselhamento e testagem de HIV, incluindo populações-chave	\$4,941,472	\$5,550,222	\$5,960,364	\$16,452,058
Preservativos	\$3,111,042	\$3,193,515	\$3,279,609	\$9,584,166
Circuncisão Masculina	\$14,922,757	\$19,248,366	\$16,935,936	\$51,107,059
TARV (Primeira linha de tratamento) para adultos	\$51,262,601	\$65,541,701	\$83,943,455	\$200,747,757
TARV (Segunda linha de tratamento) para adultos	\$7,197,557	\$12,394,290	\$18,525,432	\$38,117,279
Diagnóstico (TARV, pré-TARV e PTV)	\$18,303,729	\$22,107,217	\$26,177,886	\$66,588,832
Gestão de infecções oportunistas	\$3,703,978	\$5,307,781	\$7,186,044	\$16,197,803
Cotrimoxazole para crianças	\$3,460,026	\$3,931,035	\$4,348,029	\$11,739,090
TARV pediátrico	\$8,011,234	\$9,101,793	\$10,067,289	\$27,180,316
PTV (Opção A/B+)	\$5,757,613	\$6,872,768	\$8,005,741	\$20,636,122
Nutrição para pacientes HIV+ em Cuidados	\$1,434,317	\$1,752,996	\$2,130,049	\$5,317,362
Rastreamento de TB entre pacientes HIV+	\$218,072	\$316,521	\$438,510	\$973,103
Terapia preventiva com Isoniazid para pacientes HIV+ sem TB	\$341,266	\$485,435	\$641,259	\$1,467,960
Medicamentos e Materiais Sub-Total	\$122,665,664	\$155,803,640	\$187,639,603	\$466,108,908
<b>CUSTOS DO PROGRAMA</b>				
Formação	\$2,706,943	\$2,706,943	\$2,170,461	\$7,584,347
Supervisão	\$1,721,975	\$1,721,975	\$1,721,975	\$5,165,926
Monitoria e Avaliação	\$11,084,303	\$15,003,691	\$13,302,438	\$39,390,432
Comunicação, Mídias, e Sensibilização Comunitária	\$12,291,634	\$8,260,866	\$8,260,866	\$28,813,365
Advocacia	\$29,871	\$29,871	\$29,871	\$89,614
Gestão Geral do Programa	\$70,566	\$70,566	\$70,566	\$211,697
Custos do Programa Sub-Total	\$27,905,292	\$27,793,912	\$25,556,177	\$81,255,381
<b>INFRA-ESTRUTURA E EQUIPAMENTO</b>				
Equipamento	\$1,643,400	\$1,033,300	\$909,200	\$3,585,900
Infra-estrutura	\$27,316,667	\$27,316,667	\$27,316,667	\$81,950,000
Infra-estrutura e Equipamento Sub-Total	\$28,960,067	\$28,349,967	\$28,225,867	\$85,535,900
Recursos Humanos Custos	\$901,735	\$1,194,359	\$1,292,055	\$3,388,149
Logística para medicamentos e consumíveis	\$22,401,616	\$28,387,025	\$34,154,834	\$84,943,476
<b>TOTAL CUSTO DO PLANO DE ACELERAÇÃO</b>	<b>\$202,819,926</b>	<b>\$241,514,407</b>	<b>\$276,866,717</b>	<b>\$721,201,050</b>

Fonte: Autores



© UNICEF/Mozambique/2013

# Plano de Monitoria e Avaliação da Resposta ao HIV

**O plano de monitoria ira medir o progresso do alcance das metas**

Foram criados quadros detalhados de Monitoria e Desempenho, para medir o progresso multi-sectorial do alcance das metas e objectivos e monitorar a implementação das actividades propostas (Anexo 4 & 5). As informações necessárias para o preenchimento destes quadros serão providenciadas a partir de várias fontes, incluindo: 1) Modelagem epidemiológica; 2) Inquéritos e vigilância de saúde, nas populações e ao nível de subgrupos populacionais; 3) Dados colhidos de forma rotineira pelo Sistema de Gestão de Informação da Saúde (SGIS); 4) Pesquisa operacional e avaliação programática; 5) Levantamentos anuais realizados ao nível das unidades sanitárias, e; 6) Avaliações, no âmbito do Plano de Aceleração.

Serão realizados exercícios anuais de modelização Spectrum, para estimar a incidência de HIV (incluindo as taxas de transmissão vertical) e a mortalidade, contribuindo assim para os Quadros de Monitoria e Desempenho, ao nível do impacto. As actividades relativas a inquéritos e de vigilância (por exemplo, o AIS/Inquérito Demográfico de Saúde – IDS, e vigilância sentinela de CPN) permitirão calibrar a padronização para estimar o impacto e constituir a base para a monitoria de tendências na prevalência de HIV, comportamentos de risco e o nível de aceitação das intervenções, ao nível dos resultados gerais do quadro. No que toca ao nível dos resultados específicos ligados às actividades, as fontes de dados principais serão o SGIS Moçambicano e os sistemas de M&A multisectoriais, os quais permitirão quantificar os níveis de prestação de serviço, assim como as melhorias associadas ao nível das USs e às intervenções, ao nível da comunidade. A pesquisa operacional, conjuntamente com as avaliações de programas e os levantamentos anuais, ao nível das Uss, irão preencher as lacunas de informação, relativas a processos associados ao Quadro de Monitoria e Desempenho, e identificar os desafios de implementação relacionados com o Plano de Aceleração. Por último, pretende-se desenhar e realizar uma avaliação abrangente do impacto do Plano de Aceleração, no ano 2016. Esta será conduzida pelos actores de M&A que colaboram com os vários intervenientes envolvidos na resposta Moçambicana ao HIV/SIDA.

Será necessário reforçar os esforços de coordenação, para acompanhar o desempenho e promover a responsabilização nos diferentes sectores e instituições que assumem papéis de relevo na implementação do Plano de Aceleração. Serão realizados encontros de coordenação regulares, para analisar e disseminar o desempenho dos implementadores, incluindo a monitoria das actividades e a prestação de contas para indicadores específicos. A implementação de actividades e os correspondentes resultados associados serão monitorados trimestralmente; os relatórios serão produzidos e ficarão disponíveis a todos os intervenientes envolvidos no Plano de Aceleração. Os resultados relativos aos resultados gerais, publicados em relatórios de inquéritos e de vigilância, serão disseminados amplamente entre os gestores de saúde, actores da sociedade civil e parceiros de desenvolvimento, em encontros de nível

nacional e provincial, através da reprodução massiva de relatórios impressos e da disponibilização de relatórios em formato electrónico, na página da internet do MISAU PNC ITS-HIV/SIDA. Os resultados dos exercícios de padronização Spectrum, associados ao impacto gerado pelo grupo de trabalho multisectorial de HIV/SIDA irão ser disseminados nos encontros anuais de avaliação de desempenho e através de relatórios publicados, tais como o Relatório Nacional de Impacto Demográfico do HIV/SIDA.

## Governança e Implementação

### Instituições para a Coordenação e Governança da Resposta Multisectorial ao HIV/SIDA

A resposta efectiva ao HIV requer a colaboração e participação efectiva de todos os sectores da sociedade. Em 2003, o GRM adoptou uma abordagem multisectorial, para responder à epidemia do HIV e maximizar o uso dos recursos disponíveis, no país. O CNCS assume a coordenação deste vasto grupo de intervenientes.

O GRM sentiu a necessidade de ampliar o grupo, por forma a incluir os intervenientes do sector privado e os vários novos intervenientes existentes na sociedade civil. A compreensão progressiva dos factores determinantes dos problemas de saúde tem contribuído para a aceitação da perspectiva de HIV ser, sobretudo, um desafio sócio-económico para o desenvolvimento. Fica claro, pois, que o HIV, em Moçambique, está intrinsecamente ligado a outras questões de desenvolvimento, tais como a desigualdade de género, pobreza, baixos níveis de educação, desemprego, iniquidade, e falta de acesso a serviços básicos. Neste contexto, a epidemia de HIV começou a ser considerada no contexto dos direitos humanos; o acesso universal aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento de HIV enquadra-se perfeitamente nessa óptica.

Os esforços investidos pela sociedade civil, até ao momento, são notáveis. São numerosos os grupos que têm investido esforços para dar voz às PVHIV e fortalecer as ligações entre o sistema nacional de saúde e as comunidades.

O Plano de Aceleração convida a todos os intervenientes e reforçar as suas ligações, por forma a iniciar uma resposta coordenada entre o sector de saúde, ao nível nacional, os parceiros de desenvolvimento e a sociedade civil. O GRM está comprometido em alargar e reforçar a inclusão e o impacto dos actores não estatais na luta contra o HIV, em Moçambique.

**Moçambique adoptou uma abordagem multisectorial para uma resposta efectiva ao HIV**



© UNICEF/Mozambique/2013

## 3. O Caminho a Seguir

A conclusão do processo de desenvolvimento do plano e de delimitação das actividades correspondentes é seguida pela condução de oficinas de trabalho regionais, nas três regiões do país, realizadas pelo Programa de HIV, com o intuito de disseminar as mensagens principais do Plano de Aceleração e compartilhar a matriz de actividades com as autoridades provinciais de Saúde.

Solicitou-se, posteriormente, às autoridades Provinciais de Saúde, para elaborarem Planos Provinciais de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA, a serem implementados a partir do início de 2013. O Programa de HIV está no processo de revisão destes planos e de avaliação de algumas das propostas apresentadas pelas províncias, junto às respectivas províncias. Algumas províncias já abraçaram com vigor e entusiasmo os ideais e actividades do Plano de Aceleração e começaram já a implementar os seus respectivos planos. Espera-se que o mesmo caminho seja seguido pelas restantes províncias, dentro em breve.

O passo seguinte é a disseminação deste Plano entre as contrapartes do GRM e os parceiros internacionais, por forma a assegurar o financiamento requerido para a execução efectiva das actividades e o alcance dos objectivos do Plano. A execução bem-sucedida deste Plano resultará na reversão da epidemia de HIV, em Moçambique. É impossível ignorar os efeitos significativos de ordem social, económica e política associada a esta conquista. O progresso no caminho do desenvolvimento de Moçambique avança, neste contexto, a batalha contra o HIV deve ser vencida, para o país chegar a um futuro próspero e saudável.

## ANEXO 1: DISTRITOS PRIORITÁRIOS POR ANO

2013		2014		2015	
(>4.000 PACIENTES NÃO ATINGIDAS)		(2.000-4.000 PACIENTES NÃO ATINGIDAS)		(1.000-2.000 PACIENTES NÃO ATINGIDAS)	
PROVÍNCIA	DISTRITO	PROVÍNCIA	DISTRITO	PROVÍNCIA	DISTRITO
Maputo província	Cidade da matola Marracuene Manhica	Maputo província	Boane	Maputo província	Namaacha
Nampula	Cidade de nampula	Nampula	Angoche Erati Moma	Nampula	Malema Memba Mogovolas Monapo Murrupula
Manica	Cidade de chimoio Gondola Manica	Manica	Bárue Machaze Mossurize Sussundenga	Manica	Guro
Sofala	Cidade da beira Dondo	Sofala	Marromeu Nhamatanda	Sofala	Búzi Machanga
Zambézia	Quelimane Chinde Maganja da costa Milange Mocuba Morrumbala Namacurra Nicoadala Pebane	Zambézia	Alto molócuè Gurué Inhassunge Lugela	Zambézia	Gilé Ile Mopeia
Gaza	Bilene Chibuto Manjacaze Distrito de xai-xai	Gaza	Guijá	Gaza	Xai-xai Chicualacuala
Maputo cidade	Kamavota	Tete	Changara Mutarara	Cabo delgado	Mocímboa da praia Namuno
		Cabo delgado	Chiúre Cidade de pemba Montepuez Mueda Muidumbe	Inhambane	Cidade de maxixe Inharrime Mabote Massinga

## ANEXO 2: CRITÉRIOS SIMPLIFICADOS PARA ABERTURA DE SITIO TARV

## CRITÉRIOS DE ABERTURA DE UM NOVO SITIO TARV

INFRA-ESTRUTURA	RECURSOS HUMANOS	SISTEMA DE REFERÊNCIA
Espaço adequado para aconselhamento, testagem e colheita de amostras de sangue	Um clínico e um(a) enfermeiro(a) SMI capacitado em TARV	Que tenham um sistema de referência para um laboratório
Espaço adequado e seguro para armazenagem de MARV	Um clínico e um(a) enfermeiro(a) SMI capacitado em gestão de MARVs	
Uma farmácia nas US com >1500 inscritos,	Rececionista nas US com >600 pacientes inscritos	
		Priorizar a alocação de pessoal de farmácia nessa US com mais dev 1500 pacientes inscritos



## ANEXO 3: PACOTE PRÉ-TARV /TARV

## PACOTE PRÉ TARV (ADULTO)

<b>Aconselhamento para cuidados relativos ao HIV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Faça o acolhimento e aconselhe para testagem do parceiro;</li> <li>» Aborde os benefícios dos cuidados e tratamento, prevenção positiva (incluindo o uso do preservativo) e revelação do HIV. Refira para grupos de apoio.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>História clínica,</b></li> <li>» <b>Exame físico, Estadiamento Clínico,</b></li> <li>» <b>TIO,</b></li> <li>» <b>Rastreio de ITS,</b></li> <li>» <b>Rastreio de TB,</b></li> <li>» <b>Profilaxia com Isoniazida,</b></li> <li>» <b>Profilaxia com Cotrimoxazol (CTZ),</b></li> <li>» <b>Avaliação nutricional</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Colher a história clínica e exame físico completo; avalie antecedentes de TARV e alergias.</li> <li>» Estadiar na 1ª consulta e em TODAS consultas seguintes.</li> <li>» Faça o TIO, manejo sindrômico de ITS (inclui o rastreio e tratamento de parceiros); rastreio de sinais e sintomas de TB, em cada consulta; avalie a elegibilidade para TPI.</li> <li>» Faça CTZ a TODOS HIV+ com CD4 &lt;= 350 cel/mm3; estágio III/IV e TB/HIV.</li> <li>» Sem CD4, faça CTZ a TODOS HIV+ estágio II/III/IV.</li> <li>» Avalie o estado nutricional. Aconselhe para boas práticas de nutrição. Referir para apoio nutricional se IMC &lt;18,5 kg/m2</li> </ul>
<b>Análises Clínicas: CD4, Hemograma, Bioquímica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Faça o CD4 inicial e se CD4 &lt;= 350 cel/mm3 INICIAR TARV. Se CD4 &gt; 350 cel/mm3 faça o controle de 6 em 6 meses;</li> <li>» Peça a hemoglobina, transaminases e outros exames de acordo com as normas nacionais.</li> <li>» Refira para cuidados clínicos ou início do TARV.</li> </ul>
<b>Apoio psicossocial e PP, adesão ao tratamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Ofereça apoio psicológico ao paciente e família, faça o rastreio da depressão e problemas mentais, prepare e aconselhe para adesão ao tratamento.</li> </ul>
<b>Cuidados e referência da Mulher</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Referir a mulher HIV+ não grávida para o planeamento familiar e rastreio do CACUM.</li> <li>» Se grávida, referir para a CPN e consulta pós parto (paragem única).</li> </ul>

## ANEXO 4: CRITÉRIOS SIMPLIFICADOS PARA ABERTURA DE SITIO TARV

## PACOTE PRÉ-TARV PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS POR HIV

A inscrição e primeira consulta deve ser feita no dia de diagnóstico de HIV.  
Frequência das consultas (mínima): de 3/3 meses

<b>Aconselhamento, apoio psicossocial e prevenção positiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Testagem familiar: verificar a cada consulta se todos os membros da família foram testados</li> <li>» Prevenção positiva (incluindo planeamento familiar e a promoção do uso de preservativo entre os adolescentes). Adesão aos cuidados. Referência para os grupos de apoio na US..</li> <li>» Revelação do diagnóstico: planificar com o cuidador o processo de revelação parcial/total</li> <li>» Aconselhamento focado na criança, adolescente e sua família</li> </ul>
<b>História clínica</b>	Historia clínica completa. Lembre de avaliar história de PTV (mãe e criança)
<b>Exame físico</b>	Fazer exame físico completo, avaliação de Peso, Estatura, Peso / Estatura (DP) ou IMC para idade e desenvolvimento psicomotor em <b>TODAS</b> as consultas
<b>Estadiamento da OMS</b>	Estadiar na 1ª consulta e em TODAS as consultas seguintes
<b>Exames laboratoriais</b>	<b>Pedir na 1ª consulta e cada 6 meses</b> - CD4, Bioquímica, Hemograma
<b>Rastreio da Tuberculose (TB)</b>	<b>Lembre de avaliar em cada consulta:</b> -Historia de contacto com TB -Presença de Tosse, Febre, Perda de Peso/falência de crescimento, Fadiga/falta vontade de brincar, aumento não-doloroso de gânglios no pescoço.
<b>Profilaxia com Isoniazida (TPI)</b>	Depois de ter excluído TB activa, iniciar TPI durante 6 meses para: Crianças < 1 ano com contacto TB Crianças ≥1 ano: todas
<b>Profilaxia com Cotrimoxazol (CTX)</b>	<5 anos: todas crianças ≥5 anos: CD4< 350 e/ou OMS II, III, IV
<b>Nutrição</b>	Avaliação, Aconselhamento e Tratamento ou Suplementação Nutricional
<b>Referência US a comunidade</b>	Busca consentida Participação em grupos de apoio na comunidade

Todas as crianças com idade ← 5 anos devem iniciar TARV

**ANEXO 5: PACOTE DE SERVIÇOS ITS****PACOTE MÍNIMO DE SERVIÇOS PARA PREVENÇÃO E CONTROLO DE ITS**

1. Redução do risco de infecção através de informação, educação e comunicação sobre ITS;
2. Aconselhamento e Testagem para o HIV a todos os pacientes e contactos com ITS;
3. Rastreio de ITS a todos os pacientes HIV+ em todas as consultas;
4. Oferecer tratamento para a abordagem sindrómica de casos ITS;
5. Rastreio e tratamento correcto da sífilis a toda a mulher grávida na consulta pré-natal; e a mulher no PF/pós parto;
6. Convidar o parceiro para rastreio precoce e tratamento;
7. Provisão de preservativos e promoção do seu uso adequado e consistente

**ANEXO 6: INTERVENCOES DE COMUNICAÇÃO****PREVENÇÃO, CUIDADOS E TRATAMENTO****INTERVENÇÕES BASEADAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS**

1. **Ações de aconselhamento e comunicação nas unidades sanitárias**
  - » Actualização do material de aconselhamento existente e expansão da rede de distribuição correspondente, assim como do material de formação
  - » Desenvolvimento de materiais de aconselhamento centrado no reforço de conhecimentos sobre o tratamento e adesão ao TARV
  - » Desenvolvimento de material audiovisual que integre todos os temas relacionados com a prevenção, cuidados e tratamento do HIV, a ser mostrado nas salas de espera
  - » Integração de habilidades de aconselhamento iniciado pelo provedor e de aspectos relativos à comunicação, no material já existente no MISAU

**INTERVENÇÕES BASEADAS NA COMUNIDADE**

2. **Ligações comunidade – unidade sanitária**
  - » Fortalecimento de referências, contra-referências e seguimento dos pacientes através das redes de PP
  - » Coordenação com o serviço de busca activa
  - » Apoio aos pacientes de TARV para voltarem às unidades sanitárias
  - » Seguimento das questões relativas ao HIV nos casais sero-discordantes
  - » Encorajamento e apoio às redes de apoio comunitárias para melhorar a adesão
  - » Estabelecimento de ligações com os sistemas de apoio dos GAACs
  - » Apoio aos pacientes pré-TARV, através de serviços de aconselhamento regular
  - » Refocalização / reforço das “histórias de vida” com casais sero-discordantes, pessoas em TARV, revelação do estado de HIV a familiares e amigos, assim como o reforço das referências às redes de apoio e ênfase na retenção e adesão
  - » Adaptação dos programas radiofónicos de forma a impulsionarem às pessoas a tomarem acções concretas de acesso aos serviços
  - » Mobilização de líderes comunitários através do uso de ferramentas de advocacia que façam ênfase na prevenção da transmissão do HIV e na importância do seguimento pré-TARV e TARV
  - » Intensificação da componente TARV no aconselhamento de PP ao nível da comunidade
3. **Campanhas multimédia para a estimular a demanda**
  - » Reforço da promoção do tratamento, adesão e retenção nos cuidados e tratamento, nos casais sero-discordantes
  - » Promoção da m-Saúde: seguimento aos pacientes iniciado pelo provedor com o apoio de activistas comunitários, afim de melhorar a adesão e a retenção
  - » Facilitar o acesso à linha verde ao nível da comunidade

## ANEXO 6: INTERVENCOES DE COMUNICAÇÃO

### TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

#### INTERVENÇÕES BASEADAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

##### 1. Acções de aconselhamento e comunicação nas unidades sanitárias

- » Actualização do material de apoio ao AT-HIV
- » Desenvolvimento de material de apoio (flipcharts) e materiais centrados no paciente, para pessoas HIV positivas e HIV negativas
- » Refocalização das histórias individuais apresentadas em formato audiovisual nas salas de espera
- » Melhoria das habilidades de aconselhamento iniciadas pelo provedor para o atendimento de pacientes HIV positivos e HIV negativos
- » Integração de habilidades de aconselhamento e comunicação para o AT-HIV nos programas de formação no trabalho do MISAU

#### INTERVENÇÕES BASEADAS NA COMUNIDADE

##### 2. Ligações comunidade – unidade sanitária

- » Refocalização dos perfis dos serviços, incluindo o AT-HIV ao nível comunitário
- » Aplicação de guiões de formação de PP e de abordagens de facilitação comunitária de forma a promover efectivamente a testagem dos parceiros e a revelação do estado serológico
- » Mobilização de redes de PP para o reforço de referências aos serviços de AT-HIV
- » Apoio a pacientes HIV positivos para se integrarem nas redes de PVHIV já existentes
- » Reforço das capacidades das OBCs e das redes de PP para providenciarem aconselhamento, e apoio moral e comunitário (por exemplo, informação nutricional, actividades de geração de rendimentos)
- » Seguimento das actividades de redução de risco entre as pessoas HIV negativas

##### 3. Criação da demanda (encorajamento de acções concretas de acesso aos serviços)

- » Apresentação do AT-HIV, a revelação activa do sero-estado, e de mudanças de comportamento associadas ao aconselhamento e à testagem, através dos meios de comunicação, ao nível de todas as comunidades, com abordagens propícias para a redução do estigma
- » Fortalecimento do AT-HIV no âmbito da Estratégia de HIV no Local de Trabalho, criação de ligações com acções de testagem no local de trabalho ou referências aos serviços de testagem para o HIV

##### 4. Promoção de serviços que incentivam a comunicação entre casais e facilitam o acesso a informação através da linha verde

## ANEXO 6: INTERVENCOES DE COMUNICAÇÃO

### PTV

#### INTERVENÇÕES BASEADAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

##### 1. Acções de aconselhamento e comunicação nas unidades sanitárias

- » Actualização de materiais existentes, de apoio ao trabalho, assim como do material dirigido aos pacientes (cartazes, brochuras) de forma a incluírem a Opção A e a Opção B+
- » Actualização e reconceptualização dos materiais digitais de PTV nos serviços de cuidados pré-natais (por exemplo PP, histórias de PTV em formato flipchart)
- » Incluir abordagens dirigidas a Raparigas Adolescentes no quadro orientador do aconselhamento (livre de discriminação e com referências aos serviços de planeamento familiar)

#### INTERVENÇÕES BASEADAS NA COMUNIDADE

##### 2. Ambiente propício na comunidade

- » Integração de acções de promoção do uso dos serviços pré-natais nas ferramentas de advocacia existentes para líderes comunitários no âmbito do PTV
- » Desencadeamento e fortalecimento de redes comunitárias (Grupos de Acção, grupos de PVHIV, líderes comunitários) capazes de jogar um papel activo na identificação e referência atempada de mulheres grávidas aos serviços pré-natais e de PTV (busca activa)
- » Reconceptualização dos programas televisivos existentes sobre PTV de forma a estimularem debates ao nível da comunidade
- » Enquadramento dos programas radiofónicos existentes de forma a encorajarem às mulheres a comparecerem às consultas pré-natais de forma mais atempada
- » Programas de sensibilização que envolvem homens e sogras
- » Fortalecimentos dos grupos de mães para mães do MISAU através do uso de rádios comunitárias

##### 3. Criação da demanda através de campanhas multimédia

- » Promoção dos serviços de PTV nos serviços pré-natais afim de fortalecer as abordagens
- » M-saúde— referências via SMS e seguimento através de meios electrónicos
- » Implementação da linha verde: treinamento do pessoal para providenciarem respostas adequadas no âmbito do aconselhamento e referências do programa PTV

## ANEXO 6: INTERVENCOES DE COMUNICAÇÃO

CM

### INTERVENÇÕES BASEADAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

#### 1. Acções de aconselhamento e comunicação nas unidades sanitárias

- » Desenvolvimento de ferramentas direccionadas aos pacientes e aos serviços de saúde para melhorar as acções de aconselhamento, os níveis de aceitação por parte dos pacientes e o seguimento (por exemplo, flipcharts de aconselhamento, brochuras para clientes, materiais destinados ao aconselhamento pós-circuncisão)
- » Alargamento de acesso a materiais de apoio no trabalho e de aconselhamento utilizados nas unidades sanitárias
- » Integração de competências de aconselhamento e comunicação no programa de formação no local de trabalho do MISAU para o pessoal responsável pela CM
- » Promoção da CM nos vídeos difundidos nas salas de espera e através de materiais informativos

### INTERVENÇÕES BASEADAS NA COMUNIDADE

#### 2. Mobilização comunitária, criação de demanda e de um ambiente positivo e propício para o apoio

- » Complementar as plataformas de desenvolvimento comunitário com uma ferramenta de "Criação de Demanda de CM" que estimula a implementação de actividades comunitárias que abordam questões tais como a superação de percepções erróneas e medos; a criação de redes de promotores da CM e a promoção do uso do preservativo e referências aos serviços
- » Criação de ferramentas adicionais que visam encorajar a participação de líderes comunitários na promoção da CM
- » Integração da CM nas actividades implementadas nas redes masculinas

#### 3. Mobilização de homens através dos meios de comunicação afim de aumentar a procura dos serviços

- » Aumento da divulgação da CM nos programas radiofónicos
- » Promoção dos serviços existentes através das rádios e outros meios de comunicação ao nível local

#### 4. Coordenação de todas as actividades com o Grupo Técnico de Circuncisão Masculina do MISAU e os parceiros clínicos

#### 5. Implementação de uma Campanha de Comunicação Integrada para a Criação de Demanda de CM de carácter abrangente, incluindo:

- » A promoção nos serviços de forma faseada uma vez que as acções de comunicação nas unidades sanitárias tenham sido efectivamente implementadas e os serviços tenham sido alargados
- » Desenvolvimento de perfis digitais de utentes satisfeitos com os serviços prestados, nos pacotes de ferramentas comunitárias sobre CM, assim como para a divulgação nas salas de espera das unidades sanitárias e nos canais televisivos da TVM e da STV
- » Fortalecimento das ligações comunidade – unidade sanitária na fase pós-aconselhamento
- » Melhoramento da linha verde e facilitação do acesso à mesma, através de acções de formação do pessoal em aconselhamento e referências de CM; adição da CM aos temas abordados na linha verde; monitoramento das chamadas referentes a CM
- » M-saúde: envio de SMS de carácter motivacional e seguimento de pacientes circuncidados

## ANEXO 6: INTERVENCOES DE COMUNICAÇÃO

CONTINUA: CM/INTERVENÇÕES BASEADAS NA COMUNIDADE

6. Expansão da Estratégia de HIV/SIDA no Local de Trabalho para incluir abordagens educativas sobre CM, coordenação com os parceiros clínicos, fortalecimento das referências com os serviços de CM e unidades móveis

### RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DAS RAPARIGAS E DAS MULHERES JOVENS

#### INTERVENÇÕES BASEADAS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

##### 1. Acções de aconselhamento e comunicação nas unidades sanitárias

- » Redução do estigma e actitudes negativas entre os provedores de serviços no contexto de atendimento a raparigas e mulheres adolescentes, através da melhoria dos materiais de apoio no trabalho e o desenvolvimento de materiais próprios dirigidos aos pacientes (nos SAAJs), especialmente adaptados às necessidades das raparigas adolescentes
- » Inclusão de materiais e vídeos sobre PPE e VBG para divulgação nas salas de espera

##### 2. Campanhas multimédia para criar demanda de Cuidados de por Vida

- » Promoção do uso dos cuidados pré-natais e de PTV nas raparigas e mulheres jovens, assegurando que estes respondem às suas necessidades específicas
- » Actualização da linha verde e facilitação do acesso ao mesmo, com pessoal capaz de responder às necessidades específicas das raparigas e das mulheres
- » Expansão dos grupos de mães para mães do MISAU, específicos para raparigas e mulheres jovens, e estabelecimento de ligações com os SAAJs

**ANEXO 7: PNC ITS-HIV/SIDA PLANO DE ACELERAÇÃO (2013-2015) QUADRO DE METAS**

IMPACTOS DESEJADOS										
Nº	TIPO	INDICADOR	LINHA DA BASE				METAS			
			VALOR	ANO	RESPONSÁVEL	2013	2014	2015		
IMP.1	Impacto	Mortalidade adulta associada com HIV	467	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	427		365		314
IMP.2	Impacto	Mortalidade pediátrica associada com HIV	1,8	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	1,3		0,9		0,7
IMP.3	Impacto	Mortalidade associada com TB/HIV	ND	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	ND		ND		ND
IMP.4	Impacto	Nº de novas infecções do HIV por dia	337	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	281		225		169
IMP.5	Impacto	Prevalência de HIV/SIDA nos jovens de 15-24 anos	11,1% (mulheres) 3,7% (homens)	2009	PNC ITS-HIV/SIDA	7,6% (mulheres) 2,7% (homens)		7,3% (mulheres) 2,7% (homens)		7,1% (mulheres) 2,7% (homens)
IMP.6	Impacto	Taxa de transmissão vertical entre mulheres grávidas HIV positivas	19%	2011	PNC ITS-HIV/SIDA	15%		10%		<5%
IMP.7	Impacto	% Mulheres e homens de 15-49 anos expressando atitudes de aceitação em relação às pessoas com HIV	17,6% (mulheres) 18,3% (homens)	2009	PNC ITS-HIV/SIDA	36% (mulheres) 40% (homens)		55% (mulheres) 62% (homens)		74% (mulheres) 85% (homens)

ÁREA TÉCNICA A: PREVENÇÃO												
PR.1	Resultado	% Mulheres e homens de 15-49 anos que tiveram mais de um parceiro sexual nos últimos 12 meses que relataram o uso do preservativo durante a última relação sexual	24,0% (mulheres) 22,3% (homens)		2009	PNC ITS-HIV/SIDA	48,0% (mulheres) 46,3% (homens)		54,0% (mulheres) 52,3% (homens)		60,0% (mulheres) 60,0% (homens)	
PR.2	Resultado	% de doações de sangue rastreadas para HIV segundo padrões nacionais (ELISA)	73 152	63%	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	108 319	90%	122 340	95%	130 904	95%
			115 449				120 355		128 779		137 794	
PR.3	Resultado	Número de homens novamente circuncidados	ND		2012	PNC ITS-HIV/SIDA	393 045		517 444		450 940	

Nº	TIPO	INDICADOR	LINHA DA BASE				METAS					
			VALOR	ANO	RESPONSÁVEL	2013	2014	2015				
ATS.1	Resultado	% de homens e mulheres idades 15-49 que receberam o teste de HIV nos últimos 12 meses e que receberam o resultado da testagem	17% (mulheres) 8,9% (homens)	2009	PNC ITS-HIV/SIDA	ND		ND		ND		
ATS.2	Resultado	Nº de utentes aconselhados e testados para o HIV	3 780 637		2012	PNC ITS-HIV/SIDA	4 408 544		4 951 260		5 317 261	
ITS.1	Resultado	Nº dos casos das ITS que foram diagnosticados e tratados	694 239		2012	PNC ITS-HIV/SIDA	882 020		1 055 053		1 107 806	
PTV.1	Processo	% de US que oferecem o pacote mínimo de serviços de PTV	1 223	ND	2012	DNSP	1 150	79%	1 250	85%	1 470	100%
			1 414				1 457		1 466		1 470	
PTV.2	Resultado	% de mulheres grávidas testadas na 1ª CPN	920 515	78%	2012	DNSP	967 030	80%	1 042 008	85%	1 118 223	90%
			1 186 556				1 211 066		1 226 978		1 242 470	
PTV.3	Resultado	% de mulheres grávidas que conhecem seu estado de HIV na 1ª CPN	970 771	82%	2012	DNSP	992 715	82%	1 068 035	87%	1 119 220	90%
			1 186 556				1 211 066		1 226 978		1 242 470	
PTV.4	Resultado	% de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho	80 779	79%	2012	DNSP	80 022	82%	83 784	86%	87 423	90%
			102 086				98 025		97 631		97 137	
PTV.5	Resultado	% de mulheres grávidas HIV+ elegíveis que receberam TARV	11 923	12%	2012	DNSP	32 009	33%	50 271	51%	69 939	72%
			102 086				98 025		97 631		97 137	
PTV.6	Resultado	% de mulheres grávidas HIV+ na CPN recebendo profilaxia ARV que recebem TARV	11 923	15%	2012	DNSP	32 009	40%	50 271	60%	69 939	80%
			80 779				80 022		83 784		87 423	
PTV.7	Resultado	% de crianças expostas ao HIV que receberam profilaxia ARV durante as primeiras 6 semanas	50 260	49%	2012	DNSP	67 210	69%	74 963	77%	82 566	85%
			102 086				98 025		97 631		97 137	
PTV.8	Resultado	% de crianças expostas ao HIV com diagnóstico precoce	50 260	49%	2012	DNSP	64 119	65%	73 424	75%	82 566	85%
			102 086				98 025		97 631		97 137	
PTV.9	Resultado	% de CE ao HIV na CCR que iniciaram profilaxia com CTZ	60 571	59%	2012	DNSP	67 210	69%	74 963	77%	82 566	85%
			102 086				98 025		97 631		97 137	

ÁREA TÉCNICA B: SERVIÇOS CLÍNICOS

Nº	TIPO	INDICADOR	LINHA DA BASE			METAS						
			VALOR	ANO	RESPONSÁVEL	2013	2014	2015				
SCT.1	Resultado	Taxa de Retenção ao TARV aos 36 meses de tratamento	ND	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	58%	64%	70%				
SCT.2	Resultado	Taxa de Retenção ao TARV aos 12 meses de tratamento	74%	2009	PNC ITS-HIV/SIDA	84%	84%	84%				
SCT.3	Resultado	Taxa de Retenção ao pré-TARV aos 12 meses de tratamento	ND	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	60%	65%	70%				
SCT.4	Resultado	Nº de US que fazem TARV	316	22%	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	496	34%	656	45%	707	48%
			1 414				1 457		1 466		1 470	
SCT.5	Resultado	% de adultos (15+ anos) elegíveis para o tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais (cobertura)	282 687	54%	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	496	63%	428 014	72%	520 076	80%
			520 029				1 457		598 412		648 021	
SCT.6	Resultado	% de crianças (0-14 anos) elegíveis para o tratamento que recebem o TARV combinado segundo os protocolos nacionais (cobertura)	25 891	22%	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	496	46%	72 525	66%	90 087	80%
			116 365				1 457		110 309		112 609	
SCT.7	Resultado	% de pacientes em TARV que realizaram um teste de carga viral de acordo com as normas nacionais	ND	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	10%	20%	30%				
SCT.8	Resultado	% de pacientes elegíveis que estão actualmente em TPC	73%	2011	PNC ITS-HIV/SIDA	85%	90%	95%				
TBH.1	Resultado	% rastreados para TB na última consulta registada	58%	2011	PNC ITS-HIV/SIDA	70%	80%	90%				
TBH.2	Resultado	% dos HIV/TB+ registados no PNCTL em TARV e tratamento para TB	55%	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	70%	80%	90%				
TBH.3	Resultado	% de pacientes (TARV e pré-TARV) que iniciaram TPI	13%	2012	PNC ITS-HIV/SIDA	25%	35%	45%				

## ANEXO 8: QUADRO DE ACTIVIDADES E METAS - PLANO DE ACELERAÇÃO HIV/SIDA 2013-2015

### ÁREA TEMÁTICA 1: SERVIÇOS CLÍNICOS

#### OBJECTIVO GERAL 1: FORTALECER A LIGAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM E SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO

ESTRATÉGIA 1: ASSEGURAR QUE 80% DAS PESSOAS DIAGNOSTICAS SEJAM INSCRITAS EM CUIDADOS

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
M	% de pessoas diagnosticadas com HIV que foram inscritas em cuidados	80%		80%		80%	
M	% de novos inscritos que tiveram acolhimento e colheita de sangue no mesmo dia	80%		80%		80%	
A	Inscriver, acolher e fazer colheita de sangue no mesmo dia do diagnóstico em 80% de todos pacientes novos inscritos em unidades sanitárias que providenciam TARV						
A	Criar clínicas nocturnas ao longo das US do corredor						
A	Estabelecer uma sistema de acompanhamento de paciente de um serviço para outro dentro de uma unidade sanitária em 80% das US TARV						

ESTRATÉGIA 2: ASSEGURAR QUE 80% DAS PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM HIV TENHAM OS RESULTADOS DE CD4 DENTRO DE 2 SEMANAS

M	% de novos inscritos que tem resultado de CD4 dentro de 2 semanas	80%		80%		80%	
M	% de US TARV sem maquina de CD4 e que colhem amostras 4 dias por semana	100%		100%		100%	
M	% de US com maquina de CD4 e que colhem amostras 5 dias por semana	100%		100%		100%	
M	% de DPS com rede de transporte concebida para garantir a colheita diaria e entrega semanal dos resultados CD4	11	100%	11	100%	11	100%
		11		11		11	
A	Colher amostra de CD4 4 dias da semana em todas Unidades Sanitarias sem maquina de CD4 no local						
A	Colher amostra de CD4 no minimo 5 dias da semana em todas Unidades Sanitarias com maquina de CD4/PIMA no local						
A	Estabelecer uma rede de transporte de amostras acondicionadas em equipamento apropriado e os resultados (Exemplo: Contrato com transportadores "chapas")						

#### OBJECTIVO GERAL 2: MELHORAR A RETENÇÃO DE PACIENTE EM PRÉ-TARV DE 40% PARA 70% ATÉ 2015

ESTRATÉGIA 1: ASSEGURAR QUE 80% DOS PACIENTES ELEGÍVEIS AO TARV INICIEM TARV DENTRO DE 1 MÊS PARA ADULTOS E DENTRO DE 2 SEMANAS PARA CRIANÇAS

M	% de adultos elegíveis que iniciam TARV dentro de 1 mês	80%		80%		80%	
M	% de crianças elegíveis que iniciam TARV dentro de 2 semanas	80%		80%		80%	
M	% de US utilizando tecnologias de SMS para a recepção dos resultados laboratoriais	248	50%	394	60%	495	70%
		496		656		707	
A	Realizar a busca consentida de pacientes (priorizar grávidas e crianças) elegíveis ao TARV no momento da identificação da elegibilidade						
A	Rever semanalmente os resultados de CD4 e priorizar crianças com 2 a 5 anos com CD4 < 750 (25%) e realizar buscas consentidas destes pacientes						

#### Nº ACTIVIDADE

2013

2014

2015

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
A	Iniciar o TARV depois de uma sessão de aconselhamento e assegurar no minimo duas sessões de aconselhamentos adicionais nos primeiros 2 meses de tratamento (a menos que o paciente nao esteja preparado para TARV)						
A	Expandir o uso de tecnologias de SMS para o reporte dos resultados de CD4 e DNA/PCR para 70 US que nao tem PIMA no local						
A	Limpeza e avaliação trimestral dos arquivos pré-TARV para identificação dos faltosos, abandonos para avaliação da elegibilidade em todas US oferecendo TARV e realizar buscas consentidas a todos pacientes com necessidade de actualização de CD4						

ESTRATÉGIA 2: AUMENTAR O CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO EM PVHIV USANDO EP E ATIVISTAS COM RECURSOS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

M	% de US TARV com um educadore de par/activista por cada 500 pacientes em TARV	80%		80%		80%	
M	% de US TARV com um conselheiro leigo por cada 2.500 pacientes em TARV	80%		80%		80%	
M	% de US TARV com grupos de apoio	80%		80%		80%	
A	Estabelecer que 80% de todas as US tenham no mínimo 1 Educador de par por 500 pacientes em TARV						
A	Estabelecer que 80% de todas as US tenham no mínimo 1 conselheiro leigo por 2500 pacientes em TARV						
A	Estabelecer grupos de apoio em populações específicas em 80% das US (mulheres gravidas e lactante, Crianças, Adolescentes e Grupo de alto Risco)						
A	Estabelecer parcerias com o MINED e ECOSIDA para garantir sessões educativas trimestralmente em 80 % das escolas e locais de trabalho.						

ESTRATÉGIA 3: IMPLEMENTAR PACOTE PRÉ-TARV

M	% US que implementam pacote pré-TARV	437	30%	733	50%	1 176	80%
		1 457		1 466		1 470	
M	% de US com < 500 pacientes em TARV que implementam agenda e ficeiro móvel	75%		75%		75%	
M	% de US com > 500 pacientes em TARV que Implementa o SESP	80%		80%		80%	
M	% de adultos e crianças com idade maior de 5 anos e CD4 < 350 que recebem CTZ	80%		80%		80%	
A	Implementar pacote pré-TARV em 80% das US						
A	Implementar o uso de agenda consultas pré-TARV, ficheiros moveis em 80% das Unidades Sanitarias com < 500 paciente						
A	Implementar as normas de profilaxia com cotrimoxazol em 80% de adultos e crianças.						

#### CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PEDIÁTRICAS CONSULTAS DE CRIANÇAS EM RISCO (CCR)

ESTRATÉGIA 1: MELHORAR SEGUIMENTO E RETENÇÃO DA CRIANÇA EXPOSTA NOS SERVIÇOS DE CCR

M	% de US com PTV que estabeleceram CCR	1 150	100%	1 250	100%	1 470	100%
		1 150		1 250		1 470	
M	% das US PTV com pelo menos 2 ESMI formadas em seguimento de CCR	1 150	100%	1 250	100%	1 470	100%
		1 150		1 250		1 470	
M	% das US PTV com sistema de fluxo rápido estabelecido e funcional	1 150	100%	1 250	100%	1 470	100%
		1 150		1 250		1 470	

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Estabelecer CCR em todas US com PTV			
A	Formar ESMI nas normas de seguimento de crianças na CCR			
A	Realizar busca consentida das crianças com resultado de PCR/DNA positivo no dia de chegada do resultado e para crianças faltosas e abandonos.			
A	Implementar sistema de lembretes por SMS em US com SESP			
A	Alocar conselheiros leigos ou Educadores de Par nos serviços de CCR			

### OBJECTIVO GERAL 3: AUMENTAR A COBERTURA TARV DE 22% NAS CRIANÇAS E 52% NOS ADULTOS PARA 80% EM AMBOS, ATÉ 2015

#### ESTRATÉGIA 3.1: EXPANDIR A COBERTURA DE SERVIÇOS TARV NO PAIS PARA 707 US EM 2015

M	% de US oferecendo TARV	496	34%	656	45%	707	48%
		1 457		1 466		1 470	
M	Nº de enfermeiros SMI que receberam formação inicial	175		0		0	
M	Nº de enfermeiros gerais que receberam formação inicial	425		325		625	
M	Nº de agentes de medicina que receberam formação continua	373		367		0	
M	Nº de enfermeiras basicas SMI que receberam formação continua	844		838		0	
M	Nº de enfermeiras med. SMI que receberam formação continua	255		250		0	
M	Nº de enfermeiros gerais que receberam formação continua	0		116		112	
A	Aplicar criterios simplificados de abertura de sitios TARV (em anexo ao Plano de Aceleração)						
A	Capacitar o pessoal necessária para trabalhar nas US TARV em TARV						

#### ESTRATÉGIA 3.2: AUMENTAR NUMERO DE NOVOS INÍCIOS TARV PEDIÁTRICOS E ADULTOS/ANO

M	% de crianças < 2 anos diagnosticados que iniciaram TARV	90%	90%	90%
A	Definir e monitorar metas mensais novos inscritos em pediatria por clinico/US			
A	Implementar o acesso universal ao TARV para mulheres grávidas HIV em todas as US com TARV até 2015			

#### ESTRATÉGIA 3.3: INTEGRAR SERVIÇOS ESPECÍFICOS PARA ADOLESCENTES HIV+ EM 80% DOS SERVIÇOS DE CUIDADOS E TRATAMENTO PARA HIV

M	% de US TARV que implmentam o pacote de transição dos pacientes adolescentes HIV+ (ALHIV) aos serviços adultos	149	30%	328	50%	495	70%
		496		656		707	
M	% de US TARV que estabeleceram serviços especifico direcionado para adolescente	342	69%	466	71%	566	80%
		496		656		707	
A	Implementar pacote de transição dos pacientes adolescentes HIV+ (ALHIV) aos serviços adultos para 70% dos adolescentes em TARV						
A	Estabelecer serviços direcionados aos adolescentes em 80% das US TARV						

#### ESTRATÉGIA 3.4: ESTABELECEER OS CUIDADOS BASEADOS NA FAMÍLIA EM 80% DE TODAS AS US OFERECEM TARV

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015			
		META	META	META			
M	% de US TARV que implementam busca activa	149	30%	394	60%	566	80%
		496		656		707	
M	% de US TARV que implementam os mesmos dias de consulta para membros duma familia	397	80%	525	80%	566	80%
		496		656		707	
A	Implementar a testagem familiar incluindo busca activa usando caso index em 80% das US TARV						
A	Implementar os mesmos dias de consulta para membros duma familia em 80% de US						
A	Implementar o GAAC familiar a todos membros da família com critérios (opcional)						

#### ESTRATÉGIA 3.5: EXPANDIR O ACESSO UNIVERSAL AO TARV PARA TRABALHADORAS DE SEXO E HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS ATINGINDO 60% DOS HIV+ ATÉ 2015

M	% dos HSH/TS HIV+ não eligíveis em TARV nas 13 US que já oferecem serviços específicos	30%		
M	% dos HSH/TS HIV+ não eligíveis em TARV nos distritos prioritários de cada ano	0%	45%	60%
A	Prescrever TARV independentemente do CD4 para trabalhadoras de Sexo (TS) e Homens que fazem sexo com homens (HSH) HIV+ nos distritos prioritários			

#### ESTRATÉGIA 3.6: CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS

M	% de US TARV que implementam o cantinho da criança	74	15%	164	25%	354	50%
		496		656		707	
M	% de US TARV que tem pelo menos 1 conselheiro formado em aconselhamento TARV pediátrico	496	100%	656	100%	707	100%
		496		656		707	
A	Implementar o cantinho da criança em 50% as US TARV						
A	Formar conselheiros em aconselhamento TARV pediátrico em todas US TARV						

### OBJECTIVO GERAL 4: DIMINUIR A MORTALIDADE RELACIONADA AO HIV EM 30% DAS CRIANÇAS E ADULTOS COM HIV

#### ESTRATÉGIA 1: ASSEGURAR QUE ADULTOS ELEGIVEIS AO TARV INICEM DENTRO DE UM MÊS

A	Priorizar o inicio TARV independentemente de CD4 em 1) Mulheres grávidas e lactentes, 2) Co-infectados HIV/TB, 3) GAR
---	---

#### ESTRATÉGIA 2: ASSEGURAR QUE US TARV PROVIDENCIAM RASTREIO DE CAUSAS DE MORBI-MORTALIDADE RELACIONADOS AO HIV

M	% de pacientes HIV que foram rastreados para TB na ultima consulta	70%	80%	90%
M	% de pacientes que tiveram avaliação do estado nutricional e que receberam aconselhamento nutricional na ultima consulta	30%	60%	90%
M	% das mulheres HIV+ que foram rastreado para cancro de colo nas US que tem o programa de rastreio instalado	30%	40%	50%
M	% de adultos HIV+ com CD4 < 100 e crianças < 5 anos nas sedes distritais e US TARV com > 1000 pacientes em TARV que foram rastreado para meningite criptococcal	15%	30%	50%
A	Rastrear todos pacientes para TB na ultima consulta			

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Avaliar o estado nutricional e fazer o aconselhamento nutricional em todos pacientes			
A	Rastrear mulheres HIV+ para o cancro do colo do útero em US com programa de rastreio de cancro de colo			
A	Rastrear adultos com CD4 < 100 e crianças < 5 anos para meningite criptococca (algoritmo no guiaio) em todos sedes distritais e unidades sanitarias com → 1000 pacientes em TARV			
<b>ESTRATÉGIA 3: ASSEGURAR QUE US PROVIDENCIAM TRATAMENTO DE CAUSAS DE MORBI-MORTALIDADE RELACIONADOS AO HIV</b>				
M	% de pacientes co-infectados que iniciem TARV dentro de duas semanas apos inicio de tratamento específico de TB	80%	80%	80%
M	% de crianças HIV+ com desnutrição aguda, moderada ou grave com produtos alimentares terapêuticos	60%	70%	80%
M	% de adultos HIV+ com desnutrição aguda, moderada ou grave com produtos alimentares terapêuticos	30%	40%	50%
A	Tratar 80% dos pacientes co-infectados iniciem TARV dentro de duas semanas apos inicio de tratamento específico de TB			
A	Referir todas mulheres HIV+ diagnosticadas positivas para cancro do colo para o tratamento (de acordo com as normas)			
A	Tratar todos CrAg + de acordo com normas nacionais			
<b>ESTRATÉGIA 4: ASSEGURAR QUE 90% DE PACIENTES COM FALÊNCIA TERAPÊUTICA INICIAM 2NDA LINHA DE TRATAMENTO</b>				
M	% de pacientes em TARV com suspeita de falência terapêutica que realizaram teste de CV	75%	75%	75%
A	Capacitar 5 laboratórios para fazer CV			
A	Realizar teste de cV de rotina de acordo com as normas nacionais em US TARV (% a determinar)			
A	Realizar teste de cV em 75% de pacientes com suspeita de falência terapêutica			
A	Produzir lista de suspeito de Falência Terapêutica e reverv mensalmente processos clínicos mensalmente nas US com SESP			
A	Integrar aprovação de mudança de linha terapêutica nos comités de gestão províncias até finais do ano de 2013			
A	Estabelecer metas/US de pacientes em 2 linha			
A	Definir um sistema de M&A de modo a assegurar o acompanhamento pelo nível nacional			
<b>ESTRATÉGIA 5: GARANTIR A REDUÇÃO DE CASOS DE MALÁRIA EM PVHIV</b>				
M	% dos PVHIV com CD4 < 350 que recebem CTX	100%	100%	100%
A	Distribuir e aconselhar sobre uso correto das redes mosquiteiras tratadas a todas mulheres grávidas e crianças com menos de 5 anos em todas nas US			
A	Administrar co-trimoxazole a todas PVHIV com CD4 inferior a 350 com ênfase na mulher grávida e criança < 5anos em todas as US			
A	Disponibilizar testes rápidos de malária na consulta TARV			
<b>ESTRATÉGIA 6: ASSEGURAR QUE CRIANÇAS &lt; 5 ANOS ELEGÍVEIS AO TARV INICIEM DENTRO DE 2 SEMANAS</b>				
A	Aconselhamento para o tratamento e primeira consulta clinica no mesmo dia de inscrição no serviço TARV			

### OBJECTIVO GERAL 5: ELIMINAR A TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV DA MÃE PARA O FILHO ATÉ <5%

#### ESTRATÉGIA 1: MELHORAR A IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE ELEGIBILIDADE E A MONITORIA PARA TARV EM MULHER GRÁVIDAS

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015			
		META	META	META			
M	% de amostras CD4 cujos resultados foram entregues dentro de 2 semanas	80%	90%	100%			
A	Fazer em 80% de US a colheita de amostra para CD4 no dia de diagnostico						
A	Entregar os resultado de CD4 dentro de 2 semanas em 80% das amostras enviados						
<b>ESTRATÉGIA 2: AUMENTAR O ACESSO AO TARV PARA MULHER GRÁVIDA HIV+ DE 11% PARA 80% ATE 2015</b>							
M	% das US com TARV que iniciaram Opção B+ (TARV universal para a mulher grávida HIV+)	496 496	100% 100%	656 656	707 707	100% 100%	
M	Nº de enfermeiros basicos formados no pacote integrado incluindo TIO e TARV para a mulher grávida HIV+ nos serviços de SMI com TARV	750	905	0			
M	Nº de enfermeiros medios formados no pacote integrado incluindo TIO e TARV para a mulher grávida HIV+ nos serviços de SMI com TARV	250	251	0			
M	% de US TARV ofrecendo aconselhamento em práticas de alimentação infantil no contexto do PTV de acordo com as normas nacionais	496 496	100% 100%	656 656	707 707	100% 100%	
A	Integrar o TARV nos serviços de SMI de forma faseada, de acordo com o plano de acesso universal ao TARV para a mulher grávida						
A	Formar as ESMI pacote formação integrado incluindo TIO e TARV para a mulher grávida HIV+ nos serviços de SMI com TARV						
A	Sensibilizar a comunidade para aderencia ao TARV das mulheres gravidas seropositivas através de diversos actores (associações, activistas, EP, etc)						
<b>ESTRATÉGIA 3: IMPLEMENTAR ABORDAGEM DE PARAGEM ÚNICA (INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS TARV NO SMI) PARA TARV/PTV EM TODAS AS US COM TARV E PTV</b>							
M	% das US com TARV e PTV implementam as normas de Paragem Única	100%	100%	100%			
A	Expandir o modelo de paragem única						
<b>ESTRATÉGIA 4: AUMENTAR O ACESSO A REGIMES DE PROFILAXIA ARV MAIS EFICAZES PARA MULHER GRÁVIDA HIV+ EM US SEM TARV</b>							
M	% de US PTV sem TARV que implementaram Opção A para a mulher	654 654	100% 100%	594 594	763 763	100% 100%	
M	Nº de enfermeiros basicos formados no pacote integrado incluindo TIO e TARV para a mulher grávida HIV+ nos serviços de SMI sem TARV	588	412	176			
M	Nº de enfermeiros medios formados no pacote integrado incluindo TIO e TARV para a mulher grávida HIV+ nos serviços de SMI sem TARV	178	124	54			
A	Implementar pacote de opção A nas US sem TARV universal para mulher grávida						
A	Formar ESMI pacote formação integrado incluindo TIO para a mulher grávida HIV+ nos serviços de SMI em US sem TARV						
<b>ESTRATÉGIA 5: MELHORAR EM 80% A RETENÇÃO DAS MULHERES GRÁVIDAS E LACTANTES INFECTADAS PELO HIV EM TARV / OPÇÃO A ATE OBTER O DIAGNOSTICO DEFINITIVO DA CRIANÇA</b>							
M	% das US que tem no mínimo um provedor de APSS/PP permanente na CPN e CCR	690 1 150	60% 60%	875 1 250	70% 70%	1 176 1 470	80% 80%

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
M	% de MG HIV+ integradas em grupos de apoio institucional ou comunitário	35 272	40%	52 666	60%	69 838	80%
		88 180		87 777		87 297	
M	% das US com sistema de referencia e contra referência estabelecido e funcional através de um sistema electrónico ou sistema de ficheiro móvel	100%		100%		100%	
A	Reforçar o aconselhamento pré-TARV, PTV e adesão ao TARV / opção A no serviços de SMI						

### OBJECTIVO GERAL 6: REDUZIR GRAVIDEZES INDESEJADAS EM MULHERES VIVENDO COM HIV

#### ESTRATÉGIA 1: AUMENTAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE PF EM MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA E EM PARTICULAR AS MULHERES HIV+

M	% serviços de HIV com Planeamento Familiar integrados	690	60%	1 000	80%	1 470	100%
		1 150		1 250		1 470	
M	Nº de pessoal leigo formado em Planeamento Familiar	422		295		126	
M	% de serviços SMI oferecendo implante	173	15%	375	30%	735	50%
		1 150		1 250		1 470	
M	% distritos com reposição de contraceptivos na comunidade	19	15%	38	30%	64	50%
		128		128		128	
A	Integrar a provisão do PF nos serviços de cuidados e tratamento do HIV (nos serviços TARV)						
A	Reproduzir e disseminar normas, guioes e laminados sobre a oferta de serviços de PF no contexto da HIV						
A	Formar os provedores de saúde e pessoal leigo em aconselhamento em PF						
A	Expandir a provisão do implante nos serviços de SMI						
A	Expandir a distribuição (em reposição) na comunidade de contraceptivos orais						

#### ESTRATÉGIA 2: IMPLEMENTAR PRÁTICAS SEGURAS DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

M	% de US com CPN que tem pacote de alimentação infantil	575	50%	1 000	80%	1 470	100%
		1 150		1 250		1 470	
A	Implementar pacote de alimentação infantil						
A	Formar 80 % pessoal técnico das maternidades e enfermarias de pediatria em matéria de demonstração de boas práticas de amamentação infantil						
A	Divulgar a importância do aleitamento materno, através dos grupos de mães para mães, PMT's, PT's, Líderes Comunitárias, nas palestras na comunidade						

### OBJECTIVO GERAL 7: REDUZIR A MORTALIDADE DE PACIENTES COM CO-INFECCAO TB/HIV EM 50% ATE 2015

#### ESTRATÉGIA 1: AUMENTAR A TESTAGEM DO HIV NOS PACIENTES COM TB DE 94% A 99% ATÉ 2015

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
M	% dos pacientes com TB testada para o HIV	95%		97%		99%	
M	% de contactos próximos do caso de HIV testados para o HIV	40%		60%		80%	
A	Capacitar/formar 80% dos voluntários de DOTsC em testagem do HIV						
A	Realizar a testagem de HIV familiar de todos contactos próximos do caso						
A	Capacitar supervisores distritais de TB e técnicos de sector de TB nas US em ATS						

#### ESTRATÉGIA 2: INTENSIFICAR O RASTREIO DA TB NAS UATS, TRIAGEM (ADULTOS E DE CRIANÇA), CONSULTA EXTERNA, SMI (CONSULTA PRÉ-NATAL, PF E PÓS-PARTO)

A	Introduzir o livro de registo da tosse para o rastreio sistemático de TB						
A	Capacitar o pessoal das triagens/consultas externas, SMI e pessoal leigo em rastreio de TB						

#### ESTRATÉGIA 3: INTENSIFICAR O RASTREIO DE TB NOS PACIENTES COM HIV DE 81% A 96% ATÉ 2015

A	Realizar o Rastreio da TB direccionado a família através da introdução da ficha e livro de contactos						
A	Melhorar a qualidade do rastreio, diagnóstico e tratamento da TB através dos ciclos de melhoria de qualidade semestrais						

#### ESTRATÉGIA 4: AUMENTAR A PERCENTAGEM DOS DOENTES CO-INFECTADOS RECEBENDO TARV 46% TO 80% ATÉ 2015

M	% dos doentes co-infectados recebendo TARV	49 370	60%	59 571	70%	70 529	80%
		82 283		85 101		88 161	
M	% de US com TARV que implementam o modelo de paragem única	496	100%	656	100%	707	100%
		496		656		707	
A	Implementar o modelo de paragem única em todas as unidades que fazem TARV						
A	Realizar treino em cascata do pessoal chave em paragem única (TB, ATS, TIO e TARV)						
A	Usar os educadores de pares, activistas para melhorar a referência e contra referência dos doentes dentro da US						

#### ESTRATÉGIA 5: MELHORAR O DIAGNÓSTICO DA TB EM ADULTOS E CRIANÇAS

M	Nº de laboratórios de microscopia	496	100%	656	100%	707	100%
		496		656		707	
M	% de sedes distritais que implementam a colheita de expectoração	64	50%	102	80%	128	100%
		128		128		128	
M	Nº hospitais rurais e distritais com aparelhos Rx	12	100%	12	100%	12	100%
		12		12		12	
M	% dos pacientes com HIV+/BK- com teste de Genexpert nas US que tem Genexpert	50%		50%		50%	

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
M	% de US com serviços de Pediatria que tem pelo menos 2 técnicos treinados em teste de Mantoux e sua leitura	30%	60%	80%
A	Aumentar a rede laboratorial de microscopia de 400 US com laboratórios para 800 em 2015			
A	Colocar aparelhos de RX em todos os Hospitais Rurais e Distritais em 2015			
A	Priorizar uso do teste de Genexpert para pacientes com HIV+/BK- nas US			
A	Treinar pelo menos 2 a 3 técnicos de saúde em teste de Mantoux e sua leitura em 80 % das US com serviços de Pediatria			

### OBJECTIVO GERAL 8: GARANTIR QUE TODA A PVHIV QUE PROCURA CUIDADOS DE SAÚDE TENHA ACESSO AO PACOTE BÁSICO DE PP & APSS. GARANTINDO UMA AUTONOMIA AOS CUIDADOS, VIDA POSITIVA E REDUZINDO NOVAS INFECÇÕES DE HIV

#### ESTRATÉGIA 1: ASSEGURAR QUE TODOS SÍTIOS TARV PROVIDENCIAM O PACOTE BASICO DE PP & APSS COM QUALIDADE E REGISTAM A ATIVIDADE

A	Produzir, reproduzir e disseminar cartazes e outro material de apoio aos provedores sobre as 7 componentes de PP e protocolos de & APSS
A	Testar, Aprovar e difundir a todas Unidades Sanitárias instrumentos de registo e monitoria de PP & APSS

#### ESTRATÉGIA 2: IMPLEMENTAR O PACOTE BÁSICO DE PP & APSS EM 80% DAS UNIDADES SANITÁRIAS

M	% de pacientes HIV+ que receberam aconselhamento de preparação para início TARV e manejo de adesão mediante os protocolos de PP & APSS	100%	100%	100%			
M	% de US com implementam o sistema de revelação padronizada de diagnóstico gradual específico para crianças e adolescentes	25%	50%	80%			
M	Nº de F.I oferecendo serviços a PVHS em PP & APSS que foram treinados	1266	866	380			
M	Nº de F.C oferecendo serviços a PVHS em PP & APSS que foram treinados	1379	965	414			
M	Nº de conselheiros treinada em PP/APSS	843	470	373			
M	% de US com PP/APSS com um responsável identificado	397 496	80% 80%	525 656	80% 80%	566 707	80%
A	Implementar em 80% das US o sistema de revelação padronizada de diagnóstico gradual específico para crianças e adolescentes						
A	Capacitar todos profissionais de saúde que oferecem serviços a PVHS em PP & APSS						
A	Capacitar todos os conselheiros leigos em PP & APSS						

### OBJECTIVO GERAL 9: AUMENTAR A RETENÇÃO AOS 36 MESES PACIENTES EM TARV EM 70% ATE 2015

#### ESTRATÉGIA 1: EXPANDIR USO DA DOSE FIXA COMBINADA EM TOMA DIÁRIA

M	% das US com TARV que usam TDF/3TC/EFV	101 496	20%	151 656	23%	707 707	100%
M	% de pacientes em TARV que recebem TDF/3TC/EFV	114 000 350 205	33%	200 144 428 014	47%	350 812 520 076	67%

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015			
		META	META	META			
A	Expandir uso de TDF/3TC/EFV até as 100% das US TARV em 2015						
A	Expandir uso de TDF/3TC/EFV até 65% dos pacientes em TARV em 2015						
ESTRATÉGIA 2: EXPANDIR A ESTRATÉGIA GAAC PARA 80% DAS UNIDADES SANITÁRIAS TARV E PTV							
M	% de US PTV que implementa estratégia GAAC	288 1 150	25%	625 1 250	50%	1 176 1 470	80%
M	% de pacientes TARV que esta nos GAAC	35 021 350 205	10%	42 801 428 014	10%	52 008 520 076	10%
A	Capacitar os técnicos de saúde na implementação e monitoramento da estratégia GAAC						
A	Aumentar a demanda para inclusões ao GAAC através de rádios comunitárias 3 dias/semana e palestras diárias na US e 1x/semana na comunidade						
ESTRATÉGIA 3: ASSEGURAR QUE 80% ATE 2015 DOS PACIENTES EM TARV RECEBAM MÍNIMO 2 SESSÕES DE ACONSELHAMENTO POR ANO							
M	Nº de US TARV com plano de realização de Café TARV/Chá positivo	100%	100%	100%			
M	% de pacientes HIV+ avaliados para adesão pelo clínico/provedor de APSS/PP durante a ultima consulta clinica	80%	80%	80%			
A	Revitalizar/implementar grupos de apoio de pacientes (Café TARV, Chá positivo) e elaborar um plano de realização desta atividade 1 vez por mês em 707 US TARV ate 2015						
ESTRATÉGIA 4: ASSEGURAR QUE 80% DOS PACIENTES EM SEGUIMENTO TARV VISITEM A US NAS DATAS MARCADAS							
M	% de US com TARV utilizando tecnologia de lembretes por SMSaúde	70 496	14%	197 656	30%	339 707	48%
M	% de US com TARV utilizando agendas de consulta TARV e ficheiro movel	100%	100%	100%			
A	Usar a tecnologia de lembretes por SMS em US TARV com SESP						
A	Assegurar o uso de agenda consultas TARV, ficheiro móvel em todas as US TARV						
ESTRATÉGIA 5: REALIZAR BUSCAS ACTIVAS CONSENTIDAS PARA PACIENTES FALTOSOS E ABANDONOS EM 80% DAS US TARV E PTV							
M	% de US PTV que fazem buscas activas para pacientes faltosos e abandonos (PTV e TARV)	60%	70%	80%			
M	% de US que elaboram listas semanais de pacientes faltosos e abandonos	80%	80%	80%			
A	Realizar busca activa consentida em 80% das US TARV uma semana apos identificação do faltoso e abandono						
A	Adquirir telefones para a efectuar a busca						
ESTRATÉGIA 6: ESTABELECER UM SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM RISCO E ANTECEDENTES DE BAIXA ADESAO							
A	Realizar a todos pacientes com risco (ex: fraca adesão no pre-TARV, alcoólicos, adolescentes, órfãos, doentes mentais, mulheres grávidas de opção A ) sessões de aconselhamento dirigidas						
A	Estabelecer grupos de suporte em todas US com foco em mulheres grávidas e lactantes, crianças, adolscentes e GAR						
ESTRATÉGIA 7: IMPLEMENTAR A ESTRATÉGIA DE AVIAMENTO TRIMESTRAL MARVS EM 80% DOS PACIENTES							
M	% de pacientes estáveis apos 6 meses de início TARV que estão a receber aviamentos ARV de 3/3 meses	80%	80%	80%			
M	% de US com TARV ou PTV dispensando ARV de 3/3 meses	100%	100%	100%			
A	Dispensar de 3/3 meses os ARV em doentes estáveis apos 6 meses de início TARV						

**OBJECTIVO GERAL 10: ESTABELECEER LIGAÇÕES EFECTIVAS ENTRE SERVIÇOS CLÍNICOS E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS EM 75% DE US TARV E PTV****ESTRATÉGIA 1: CRIAÇÃO DE DEMANDA DE FORMA A AUMENTAR O ACESSO AOS SERVIÇOS**

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
M	% de US que fazem palestras mensais na comunidade	80%	80%	80%
M	% de US que fazem pelo menos uma reunião com líderes comunitários, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional	75%	75%	75%
M	% de US que fazem pelo menos uma reunião cada trimestre com as organizações comunitárias	75%	75%	75%
A	Realizar em 80% das US palestras mensais na comunidade explicando serviços oferecidos na US			
A	Realizar em 75% das US um encontro trimestral com líderes comunitários, parteiras tradicionais, praticantes de medicina tradicional			

**ESTRATÉGIA 2: IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES CENTRADAS NA COMUNIDADE PARA A MELHORAR A RETENÇÃO AO TARV**

A	Estabelecer que X% de população de uma localidade/distrito de uma US PTV/TARV recebam através dos SDSMAS mensagens para melhorar o seu conhecimento sobre HIV/SIDA
A	Disseminar e implementar até 2014 a nova estratégia de cuidados domiciliários pelas OBC
A	Aumentar o número de APEs de XX para YY para garantir 1 APE por US TARV e PTV com um raio de 2000habts
A	Formalizar a formação de activistas em gestão e supervisão de actividades de ligação entre a US e a comunidade

**ESTRATÉGIA 3: MELHORAR A LIGAÇÃO COM PRATICANTES DE MEDICINA TRADICIONAL**

A	Capacitar 50% dos praticantes de medicina tradicional em HIV até final de 2015
---	--

**OBJECTIVO GERAL 11: MELHORAR A QUALIDADE DE ATENDIMENTO DOS UTENTES NAS UNIDADES SANITÁRIAS****ESTRATÉGIA 1: GARANTIR QUE TODOS OS SÍTIOS TARV E PTV IMPLEMENTAM UM PROGRAMA PADRONIZADO DE MELHORIA DE QUALIDADE**

A	Seguir e analisar semestralmente os resultados dos ciclos de melhoria de qualidade nas US
---	---

**ESTRATÉGIA 2:**

A	Implementar ciclos de MQ de 6/6 meses em todos sítios TARV e PTV
A	Realizar um encontro provincial anual para avaliação da implementação de iniciativas de MQ

**ESTRATÉGIA 3: GARANTIR QUE TODOS OS SÍTIOS TARV IMPLEMENTAM UM PROGRAMA DE MELHORIA DE QUALIDADE PADRONIZADA**

A	Encontros trimestrais para avaliar a qualidade dos dados
---	--

**ÁREA TEMÁTICA 2: PREVENÇÃO****OBJECTIVO GERAL 1: GARANTIR O ACESSO E A QUALIDADE, BEM COMO O FORNECIMENTO ESTRATÉGICO DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM DO HIV DE QUALIDADE E FORTALECER AS LIGAÇÕES PARA MELHOR FACILITAR A CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS****ESTRATÉGIA 1. FORTALECER E INTEGRAR O ACONSELHAMENTO E TESTAGEM INICIADO NO PROVEDOR EM TODOS OS PONTOS DE ENTRADA AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
M	% de pessoas diagnósticas HIV+ que foram inscritas em cuidados	80%	80%	80%
M	% das US TARV que oferecem ATIP	298	525	707
		496	656	707
M	% das mulheres grávidas com resultado negativo na CPN que foram re-testadas	50%	60%	80%
A	Testar 100% dos casos de ITS e Malaria grave			
A	Reproduzir e disponibilizar material de consulta (directriz de ATS, algoritmo de testagem) em todas as US ATIP - pelo menos um algoritmo em cada porta de entrada nas US e pelo menos 3 exemplares de directrizes por US			
A	Capacitar em ATIP todos os técnicos de saúde em todos os sectores de actividade			
A	Incluir o ATIP no pacote de formação TARV: Capacitar pelo menos 90% dos provedores de saúde em ATIP nos sites TARV			
A	Capacitar todos os Técnicos de Saúde em Matéria de ATIP (capacitação tem em conta as reciclagens de 1 dia)			
A	Formar Técnicos de Estomatologia e Laboratório (Banco de sangue) no pacote de ATIP			

**ESTRATÉGIA 2. AUMENTAR A TAXA DE DETECÇÃO DE CRIANÇAS INFECTADAS PELO HIV**

M	% US com serviços CCR que fazem PCR	1 150	100%	1 250	100%	1 470	100%
		1 150		1 250		1 470	
M	% Crianças expostas que fizerem PCR (até 8S)	64 119	65%	73 424	75%	82 566	85%
		98 025		97 631		97 137	
A	Testagem das crianças com idade inferior de 18 meses nas USs: Melhorar diagnóstico precoce nas crianças: as crianças expostas devem fazer o teste de PCR DNA até 2 meses de idade; e o seu resultado dentro de duas semanas						
A	Testagem das crianças com idade inferior de 18 meses nas USs: Disponibilizar impressoras de resultados de PCR em US PTV e garantir a manutenção das impressoras, através da formação e capacitação dos Técnicos de Laboratório						
A	Testagem das crianças com idade inferior de 18 meses nas USs: Formar as ESMI para a colheita e envio das amostras						
A	Formar Técnicos de saúde (técnicos/agentes de medicina e medicina preventiva) no seguimento CCR para melhorar a qualidade da CCS e preenchimento correcto do cartão de saúde						
A	Formar Técnicos de saúde (técnicos/agentes de medicina e medicina preventiva) no seguimento CCR para melhorar a qualidade da CCS e preenchimento correcto do cartão de saúde						
A	Testar as crianças com factores de risco e sintomas sugestivos ao HIV (de acordo com normas nacionais) na comunidade caso seroestado desconhecido ou não documentado						

## ESTRATÉGIA 3. FORTALECER E EXPANDIR O ACONSELHAMENTO E TESTAGEM EM TODAS AS UNIDADES SANITÁRIAS QUE OFERECEM SERVIÇOS TARV

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Assegurar que todas USs com TARV tem UATS: Garantir a capacitação e alocação de conselheiros leigos para apoio no aconselhamento e testagem conselheiros leigos (de acordo com a necessidade calculada pelo grupo de RH) e ATS			
A	Reproduzir e disponibilizar material de consulta (Directriz do ATS, algoritmo de testagem) em todas as UATS – 1 guião de ATS por cada UATS, e 1 algoritmo por UATS: Quantify reproduction and distribution needs			
A	Implementar programas de testagem de casais nas UATS			
A	Formar o Pessoal Técnico/ Conselheiros leigos em ATS: Formar e expandir os Conselheiros Leigos/Assistentes Sociais para os serviços de UATS			
A	Formar o Pessoal Técnico/ Conselheiros leigos em ATS: Divulgar os serviços através de estruturas de massas (Rádios, peças teatrais, líderes comunitários)			
A	Formar o Pessoal Técnico/ Conselheiros leigos em ATS: Assegurar a gestão os testes e consumíveis para os serviços			

## ESTRATÉGIA 4. AUMENTAR DE FORMA ESTRATÉGICA OS SERVIÇOS DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM BASEADOS NA COMUNIDADE PARA TER ACESSO A GRUPOS-ALVO ESPECÍFICOS (PARCEIROS DE PVHIV, MARPS, ADOLESCENTES E JOVENS, HOMENS E CASAIS) EM ÁREAS DE ALTA PREVALÊNCIA DE HIV E ÁREAS DE ALTA DENSIDADE POPULACIONAL

A	Capacitar conselheiros leigos para implementação do ATSC			
A	Promover e realizar o ATS-C nos locais de aglomerações (mercados, comícios, dias mensagens de saúde, paragens de camionistas de longo curso, nas trabalhadoras de sexo)			
A	Realizar pelo menos 1 campanha de testagem trimestral de testagem comunitária com foco em grupos alvo com maior prevalência (exemplo: campanhas nocturnas para as trabalhadoras de sexo, campanhas de finais de semana para casais, campanhas nos locais de trabalho para os homens, páscoa e natal para mineiros e família, nas escolas ou eventos desportivos, culturais etc.)			
A	Implementar o aconselhamento e testagem porta a porta nas comunidades de maior prevalência com enfoque nos seguintes grupos específicos: parceiros e agregados familiares de PVHIV, agregados familiares com casos de co-infectados TB/HIV, parceiros/contactos de pessoas diagnosticadas com ITS			
A	Formar os Provedores de Saúde na Sensibilização de Atendimento de : HSH, TS, Camionistas			
A	Produzir/reproduzir e distribuir material de IEC (aos ATSC )			

## ESTRATÉGIA 5. ESTABELECEER ESTRATÉGIAS E IMPLEMENTAR ACTIVIDADES PARA FORTALECER A TESTAGEM DE PARCEIROS E FAMILIARES DO SEROPOSITIVO PARA O HIV E OUTRAS DOENÇAS

M	% dos parceiros das mulheres grávidas (independente de seu seroestado) que foram testados para o HIV	20%	40%	60%
A	Implementar o aconselhamento porta-a-porta para grupos específicos (parceiros e agregados de PVHIV e/ou doenças correlacionadas)			

## ESTRATÉGIA 6. MELHORAR AS LIGAÇÕES ENTRE A TESTAGEM DO HIV E OUTROS SERVIÇOS PREVENTIVOS E CURATIVOS

M	% das unidades sanitárias TARV que tem pacientes peritos, activistas comunitários, educadores de par que assegurem a ligação entre os serviços	40%	60%	80%
M	Garantir a abertura de processo no mesmo dia do diagnóstico para 80% dos utentes testados positivos nas unidades sanitárias com TARV	80%	80%	80%
A	Assegurar que todas as US com TARV tem mecanismos para fortalecer a ligação entre os serviços de ATS e os serviços de seguimento (pacientes peritos, activistas, educadores de Pares, etc)			
A	Na Comunidade: Fortalecer o uso das Guias de referência e Contra-Referência (Reprodução )			
A	Na Comunidade: Formar os facilitadores comunitários (activistas, agentes comunitários etc) de PP, CD, líderes e outros, com ferramentas e materiais de comunicação para identificação e referência aos serviços de saúde			
A	Na Comunidade: Formar e capacitar os trabalhadores de Saúde e Conselheiros			

## ESTRATÉGIA 7. GARANTIR A QUALIDADE DE TESTAGEM DE HIV

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Garantir que todos os locais de testagem com serviços TARV implementam os padrões mínimos de qualidade de testagem para certificação -- implementar os padrões mínimos de qualidade de testagem para certificação em todas as US's TARV			
A	Fazer refrescamento e credenciamento em qualidade de testagem de 80% dos profissionais de saúde que efectuam a testagem no país			
A	Garantir que todas as US que recebem o painel e respondam dentro do tempo estabelecido			
A	Capacitar ao pessoal técnico e conselheiros leigos na matéria da garantia de qualidade da testagem			
A	Adquirir todo o material necessário para garantir a qualidade de testagem (incluindo Cronómetros, etc. etc.)			

## ESTRATÉGIA 8. MELHORAR O SISTEMA DE MONITORIA E AVALIAÇÃO PARA OS SERVIÇOS DE ATV

**OBJECTIVO GERAL 2: GARANTIR O ACESSO E PROMOVER O USO CONSISTENTE E CORRECTO DE PRESERVATIVOS E LUBRIFICANTES PELA POPULAÇÃO SEXUALMENTE ACTIVA**

## ESTRATÉGIA 1. GARANTIR A DISTRIBUIÇÃO PARA O ACESSO UNIVERSAL E USO CORRECTO E CONSISTENTE DE PRESERVATIVOS E LUBRIFICANTES

M	% das US que tem informação educativa sobre o uso correito dos preservativos e que tem disponibilidade dos mesmos na sala de espera, farmácia e laboratório	1 166	80%	1 319	90%	1 470	100%
		1 457		1 466		1 470	
A	Disponibilizar preservativos masculinos em todos os locais estratégicos da US						
A	Elaborar um guia orientador para uso e distribuição de lubrificantes na US						
A	Distribuir preservativos femininos para mulheres seropositivas e MTS						

## ESTRATÉGIA 2. GARANTIR O ACESSO A LUBRIFICANTES COMPATÍVEIS AO PRESERVATIVO PARA AS POPULAÇÕES DE ALTO RISCO, BEM COMO CASAIS SERO-DISCORDANTES

A	Introduzir a distribuição de lubrificantes compatíveis com o preservativo ,com especial atenção para casais serodiscordantes, MTS , HSH e outras pessoas que têm sexo anal através dos projectos de prevenção virados a estas populações				
A	Formar as OBCs em uso correcto dos preservativos femininos e masculinos				
A	Distribuir os preservativos masculinos e femininos nas comunidades através das OBCs				
A	Promover o uso do preservativo feminino (palestras, rádios, aconselhamento e comunicação interpessoal)				
A	Fazer pesquisas sobre barreiras culturais para o uso do preservativo masculino e feminino				
A	Aquisição e distribuição de lubrificantes compatíveis com o preservativo e distribuição em todos os serviços chave sectores onde se distribui os preservativos				
A	Capacitar os activistas, provedores e associações sobre as vantagens do uso de lubrificantes compatíveis				
A	Produzir spots radiofónicos que passarão 4x ao dia em todas rádios comunitárias				
A	Produzir e distribuir panfletos de demonstração do uso correcto do preservativo masculino e feminino				

### OBJECTIVO GERAL 3: GARANTIR O ACESSO E CONDIÇÕES ADEQUADAS PARA A PRESTAÇÃO DE CIRCUNCISÃO MASCULINA PARA AUMENTAR A TAXA DE HOMENS CIRCUNCIDADOS NO PAÍS COM ENFOQUE NAS PROVÍNCIAS COM ALTA PREVALÊNCIA DE HIV E BAIXAS TAXAS DE CIRCUNCISÃO MASCULINA

ESTRATÉGIA 1. EXPANDIR OS SERVIÇOS DE CIRCUNCISÃO MASCULINA COM ENFOQUE NAS PROVÍNCIAS COM ALTA PREVALÊNCIA DE HIV E BAIXAS TAXAS DE CIRCUNCISÃO MASCULINA PARA ATINGIR 80% DOS HOMENS NESTE GRUPO POPULACIONAL

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
			META		META		META
M	% das US TARV que tem programas de Prevenção de Controlo de Infecção	298	60%	459	70%	566	80%
		496		656		707	
A	Expandir a CM para unidades específicas de CM (HRs e Gerais)						
A	Criar equipas de CM; Realizar brigadas de CM; Adquirir kits ( Tesoura, pinça, bisturis, fios de suturas compressa)						
A	Realizar campanhas de circuncisão masculina						
A	Realizar palestras nas comunidades e escolas sobre as vantagens da circuncisão masculina						
A	Divulgar nas rádios, feiras de saúde, igrejas, mesquitas as vantagens da CM						
A	Criar serviços de CM masculina nas US com pequena cirurgia						
A	Produzir panfletos e programas radiofónicos no âmbito da mobilização social						
A	Formar técnicos de CM, e como conselheiros à medida que os sítios forem sendo implementados						
A	Treinar os Enfermeiros das US						

### OBJECTIVO GERAL 4: GARANTIR A CONFORMIDADE COM OS PADRÕES E NORMAS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES PARA REDUZIR A TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES ENTRE PACIENTES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DA COMUNIDADE

ESTRATÉGIA 1. EXPANDIR DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES E CONTROLE PARA 80% DE TODAS AS UNIDADES SANITÁRIAS QUE OFERECEM SERVIÇOS TARV

A	Capacitar em serviço todos os profissionais de saúde em normas e padrões mínimos de PCI
A	Rever e implementar o instrumento de medição do programa de PCI
A	Divulgar as directrizes sobre a Segurança e Saúde no Ambiente de Trabalho (SSAT) a todos profissionais de saúde, inclusive através da sua integração nas formações iniciais, formações contínuas e sessões de sensibilização
A	Alocar recursos materiais (botas, aventais, autoclaves, estufas, destruidor de agulhas, luvas, vassouras, baldes, economizadores, caixas incineradoras, seringas descartáveis, agulhas descartáveis, sacos plásticos, óculos de protecção, detergentes, etc..) necessários para o PCI
A	Infra-estrutura: Reabilitar infraestruturas existentes (colocar tijoleira no soaço, reparar as janelas e portas, revestir as paredes com azulejos)
A	Infra-estrutura: Construir reservatórios de água e fornecer-la 24 horas por dia
A	Infra-estrutura: Construir aterros sanitários e incineradoras / fossas biológicas
A	Disponibilizar instrumentos de registo de PPE em todas as US's - reproduzir e distribuir para 100% das US's com PPE

ESTRATÉGIA 2. REFORÇAR A SEGURANÇA DAS TRANSFUSÕES DE SANGUE E MELHORAR OS PROGRAMAS DE CONTROLE DE QUALIDADE

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
			META		META		META
A	Testar 100 % dos doadores de sangue para HIV, Hepatite B e C						
A	Testar 100% de amostras de sangue doadas, para HIV, Hepatite B e C						
A	Produzir e distribuir material educativo para os doadores de sangue como forma de promover a adopção de comportamento sexual seguro						

ESTRATÉGIA 3. GARANTIR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUINDO A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO E CONTROLE (HIV, TB E MALÁRIA) A TODOS OS PROVEDORES DE CUIDADOS DE SAÚDE

A	Capacitar 100% de provedores de saúde em precauções padrão de PCI
A	Disponibilizar, aumentar o acesso e o uso do Kit de profilaxia pós-exposição a todas unidades sanitárias priorizando as que oferecem TARV, incluindo todas as US que oferecem PTV
A	Realizar mensalmente, palestras/projecção de filmes de educação para a saúde em matérias de: HIV, TB, malária dirigida a todos os provedores de saúde de todas as unidades sanitárias
A	Distribuir redes mosquiteiras (uma para cada provedor)
A	Rastreio anual da TB nos trabalhadores de saúde de acordo com as normas estabelecidas
A	Treinar os técnicos de saúde em matéria de controlo de infecções em TB
A	Identificar espaços adequados e ventilados para os gabinetes de consultas

### OBJECTIVO GERAL 5: GARANTIR O FORNECIMENTO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO PARA EXPOSIÇÃO NÃO-OCUPACIONAL AO HIV POR INDIVÍDUOS QUE TIVERAM INCIDENTES COM UMA ALTA PROBABILIDADE DE INFECÇÃO PELO HIV

ESTRATÉGIA 1. AUMENTAR O ACESSO E COBERTURA PARA A PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO NÃO-OCUPACIONAL PARA IMPLEMENTAR E EXPANDIR AS ACTIVIDADES DE VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO NAS UNIDADES SANITÁRIAS

M	% das US que oferece PPE de acordo com as recomendações do MISAU	1 020	70%	1 246	85%	1 470	100%
		1 457		1 466		1 470	
A	Expandir PPE não ocupacional para 100% das US do país com serviços de VGB e de acordo com as recomendações do MISAU para PPE						
A	Incluir nos critérios de benefício do pacote de PPE não-ocupacional outras formas de exposição ao HIV. Ex: Violência sexual, Acidentes de Viação, ruptura de preservativo em casais serodiscordantes, etc.						
A	Capacitar os provedores de saúde em PPE não-ocupacional através do pacote TARV						
A	Treinar técnicos nas US das sedes distritais e nas US de referência						
A	Produzir e distribuir protocolos e cartazes sobre a PPE nas U. S.						

### OBJECTIVO GERAL 6: REDUZIR O RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV ATRAVÉS DE TRATAMENTO PRECOZE DAS PVHIV (TRATAMENTO COMO PREVENÇÃO

ESTRATÉGIA 1. EXPANDIR O ACESSO UNIVERSAL AO TARV PARA CASAS SERO-DISCORDANTES E MARPS

M	% das US que prescrevem TARV independentemente do CD4 para parceiros seropositivos das mulheres grávidas seronegativas	347	70%	558	85%	707	100%
		496		656		707	

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
M	% das US que prescrevem TARV independentemente do CD4 para GAR selecionado: mulheres trabalhadoras de sexo e HSH	13	3%	33	5%	71	10%
		496		656		707	
A	Prescrever TARV independentemente do CD4 para parceiros seropositivos das mulheres grávidas seronegativas						
A	Prescrever TARV independentemente do CD4 para GAR selecionado: mulheres trabalhadoras de sexo e HSH						
A	Formar os Provedores de Saúde na Sensibilização de Atendimento de HSH, TS, Camionistas						

### OBJECTIVO GERAL 7: GARANTIR O ACESSO E A DISPONIBILIDADE DE UM PACOTE DE SERVIÇOS PARA INDIVÍDUOS HIV NEGATIVOS COM ENFOQUE NAS MULHERES GRÁVIDAS E SERVIÇOS ESPECÍFICOS AMIGÁVEIS DO ADOLESCENTE COMO FORMA DE REDUZIR A POSSÍVEL INFECÇÃO PELO HIV NESSES GRUPOS

#### ESTRATÉGIA 1. REDUZIR O RISCO DE INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS TESTADAS SERO-NEGATIVOS

A	Definir um pacote mínimo de serviços para o seguimento de pessoas testadas com resultado seronegativo: Assegurar que 100% dos serviços ATS e consultas CPN implementem o pacote de prevenção do HIV para "negativos"
A	Divulgação do pacote de serviços através de campanhas, mass mídias, feiras de saúde nas escolas, comunidades, eventos desportivos e culturais
A	Formação em serviço de provedores de saúde em pacote de prevenção

#### ESTRATÉGIA 2. REDUZIR O RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV EM ADOLESCENTES E JOVENS

A	Elaboração da Estratégia da saúde da adolescente e jovem Revitalizar e expandir os SAAJ nas US que oferecem TARV
A	Disseminar informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos do adolescente e jovem através de spot radiofónicos, palestras, uso de redes sociais de comunicação (VGB, PPE e PTV, adiar o início da vida sexual)
A	Capacitar e envolver os jovens como provedores de serviços dos serviços a eles dirigidos
A	Realizar palestras nas escolas e em locais de recreação (campos de desportos, teatros, mercados, etc.)
A	Reproduzir e disponibilizar material IEC para a prevenção do HIV de forma padronizada, nos SAAJ

### OBJECTIVO GERAL 8: REFORÇAR A QUALIDADE E A DISPONIBILIDADE DE INFORMAÇÕES RELACIONADAS COM SAÚDE PARA AUMENTAR A DEMANDA E RETENÇÃO NOS SERVIÇOS, E CONTRIBUIR PARA A REDUÇÃO DE NOVAS INFECÇÕES PELO HIV ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

#### ESTRATÉGIA 1. AUMENTAR A DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE E PRODUTOS ESPECIFICAMENTE RELACIONADAS AO HIV (VCT; MC, TARV, A PTV, VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO, ITS, PRESERVATIVOS), ATRAVÉS DE ACTIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

A	Nas Unidades Sanitárias para os profissionais de Saúde: Harmonizar e massificar a distribuição de materiais de comunicação usados pelos profissionais de saúde dentro da US
A	Nas Unidades Sanitárias para os profissionais de Saúde: Produzir material de comunicação que focalize as novas abordagens
A	Na Comunidade: Desenhar e realizar campanhas de informação e promoção dos serviços em português e línguas locais, através de meios massivos de comunicação (TV, radio, jornais, Alô Vida), OCBs, escolas e igrejas.
A	Na Comunidade: Criar e disseminar um protocolo para uso de plataforma móvel de sms para suportar US na adesão e retenção ao tratamento

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Na Comunidade: Promover a utilização dos serviços de Alô Vida (chamadas e sms gratuitas) para que os utentes obtenham informações sobre prevenção, tratamento do HIV e referencias			
A	Na Comunidade: Realizar feiras comunitárias de saúde com ATS, para promover serviços disponíveis na US			
A	Na Comunidade: Massificar a implementação de ferramentas de SBCC para a população adulta no geral e referir todos os casos que forem necessários à U			
A	Na Comunidade: Disponibilizar material de comunicação e informação a escolas e associações juvenis; Coordenar com saúde Escolar, o Ministério da Educação e Juventude e Desporto para o Mapeamento e distribuição			
A	Na Comunidade: Capacitar activistas comunitários a disseminar Pacote de Prevenção Positiva/PP na comunidade e referir às US todos os casos que precisem de acompanhamento clínico (TARV, PTV, ITS, testagem do parceiro e VBG discutir a inclusão da TB)			
A	Na Comunidade: Reforçar a qualidade e disponibilidade de informação para aumentar a adesão e retenção aos serviços			
ESTRATÉGIA 2. MELHORAR A CAPACIDADE, HABILIDADES E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ACTUAR DE FORMA PROACTIVA E ATENCIOSA EM RELAÇÃO À DIVERSIDADE DE DEMANDAS DOS CLIENTES / PACIENTES				
A	Formar profissionais de saúde em habilidades de comunicação interpessoal/ colectiva			
A	Incluir a componente de comunicação interpessoal/colectiva nas formações contínuas no âmbito do plano de aceleração. (Incluir nas diferentes formações)			
A	Desenvolver e actualizar com regularidade "job aids" para os prestadores de serviços sobre CM, TARV, PTV, VBG, ITS, ATS, TB, Malaria para servir de fonte de consulta			
A	Produzir álbuns seriados com informações-chave sobre TARV, PTV, ATS, ITS, CM, VBG, TB, usando uma abordagem interactiva, de forma a fortalecer a relação entre o utente e o provedor			

## ÁREA TEMÁTICA 3: LOGÍSTICA & LABORATÓRIOS

### OBJECTIVO GERAL 1: GARANTIR UMA REDE DE DIAGNÓSTICO (LABORATORIAL) E TESTAGEM FUNCIONAL QUE GARANTA ATEMPADAMENTE E COM QUALIDADE, OS TESTES E RESULTADOS, NECESSÁRIOS À PREVENÇÃO DO HIV E AO TRATAMENTO DO HIV, TB E MALÁRIA

#### ESTRATÉGIA 1: FORTALECER CAPACIDADE DE GESTÃO DA REDE LABORATORIAL (LOGÍSTICA E QUALIDADE)

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Recrutamento pessoal gestão logística e da qualidade ao nível Central (SLC e CMAM) e Provincial			

#### ESTRATÉGIA 1: FORTALECER CAPACIDADE DE GESTÃO DA REDE LABORATORIAL (LOGÍSTICA E QUALIDADE)

A	Definir menu da testagem por nível de laboratório
---	---

#### ESTRATÉGIA 3: HARMONIZAÇÃO E PADRONIZAÇÃO: IMPLEMENTAÇÃO DOS ACORDOS DE MAPUTO SOBRE HARMONIZAÇÃO E ESTANDARDIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E TÉCNICAS LABORATORIAIS

A	Definir e divulgar padrões, especificações dos instrumentos e da lista de reagentes e testes por cada nível
---	---

#### ESTRATÉGIA 4: MANUTENÇÃO: ASSEGURAR A OPERACIONALIDADE DOS INSTRUMENTOS ATRAVÉS DE MANUTENÇÕES PREVENTIVAS E CORRECTIVAS

A	Garantir fundos para os planos de manutenções preventivas/Correctivas a todos instrumentos de hematologia, bioquímica, CD4, CV e TB no país			
<b>ESTRATÉGIA 5: UTILIZAÇÃO: ASSEGURAR QUE O PESSOAL TÉCNICO TEM FORMAÇÃO TÉCNICA PARA UTILIZAR O EQUIPAMENTO</b>				
Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
A	Priorizar técnicos médios e superiores para os laboratórios (com técnicas mais especializadas/volume)			
A	Elaboração de um plano de formação, assegurando as áreas de hematologia, bioquímica e CD4, CV, TB, DNA PCR			
<b>ESTRATÉGIA 6: REFORÇAR OS SISTEMAS DE REFERENCIA DAS AMOSTRAS E DE ENVIO DE RESULTADOS DOS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA</b>				
A	Reforçar a coordenação do transporte multisectorial e parcerias publico/privado. Envolver outros sectores no transporte das amostras (veículos do governo & ONGs) ou resultados			
A	Identificar soluções nas novas tecnologias permitindo a utilização das impressoras de resultados SMS "GPRS" com os instrumentos de testagem CD4 convencionais.			
<b>ESTRATÉGIA 7: EXPANSÃO: GARANTIR A EXPANSÃO DO REDE LABORATORIAL DE FORMA A MELHORAR A QUALIDADE DA TESTAGEM E DOS RESULTADOS</b>				
M	FACS Calibur (de 18 a 25 daqui a 2015)			25
M	FACS Count de (28 a 40 daqui a 2015)			40
A	Expandir a capacidade de testagem e processamento de amostras com instrumentos convencionais nas principais cidades e áreas peri-urbanas. Os Laboratórios das US. de 2º nível equipados para realizar hematologia, bioquímica e CD4			
<b>ESTRATÉGIA 8: SISTEMA INFORMAÇÃO LOGÍSTICO: ASSEGURAR A EXISTÊNCIA DE DADOS E INFORMAÇÃO PARA REALIZAR AS DECISÕES</b>				
A	Fortalecimento da capacidade local na utilização da ferramenta LIS informatizada (Atualmente implementada em 7 laboratórios)			
A	Alargar a implementação dos relatórios mensais LMIS a todos instrumentos (BIO, HEM, CV, TB Genexpert)			
A	Implementar ferramenta computadorizada de LMIS para instrumentos de laboratório em cada província e formação dos supervisores e assessores			
<b>ESTRATÉGIA 9: GESTÃO DE QUALIDADE (GQ): AUMENTAR A QUALIDADE DOS RESULTADOS LABORATORIAIS ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE GESTÃO DE QUALIDADE (GQ)</b>				
A	Implementar programas para melhorar a qualidade laboratorial dos hospitais distrital e unidas sanitárias de acordo com os padrões nacionais de gestão da qualidade.			
A	Implementar estratégia nacional para melhorar a Qualidade da Testagem HIV em Moçambique.			
A	Formação do responsáveis dos laboratórios, no processo de Boas Práticas			
A	Realização de Testes de Proficiência –Analisar os resultados das supervisões e avaliações externas para priorizar as intervenções do período seguinte em cada Laboratório			
<b>ESTRATÉGIA 10: RECURSOS HUMANOS: APOIAR A DRH A PROVIDENCIAR PESSOAL SUFICIENTE E QUALIFICADO PARA A REDE DE LABORATÓRIOS</b>				
A	Coordenar com DRH e outras instituições para a abertura dos cursos extras de laboratório de acordo com as necessidades			

## ÁREA TEMÁTICA 4: RECURSOS HUMANOS

### OBJECTIVO GERAL 1: GARANTIR ATÉ 2015 A DISPONIBILIDADE DE PROVEDORES DE SAÚDE TECNICAMENTE CAPACITADOS PARA OFERECER SERVIÇOS DE PREVENÇÃO, CUIDADOS E TRATAMENTO PARA HIV

#### ESTRATÉGIA 1: AUMENTAR O NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS ATRAVÉS DA FORMAÇÃO DE NOVOS QUADROS TÉCNICOS

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
M	Nº de turmas de ESMI formados em TARV	13 turmas	0	0
M	Nº de turmas de Agentes de Medicina Geral formados em TARV	3 turmas	0	0
M	Componente TARV inserida no currículo de SMI	1 inserido	0	0
M	Material didático revisto e elaborado	Material Revisto	0	0
M	Nº de estudantes que iniciaram a formação de SMI	30	30	0
M	Nº de estudantes que iniciaram a formação de Engenheiro Geral	60	60	0
M	Nº de estudantes que iniciaram a formação de Técnico de medicina	60	30	0
M	Nº de estudantes que iniciaram a formação de técnico de laboratório	30	0	0
M	Nº de estudantes que iniciaram a formação de técnico de farmácia	30	30	0
M	Nº de estudantes irão graduar a formação de Enfermeiro Geral	425	325	625
M	Nº de estudantes irão graduar a formação de SMI	500	450	450
M	Nº de estudantes irão graduar a formação de Técnico de medicina	325	325	325
M	Nº de estudantes irão graduar a formação de técnico de laboratório	250	125	125
M	Nº de estudantes irão graduar a formação de técnico de farmácia	350	210	350
M	Nº de técnicos de estatística alocados	11	0	0
A	Formar na componente TARV, 13 turmas de ESMI e 4 turmas de Agentes de Medicina Geral que graduam até Dezembro de 2012			
A	Reformular os programas de formação (currícula) para a inserção da componente TARV nos cursos de ESMI e Agentes de Medicina Geral			
A	Rever/elaborar o material didático adequado para a formação em TARV quer para os docentes assim como para os formandos: manual de referência, manual para o tutor, manual para o formando, apresentações, Guias de aprendizagem e de avaliação e guião de estágio			
A	Apoiar 30 % do plano acelerado de formação inicial (2013-2015) nas categorias seguintes (SMI, EG, TM, Tec. Farmácia e Tec de Laboratório)			
A	Alocar pelo menos 1 técnico de Estatística em cada DPS			
<b>ESTRATÉGIA 2: AUMENTAR O NÚMERO DE RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS ATRAVÉS DO REFORÇO DA CAPACIDADE TÉCNICA DOS FUNCIONÁRIOS QUE PRESTAM SERVIÇOS NAS US</b>				
M	Nº de Agentes de medicina geral formados na componente TARV	373	376	0
M	Nº de SMI MEDIO formados na componente TARV	255	250	0
M	Nº de SMI BASICO formados na componente TARV	844	838	0
M	Nº de Enfermeiro Geral formados na componente TARV	166	122	0

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015
		META	META	META
M	Nº de Facilitadores provinciais formados	55	0	0
A	Capacitar em TARV 3115 profissionais de saúde (Agente de Medicina Geral, ESMI e Enfermagem Geral) de acordo com a projecção de expansão dos serviços TARV			
A	Formar 55 formadores provinciais e distritais em matéria de TARV (incluindo tutoria clínica) para cobrir as necessidades locais de formação e actualização do pessoal em TARV			
<b>ESTRATÉGIA 3: GARANTIR A DISPONIBILIDADE DE PESSOAL LEIGO E AUXILIAR DE SAÚDE EM TODAS AS US QUE OFERECEM O TARV</b>				
M	Perfil de posto e currículo de APSS aprovado	Perfil e currículo aprovado	0	0
M	Nº de Recepcionistas recrutados e alocadas: 397	200	120	47
M	Nº de Digitadores recrutados, formados e alocados: 397	200	120	47
M	Nº de Educadores de pares recrutados, formados e alocados: 1712	856	856	0
M	Nº de Provedores de apoio psicossocial (conselheiros leigos) recrutados, formados e alocados: 1392	696	696	0
A	Aprovar um perfil de posto e um currículo de formação do pessoal leigo, harmonizado com a Estratégia Nacional de Apoio Psicossocial (APSS)			
A	Identificar um ponto focal para assegurar a realização das actividades de APSS a nível das US			
A	Assegurar a disponibilidade de pelo menos 1 profissional capacitado por US, nas seguintes categorias:			
<b>ESTRATÉGIA 4: FORTALECER OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</b>				
A	Assegurar a recolha, registo, monitoria e avaliação das actividades de formação inicial e contínua, através dos sistemas de informação SIFIN/SIFO em todas as províncias que permita obter as estatísticas e listas nominais de:	6	5	0

## ÁREA TEMÁTICA 5: MONITORIA E AVALIAÇÃO

### OBJECTIVO GERAL 1: MELHORAR A QUALIDADE DOS DADOS DE HIV ATÉ 90%

#### ESTRATÉGIA 1: IMPLEMENTAR ESTRATEGIA DE AVALIAÇÃO E MELHORIA DA QUALIDADE DE DADOS

Nº	ACTIVIDADE	2013	2014	2015	
		META	META	META	
M	% concordância entre resultados TARV, PTV e ATS reportados e os dados confirmados na AQD anual	90%	90%	90%	
M	Realizar rondas nacionais da estratégia de Avaliação e Melhoria da Qualidade de Dados (componentes TARV, PTV, ATS) anualmente a partir de 2013	1	1	1	
M	% das DPS realizando rondas provinciais da estratégia de Avaliação e Melhoria da Qualidade de Dados (componentes TARV, PTV, ATS) semestralmente	0 11	0% 11	11 11	100% 100%
M	% das DDS realizando rondas provinciais da estratégia de Avaliação e Melhoria da Qualidade de Dados (componentes TARV, PTV, ATS) trimestralmente	0 128	0% 128	96 128	75%
A	Desenhar instrumentos, POP, e Guião de Melhoria para aplicação da Estratégia aos componentes TARV, PTV, e ATS				
A	Realizar formações das equipas nacionais, provinciais e distritais de acordo com a cronograma da estratégia				
A	Implementar rondas previstas na estratégia e produzir relatórios com os resultados e constatações gerais da AQD e das actividades de Melhoria em progresso				
<b>ESTRATÉGIA 2: REALIZAR TRIANGULAÇÃO TRIMESTRAL DE DADOS TARV DNAM E CMAM (E OUTROS QUANDO DISPONÍVEL)</b>					
M	% relatórios trimestrais das triangulações disponíveis	4	4	4	100% 100%
M	% dos relatórios AQD trimestrais disponíveis	4	4	4	100%
M	Existência de um instrumento simples que facilita cruzamentos estatísticos TARV ao nível das US	1	1	1	
A	Criar instrumento padronizado para comparar estatística DNAM e CMAM (incluindo detalhes sobre as definições de cada fonte)				
A	Realizar em todos trimestres exercício de triangulação comparando o número de pacientes em TARV reportado pela DNAM e CMAM				
A	Enquadrar relatório da triangulação nos relatórios trimestrais de HIV/SIDA para o posterior disseminação a todos níveis				
A	Criar instrumento e guia simples para uso nos comités TARV ao nível das US que possibilite o cruzamento de dados e que oriente sobre os passos a serem seguidos caso haja divergências "alarmantes" (definido na guia)				

### OBJECTIVO GERAL 2: DISPONIBILIZAR INFRA-ESTRUTURA E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO (TIC) A TODOS OS NÍVEIS DO SIS

#### ESTRATÉGIA 1: AUMENTAR A % DE NEP/NED QUE TEM COMPUTADORES FUNCIONAIS E ACESSO REGULAR A INTERNET

M	% dos NED com acesso diário ao internet e software antivirus instalado e activo	96 128	75%	128 128	100%	128 128	100%
M	% dos NED recebendo manutenção informática rotineira de acordo com as normas nacionais	0 128	75%	64 128	50%	128 128	100%

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
A	Adquirir e instalar novos equipamentos informáticos (computadores, impressoras, modems, etc.) segundo as necessidades do SIS e de acordo com os padrões nacionais de informático						
A	Instalar e manter ligações de banda larga (ou outro meios de aceder internet) e software anti-vírus nos NED como necessário						
A	Criar material educativo sobre manutenção e segurança informática básica que possa ser disseminado ao nível distrital e aproveitado nas formações do pessoal trabalhando nos NED/NEP						
A	Fazer manutenção regular (definido pelos padrões nacionais) ao equipamento informático pertencendo ao SIS						
A	Contratar recursos humanos qualificados no funcionamento de TIC nas DPS						
<b>ESTRATÉGIA 2: EXPANDIR A % DE US COM SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE SEGUIMENTO DO PACIENTE (SESP)</b>							
M	% das US TARV com sistemas electrónicos de seguimento do paciente (SESP) funcionais e actualizados	278	56%	394	60%	452	64%
		496		656		707	
M	% dos SESP que produz relatório mensal HIV e indicadores preconizados pela estratégia nacional de melhoria de qualidade	209	75%	335	85%	429	95%
		278		394		452	
A	Por a funcionar o processo de certificação de SESP aprovado pelo MISAU						
A	Avaliar viabilidade da massificação do SESP CCR sendo pilotado (actividade colaborativa com os parceiros)						
A	Desenvolver módulos para o seguimento dos pacientes em outros serviços relacionados (PTV/CPN; PTV/Maternidade; Tuberculose; ATS)						
A	Desenvolver módulos padrão de exportação do Relatório Mensal do MISAU para importação no SIS-MA (actividade colaborativa com o DIT/DPC/DIS)						
A	Adequar SESP para automatizar a produção dos indicadores preconizados pela estratégia nacional de melhoria de qualidade dos serviços (actividade colaborativa com parceiros)						
A	Criar recomendações (flexíveis segundo contextos locais) sobre o número de técnicos de estatística necessárias segundo parâmetros de volume das US TARV (actividade colaborativa com DIS e RH)						
<b>ESTRATÉGIA 3: AUMENTAR A FUNCIONALIDADE DOS MÓDULOS HIV/SIDA DO SIS-MA</b>							
A	Estabelecer validações dos dados das US introduzidas (exemplo: bloquear relações ilógicas, etc.) (actividade colaborativa com DPC/DIS)						
A	Estabelecer/concordar o conteúdo e formato dos relatórios rotineiros para facilitar o uso e divulgação dos dados (actividade colaborativa com DPC/DIS)						
<b>ESTRATÉGIA 4: APLICAR TECNOLOGIAS QUE PODEM MELHORAR A RETENÇÃO DOS PACIENTES E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS</b>							
M	% das US com SESP que usam sistema SMSaúde para o envio de SMS a pacientes	70	25%	197	50%	339	75%
		278		394		452	
A	Expandir o uso dos sistemas SMS ligados aos SESP com objectivo de lembrar pacientes dos levantamentos MARV, consultas clínicas (Pre-TARV/TARV, CPN, CCR) e para promover o retorno dos faltosos e abandonos (actividade colaborativa com os parceiros)						
A	Implementar sistema para ligar bases de dados laboratoriais e o SESP de tal modo que os resultados CD4, hematologia e bioquímica sejam actualizados no SESP de uma forma automatizada (actividade colaborativa com o Laboratório)						
A	Adaptar actual sistema do envio electrónico dos resultados PCR à impressoras para abranger os resultados CD4, hematologia e bioquímica						

### OBJECTIVO GERAL 3: MELHORAR O USO DE INFORMAÇÃO M&A NO SNS

#### ESTRATÉGIA 1: CRIAR PLANO DE M&A: HIV/SIDA NO ÂMBITO DO PLANO DE ACELERAÇÃO

Nº	ACTIVIDADE	2013		2014		2015	
		META		META		META	
M	Plano Nacional de M&A: HIV/SIDA actualizado e em uso em todos anos	1 (plano aprovado e em uso)		1 (plano aprovado e em uso)		1 (plano aprovado e em uso)	
A	Criar quadro de indicadores com definições clara do método de calculo, periodicidade, fontes de informação, etc.						
A	Elaborar narrativa do Plano incluindo capitulos sobre as Fontes de Informação, a Melhoria da Qualidade dos Dados, a Coordenação, e a Disseminação de Informação						

#### ESTRATÉGIA 2: INCREMENTAR RETROINFORMAÇÃO M&A HORIZONTAL E VERTICAL NO SNS

M	Rede informática usando servidor montada e em funcionamento no PNC ITS-HIV/SIDA	1 Rede em Funcionamento	1 Rede em Funcionamento	1 Rede em Funcionamento
M	Guião e formato padrão para geração de gráficos elaborado e disseminado às DPS	1 (guião e padrão em uso nas DPS)	1 (guião e padrão em uso nas DPS)	1 (guião e padrão em uso nas DPS)
M	Nº de Relatórios Integrados Trimestrais (TARV, ATS, PTV, TB) disseminado e disponível	4 Relatórios	4 Relatórios	4 Relatórios
A	Montar rede informática no PNC ITS-HIV/SIDA para facilitar a partilha de documentos e informação entre funcionários			
A	Sistematizar o envio de retroinformação sobre a qualidade de dados HIV recebidos (actividade colaborativa com DIS)			
A	Desenvolver guião de análise de dados para orientar o uso de informação e a tomada de decisões por parte dos gestores (actividade colaborativa com DPC/DIS)			
A	Desenvolver um formato padrão simples para a geração de gráficos e tabelas (actividade colaborativa com DPC/DIS)			
A	Formar equipas distritais sobre o uso padrão citado e os conceitos básicos de M&A (actividade colaborativa com DPC/DIS)			
A	Premiar de uma forma sustentável as US que utilizam dados para a melhoria dos serviços (certificados, reconhecimento no relatório trimestral, convites às reuniões nacionais, etc.)			
A	Transitar de relatórios nacionais mensais TARV a relatórios trimestrais integrados de HIV com informações das diversas componentes da área (TARV, PTV, ATS, etc.)			

#### ESTRATÉGIA 3: EXPANDIR A FUNCIONALIDADE DO PORTAL MISAU PARA A DISSEMINAÇÃO DOS DOCUMENTOS CHAVES DO PROGRAMA

M	Portal de MISAU redesenhado com todos relatórios dos programas TARV, PTV e ATS disponível	1 Portal com Rel. Disponíveis	1 Portal com Rel. Disponíveis	1 Portal com Rel. Disponíveis
A	Identificar tipos de documentos (dados, instrumentos, planos estratégicos, relatórios) para colocar no portal - MISAU			
A	Identificar ponto focal no PNC ITS-HIV/SIDA e no PTV para manter e actualizar os documentos chaves no portal			
A	Actualizar rotineiramente conteúdo do portal de MISAU com documentos chaves identificados em actividade 3.4.1 (actividade colaborativa com Secretaria do Ministro)			

### OBJECTIVO GERAL 4: CONTRIBUIR AO DESENVOLVIMENTO DE UM SIS SIMPLIFICADO E SUSTENTÁVEL

#### ESTRATÉGIA 1: DISPOR DE RHS CAPACITADOS E EM NÚMERO SUFICIENTE PARA AS ACTIVIDADES DO SIS A TODOS OS NÍVEIS

M	Cursos básico de M&A providenciado aos funcionários de MISAU (DNAM, DNSP, DPC)	1 Cursos Providenciado	3 Cursos Providenciados	3 Cursos Providenciados
---	--	------------------------	-------------------------	-------------------------

M	Programa de ensino M&A a distancia criado e estudantes "matriculados"	0	0	1 Prog. EAD Criado
<b>Nº ACTIVIDADE</b>		<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
		<b>META</b>	<b>META</b>	<b>META</b>
A	Definir as necessidades das unidades de M&A ao nível provincial/distrital e fazer a alocação de pessoal suficiente (actividade colaborativa com DPC/DIS e RH)			
A	Criar e implementar curso básico de M&A destinado aos funcionários de MISAU ao nível central (actividade colaborativa com parceiros e DPC, DMA, DNSP, Departamento Informático)			
A	Desenvolver e implementar programa de ensino M&A a distancia destinada ao pessoal das DPS (actividade colaborativa com parceiros)			
A	Contribuir ao desenvolvimento de um curso de mestrado de M&A na Universidade Eduardo Mondlane (actividade colaborativa com CDC, UEM, DPC e ABC)			
<b>ESTRATÉGIA 2: ASSEGURAR A DISPONIBILIDADE DE INSTRUMENTOS M&amp;A SIMPLES QUE RESPONDEM AS NECESSIDADES DO MISAU</b>				
M	Viagem a Malawi feito por 7 funcionários de MISAU para estudar sistema simplificado de M&A	1 Viagem Realizada	0	0
M	Novos instrumentos M&A PPE pilotados	1 Piloto Realizado	0	0
M	Novos instrumentos CM PPE pilotados	0	1 Piloto Realizado	0
A	Estudar em detalhe a simplificação do sistema da recolha primária de dados no programa pré-TARV/TARV (segundo exemplo de Malawi)			
A	Pilotar e implementar novos instrumentos M&A de HIV quando necessário (exemplo: Circuncisão Masculina, PRN, PPE, VBG, Prevenção Positiva, etc.) (actividade colaborativa com DIS/DPC)			
A	Criar ferramenta simples que apoia a calcular necessidades dos estoques de instrumentos (exemplo: Livros de Registo, Fichas, Cartões)			
<b>ESTRATÉGIA 3: IMPLEMENTAR E MANTER SISTEMAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>				
A	Realizar todos inquéritos e estudos de acordo com o Plano de M&A: HIV/SIDA			
<b>ESTRATÉGIA 4: CONTRIBUIR PARA O DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA OPERACIONAL DE HIV/SIDA</b>				
M	Disponibilidade de uma agenda de pesquisa com detalhes sobre o ponto de situação de cada estudo em andamento	0	1 Agenda Disponível	0
A	Identificar (ou contratar se necessário) um ponto focal responsável para a pesquisa operacional de HIV (actividade colaborativa com INS)			
A	Criar e priorizar agenda de pesquisa relacionada ao HIV			
A	Fortalecer ligações entre centros de pesquisa nas províncias (Manhiça, CIOB) e o nível central (MISAU)			
<b>ESTRATÉGIA 5: ALINHAR FLUXO DE INFORMAÇÃO DE HIV COM O FLUXO NACIONAL PRECONIZADO PELO MISAU</b>				
A	Definir plano de disseminação dos dados rotineiros colhidos no SIS-MA (actividade colaborativa com DPC/DIS)			

## FICHA TECHNICA

### TÍTULO

Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA  
em Moçambique 2013-2015

### AUTORES:

Ministerio da Saude

### AGRADECIMENTOS:

CDC e seus implementadores;  
USAID e seus implementadores;  
Agencias das Nacoes unidas (OMS, UNICEF e UNAIDS)  
MSF - Médicos sem fronteiras  
John Hopkins Bloomberg  
DREAM - Santo Egidio  
Conselho Nacional de Comabte ao HIV/SIDA - CNCS  
Futures Group

E a todos que directa e indirectamente apoiaram na  
elaboracao do plano.

**Agradecimento especial vai para as equipas das  
DPS's e todos os intervenientes do MISAU.**

Produzido por Ministerio da Saude,  
Maputo, Mozambique 2013



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

**Autores:**

Ministerio da Saude

**Agradecimentos:**

CDC e seus implementadores;  
USAID e seus implementadores;  
Agências das Nações Unidas (OMS, UNICEF  
e UNAIDS)

MSF - Médicos sem fronteiras

John Hopkins Bloomberg

DREAM - Santo Egídio

Conselho Nacional de Comabte ao HIV/SIDA  
- CNCS

Futures Group

E a todos que directa e indirectamente  
apoiaram na elaboracao do plano.

Agradecimento especial vai para as equipas  
das DPS's e todos os intervenientes do  
MISAU.

**Photos:** ©UNICEF/Mozambique

**Design:** Daniela Cristofori

Maputo, Mozambique

Fevereiro 2014

1ª Página »