



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



# Plano Estratégico Nacional para acabar com a Tuberculose em Moçambique 2023 - 2030



**PNCT**  
PROGRAMA NACIONAL DE  
CONTROLO DA TUBERCULOSE

## **FICHA TÉCNICA**

**Título:** Plano Estratégico para acabar com a Tuberculose em Moçambique - 2023 - 2030

**Elaboração:** Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

**Revisores:**

Angélica Salomão  
OMS

**Revisão Linguística:** Marcelo Severano

**Formatação:** Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico

**Agradecimentos:** Todos os parceiros de cooperação

**Impressão:** 10 000 exemplares

**Agosto de 2023**



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



# Plano Estratégico Nacional para acabar com a Tuberculose em Moçambique 2023 - 2030



**PNCT**  
PROGRAMA NACIONAL DE  
CONTROLO DA TUBERCULOSE

# ÍNDICE

<b>ABREVIACÕES E ACRÓNIMOS</b>	<b>5</b>
<b>TABELAS, GRÁFICOS E DIAGRAMAS</b>	<b>7</b>
<b>PREFÁCIO</b>	<b>9</b>
<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	<b>10</b>
<b>SECÇÃO 1: INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
1.1 PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL	12
<b>SECÇÃO 2: ANÁLISE DA SITUAÇÃO</b>	<b>13</b>
2.1 PERFIL DO PAÍS	13
2.2 PERFIL DE SAÚDE E O ESTADO DE SAÚDE	14
2.3 Epidemiologia da TB	17
<b>SECÇÃO 3: O PROGRAMA NACIONAL DE Controlo DA TUBERCULOSE</b>	<b>22</b>
3.1 ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TB	22
3.2 SERVIÇOS DE TB EM MOÇAMBIQUE	23
<b>SECÇÃO 4: DESEMPENHO DO PNCT</b>	<b>28</b>
4.1 CONQUISTAS	28
4.2 PRINCIPAIS LIÇÕES APRENDIDAS (2014 - 2021)	35
4.3 DESAFIOS	36
<b>SECÇÃO 5: VISÃO, MISSÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES E OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS 2023-2030</b>	<b>39</b>
5.1 A VISÃO, MISSÃO E META DE IMPACTO	39
5.2 PRINCÍPIOS ORIENTADORES	39
5.3 OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS	40
<b>SECÇÃO 6: INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS E ACTIVIDADES PRINCIPAIS</b>	<b>41</b>
6.1 ESTRUTURA GERAL DO PEN	41
6.2 INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS E ESTRATÉGIAS PRINCIPAIS	42
<b>SECÇÃO 7: IMPLEMENTAÇÃO DO PEN (2023-2030)</b>	<b>82</b>
7.1 PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN	82
7.2 MONITORIA E AVALIAÇÃO	83
7.3 FINANCIAMENTO DO PEN	83
7.4 PLANO DE TRABALHO E ORÇAMENTO (2022 - 2030)	83
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>

# ABREVIACOES E ACRNIMOS

AI	Inteligência Artificial
APS	Agente Polivalente de Saúde
ART	Terapia Antirretroviral
Bdq	Bedaquilina
BPAL	Bedaquilina, Pretionamida, Linezolid
Cfz	Clofazimina
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CoC	Cuidados Contínuos Ccentrados nas Ppessoas
CoE	Centro de Excelência
COV	Crianças rfs e Vulneráveis
COVID-19	Doença do Coronavírus 2019
CRG	Comunidade, Direitos e Gnero
Cs	Coricidina
CSO/OSC	Organização da Sociedade Civil
DHIS	Software de Informação de Saúde Distrital
DIS	Departamento de Informação em Saúde / Departamento de Informação para a Saúde
DOT	Directa Observação do Tratamento
DOTS	Estratégia de Tratamento Observado Directo
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DR	Resistência a Drogas (medicamentos)
DST	Teste de Susceptibilidade a Medicamentos
TB-S	Tuberculose Sensível a Medicamentos
EPI	Equipamento de Protecção Pessoal
FAST	Encontrar casos activos separá-los e tratar a tuberculose
FLD	Drogas/medicamentos anti TB de primeira linha

FNAC	Citologia de Aspiração com Agulha Fina
FQ	Fluoroquinolona
Fundo Global	Fundo Global de Combate  AIDS, Tuberculose e Malária
GTT	Grupo Técnico de Trabalho
HH	Famílias (agregados familiares)
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
3HP	Isoniazida (INH) e rifapentina (RTP)
HRZE	Isoniazida (H), rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E)
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INH	Isoniazida
INS	Instituto Nacional de Saúde
IVR	Resposta de Voz Interactiva
KVP/PCV	População Chave e Vulnerável
LED	Diodo Emissor de Luz
Lfx	Levofloxacina
LF-LAM	Ensaio de Lipoarabinomanano de Fluxo Lateral
LPA	Ensaio de Sonda de Linha
ILTB	Infecção Tuberculose Latente
LTFU	Caso Perdido no Seguimento
Lzd	Linezolid
M&A	Monitoria e Avaliação
SMI	Saúde Materno-infantil
MCP	Mecanismo de Coordenação do País
MR	Resistência Multidroga
MISAU	Ministério da Saúde
MTB	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PS	Profissionais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde

<b>NRL</b>	Laboratório Nacional de Referência
<b>OCB's</b>	Organizações Comunitárias de Base
<b>PCR</b>	Proteína C Reactiva
<b>PEN</b>	Plano Estratégico Nacional
<b>PEPFAR</b>	Plano de Emergência do Presidente para Combate à AIDS
<b>PESS</b>	Plano Estratégico do Sector de Saúde
<b>PVHIV</b>	Pessoas Vivendo com HIV
<b>PMDT</b>	Gestão programática de tuberculose resistente a medicamentos
<b>PMTCT</b>	Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho/Transmissão Vertical
<b>PSM</b>	Gestão de Compras e Cadeia de Abastecimento
<b>PTB</b>	Tuberculose Pulmonar
<b>PWID</b>	Pessoas que Injectam Drogas
<b>QA</b>	Garantia da Qualidade
<b>RAM's</b>	Reacções Adversas a Medicamentos
<b>RR</b>	Resistente à Rifampicina
<b>RRL</b>	Laboratório de Referência Regional
<b>SARA</b>	Avaliação de Disponibilidade e Prontidão do Serviços
<b>SIDA/AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SIS-MA</b>	Monitoria e Avaliação Sistema de Informação em Saúde / Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação

<b>SIS-TB</b>	Sistema de Informação em Saúde sobre TB / Sistema de Informação para a Saúde -Tuberculose
<b>SLD</b>	Medicamentos Anti-TB de Segunda linha
<b>SLI</b>	Injectável de Segunda Linha
<b>SMI</b>	Saúde Materno-infantil
<b>SMS</b>	Serviço de Mensagens Curtas
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TI</b>	Intervenção Direccionada
<b>ToT</b>	Formação de Formadores
<b>TPT</b>	Tratamento Preventivo de Tuberculose
<b>TSA</b>	Teste de Susceptibilidade Antimicrobiana / Teste de Suscetibilidade aos Antimicrobianos
<b>TST</b>	Taxa de Sucesso do Tratamento
<b>UN</b>	Nações Unidas
<b>UN HLM</b>	Reunião de Alto Nível das Nações Unidas
<b>USAID</b>	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>TB XR</b>	Tuberculose extensivamente resistente a medicamentos

# TABELAS, GRÁFICOS E DIAGRAMAS

## Tabelas

Tabela 1	Indicadores Demográficos de Moçambique
Tabela 2	Cobertura de serviços de saúde
Tabela 3	Indicadores de Saúde
Tabela 4	Status dos serviços de TB
Tabela 5	O número actual de unidades sanitárias com serviços de diagnóstico de TB
Tabela 6	O desempenho do PEN de 2014-2018 em Dezembro de 2019
Tabela 7	Coordenação de doadores (2015-2020)
Tabela 8	Magnitude dos problemas de TB em Moçambique (2019)
Tabela 9	Estrutura de PEN
Tabela 10	Estimativas de algumas populações-chave e vulneráveis em Moçambique
Tabela 11	Grupos PCV considerados no PEN
Tabela 12	Roteiro para Acabar com a Tuberculose em crianças e adolescentes em Moçambique
Tabela 13	Pesquisa de TB
Tabela 14	Indicadores do PEN e metas anuais (2023 - 2030)

## Figuras

Figura 1	Taxa de Notificação de TB em Moçambique, 2010 - 2019
Figura 2	Tendências de notificação de TB / HIV
Figura 3	Tendências de notificação de TB RR / MR por província, 2017-2019
Figura 4	Notificação de TB em crianças
Figura 5	Notificação de TB em grupos populacionais importantes e vulneráveis
Figura 6	Organograma do PNCT
Figura 7	Unidades Sanitárias que oferecem serviços específicos de tuberculose
Figura 8	Financiamento da TB, 2019
Figura 9	Taxa de sucesso do tratamento em Moçambique, 2016 - 2021
Figura 10	Contribuição da comunidade para encontrar pessoas desaparecidas com tuberculose, 2015-2019
Figura 11	Factores que contribuem para a alta incidência de TB em Moçambique
Figura 12	Estratégia Geral de Controlo de Infecção do PNCT



Foto: Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico

# PREFÁCIO

Moçambique está nas três listas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a alta carga de tuberculose (TB), TB/HIV e tuberculose multirresistente (TNMR). O país mostrou uma melhoria considerável na notificação de casos de TB nos últimos anos, com uma proporção crescente de casos encaminhados pelos activistas e agentes comunitários de saúde. A taxa de notificação de TB aumentou de forma constante de 237 por 100.000 pessoas em 2015 para 319 por 100.000 pessoas em 2021. A taxa de sucesso do tratamento de TB todas as formas atingiu 94% estando acima da meta global. No entanto, o país ainda não consegue diagnosticar cerca de 17.515 pessoas com TB anualmente. A baixa detecção de casos é mais notório na TB-multiresistente com cerca de 3.500 pacientes não detectados e igualmente em coinfectados por HIV com cerca de 5.000 pacientes não identificados anualmente, assim como, na TB infantil com uma lacuna de cerca de 60% dos casos não identificados. A taxa actual de sucesso do tratamento entre os pacientes com TB-MR é de cerca de 74%, e aproximadamente 13.000 moçambicanos morrem de TB todos os anos.

A eliminação da TB até 2030, é uma tarefa gigantesca. Requer recursos, capacidades, infraestrutura, suporte técnico e tecnológico, cadeia de suprimentos na quantidade certa e no lugar certo. No entanto, é igualmente pertinente fortalecer a preparação do sistema de saúde e as resposta da comunidade a um nível que possa ajudar a alcançar a eliminação de tuberculose.

O Ministério da Saúde, elaborou o Plano Estratégico Nacional (PEN) 2023-2030 com o objectivo de estabelecer o momento de eliminação da TB. Este plano tem como foco melhorar a qualidade de serviços através do atendimento centrado no paciente e sua família; as políticas amigáveis ao usuário; a pesquisa baseada nas necessidades; e intervenções abrangentes com sistema de apoio intensificados e supervisão formativa.

O Ministério da Saúde está confiante de que este PEN irá galvanizar os esforços para a eliminação da TB no país movendo-o adiante na direcção de alcançar o estado livre de TB para Moçambique.

Maputo, 29 Maio de 2023

Armando Daniel Tiago

Ministro da Saúde

# SUMÁRIO EXECUTIVO

Durante o último período do PEN (2014 - 2019), Moçambique mostrou melhorias substanciais em diferentes áreas do PNCT. A taxa de notificação de casos de TB aumentou 48%, de 210/100.000 em 2013 para 319/100.000 em 2021. Quase todos os distritos de Moçambique instalaram, pelo menos, uma máquina de GeneXpert para o diagnóstico rápido da TB. O país estabeleceu três laboratórios de referência de alto nível para Line Probe Assay (LPA), cultura e teste de sensibilidade a medicamentos (TSA) e um centro de excelência (CdE) para o atendimento institucional de pacientes complicados com TB resistente a medicamentos e crianças. Houve uma rápida cobertura de serviços de aconselhamento e testagem de HIV nos pacientes com TB recém-diagnosticados e a subsequente cobertura de tratamento antirretroviral (TARV) nos pacientes co-infectados. A crescente utilização do teste molecular rápido também melhorou a detecção e o início do tratamento dos pacientes com TB resistente à rifampicina (RR)/MR. A adoção e ampliação do regime de tratamento sem injectáveis e amigável para os pacientes com TB-MR, e maior adesão ao tratamento por meio da provisão do apoio psicossocial de qualidade melhorou a conclusão do tratamento com sucesso nos pacientes com TB-MR. O país também forneceu tratamento preventivo de TB (TPT) a 89% dos contactos, menores de cinco anos, de pacientes com TB confirmados bacteriologicamente. O PNCT iniciou igualmente com a implementação faseada do sistema de notificação electrónico de pacientes com TB, nas províncias da região sul do país, durante o período de implementação do PEN 2014-2019.

No entanto, Moçambique depende muito do financiamento externo para a realização das actividades do PNCT. A limitação de recursos traz um atraso na tomada de decisões de longo prazo e afecta a priorização estratégica. Apesar dessa realidade, e independentemente desses desafios, Moçambique está empenhado em acabar com a tuberculose até 2030, estando globalmente alinhado com os outros países de alta incidência. Da mesma forma, o país está igualmente determinado a atingir as metas da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas (UNHLM) sobre TB. Para conseguir isso, é urgente implementar intervenções que possam diminuir a incidência de TB e iniciar a tão desejada 'dobrando a curva'. Moçambique realizou recentemente o seu primeiro inquérito de prevalência de TB. Os resultados da pesquisa de prevalência de TB fornecem evidências realistas para iniciar intervenções mais ambiciosas e impactantes.

**Prioridade do país:** o PNCT vai se concentrar na advocacia para aumentar o financiamento interno para realizar as actividades para acabar com a TB. O país reconhece que o investimento sólido no fortalecimento do modelo de cuidados centrados no paciente com serviços de TB de qualidade deve ser a maior prioridade com base nos princípios da Eliminação da TB. Essa abordagem ajudará a alcançar, diagnosticar e tratar um número máximo de pacientes com TB na comunidade e atingir as metas ambiciosas para a eliminação da TB. Da mesma forma, o país está comprometido em promover os direitos humanos, a igualdade de gênero e o envolvimento da comunidade nos seus esforços para o acompanhamento dos pacientes durante o seu tratamento até a cura da doença. Moçambique prioriza alcançar e atender pacientes com TB com prevenção e atenção integrada e centrada no paciente, usar políticas ousadas, fortes sistemas de apoio e apostar em pesquisas e inovações intensificadas. Adicionalmente, prevê construir famílias locais resilientes à TB, estabelecendo assim a fundação basilar da eliminação da TB no País reduzindo, deste modo a transmissão da doença na comunidade.

---

**Plano Estratégico Nacional (2023 - 2030):** Moçambique desenvolveu o Plano Estratégico Nacional 2023-2030 com estratégias e intervenções de alta prioridade, baseadas em evidências e com impacto para responder às prioridades do país de forma acertada. A actualização do plano é sustentada por:

- Primeiro Inquérito de Prevalência de TB em Moçambique e as metas programáticas estimadas com base na abordagem de modelagem óptima TB <sup>1</sup>;
- Orientação e metas globais - Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Estratégia para Acabar com a TB; Declaração Política da ONU sobre a TB e O Plano Global para Acabar com a TB;
- Desempenho do país, desafios e lições aprendidas durante o período de implementação do PEN anterior, incluindo recomendações da avaliação intermédia dos programas de HIV e TB do país em 2018;
- Relatórios de outros estudos científicos e programáticos, como o Community Engagement Right Gender (CRG) e o Fundo Global de Combate ao HIV, Tuberculose e Malária e o estudo de base sobre direitos humanos e tuberculose do Fundo Global.

### **A direcção principal do PEN (2023 - 2030)**

O PEN 2023-2030 reafirma o impulso na identificação e tratamento de todos os pacientes com TB-S e TB-R, incluindo crianças e indivíduos co-infectados, com novos regimes amigáveis para o paciente. Além disso, reduzir a transmissão sob abordagens robustas e abrangentes de cuidados centrados no paciente, apoiadas por estratégias de prevenção, incluindo a gestão programática de infecção latente de TB (ILTB) para grupos de risco e a implementação de medidas de controlo de infecção. Estes são apoiados pela criação de um ambiente favorável com um compromisso político mais substancial, políticas, finanças, recursos, envolvimento multissectorial e um sistema robusto de gestão de informação com base digital. Acabar com a TB não será possível sem se abordar os determinantes sociais que são os motores essenciais da epidemia de TB em Moçambique, tais como a pobreza, a migração e a desigualdade de género.

O foco da comunidade global mudou do controlo da TB para a eliminação da TB. Sendo um dos países com maior carga de TB a nível global, Moçambique está em consenso completo para alcançar as metas ambiciosas para acabar com a TB até 2030. Assim sendo, este PEN com vista a acabar com a TB em Moçambique (2023 - 2030) aproveita esta oportunidade para ganhar o momento de eliminação da TB no país com o alto compromisso político, maior envolvimento da comunidade, colaboração multissectorial intensificada, melhores capacidades de gestão de programas e optimização de recursos. O PEN promove fortemente uma abordagem centrada no paciente para implementar o programa e produzir impacto.

---

<sup>1</sup> Programa Nacional de TB em Moçambique; Banco Mundial; Óptima Consortium for Decision Sciences; Burnet Institute. 2020. Otimizando Investimentos na Resposta à Tuberculose em Moçambique: Resultados de um Estudo de Eficiência Alocativa da Tuberculose. Banco Mundial, Washington, DC. © Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33907> Licença: CC BY 3.0 IGO

# SECÇÃO 1: INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico Nacional para Acabar com a Tuberculose (2023-2030) delinea uma direcção estratégica e técnica crítica para a eliminação da tuberculose em Moçambique. As metas propostas estão em linha com as prioridades e com metas nacionais e globais. O processo de desenvolvimento seguiu uma abordagem consultiva abrangente, informada pela pesquisa de prevalência de TB, pela revisão externa do programa e por outras avaliações programáticas.

O plano estratégico fornece uma plataforma em torno da qual os parceiros e partes interessadas irão implementar as actividades de forma harmonizada. É uma ferramenta essencial para fortalecer o compromisso político e defender os recursos internos. É uma base para o apoio no custeamento e financiamento e servirá como uma ferramenta de mobilização de recursos na aquisição de recursos internos e externos.

Ao desenvolver o plano estratégico de oito anos, o país estabelece indicadores e metas para monitorar o progresso, avaliar as intervenções e tomar as medidas adequadas, após cinco anos. O PEN passará por uma revisão de meio termo em 2026 para permitir as revisões e actualizações necessárias das metas, de acordo com a epidemiologia da TB e com as recomendações globais. O alcance dessas metas pressupõe um plano totalmente financiado. Em reconhecimento a mudanças nas prioridades e potenciais lacunas de financiamento, o orçamento do plano será revisto volvidos 4 anos da sua implementação, considerando-se que será então necessário fazer adaptações.

## 1.1 PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL

O país seguiu uma preparação meticulosa e por fases, para decidir sobre suas actuais prioridades em TB, com vista a alcançar a eliminação da doença. O processo começou com uma extensa revisão de relatórios e documentos relevantes, incluindo, mas não se limitando ao inquérito de prevalência de TB de 2019, ao relatório de revisão externa de médio prazo de 2018, relatórios de programas, avaliações e orientação internacional sobre o controlo da TB.

Ao desenvolver este PEN, o país adoptou a estrutura de cuidados centrados nas pessoas para a planificação e priorização das acções do programa de TB<sup>2</sup>. A abordagem visa alcançar e atender pacientes com TB ao longo dos serviços gerais de cuidados dos pacientes para maximizar a sua cobertura e otimizar a qualidade de tratamento.

O PNCT realizou reuniões consultivas com gestores provinciais, prestadores de serviços de saúde baseados em Unidades Sanitárias (US), parceiros da sociedade civil e representantes da comunidade. As partes interessadas avaliaram os desafios, necessidades e barreiras relacionadas aos serviços adequados de TB no atendimento geral dos pacientes nas US. Após uma análise completa dos desafios e dos obstáculos relacionados ao acesso, diagnóstico e tratamento, as partes interessadas propuseram estratégias e intervenções inovadoras e de alto impacto para abordar as lacunas críticas para os seguintes grupos:

- Pessoas com TB que procuram atendimento, mas não foram diagnosticadas ou notificadas;
- Pessoas notificadas como caso de TB, mas não tratadas com sucesso.

Por meio do diálogo com parceiros e interessados e com o auxílio de consultores externos, o PNCT consolidou recomendações de interações de interessados e desenvolveu intervenções e actividades prioritárias que são apresentadas neste plano estratégico.

---

2 Estrutura centrada nas pessoas para planeamento e priorização de programas de tuberculose - Guia do usuário. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## SECÇÃO 2: ANÁLISE DA SITUAÇÃO

### 2.1 PERFIL DO PAÍS

A República de Moçambique está localizada no sudeste da África, banhada pelo Oceano Índico a leste, Tanzânia ao norte, Malawi e Zâmbia a noroeste, Zimbabué a oeste e, ao sul, pela África do Sul e o Reino de Eswatini.

Administrativamente Moçambique tem 11 províncias e 161 distritos com serviços administrativos e sectoriais a nível provincial e distrital para gerir as actividades sistémicas. Maputo é a capital e a maior cidade do país, sendo também uma província. Moçambique é um país em democracia multipartidária ao abrigo da constituição de 1990. Existem três poderes do governo: O poder executivo que compreende um Presidente, Primeiro Ministro e Conselho de Ministros; o Poder Legislativo composto pela Assembleia Nacional e pelas Assembleias Provinciais e Municipais; e o Judiciário, compreendendo um Supremo Tribunal e tribunais provinciais, distritais e municipais.

De acordo com a projecção dos dados do Censo de 2017, em 2020, o país tinha uma população estimada de 30.066.648 pessoas, das quais 15.565.452 eram mulheres e 14.501.196 eram homens<sup>3</sup>. A taxa de crescimento da população foi de cerca de 2,5%, e a maioria (65%) da população vive em áreas rurais<sup>4</sup>. A população é relativamente jovem, com estrutura piramidal. A faixa etária de 0 a 14 anos representa 45,7% da população, a de 15 a 54 anos representa 48,19% e apenas 6,24% da população tem mais de 55 anos<sup>5</sup>. A Tabela 1 apresenta características demográficas adicionais.

Tabela 1: Indicadores Demográficos de Moçambique

Indicador	Valor
População total (INE, 2020)	30.066.648
Taxa de crescimento populacional (INE, 2020)	2,5%
Razão sexual M: F (INE, 2020)	93: 100
Taxa bruta de natalidade (INE, 2020)	37,6 nascimentos / 1.000 habitantes
Taxa bruta de mortalidade * (2020)	11 mortes / 1.000 habitantes
Expectativa de vida ao nascer * (2020)	total (55,9 anos), masculino (54,4 anos), feminino (57,4 anos)
Taxa de fertilidade total * (2020)	4,97 filhos nascidos / mulher

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), \*Perfil Demográfico de Moçambique (Índice Mundi)

Moçambique é dotado de extensas áreas de recursos naturais diversos. A economia do país é baseada principalmente na agricultura, mas a indústria está a crescer, principalmente as de alimentos e bebidas, as de fabricação de produtos químicos, produção de alumínio e a de petróleo. O sector de turismo também está em expansão, ainda que afectado pela corrente pandemia do COVID-19. A África do Sul é o principal parceiro comercial de Moçambique. Moçambique é classificado como um país de baixa renda pelo Banco Mundial, com um produto interno bruto (PIB) de US\$ 15,29 bilhões e uma renda nacional bruta (RNB) per capita de US \$ 490 em 2019<sup>6</sup>. A taxa de crescimento anual do PIB foi de 2,28% em 2019<sup>7</sup>.

3 Boletim Estatístico Mensal de dezembro de 2020. <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuario-estatistico#>

4 Instituto Nacional de Estatística (INE). <http://www.ine.gov.mz/>

5 Perfil Demográfico de Moçambique (Índice Mundi)

6 <https://data.worldbank.org/country/mozambique>

7 Instituto Nacional de Estatística (INE). <http://www.ine.gov.mz/>

## **2.2 PERFIL DE SAÚDE E O ESTADO DE SAÚDE**

### **2.2.1 O PLANO ESTRATÉGICO DO SECTOR DA SAÚDE**

O Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS) rege o desenvolvimento dos sistemas de saúde e a melhoria do estado de saúde da população. Desempenha um papel estratégico essencial na coordenação das políticas e programas do sector da saúde em Moçambique. O primeiro PESS abrangia o período de 2000-2005. Com o término do terceiro PESS (2014-2019), o país está agora a desenvolver o quarto. A missão do PESS 2014-2019 era de liderar a produção e prestação de mais e melhores serviços de saúde essenciais, universalmente acessíveis, através de um sistema descentralizado que favoreça parcerias para maximizar a saúde e o bem-estar de todos os moçambicanos para um percurso de vida produtivo para o desenvolvimento pessoal e nacional<sup>8</sup>.

### **2.2.2 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

O sector da saúde de Moçambique segue os três níveis de estrutura político-administrativa: níveis central, provincial e distrital, cada um com funções e responsabilidades específicas dentro do sistema de saúde. Ao nível central, o MISAU é responsável pelo desenvolvimento de políticas; planos e estratégias sectoriais; pela mobilização e alocação de recursos/fundos; pela monitoria dos planos de implementação e pelo estado de saúde da população; pela supervisão e auditoria de serviços e pela coordenação com parceiros nacionais e internacionais. A Direcção Provincial de Saúde (DPS) e o Serviço Provincial de Saúde coordenam o desenvolvimento e a implementação dos planos sectoriais provinciais, monitoriza o progresso e realizações, distribui recursos e fornece apoio logístico e técnico aos serviços distritais. O nível distrital constitui a entidade que implementa os planos de acordo com as prioridades definidas.

A prestação de serviços de saúde em Moçambique envolve quatro tipos de prestadores de serviços: o público (por meio do Sistema Nacional de Saúde, SNS); o sector privado (com e sem fins lucrativos); os Prestadores de serviços de nível comunitário; e os Praticantes de Medicina Tradicional (PMTs), cujos serviços são amplamente aceites pelas comunidades. Os programas nacionais de saúde são responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias e directrizes específicas e as entidades provinciais e distritais as implementam.

#### **2.2.2.1 Serviço Nacional de Saúde**

Existem quatro níveis de atenção dentro do SNS: o nível primário que compreende Centros de saúde, Postos de saúde e a maioria dos programas de saúde prioritários. O nível secundário inclui os hospitais distritais, gerais e rurais que atendem mais do que um distrito. É também o primeiro nível de referência. Os hospitais provinciais (nível terciário) e os hospitais centrais e especializados (nível quaternário) oferecem atendimento diferenciado de especialistas e representam o próximo nível de referência. De acordo com os dados de 2018<sup>9</sup>, Moçambique tem 1643 US públicas distribuídas em 11 províncias, 30 municípios e 161 distritos. A maioria das unidades (96%) oferece serviços de atenção primária à saúde. A cobertura do serviço é baixa, com enormes variações de nível provincial (Tabela 2). O Ministério da Saúde revitalizou a unidade de reforma institucional em 2016, e a primeira acção de reforma é a revisão da política de saúde. Em geral, a disponibilidade de profissionais de saúde no SNS aumentou 15%, de 92,6 /100.000 habitantes em 2014 para 106,8 /100.000 habitantes em 2016. Ainda em 2016, o MISAU aprovou o Plano de Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde (2016-2025).

<sup>8</sup> O Plano Estratégico do Sector Saúde 2014–2019 (PESS, Plano Estratégico do Sector de Saúde)

<sup>9</sup> Avaliação da disponibilidade e prontidão do serviço / SARA 2018 do Ministério da Saúde

Tabela 2. Cobertura dos serviços de saúde

Serviço	Cobertura / 100.000 habitantes
Unidades Sanitárias	Menos de 7
Camas hospitalares	50
Médicos	7
Técnicos de medicina	14
Enfermeiras SMI	22
Técnicos de laboratório	7
Agentes Comunitários de Saúde	50

(Adaptado de SARA 2018 de MOH)

### 2.2.2.2 Saúde Comunitária

Os agentes comunitários são um recurso humano crítico para a saúde em Moçambique. Os agentes de saúde comunitários formais do país são chamados Agentes Polivalentes de Saúde (APSS). Em 2019, havia 6.857 APSS concentrados em áreas onde o acesso às US é baixo<sup>10</sup>. O país implementa vários programas de saúde comunitária, com e sem o apoio de organizações não governamentais (ONGs). Adicionalmente, parceiros do sector, Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e Assistentes de Parto Tradicional (APT) prestam serviços essenciais.

### 2.2.2.3 Serviços Privados de Saúde

O sector de saúde privado de Moçambique inclui clínicas privadas, farmácias, laboratórios e lares de idosos concentrados principalmente nas grandes cidades. As farmácias privadas também desempenham um papel essencial na saúde da comunidade. Existem actualmente 1118 unidades sanitárias privadas em Moçambique, incluindo 728 farmácias privadas, 243 clínicas privadas e 34 laboratórios privados<sup>11</sup>.

### 2.2.2.4 Sistema de Informação de Saúde

Em Moçambique, o Sistema de Informação para a Saúde – Monitoria e Avaliação (SIS-MA) agrega dados de rotina de todas as unidades sanitárias públicas. Em 2016, o país introduziu o “Software” de informação de saúde distrital 2 (DHIS2). Além disso, existem programas de saúde para áreas específicas, e o Departamento de Informação em Saúde (DIS) pretende estabelecer, onde for possível, a interoperabilidade entre as diferentes bases de dados.

### 2.2.2.5 Gestão de Compras e Cadeia de Abastecimento

A Direcção Nacional de Farmácia é responsável pela gestão geral do sector farmacêutico. A regulamentação e o registo dos medicamentos são de responsabilidade do Departamento Farmacêutico (DF). A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) faz a gestão da cadeia de suprimentos de saúde pública do país. A CMAM faz a gestão da aquisição, importação, armazenamento de nível central e distribuição para as províncias de medicamentos e suprimentos (testes rápidos e reagentes de laboratório) para o serviço público de saúde. O Centro de Abastecimento (CA) faz a gestão das cadeias de abastecimento de materiais de consumo, equipamentos médicos e cirúrgicos, móveis hospitalares e veículos. A CMAM colabora com os programas de saúde para seleccionar e quantificar as necessidades de medicamentos, decisões baseadas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) e no consumo prévio, a nível provincial. Os depósitos provinciais distribuem medicamentos aos distritos, todos os meses.

10 Formulário de Pedido de Financiamento do Fundo Global de Moçambique, Períodos de Alocação 2020-2022

11 Avaliação da disponibilidade e prontidão do serviço / SARA 2018 do Ministério da Saúde

### 2.2.3 SISTEMA DE SAÚDE

Moçambique enfrenta vários desafios contínuos de saúde, incluindo doenças infecciosas e crónicas. O acesso limitado a alimentos e água de qualidade, os altos níveis de pobreza e serviços de saúde inacessíveis são determinantes no peso das doenças. Embora a carga de doenças infecciosas ainda esteja entre as mais altas em todo o mundo, a última década mostrou melhorias em alguns indicadores de saúde nos grupos mais vulneráveis. Por exemplo, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos diminuiu de 113,2/1000 nascidos vivos em 2008 para 74,2 nascidos vivos em 2019; e a taxa de mortalidade materna diminuiu de 471/100.000 nascidos vivos em 2008 para 289/100.000 nascidos vivos em 2017<sup>12</sup>. A Tabela 3 resume alguns dos indicadores de saúde.

As doenças transmissíveis dominam o fardo da saúde de Moçambique. A malária é a principal causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre crianças e mulheres grávidas. É endêmica em todo país, com picos sazonais durante e após a estação chuvosa. De acordo com dados de rotina, a malária foi responsável por 23% do total de consultas ambulatoriais e cerca de 12% dos pacientes hospitalizados em 2019<sup>13</sup>. O HIV/SIDA é a segunda principal causa de morbilidade, com uma prevalência nacional de 13,2% (2,2 milhões de pessoas estimadas como vivendo com HIV)<sup>14</sup>. Houve uma diminuição de 16% na mortalidade relacionada ao SIDA desde 2010, passando de 64.000 mortes para 54.000 mortes em 2018. As mulheres são desproporcionalmente afectadas pelo HIV em Moçambique: dos 2.000.000 adultos vivendo com HIV, 1.200.000 (60%) eram mulheres. Doenças diarreicas, infecções respiratórias, Trauma, tuberculose, doenças do aparelho circulatório (3%) e tumores malignos também contribuem para a elevada morbidade e mortalidade.

Tabela 3: Indicadores de Saúde

Indicador	Valor	Fonte
Mortalidade de menores de cinco anos (2019)	74,2 por 1000 nascidos vivos	<a href="#">Moçambique (MOZ) - Demografia, Saúde e Mortalidade Infantil - UNICEF DATA</a>
Mortalidade infantil (2019)	54,8 por 1000 nascidos vivos	
Mortalidade neonatal (2019)	29 por 1000 nascidos vivos	
Mortalidade materna (2017)	289 por 100.000 nascidos vivos	
Mais de 4 taxas de cobertura ANC (2018)	51%	
Taxa institucional de partos (2017)	83%	<a href="http://misau.gov.mz">misau.gov.mz</a>
Cobertura de imunização (2019)	90-95%	<a href="#">moz.pdf (who.int)</a>
Prevalência de desnutrição crónica (2016)	43%	<a href="#">Nutrição   UNICEF Moçambique</a>

12 <https://data.unicef.org/country/moz/>

13 INE

14 Relatório Global de HIV e AIDS 2019 do UNAIDS

## 2.3 EPIDEMIOLOGIA DA TB

### 2.3.1 ANTECEDENTES

Apesar dos muitos desafios existentes, Moçambique mostrou um aumento constante na notificação de casos de TB e alto sucesso no tratamento de pacientes com TB sensível aos medicamentos nos últimos dois anos. No entanto, estes indicadores ainda estão longe de atingir a meta de eliminação da TB, pois a taxa de cobertura do tratamento ronda os 85%. O país tem um compromisso político de alto nível e está a prepara-se para atingir metas ambiciosas para construir as bases para um Moçambique 'livre de tuberculose'.

### 2.3.2. INCIDÊNCIA E MORTALIDADE POR TUBERCULOSE<sup>15</sup>

O PNCT concluiu recentemente o seu primeiro inquérito nacional de prevalência de TB de sempre. Os resultados preliminares mostram que a prevalência de TB bacteriologicamente confirmada foi de 334/100.000 habitantes <sup>16</sup>. Usando os resultados, a OMS actualizou as estimativas de incidência de TB no país. As estimativas actualizadas são menores do que a incidência estimada anteriormente de 551/100.000 habitantes <sup>17</sup>. De acordo com o Relatório Global de TB, o país tem uma incidência estimada de TB de 361 por 100.000 pessoas em 2021, um total de 116.000 casos incidentes em média anualmente. Destes, cerca de 34% estão co-infectados pelo HIV. A proporção estimada de TB MR/RR é de 3,7% em casos novos e 13% em casos tratados anteriormente, num total de cerca de 4.900 anualmente. A taxa de mortalidade estimada é de 19 por 100.000 pessoas em pacientes com TB HIV-negativos e 18 por 100.000 pessoas em pacientes com TB HIV-positivos. Moçambique é um dos sete países com alta carga de tuberculose que já atingiu a marca em 2020 de uma redução de 35% nas mortes por tuberculose.

Foto: Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico



<sup>15</sup> Global TB Report 2020

<sup>16</sup> PNCT (2021) 1º INQUÉRITO NACIONAL DE PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR EM MOÇAMBIQUE. Apresentação

<sup>17</sup> Ibid

### 2.3.3 DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E IDADE <sup>18</sup>

Há uma ligeira dominância masculina entre os pacientes com TB notificados (46% homens e 41% mulheres). A migração dentro e fora do país, especialmente para áreas de mineração com alta carga de TB e HIV na África do Sul, contribui para tornar os homens mais vulneráveis à TB. A co-associação com o tabagismo pode ser um factor de risco significativo em homens. Cerca de 12% dos pacientes notificados são crianças com menos de 15 anos.

### 2.3.4 NOTIFICAÇÃO DE CASO DE TB

A notificação de TB aumentou de 197 por 100.000 pessoas em 2010 para 319 por 100.000 pessoas em 2021 (Figura 1). O aumento de referências na comunidade por activistas/agentes comunitários de saúde; a triagem intensificada nas áreas de espera das unidades sanitárias (por oficiais de tosse) e a ampliação da capacidade diagnóstica por meio da alocação de microscópios de diodo emissor de luz (LED) e máquinas GeneXpert contribuíram para o aumento das notificações de casos. Apesar do aumento da taxa de notificação de TB, a proporção de casos de TB confirmados bacteriologicamente é de apenas 38% do total de casos notificados em 2021 <sup>19</sup>. Dos casos de TB notificados, apenas 46% do total foram diagnosticados a partir do diagnóstico rápido no mesmo período. Alguns factores que contribuem para a baixa confirmação bacteriológica incluem amostras de baixa qualidade.

Figura 1: Taxa de Notificação de TB em Moçambique, 2010 - 2021



Fonte: Relatório de Desempenho do PNCT, 2010 - 2021

### 2.3.5 COINFEÇÃO TB/HIV

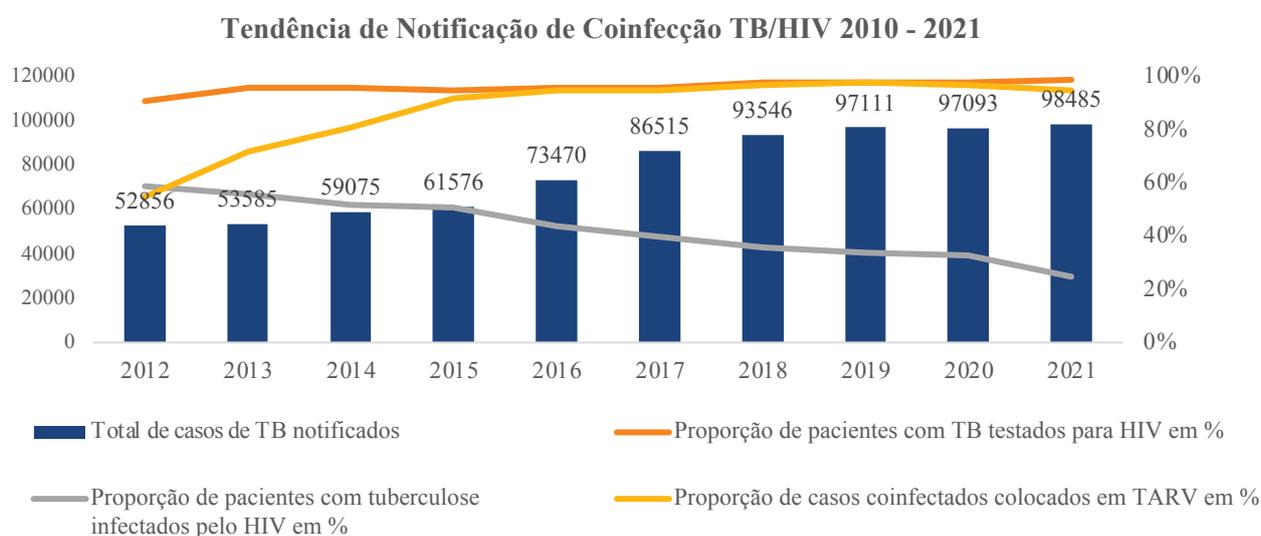
O HIV ainda é um dos principais motores da epidemia de TB em Moçambique. O país mostra um declínio constante na taxa de coinfeção nos pacientes com TB recém-diagnosticados, embora existam grandes variações entre as províncias. As províncias do sul nomeadamente Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza têm uma elevada taxa de coinfeção, de cerca de 55%. Enquanto Inhambane e Sofala, províncias da zona média, apresentam uma taxa de coinfeção de cerca de 40%, ela varia entre 20% a 33% nas províncias do Norte<sup>20</sup>. As taxas de testagem de HIV entre os casos de TB notificados e o tratamento ART em indivíduos coinfectados são altas, ambas acima de 95% (Figura 2). No entanto, a triagem de rotina para TB neste grupo e o início de TPT e a taxa de completude nas PVHIV ainda são baixos. Os programas nacionais de TB e HIV estão a trabalhar em uma estratégia conjunta para aumentar o rastreio de TB e a cobertura de TPT nas PVHIV.

18 Global TB Report 2020

19 Global TB Report 2020

20 Relatório de Desempenho do PNCT 2021

Figura 2: Tendências de notificação de TB / HIV

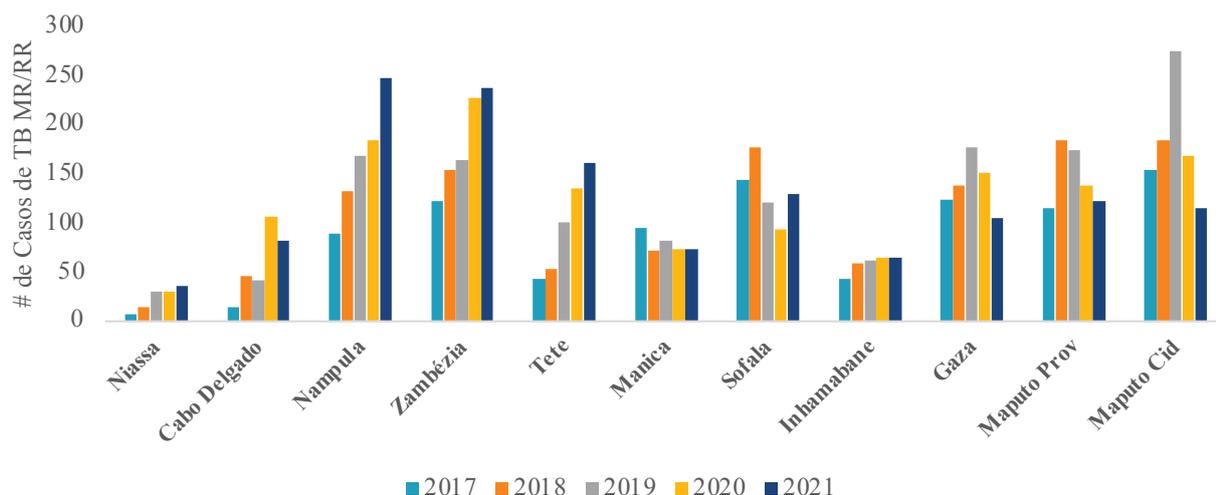


Fonte: Relatório de Desempenho do PNCT 2010-2019

### 2.3.6 TB RESISTENTE A MEDICAMENTOS

As notificações de TB RR/MR têm aumentado de forma constante em todas as províncias de Moçambique entre 2011 e 2021 devido ao aumento no uso de Xpert *Mycobacterium Tuberculosis*/resistência à rifampicina (MTB/RIF). Quase todos os novos casos notificados e previamente tratados foram testados com Xpert MTB/RIF no momento do diagnóstico em 2021 <sup>21</sup>. As províncias de Nampula, Zambézia, Tete e Sofala notificaram 57% do total de casos (Figura 3). Cerca de 97% dos casos notificados iniciaram o tratamento específico.

Figura 3: Tendências de notificação de TB RR / MR por província, 2017-2021



Fonte: Relatórios de desempenho do PNCT de 2017 a 2021

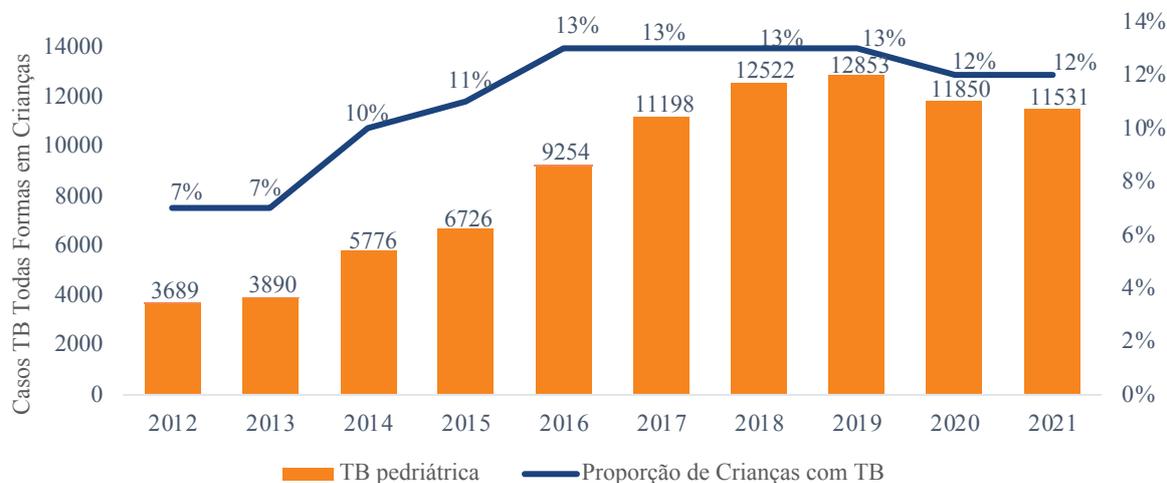
### 2.3.7 TB PEDIÁTRICA

Cerca de 12% dos pacientes com TB notificados são crianças (0-15 anos) em Moçambique 22. A TB em crianças é um indicador de transmissão recente de MTB por um paciente com TB não detectada ou com seguimento inadequado na família ou nas comunidades locais. É imperativo examinar todos os contactos adultos e adolescentes da família e da comunidade próxima.

Moçambique mostrou um progresso constante no diagnóstico de TB em crianças nos últimos anos (figura 4). As melhorias são devido à intensificação da mobilização da comunidade, rastreio de contactos e capacitação de profissionais de saúde (incluindo pediatras) e aos algoritmos clínicos padronizados e simplificados para diagnóstico e aumento do uso de MTB/RIF Xpert. No entanto, o diagnóstico de TB extrapulmonar como a TB dos gânglios cervicais, uma manifestação comum em crianças em ambientes com alta prevalência do HIV, ainda é inadequado devido à falta de instalações para a realização de biópsias nas unidades sanitárias de cuidados secundários. Colher amostras em crianças menores de cinco anos é igualmente desafiador. Como resultado, a grande maioria dos casos de TB pediátrica são diagnosticados clinicamente. Além disso, as lacunas de conhecimento entre os profissionais de saúde, especialmente em TB pediátrica e testes MTB/RIF23 resultam em cuidados menos diferenciados a estes pacientes.

Adolescentes dos 10-19 anos são reportados na faixa dos 5-14 e maiores de 15 anos. Actualmente não existe informação de rotina sobre este grupo etário, o que limita a orientação de intervenções específicas sobre TB para atender as necessidades específicas dos adolescentes.

Figura 4: Notificação de TB em crianças



Fonte: Relatório de Desempenho do PNCT, 2010 - 2021

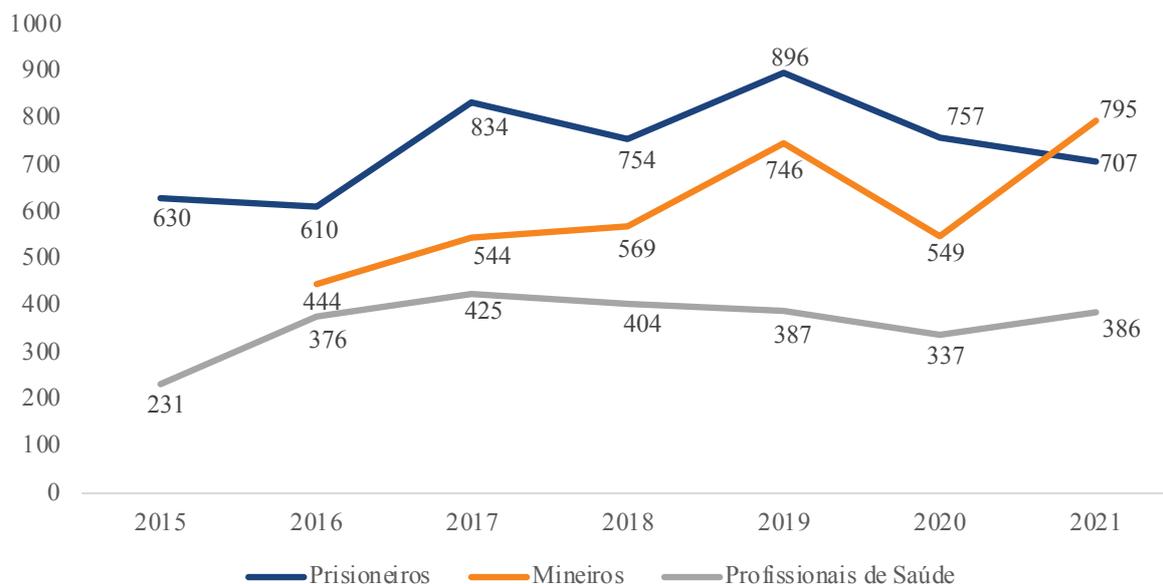
22 Relatório de desempenho NTP 2019

23 Andrés Noé, Rafaela M. Ribeiro, Rui Anselmo, Maria Maixenchs, Layce Sitole, Khatia Munguambe, Silvia Blanco, Peter le Souef e Alberto L. García-Basteiro. Conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos cuidados da tuberculose entre profissionais de saúde no sul de Moçambique. BMC Pulmonary Medicine (2017) 17: 2)

### 2.3.8 POPULAÇÃO CHAVE E VULNERÁVEL

Dados do país revelaram uma carga maior de TB nas populações chave e vulneráveis (KVP), incluindo contactos domiciliares dos casos índice de TB. A Figura 5 apresenta a contribuição das KVP para a notificação de TB ao longo dos anos em apreço.

Figura 5: Notificação de TB em grupos populacionais importantes e vulneráveis



Fonte: Relatório de Desempenho do PNCT 2021

Foto: Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico

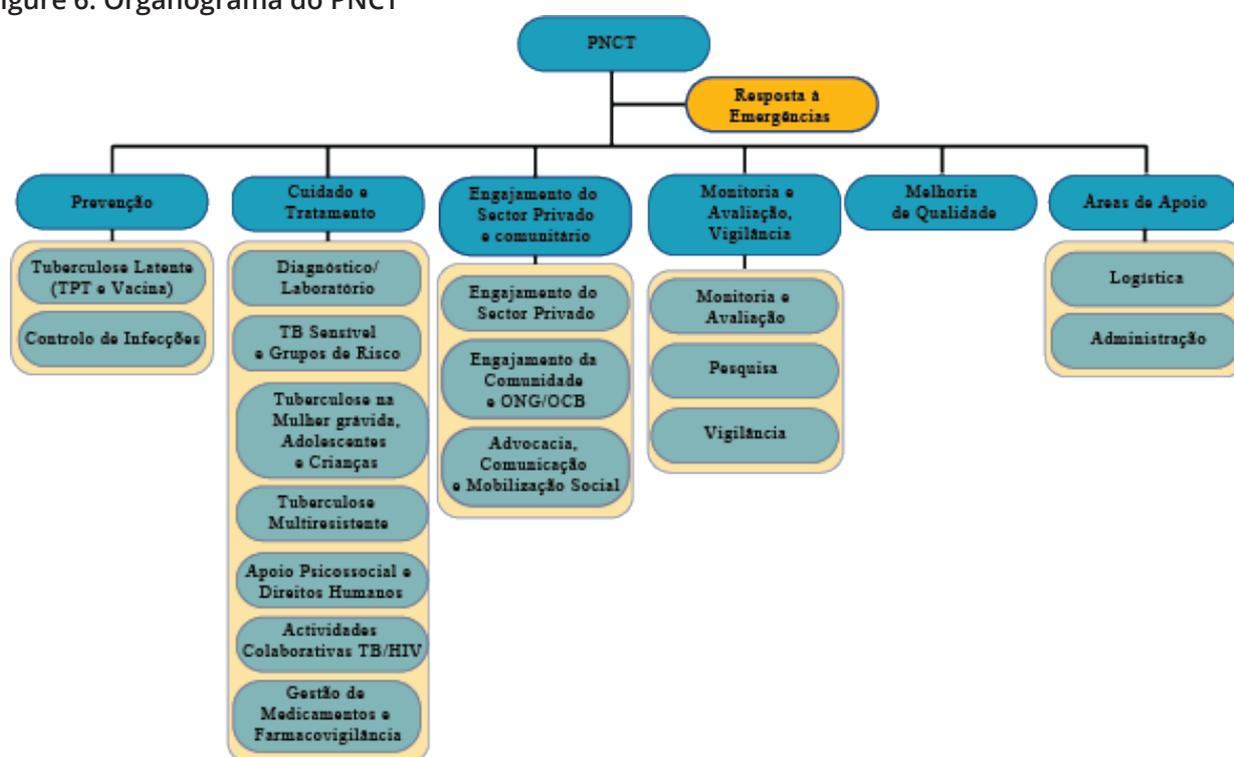


# SECÇÃO 3: O PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE

## 3.1 ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DA TB

Criado em 1979, o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose é administrado de forma centralizada pelo Ministério da Saúde por uma equipa especializada. Tem um ponto focal que o representa ao nível provincial e distrital. Em 1984, o PNCT introduziu o tratamento directamente observado de curta duração (DOTS). Os serviços de tuberculose são integrados ao Serviço Nacional de Saúde e à rede do sistema e descentralizados para os níveis de saúde e comunidade. A Figura 6 apresenta a organização do PNCT.

Figure 6: Organograma do PNCT



### 3.1.1 POLÍTICA DE TB EM MOÇAMBIQUE

Desde a criação do Programa, os serviços de TB são gratuitos: o cidadão não paga por testes laboratoriais, Raios X, medicamentos ou tratamento e o internamento é igualmente gratuito. De acordo com a Lei, se uma pessoa com TB é um trabalhador, tem direito a uma licença de doença por pelo menos 60 dias, sem perda de salário.

### 3.1.2 COORDENAÇÃO PROGRAMÁTICA DOS SERVIÇOS DE TB

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose está sediado na Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e é gerido por um Director assistido por quatro áreas pilares temáticas nomeadamente, Cuidados e Tratamento; TB/HIV e Envolvimento Comunitário; Monitoria, Avaliação, Vigilância e Pesquisa, Melhoria de qualidade e a área de Suporte – (Administração, Logística, Gestão de Medicamentos, Diagnóstico e Farmacovigilância).

A nível provincial, o Supervisor Provincial da TB é a figura responsável e subordina-se ao Director Provincial de Saúde. Ele/ela coordena o trabalho dos distritos que, por seu lado, zelam pelas unidades sanitárias.

### 3.1.3 PROVISÃO DOS SERVIÇOS DE TB

Os serviços de TB estão integrados no Serviço e Sistema Nacional de Saúde e descentralizados ao longo da rede até ao nível comunitário. O primeiro nível de serviços – o Nível Primário é o primeiro contacto das pessoas com queixas ou com sintomas que podem fazer suspeitar de TB. Algumas das unidades não têm capacidade laboratorial para o diagnóstico e as amostras para exame são enviadas ao nível superior. Se os resultados são positivos, o nível está autorizado a prescrever o tratamento de acordo com as normas e esquemas de tratamento. A TB em crianças cria mais desafios uma vez que se uma unidade periférica não tem médico, a maioria das crianças tem de ser referida ao nível seguinte. Esta referencia é realizada tendo em consideração a manutenção dos pressupostos de provisão de serviços gratuitos a todos os pacientes com TB.

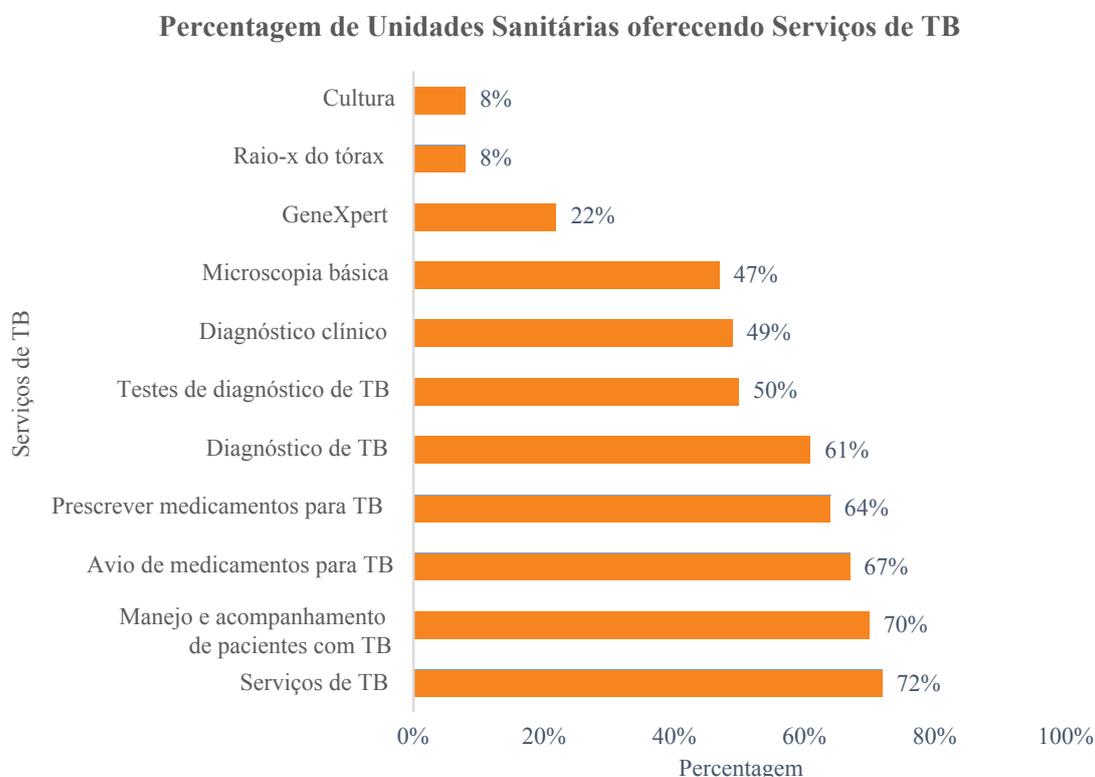
## 3.2 SERVIÇOS DE TB EM MOÇAMBIQUE

### 3.2.1 UNIDADES SANITÁRIAS DO SECTOR PÚBLICO

A provisão de serviços de TB em Moçambique segue o sistema nacional conforme descrito anteriormente na secção 1.2.2. Cerca de 72% das 1641 unidades sanitárias públicas oferecem serviços de TB. Porém, 70% das unidades sanitárias fazem a gestão e monitoram pacientes com TB, 22% diagnosticam TB por meio de testes moleculares rápidos (GeneXpert MTB/RIF) e 8% diagnosticam TB por radiografia de tórax (Figura 7). As US que não possuem capacidade diagnóstica enviam as amostras para as unidades com capacidade laboratorial<sup>24</sup>. Deve ser notado que os pacientes não pagam pelos testes laboratoriais, Raio X, medicamentos ou internamento, no caso de ser necessário.

A tabela 4 apresenta os serviços de TB disponíveis e planos futuros e a figura 7 os serviços de tuberculose disponíveis nas Unidades Sanitárias.

Figura 7: Unidades sanitárias que prestam serviços específicos de tuberculose



Fonte: Adaptado da SARA 2018

24 Avaliação da disponibilidade e prontidão do serviço / SARA 2018 do Ministério da Saúde e Programa Nacional de TB

Tabela 4. Estado dos Serviços de TB

Tipo de serviço	Prática corrente	Planificado para implementação futura
<b>Serviços de diagnóstico</b>	<b>Unidades Sanitárias primárias e secundárias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Microscopia de luz convencional,</li> <li>• Microscopia de diodo emissor de luz (LED)</li> </ul>	<b>Colecta de amostra em crianças pequenas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirados nasofaríngeos e gástricos</li> <li>• Indução de expectoração</li> <li>• Teste Xpert usando fezes (em crianças)</li> </ul>
	<b>Unidades Sanitárias terciárias</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Microscopia LED</li> <li>• Raio-X do tórax</li> <li>• GeneXpert MTB / Rif,</li> </ul>	<b>Ampliação dos testes moleculares rápidos recomendados pela OMS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para DS e DR TB (Gene Xpert Truenat, ensaio Xpert MTB / RIF Ultra, Xpert MTB / XDR)</li> <li>• Para serviços de TB / HIV e paragens únicas (carga viral Xpert HIV)</li> <li>• Cartuchos COVID-19</li> <li>• Para diagnóstico de TB extra pulmonar</li> </ul>
	<b>Laboratórios de referência</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaio de sonda de linha (LPA) para INH e FQ,</li> <li>• Teste de cultura e sensibilidade a drogas (DST) para drogas de primeira linha (FL) e segunda linha (SL)</li> </ul>	<b>Aumentar o número de laboratórios de referência (um por província é o alvo)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expandindo o escopo da Cultura e DST</li> <li>• Sequenciamento do genoma completo de MTB (WGS) nos laboratórios de referência regionais.</li> </ul>
	<b>Piloto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaio LAM de fluxo lateral de urina (LF-LAM) para PVHIV</li> </ul>	
<b>Tratamento de tuberculose sensível a medicamentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regime de 4 drogas</li> <li>• 2HRZE + 4 HR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentando novos regimes aprovados pela OMS (tratamento de curto prazo com DS-TB em teste)</li> <li>• Implementação de regimes curtos para o tratamento da TB sensível em crianças (2HRZE + 2 HR)</li> </ul>
<b>Tratamento de TB-DR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento oral de longo (duração de 20 meses)</li> <li>• Apresentando o regime oral de curto (duração de 9 meses)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigação Operacional sobre a viabilidade de introdução do BPAL (Bedaquilina, Pretionamida, Linezolid) em Moçambique</li> <li>• Serviços de aconselhamento baseados na US</li> </ul>
<b>Tratamento Preventivo de TB (TPT)</b>	<b>Terapia diária com INH por 6 meses</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• crianças menores de cinco anos, contactos de casos confirmados bacteriologicamente</li> <li>• Crianças entre cinco e 15 anos incluídas recentemente</li> <li>• PVHIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para beneficiar todos os contactos domésticos</li> <li>• Apresentando novos regimes para tratamento preventivo em linha com as recomendações da OMS (3HP e 1HP já aprovado e introduzido);</li> <li>• Adoção de regimes curtos de doses fixas combinadas e amigáveis para crianças.</li> </ul>

Tipo de serviço	Prática corrente	Planificado para implementação futura
<b>Triagem de TB baseada na US</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rastreio sintomático nas salas de espera das unidades sanitárias;</li> <li>Rastreio em todas as portas de entrada da Unidade Sanitária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Massificar o rastreio de TB nas áreas de espera e em todas as portas de entrada da Unidade Sanitária;</li> <li>Implementar o rastreio bidirecional para TB e COVID-19;</li> <li>Massificar o uso da radiografia digital de tórax como um exame de rastreio de TB</li> </ul>

\* isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) e etambutol (E) (HRZE + HR);

\*\*isoniazida (INH) e rifapentina (RPT) (3HP)

\*\*\* Isoniazida (INH) e rifampicina (R) (3HR)

Das 1.641 unidades sanitárias públicas, 450 (27%) possuem unidades de diagnóstico de TB distribuídas nos níveis primário, secundário e terciário, conforme apresentado na Tabela 5. O PNCT tem colaborado com o Instituto Nacional de Saúde e a Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) para fornecer serviços laboratoriais de TB.

**Tabela 5: O número actual de unidades sanitárias com serviços de diagnóstico de TB**

Tipo de serviço	Número de USs	Nível de US
Microscopia de esfregaço de expectoração	447	Primário e secundário
Microscopia LED	359	Primário, Secundário e Terciário
Máquinas MTB / Rif Xpert	184	Primário, Secundário e Terciário
LPA para medicamentos de 1ª Linha e de 2ª Linha	3	Laboratórios de Referência
Teste de sensibilidade a drogas para medicamentos de 1ª Linha e de 2ª Linha	3	Laboratórios de Referência
Laboratório de cultura	4	Laboratórios de Referência

Fonte: Programa Nacional de TB de Moçambique

### 3.2.2 SERVIÇOS DE NÍVEL COMUNITÁRIO

Além dos APSs, vários quadros comunitários leigos estão prestando serviços e apoio ao programa da tuberculose. Como política, Moçambique tem uma forte representação de pacientes com TB curados e membros da comunidade no mecanismo de coordenação do país, Grupos Técnicos de TB (GT TB) e outras plataformas críticas de planificação e de tomada de decisão. As organizações da sociedade civil (OSC), ONGs locais, organizações baseadas na comunidade (OCBs), instituições académicas, trabalhadores leigos envolvidos no tratamento directamente observado (DOT), activistas leigos de tuberculose e outras redes comunitárias (pacientes curados de TB, praticantes de medicina tradicional, ex mineiros, PVHIV) também são parceiros essenciais do PNCT na planificação, tomada de decisões, geração de demanda e implementação de intervenções do programa.

No entanto, como em muitos países, Moçambique precisa de robustecer a sociedade civil que lida com os aspectos específicos da TB.

As OCBs funcionam principalmente por meio de “activistas”. Os APSs, ainda que não estejam em exercício em todas as comunidades, têm um papel de relevo nos serviços comunitários de TB, desde encontrar casos presuntivos, colectar as amostras e referenciá-las para testagem até ao apoio e educação dos pacientes e seus cuidadores a aderirem ao tratamento até à cura. Eles estão sob a supervisão da US mais próxima a quem reportam o seu trabalho.

Os activistas são representantes da comunidade que têm habilidade, conhecimento para servir os pacientes com tuberculose na comunidade. Eles vêm de várias origens, como assistentes sociais, pacientes que já adoeceram por TB, familiares dos pacientes com TB, líderes comunitários, jovens, professores, praticantes de medicina tradicional, PVHIV, ex-mineiros e outros. Eles começam a trabalhar na área após receber treino inicial em matéria de TB, através das organizações parceiras e do PNCT.

O PNCT introduziu um pacote de serviços de TB para a comunidade e subcontratou os parceiros de OSCs e membros da comunidade e activistas para implementá-lo em todo o país. O pacote oferece serviços como educação para saúde em matéria de TB, triagem activa nos grupos de alto risco, rastreio dos contactos próximos, no domicílio do paciente (caso índice), colecta de amostras de escarro e seu transporte, ou encaminhamentos do paciente para a US, tratamento directamente observado na comunidade e apoio à adesão ao tratamento, suporte psicossocial, aconselhamento em TB, aconselhamento nutricional e assistência jurídica aos pacientes com TB. Adicionalmente, os agentes comunitários de saúde são capacitados para empoderar as comunidades e mobilizar os pacientes curados com TB na detecção de novos casos de TB, atendimento aos pacientes com TB e redução do estigma na comunidade e sensibilização da comunidade sobre a abordagem baseada em direitos e cuidados de saúde na perspectiva de gênero, incluindo TB.

### **3.2.3 PRATICANTES DE MEDICINA TRADICIONAL**

Os praticantes de medicina tradicional constituem um grupo importante na provisão de serviços de saúde ao nível da comunidade, em Moçambique. Eles são membros da comunidade altamente respeitados e geralmente muito mais acessíveis do que o pessoal médico qualificado. Um estudo científico realizado na Beira, Moçambique, sobre o atraso do paciente e do sistema de saúde em diagnosticar a TB, revelou que, pelo menos 25% dos pacientes, procuraram primeiro a ajuda de um praticante de Medicina tradicional. Em comparação, cerca de 6% deles visitaram pela primeira vez um farmacêutico local, o que foi um dos principais motivos para o atraso no diagnóstico de TB.<sup>25</sup>

### **3.2.4 PAPEL DO SECTOR PRIVADO DE SAÚDE NA ATENÇÃO À TB**

Embora algumas unidades sanitárias privadas possam diagnosticar TB, os medicamentos aprovados para TB só estão disponíveis através do SNS. Um estudo científico conduzido pelo PNCT no distrito de Kampfumo, na cidade de Maputo, mostrou que 19% do total de casos de TB notificados em 2018 foram contribuição de médicos privados locais.<sup>26</sup> Por isso, foi elaborada uma estratégia para o envolvimento do sector privado nas acções de tuberculose, com vista a massificar a busca activa destes casos nos serviços privados. Contudo, para a sua implementação efectiva, um plano de implementação coordenado com o sector privado será considerado.

25 Abuchahama Saifodine, Paula Samo Gudo, Mohsin Sidat e James Black. Atraso do paciente e do sistema de saúde entre pacientes com tuberculose pulmonar na cidade de Beira, Moçambique. BMC Public Health volume 13, número do artigo: 559 (2013).

26 Macuacua B, Mukhopadhyay S, Jone J, Manhica I. O envolvimento de prestadores de cuidados de saúde privados contribuiu para alcançar os casos de TB desaparecidos no distrito de Kampfumo na cidade de Maputo, Moçambique. EP-13-221-02. A 50ª Conferência Mundial da União sobre Saúde Pulmonar, 2019

### 3.2.5 GESTÃO DE COMPRAS E CADEIA DE ABASTECIMENTO.

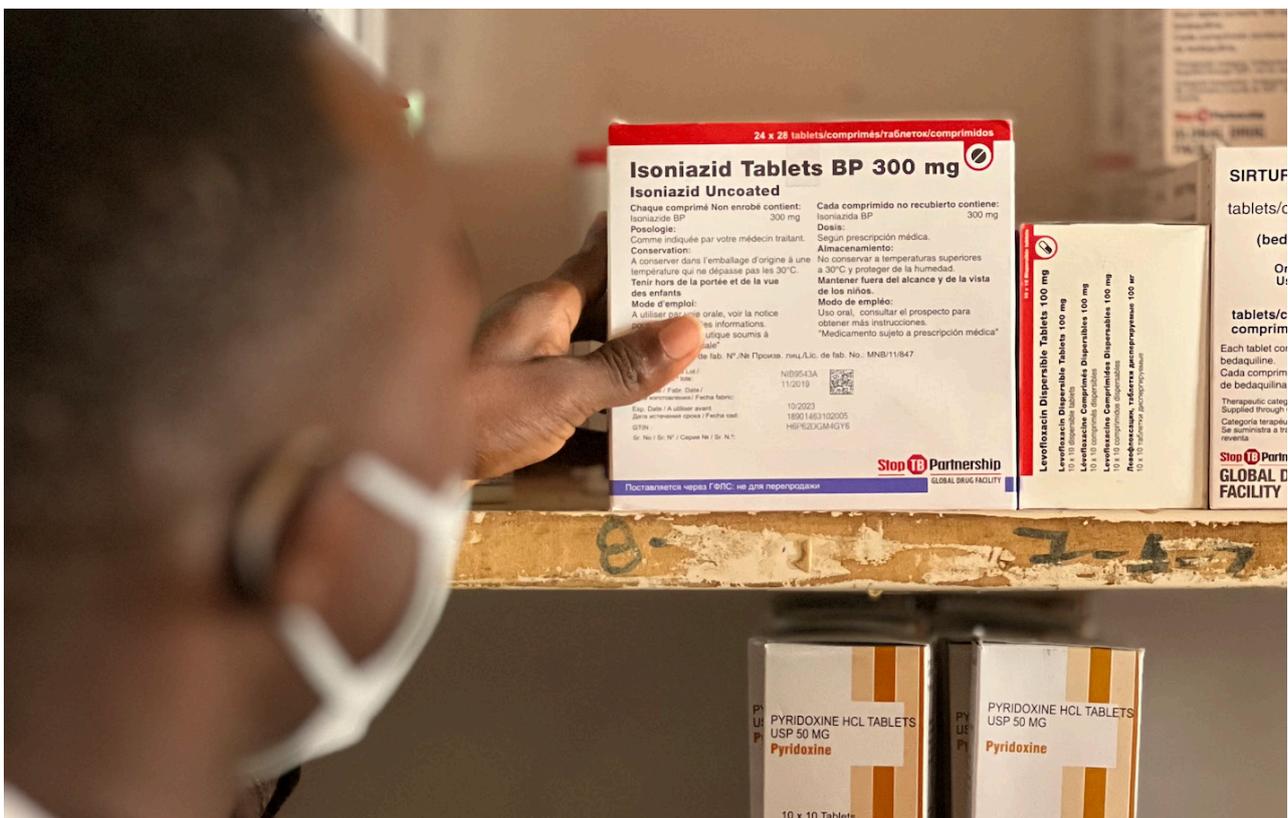
O fornecimento contínuo e ininterrupto dos medicamentos de boa qualidade usados para o tratamento da TB, e de todos os insumos correlacionados é fundamental para o PNCT. Como outros produtos de saúde, a CMAM faz a gestão e a aquisição e distribuição de medicamentos e equipamentos para o diagnóstico. O PNCT colabora com o CMAM na selecção e quantificação dos produtos acima descritos.

### 3.2.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

O PNCT implementa um sistema de informação de saúde baseado na plataforma DHIS2. O SIS-MA agrega dados de TB em nível de US e são visualizados a todos os níveis acima. Contudo, para melhorar a qualidade de informação, está em processo de digitalização. O sistema de notificação de TB como parte do sistema eletrônico mais amplo de notificação de doenças do Ministério da Saúde. Este processo decorre de forma gradual, estando a ser implementado actualmente na região sul do país como piloto e será expandido para o resto do país, assim que o sistema estiver consolidado. Foram recentemente atualizados os instrumentos de registo e reporte de dados.

### 3.2.7. PARCEIROS E COLABORADORES

O PNCT desenvolveu uma colaboração efectiva com as OSCs locais, instituições académicas, sobreviventes da TB, parceiros técnicos e doadores (principalmente o Fundo global, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Banco Mundial e a Parceria Stop TB). A colaboração é feita por meio de um GTT de TB em que estão representadas várias organizações parceiras, doadores e membros das comunidades afectadas. O GTT auxilia o PNCT na planificação, tomada de decisões, elaboração de propostas de projectos a nível do país e no monitoramento de programas. O GTT é dividido em grupos temáticos como prevenção da TB; diagnóstico laboratorial; tratamento de tuberculose sensível; tratamento de Tuberculose resistente; TB/HIV e outras comorbidades; TB em mulheres/adolescentes e crianças; TB em grupos de alto risco; DOT comunitário; gestão, monitoria e avaliação do programa (M&A).

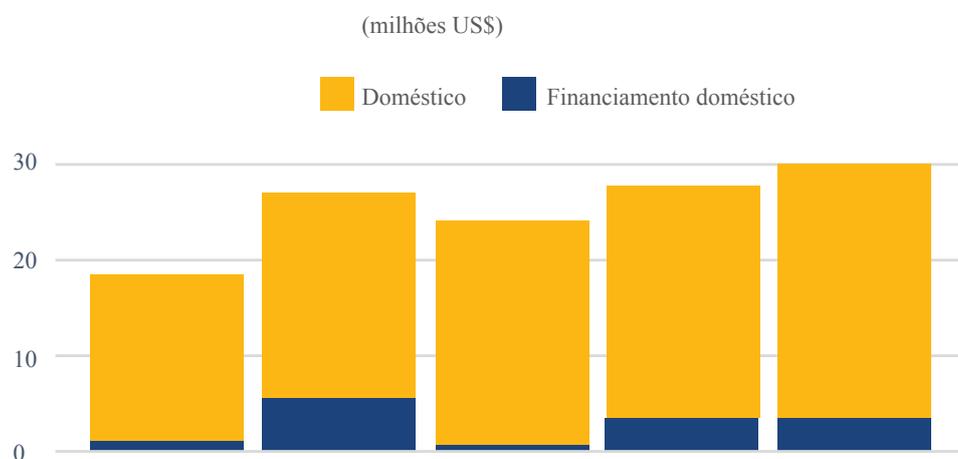


### 3.2.8 FINANCIAMENTO DO PROGRAMA DA TB

O PNCT de Moçambique tem sido financiado principalmente por meio de fundos externos. Por exemplo, em 2021, o financiamento do programa veio do Fundo Global 52%, USAID 27%, Banco Mundial 9% e recursos internos 12%.<sup>27</sup>

Financiamento doméstico é um dos maiores desafios do PNCT – se não mesmo o maior. O financiamento insuficiente de actividades de controlo de TB é desafio e barreira na implementação do controlo de TB em geral, e com risco de afectar a implementação da Estratégia “Acabar com a TB” em particular, base da elaboração do corrente PE. Nos países em desenvolvimento de que Moçambique é parte, os Sistemas de Saúde estão habitualmente subfinanciados. Apresenta-se abaixo a situação de financiamento do PCNT de 2015 a 2019. Situação que ainda prevalece.

Figura 8: Financiamento da TB em 2021



Fonte: Global TB Report, 2019

27 [http://stoptb.org/resources/cd/MOZ\\_Dashboard.html](http://stoptb.org/resources/cd/MOZ_Dashboard.html)

## SECÇÃO 4: DESEMPENHO DO PNCT 2030

### 4.1 CONQUISTAS

Durante o período de implementação do PEN anterior (2014-2018), o PNCT fez melhorias significativas no aumento das notificações de casos de TB e na redução do número de mortes relacionadas com a TB (Tabela 6). O país atingiu as metas da estratégia “Acabar com a TB” de reduzir as mortes por TB em 35% até 2020. Houve um aumento de cerca de 12% na notificação total de casos de TB, passando de 86515 casos em 2017 para 98485 casos em 2021; as notificações entre 0 – 14 anos aumentaram cerca de 2%, tendo saído de 11.198 casos em 2017 para 11531 em 2021; um aumento de cerca de 31% na notificação de casos de TB RR/MR, passando de 940 casos em 2017 para 1.366 casos em 2021. Desde 2016, o PNCT manteve uma alta TST em pacientes de TB sensível a medicamentos - acima de 90% e uma cobertura de tratamento de 85%. O PNCT realizou com sucesso um inquérito nacional de prevalência, cujos resultados vão informar -sobre a situação epidemiológica real e sobre o peso da TB em Moçambique.

Tabela 6. O desempenho do PEN 2014-2018 em Dezembro de 2021

Área de Impacto e Resultados	Linha de Base 2011	Meta 2018	2021
Redução da incidência de TB de 544/100000 em 2011 para 390/100000 em 2018	544	390	361
Redução da mortalidade por TB (todas as formas) de 49/100000 em 2011 para 37/100000 em 2017	49	37	43
Aumento das taxas de notificação de TB (todas as formas) de 186/100000 em 2011 para 294 em 2016 e 343/100000 em 2018	186	343	319
Aumento de TST de 85% em 2011 para 87% em 2016 e 90% em 2018	85%	90%	Acima de 90%
Falência de tratamento permaneceu em 4% até 2017 e reduziu 2% em 2018	4%	2%	0,30%
Aumento de TST de TB-DR de 40% em 2011 para 65% em 2018	40%	65%	72%
Aumentou as notificações de TB-DR em 50-75% ao ano até 2015 e 30-15% até 2018, começando com os 215 casos observados em 2012 de acordo com a ambiciosa estratégia PMDT	215	1295 - 1648	1366
Aumentou a notificação de casos de TB em crianças dos 0-14 anos de 3201 em 2011 para 12522 em 2018	3201	12522	11531
Aumento da cobertura de TARV entre pacientes com TB/HIV de 55% observado em 2012 para 90% em 2015 e 100% em 2021	55%	100%	95%
Implementar o Plano de Controlo de Infecção em 75% das unidades sanitárias em 2016 e 100% em 2018	75%	100%	

Verde: Metas alcançadas | Amarelo: Metas não alcançadas, mas acima de 90% | Vermelho: Meta não alcançada

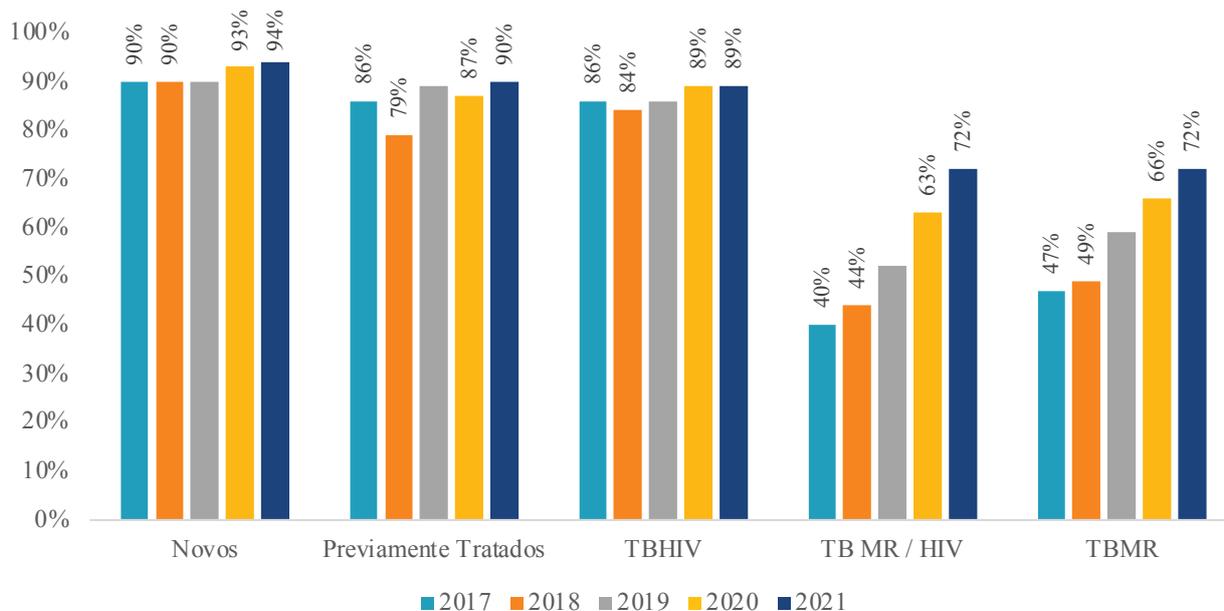
Fonte: Relatórios do Programa PNCP e Relatório Global TB 2021

O PNCT, em colaboração com a DNSP e o INS, conduziu com sucesso o seu primeiro inquérito nacional de prevalência entre Janeiro de 2018 e Janeiro de 2020. A pesquisa teve alta participação de mulheres em todas as regiões do país. A prevalência da tuberculose pulmonar em Moçambique é de 334/100.000 habitantes (IC 95%, 252-416). A prevalência de TB foi maior em indivíduos do sexo masculino infectados pelo HIV. Embora a participação do sexo feminino tenha sido maior, o conhecimento dos sintomas da TB foi maior no sexo masculino.

#### 4.1.1 CONCLUSÃO GERAL DO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM TB

A taxa de conclusão do tratamento bem-sucedido de TB sensível a medicamentos atingiu mais de 90% (Figura 9). A Taxa de Sucesso de Tratamento de ambos os pacientes com TB previamente tratados e PVHIV foi de 94%. Houve um aumento de 23% na Taxa de Sucesso de Tratamento dos casos de TB RR/MR entre 2018 (49%) e 2021 (72%) e um aumento de 28% no TST dos casos de TB RR/MR infectados com HIV entre 2018 (44%) e 2021 (72%). Moçambique alcançou uma cobertura de 98% do rastreio de HIV para os seus pacientes com TB recentemente diagnosticados, enquanto a cobertura de TARV para PVHIV era de cerca de 98%. O país também alcançou 100% de cobertura de TPT das crianças abaixo de cinco anos que são contactos domiciliários dos pacientes com TB bacteriologicamente confirmados. No entanto, a cobertura de TPT para pacientes com TARV é relativamente baixa.

Figura 9: Taxa de sucesso do tratamento em Moçambique, 2016 - 2021

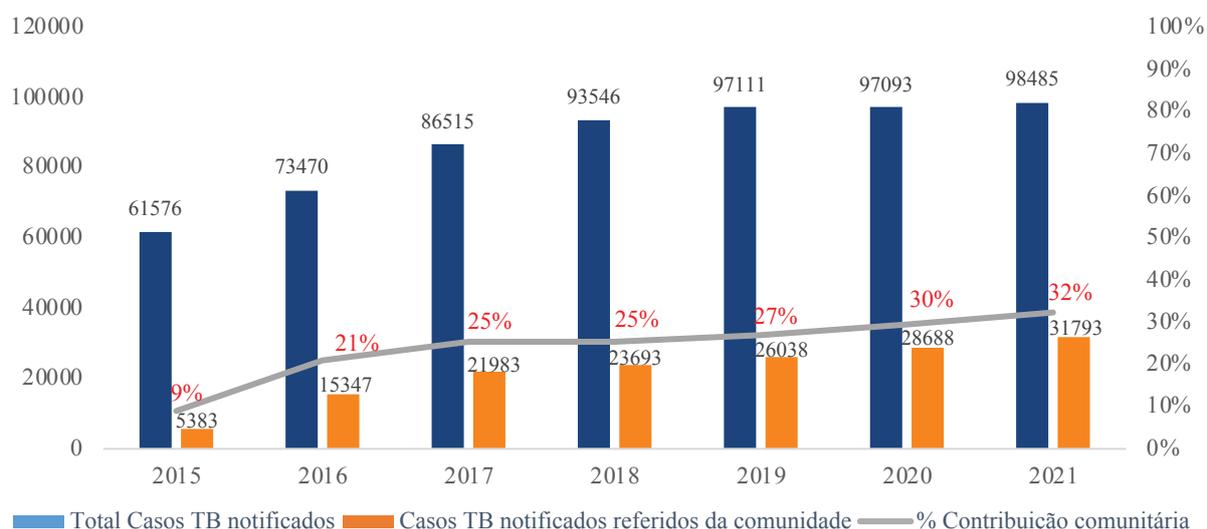


Fonte: Relatórios de desempenho do PNCT, 2017-2021

#### 4.1.2 HISTÓRIAS DE SUCESSO A NÍVEL DE COMUNIDADE

Moçambique apresentou alguns exemplos promissores a nível regional de respostas comunitárias melhoradas e de participação nos cuidados de TB, através das recentes colaborações conjuntas do PNCT, parceiros das Organizações da Sociedade Civil (OSC) e membros da comunidade, especialmente nas províncias da Zambézia e Nampula. O aumento da demanda por serviços de TB criada por meio de actividades intensificadas de mobilização e de engajamento da comunidade por activistas e redes comunitárias teve resposta adequada do sistema de saúde pública local, sensibilizado por uma colaboração frutífera. O envolvimento da comunidade resultou num aumento fenomenal na notificação de casos de TB nos últimos anos.<sup>28</sup> A detecção de casos na comunidade aumentou de 5.383 (9% de todos os casos de TB) em 2015 para 26.038 (27% dos casos) em 2019 (Figura 10)<sup>29</sup>. Em 2018 e 2019, esta abordagem colaborativa baseada na comunidade permitiu o rastreio de 70.007 contactos (em domicílios e nas comunidades próximas) de pacientes com índice de TB confirmados bacteriologicamente, e encontrando mais pessoas desaparecidas. Também ajudou 20.853 crianças com menos de cinco anos, contactos de TB, a iniciar a TPT nas unidades sanitárias locais.

Figura 10. Contribuição da comunidade para encontrar pessoas perdidas com tuberculose, 2015-2021



Fonte: Adaptado de Mozambique Country TB Report 2021

Da mesma forma, um projecto de demonstração colaborativa do PNCT e de parceiros locais de OSC para envolver e mobilizar as redes locais de pacientes curados de TB na detecção e cuidados de TB com base na comunidade no distrito de Matola, província de Maputo, mostrou resultados convincentes.

28 S Mukhopadhyay, Manhica I, Macuacua B, Soto A, Cassamo A, Holm B, Hallstrom H, Floriano A. A colaboração estratégica entre o PNCT Moçambique e parceiros da sociedade civil através do projecto apoiado pela USAID para melhorar a detecção de casos de TB nas províncias de Nampula e Zambézia, Moçambique. SOA22-1225-27. A 49ª Conferência Mundial da União sobre TB e Doenças Respiratórias

29 Relatório de TB do país em Moçambique, 2019.

### **4.1.3 EXPANSÃO DOS SERVIÇOS DE LABORATÓRIO DE TB**

O PNCT ampliou as redes de diagnóstico de TB. O programa introduziu a plataforma GeneXpert para o diagnóstico de TB, alocando pelo menos 1 aparelho de Xpert por distrito (total de distritos: 161). Actualmente o país conta com 173 laboratórios equipados com máquinas de genexpert com perspectivas de aumentar até 261 nos próximos 3 anos

Para a expansão da Microscopia de fluorescência, a rede de laboratórios possui 298 microscópios iLED e o PNCT adquiriu mais 163. Com objectivo de substituir a Microscopia de óptica pelo método de Ziehl-Neelsen por Microscopia de fluorescência pelo método da Auramina O, por este último possuir uma maior sensibilidade no diagnóstico e controlo da TB. Adicionalmente, o PNCT irá adquirir mais 200 microscópios iLED, nos próximos 3 anos.

Implementou-se um sistema de transporte de amostras de TB integrado (Projeto Amostra) financiado pela USAID para melhorar o acesso às máquinas de GeneXpert.

O PNCT pretende aumentar o acesso ao diagnóstico molecular da TB para os locais de difícil acesso e com fraco sistema de referenciamento de amostras. Para tal irá adquirir 60 equipamentos de TrueNat com capacidade de diagnosticar a TB e resistência à Rifampicina, nos próximos 3 anos.

Por forma a melhorar o sistema de referenciamento de amostras no país, o PNCT irá adquirir equipamentos de refrigeração para garantir a conservação e acondicionamento das amostras, durante o envio para os laboratórios de referência.

O PNCT expandiu os serviços de cultura de TB para mais 2 laboratórios, nomeadamente Carmelo e Manhiça. Assim o país passa a ter 5 laboratórios com capacidade de realização de exames de cultura.

Para reduzir o tempo de resposta nos resultados dos testes de sensibilidade às drogas de 1ª e 2ª linha, o PNCT apoiou a implementação dos testes de sensibilidade genotípicos através do ensaio Line Probe Assay (LPA) no Laboratório Nacional de Referência (LNRT) em Maputo e no Laboratório Regional de Referência (LRR) de Nampula.

Para a vigilância genómica de TB resistente em Moçambique, o PNCT irá implementar o sequenciamento genético para o rastreio das estirpes circulantes da TB e monitorar os tipos de mutações que possam influenciar a transmissão e patogenicidade para a melhoria do diagnóstico e tratamento dos pacientes com TB no país. O sequenciamento será implementado nos Laboratórios de Referência.

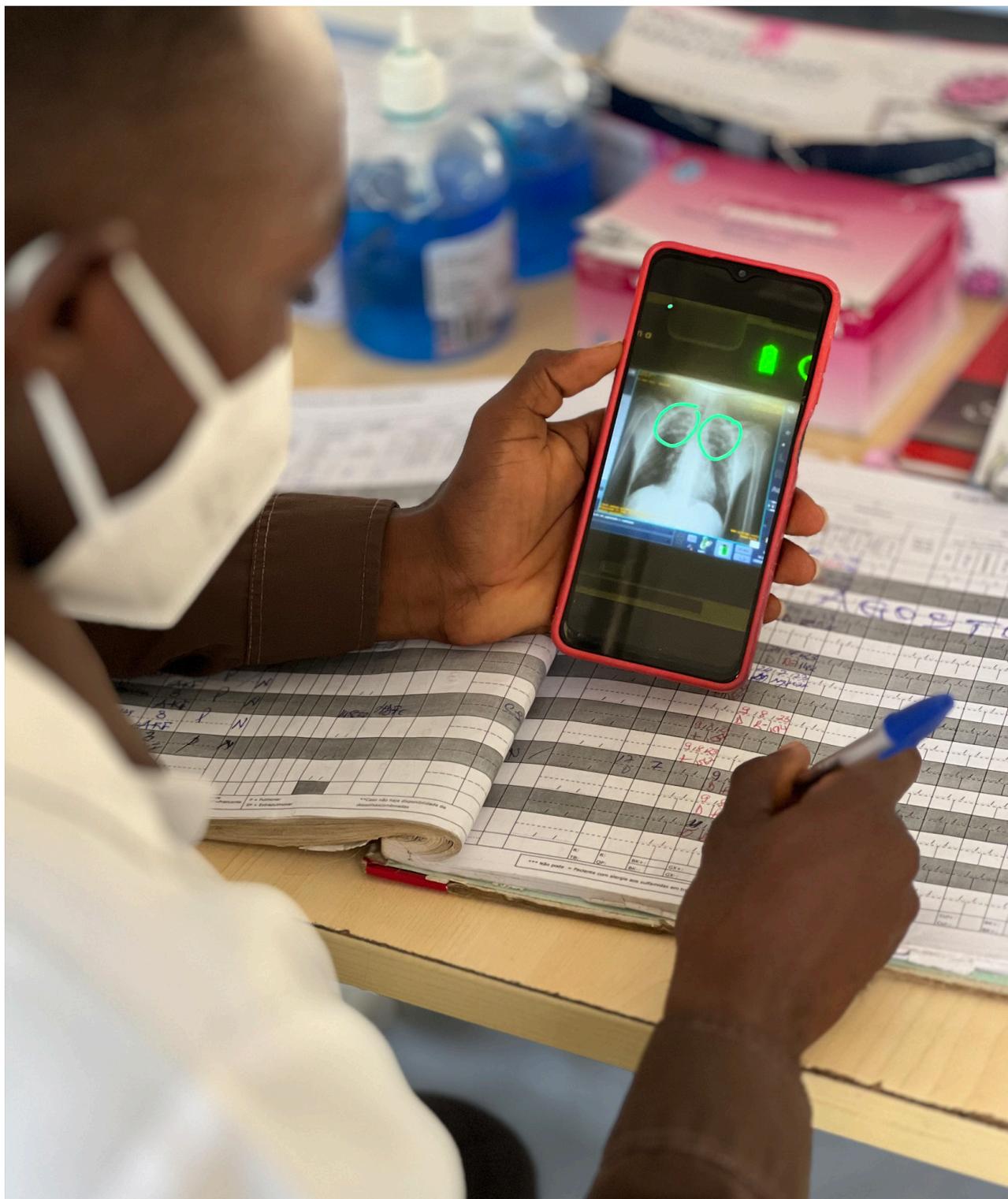
### **4.1.4 TRATAMENTO DE TB RESISTENTE A MEDICAMENTOS**

O país actualizou as suas directrizes de tratamento em 2019 para incluir regimes totalmente orais sem injectáveis. Os primeiros pontos de contacto do diagnóstico de TB-R são as unidades sanitárias com serviços de diagnóstico. Após o diagnóstico, os pacientes recebem tratamento individualizado sob o DOT institucional ou comunitário, se o paciente escolher esta abordagem. Os pacientes com complicações recebem cuidados em regime de internamento (a nível distrital ou provincial). Um activista treinado ou assistente do DOT administra o DOT. Os pacientes recebem aconselhamento mensal por provedores capacitados ao nível da US podendo estes ser psicólogos, técnicos de saúde mental ou o técnico afecto no sector da TB) nas unidades sanitárias, durante as consultas de seguimento. Uma pequena proporção de pacientes com TB-R também recebe do PNCT apoio financeiro para arcar com os seus custos de alimentação e de transporte.

Além disso, os parceiros da Sociedade Civil fornecem assistência complementar de adesão ao tratamento para os pacientes de TB-MR por meio de actividades baseadas na comunidade, como apoio psicossocial, educação familiar a nível familiar, recuperação de pacientes perdidos para acompanhamento e triagem sintomática de seus contactos domiciliários. Os pacientes com TBRR/MR são subsequentemente testados nos laboratórios de referência regionais e nacionais para a isoniazida, resistência às fluoroquinolonas e geridos de acordo com as directrizes de tratamento padrão. Todos os pacientes com TB-R, se forem positivos para o HIV, recebem aconselhamento e tratamento.

#### 4.1.5 INTRODUÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DIGITAL DE TB

Com início em maio de 2020, o PNCT conduziu com sucesso a implementação do SIS-TB nas províncias de Maputo, Maputo Cidade, Gaza e Inhambane. O processo começou com a capacitação dos supervisores distritais de TB e técnicos das Unidades Sanitárias no uso da Plataforma.



#### 4.1.6 COORDENAÇÃO DE DOADORES

As realizações relatadas nesta secção não seriam possíveis sem a colaboração de ONGs locais e internacionais e o apoio de doadores internacionais como o Fundo Global, USAID e Banco Mundial (Tabela 7). O que torna a colaboração frutuosa são os encontros regulares para avaliar o progresso das actividades e abordar as falhas e/ou desafios que afectam o Programa.

Tabela 7: Coordenação de doadores (2015-2020)

Doador	Projecto e Cobertura / Províncias	Áreas de Apoio
Fundo Global	Financiamentos TB / HIV (2017-2020) cobrindo todas as províncias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquisição de ferramentas de diagnóstico e medicamentos para os pacientes com TB, TB-DR e TPT</li> <li>• Capacitação das equipas de saúde, monitoramento e supervisão</li> <li>• Cuidado para os pacientes de TB ao nível comunitário, envolvendo OSCs e parceiros da comunidade.</li> </ul>
USAID <sup>30</sup>	Challenge TB (CTB) 2015-2019 em Sofala, Tete, Nampula, Zambézia e apoio técnico centralizado no PNCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprimoramento da triagem e teste de TB baseado na comunidade, envolvendo parceiros locais de OSCs e participantes da comunidade (activistas)</li> <li>• Promoção da descentralização do DOT (CB-DOT) e início do TPT</li> <li>• Implementação da Estratégia Encontrar activamente os casos, separá-los com segurança e tratá-los eficazmente (FAST) nas unidades sanitárias com vista a melhorar a notificação de casos.</li> <li>• Melhoria das capacidades de diagnóstico, especialmente por meio da ampliação do teste molecular rápido e laboratórios de referência.</li> <li>• Capacitação das equipas de saúde.</li> <li>• Colaboração das principais partes interessadas.</li> <li>• Suporte para gestão e análise de dados em estreita colaboração com o Fundo Global.</li> </ul>
Banco Mundial <sup>31</sup>	Projecto de Apoio à Tuberculose e Sistemas de Saúde da África Austral (2017-2021), em Gaza, Inhambane, província de Maputo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a cobertura e a qualidade dos serviços de controlo da tuberculose e doenças pulmonares ocupacionais em áreas geográficas específicas das comunidades de mineiras.</li> <li>• Fortalecer a capacidade local para gestão da carga de TB e doenças ocupacionais.</li> </ul>

<sup>30</sup> O projecto de resposta à TB em Moçambique (2020-2024) foi recentemente lançado nas províncias de Sofala, Tete, Nampula, Zambézia, em Moçambique, com o apoio da USAID e através da parceria entre o PNCT e organizações OSC.

<sup>31</sup> Moçambique é beneficiário do projecto do Banco Mundial, do Projecto de Sistemas de Saúde e Tuberculose da África Austral, e de outros países com alta carga como o Lesoto, Malawi e Zâmbia. A alocação total de fundos para este projecto regional é de 122 milhões de dólares.

---

## 4.2 PRINCIPAIS LIÇÕES APRENDIDAS (2014 - 2021)

Durante o período de implementação do PEN 2014-2019, o Programa teve como principais lições aprendidas, as seguintes:

- As abordagens baseadas na comunidade e colaboração de OSC ajudam a encontrar casos perdidos de TB. A abordagem colaborativa do PNCT, OSCs e membros da comunidade e redes é altamente eficaz para atender às crescentes demandas da comunidade com melhores serviços, bem como para melhorar a notificação de casos de TB;
- O envolvimento estratégico, a capacitação e a mobilização de pacientes curados com TB, familiares, membros de comunidades vulneráveis, Praticantes de Medicina Tradicional e activistas comunitários podem ajudar a encontrar os pacientes de TB desaparecidos, mitigar o estigma e os mitos sobre a TB e promover a igualdade de gênero na busca de saúde e estabelecer direitos dos pacientes com TB;
- O uso de algoritmos padronizados e a capacitação de provedores da linha da frente no atendimento de crianças pode melhorar o diagnóstico de TB pediátrica;
- O diagnóstico molecular rápido aumenta as notificações de TB-R, mas a manutenção das máquinas é necessária;
- O apoio para a adesão centrado no paciente pode melhorar a baixa taxa de sucesso do tratamento de TB-MR;
- Visitas domiciliares regulares de acompanhamento aos pacientes com TB-R melhor a sua adesão ao tratamento e a notificação de outros pacientes com TB na comunidade;
- A coordenação de doadores e a planificação conjunta são eficazes para evitar a duplicação de actividades e a sobreposição de áreas de implementação de projectos de vários doadores;
- Abordagens integradas são eficazes para tratar a TB, o HIV e doenças pulmonares ocupacionais em mineiros e outros grupos de Populações Chave vulneráveis;
- Se baseados na boa colaboração, apoio ao desenvolvimento de capacidades e na monitoria e partilha de conhecimentos, consórcio de ONGs parceiras com especializações diversas, sob o comando de um parceiro líder trabalham melhor e apresentam resultados satisfatórios;
- As reuniões regulares de revisão do projecto e actividades de acompanhamento ajudam a melhorar a qualidade da implementação e da monitoria do projecto;
- A coordenação e responsabilidade multisectoriais podem melhorar o alcance dos serviços de TB;
- Dados precisos, desagregados e em tempo real são valiosos e críticos para monitorar e impulsionar o desempenho aprimorado e
- Uso dos resultados de diversos estudos como TB-DR (MSF), TB Speed e RAPAED (INS) enriqueceram o conhecimento técnico, ajudam nas directrizes nacionais e tornam fontes de defesa do programa de TB.

### 4.3 DESAFIOS

Apesar do aumento na taxa de notificação de TB, a proporção de casos de TB pulmonar confirmados bacteriologicamente (TBP) é de 37% do total de casos notificados em 2021. Alguns factores que contribuem para a baixa confirmação bacteriológica incluem a colecta de amostras sua conservação e o sistema de transporte de amostra fraco. Cerca de 46% do total de pacientes com TB-DR notificados tiveram acesso a um diagnóstico rápido no momento do diagnóstico em 2019<sup>32</sup>. O país também enfrenta desafios para colectar e transportar amostras de regiões remotas e geograficamente isoladas devido às longas distâncias das unidades sanitárias. A colecta de amostras de unidades sanitárias sem laboratório para unidades sanitárias equipadas com laboratórios, de locais sem GeneXpert para diagnóstico para os com GeneXpert, não está totalmente estabelecida devido a recursos humanos e logísticos inadequados. Apenas 27% dos casos de tuberculose multirresistente tiveram acesso ao teste de sensibilidade aos medicamentos de segunda linha.

O diagnóstico de TB em crianças, em particular aquelas menores de cinco anos de idade também é um desafio, ligado à escassez de ferramentas adequadas de colecta de amostras (por exemplo, aspirado gástrico, indução de expectoração) e lacunas de conhecimento entre os profissionais de saúde. A carga de TB em adolescentes não é conhecida devido à falta de desagregação de dados para esta faixa etária.

O PNCT atribui particular atenção à gestão de TB em crianças afectadas por um pobre diagnóstico em crianças abaixo dos cinco anos e há planos em discussão para, em breve, se melhorar os procedimentos de diagnóstico neste grupo etário, não só pela expansão das abordagens clássicas, mas também pela introdução de outros métodos como a colheita de amostras e exame de fezes e a expansão da utilização de Raios X para o rastreio e de novos algoritmos de diagnóstico.

Outros desafios incluem altas taxas de mortalidade, especialmente na TB resistente a medicamentos e casos co-infectados. A baixa inclusão e conclusão de TPT também dificulta a gestão da TB. Cerca de 46% das PVHIV em TARV tiveram acesso ao rastreio, testagem da TB e oferta de TPT<sup>33</sup>. Infeciosidade prolongada de pacientes com TB devido a atrasos no diagnóstico de TB<sup>343536</sup>, tratamento incompleto (perda de seguimento, recaída, falência), exposição prolongada de sua família e contactos próximos na comunidade são os principais factores que levam a novas infecções (figura 11 e Anexo 1). A conversão da infecção em doença activa, principalmente devido à alta prevalência de HIV e desnutrição, contribui para a ocorrência de novos casos (incluindo recaídas) de TB do país. O atraso no diagnóstico de TB e o abandono ao tratamento são resultados de inadequações do sistema de saúde e da comunidade que precisam de atenção urgente para melhorar a prestação e utilização dos serviços de TB. É necessário enfrentar esses desafios para melhorar os serviços de TB e sua utilização.

32 Global TB Report 2020

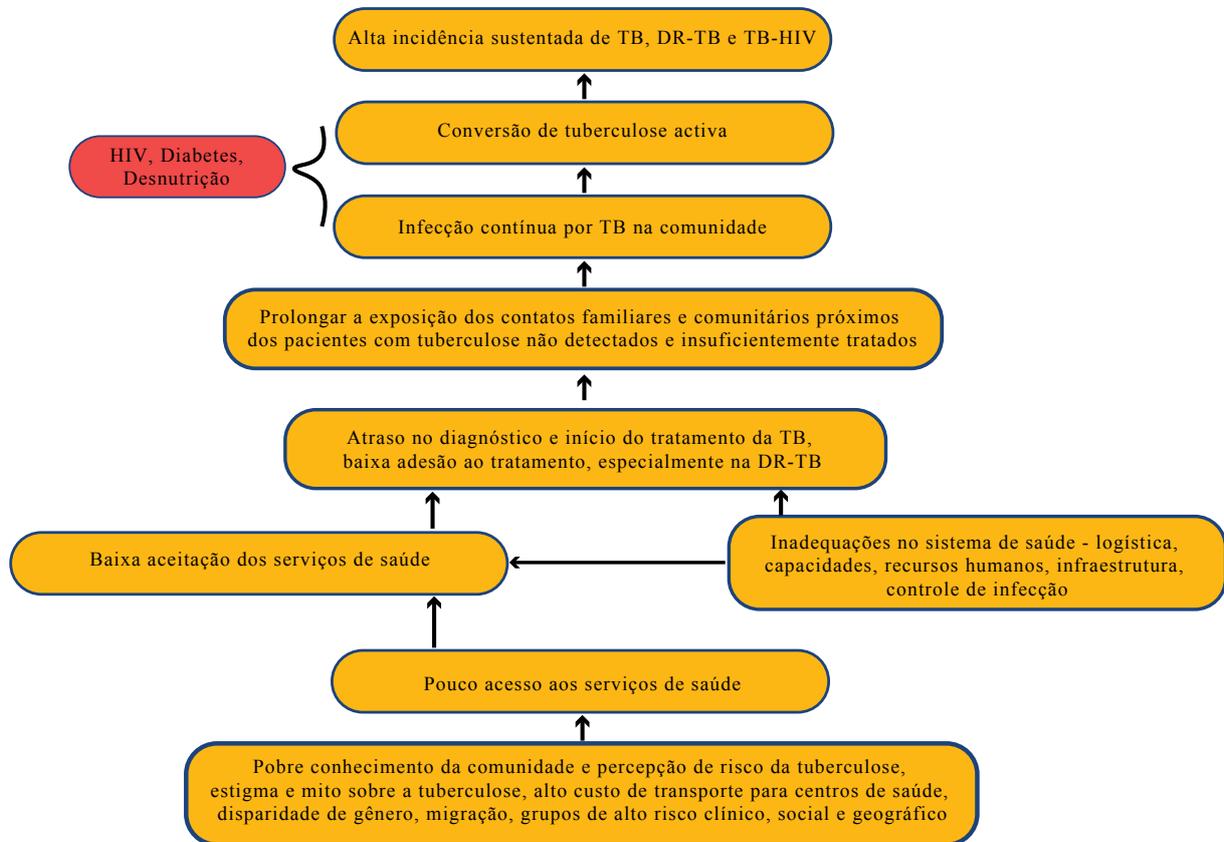
33 Relatório de Desempenho do Fundo Global de Moçambique (2017 - 2020)

34 Diagnóstico tardio e tratamento da tuberculose em pacientes HIV + em Moçambique: Uma análise de custo-efetividade de protocolos de triagem com base em quatro triagem de sintomas, baciloscopia, teste LAM de urina e Xpert MTB / RIF - S Orlando et al.

35 Atraso do paciente e do sistema de saúde em pacientes com tuberculose pulmonar na cidade da Beira, Moçambique - Abuchahama Saifodine et al.

36 Atraso no diagnóstico de tuberculose pulmonar em ambientes de baixa e média renda: revisão sistemática e meta-análise - Fentabil Getnet et al.

Figura 11. Factores que contribuem para a alta incidência de TB em Moçambique.



Os desafios no programa de TB de Moçambique, conforme acima descrito, podem ser amplamente classificados em três categorias relacionadas ao acesso aos serviços de TB, diagnóstico e notificação e tratamento apropriado. A Tabela 8 apresenta os desafios e sua magnitude. Essa classificação será útil para projectar e maximizar as intervenções estratégicas para resolver os desafios e entregar os resultados esperados que são necessários para tornar o país livre da TB.

**Tabela 8: Magnitude dos problemas de TB em Moçambique (2021)**

<b>Tipos de TB</b>	<b>Relacionado ao acesso: pacientes com TB ou pacientes com TB presuntiva ou aqueles elegíveis para TPT que têm acesso insatisfatório ou nenhum acesso aos serviços de saúde para TB</b>	<b>Relacionado ao diagnóstico: pacientes com TB que perdem o diagnóstico correcto de TB ou a notificação de TB independentemente do acesso aos serviços de saúde</b>	<b>Relacionado ao diagnóstico: pacientes com TB que perdem o diagnóstico correcto de TB ou a notificação de TB independentemente do acesso aos serviços de saúde</b>
TB todos os tipos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cerca de 30% da população remota não tem acesso às unidades sanitárias, o que também inclui TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total estimado de casos de TB perdidos que perderam o diagnóstico: 17.515</li> </ul>	Taxa de conclusão de tratamento <ul style="list-style-type: none"> <li>Casos novos e recaídas: 94%</li> <li>Casos previamente tratados: 89%</li> </ul>
TB-DR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apenas 77% do total de casos de TB notificados tiveram acesso ao Xpert no momento do diagnóstico</li> <li>Apenas 53% dos novos casos de TB confirmados bacteriologicamente tiveram acesso ao teste Xpert</li> <li>Apenas 27% dos casos de TB RR / MDR tiveram acesso a SL (FQ) DST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Total estimado de casos perdidos de TB-DR que perderam o diagnóstico: 340</li> </ul>	Taxa de conclusão de tratamento <ul style="list-style-type: none"> <li>Casos RR / MDR - 72%</li> <li>Casos XDR - 81%</li> </ul>
TB Latente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apenas 46% das PVHIV em TARV tiveram acesso a serviços de triagem, testes e TPT para TB<sup>37</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Casos sem infeção por Tuberculose/ infeção desconhecida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclusão do TPT não é conhecido até agora pois os dados são controlados por um outro programa</li> </ul>
PVHIV		<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimativa de casos de HIV que não foram rastreados para TB: 4704</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de conclusão do tratamento em PVHIV: 89%</li> </ul>

Fonte: Adaptado do Global TB Report 2022

37 Relatório de Desempenho do Fundo Global de Moçambique (2017 - 2020)

# SECÇÃO 5: VISÃO, MISSÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES E OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS 2023-2030

## 5.1 A VISÃO, MISSÃO E META DE IMPACTO

### 5.1.1 VISÃO

Tornar Moçambique livre de tuberculose até 2030.

### 5.1.2 MISSÃO

Reduzir a ocorrência de novos casos de tuberculose em Moçambique e a mortalidade por tuberculose, oferecendo serviços de qualidade e centrados no paciente.

### 5.1.3 META DE IMPACTO

- Redução na incidência de tuberculose de 361/100.000 pessoas em 2021 para 240/100.000 em 2030.
- Redução da mortalidade por tuberculose de 43/100.000 pessoas em 2021 para 13/100.000 em 2030.

## 5.2 PRINCÍPIOS ORIENTADORES

O Plano Estratégico Nacional para a Eliminação da TB 2023-2030 apresenta estratégias e intervenções de alta prioridade, baseadas em evidências e impactantes. Segue uma abordagem baseada nos direitos fundamentais consagrados na Política Nacional de Saúde e traduzidos no Plano Estratégico do Sector de Saúde. É um plano ambicioso com metas alinhadas com a Estratégia para Acabar com a TB<sup>38</sup>, a declaração política da UNHLM e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (3.3). Os princípios orientadores incluem:

- Respeito pelos Direitos Humanos Universais, ética, equidade e gênero;
- Acesso gratuito a todos os serviços completos de tuberculose;
- Foco em estratégias económicas e sustentáveis no Sistema Nacional de Saúde;
- Integração dos serviços e cuidados tuberculose na Atenção Básica à Saúde e nas actividades do Sistema Nacional de Saúde;
- Participação conjunta de todos os prestadores da rede de saúde pública, privada e comunitária na prestação de cuidados de tuberculose;
- Actividades a nível comunitário com o envolvimento activo da sociedade civil e provedores informais de saúde na detecção e tratamento de casos de TB;
- PEN baseado em evidências e orientado para Resultados, utilizando a Planificação, Gestão e Monitoria e Avaliação;
- Concentrar-se em alcançar objectivos ambiciosos, mas realistas, ao mesmo tempo que advoga por recursos internos em um ambiente de mudança nos mecanismos de ajuda internacional, incluindo a eventual redução na disponibilidade de fundos externos.

38 Folha de dados: Estratégia e metas globais de TB pós-2015. [https://www.who.int/tb/post2015\\_TBstrategy.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1)

### 5.3 OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

O PEN propõe três objectivos estratégicos alinhados aos pilares da estratégia END TB como segue:

**Objectivo Estratégico 1:** Detectar todos os casos de TB Sensível e Resistente aos medicamentos (incluindo em crianças e adolescentes), e aqueles elegíveis para TPT e garantir o início do tratamento em tempo adequado e conclusão bem-sucedida.

#### Sub-objectivos estratégicos

- Identificar 90% dos casos de TB esperados (crianças, adolescentes e adultos) e oferecer tratamento adequado a todos;
- Identificar 90% dos casos de TB esperados em populações vulneráveis, oferecer tratamento adequado a todos eles e tratar com sucesso 90% deles;
- Identificar todos os contactos de casos de TB e iniciar o TPT para todos os contactos elegíveis;
- Aumentar a cobertura da rede de diagnóstico laboratorial com atenção especial aos testes rápidos;
- Identificar todos os casos esperados de tuberculose resistente (crianças, adolescentes e adultos) e oferecer tratamento adequado e
- Tratar com sucesso 90% ou mais de todos os pacientes com tuberculose sensível e resistente aos medicamentos, independentemente da idade e do seu estado serológico para HIV.

**Objectivo Estratégico 2:** Criar um sistema de suporte que acelere a detecção e a conclusão bem-sucedida do tratamento curativo e preventivo.

#### Sub-objectivos estratégicos

- Promover a alocação de mais recursos financeiros domésticos para alcançar os objectivos estratégicos e
- Construir, fortalecer e manter políticas capacitadoras, instituições capacitadas, colaboração multisectorial, comunidades engajadas e recursos humanos com capacidades aprimoradas.

**Objectivo estratégico 3:** Promover pesquisa e abordagens inovadoras para um melhor atendimento centrado no paciente.

#### Sub-objectivos estratégicos

- Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para melhorar o controlo da TB e
- Estabelecer parcerias para promover a pesquisa sobre a TB no país/mobilizar capacidades e recursos para a pesquisa sobre a TB.

## SECÇÃO 6: INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS E ACTIVIDADES PRINCIPAIS

### 6.1 ESTRUTURA GERAL DO PEN

O PEN 2023-2030 propõe estratégias e intervenções críticas alinhadas a uma abordagem centrada no paciente ao longo da continuidade de cuidados, abordando especificamente as barreiras ao acesso, diagnóstico e tratamento, maximizando a detecção de casos e otimizando a conclusão bem-sucedida do tratamento. Essas intervenções serão apoiadas por políticas favoráveis ao paciente, envolvimento da comunidade, colaboração multisectorial, gestão da cadeia de suprimentos bem estabelecida, recursos domésticos aprimorados e compromisso político intensificado. Além disso, pesquisa relevante, monitoria e avaliação robustas e sistemas de informações estratégicas digitalizados. As intervenções propostas e actividades relacionadas estão vinculadas aos Pilares Estratégicos para Acabar com a TB, conforme apresentado na tabela 9.



Tabela 9: Estrutura do PEN

**Visão: Tornar Moçambique livre da tuberculose até 2030**

**Missão:** Reduzir a ocorrência de novos casos de tuberculose em Moçambique e a mortalidade por tuberculose, oferecendo serviços de qualidade e centrados no paciente

**Meta de impacto:**

- Redução na incidência de tuberculose de 361/100.000 pessoas em 2022 para 240/100.000 in 2030.
- Redução da mortalidade por tuberculose de 43/100.000 pessoas em 2022 para 13/100.000 in 2030.

Sub-objectivos estratégicos	Intervenções Estratégicas	Actividades Chave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar 90% dos casos de TB esperados (crianças, adolescentes e adultos) e oferecer tratamento adequado a todos eles;</li> <li>• Identificar 90% dos casos de TB esperados em populações vulneráveis, oferecer tratamento adequado a todos eles para tratar com sucesso 90% deles;</li> </ul>	<p>Melhorar o acesso aos serviços de TB</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerar demanda da comunidade, envolvimento da comunidade nos cuidados de TB para os serviços de TB e abordar as barreiras ligadas aos Direitos Humanos e Género que impedem o acesso;</li> <li>• Melhorar o nível de literacia em TB</li> <li>• Detecção activa de casos na população-chave e vulnerável, incluindo PVHIV e contactos domiciliares dos pacientes com TB de índice;</li> <li>• Melhorar a triagem e testagem de TB nas USs para todas as portas de entrada de atendimento de crianças, adolescentes e adultos, incluindo sectores de atendimento de pacientes com HIV, malnutrição, diabetes mellitus;</li> <li>• Implementar a radiografia do torax para rastreio de TB e classificação de severidade da doença TB;</li> <li>• Colecta, armazenamento e transporte de amostras, incluindo amostras pediátricas;</li> <li>• Fortalecer os serviços de referência da comunidade para os serviços;</li> <li>• Integrar os serviços de TB com os serviços existentes de base comunitária, intervenções de atenção primária à saúde por meio de brigadas móveis, incluindo Projectos de HIV e</li> <li>• Engajamento do sector privado para melhorar a notificação de casos de TB ao PNCT.</li> </ul>

Sub-objectivos estratégicos	Intervenções Estratégicas	Actividades Chave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a cobertura da rede de diagnóstico laboratorial com particular atenção aos testes rápidos</li> </ul>	<p>Melhorar o diagnóstico de TB nas unidades sanitárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipar unidades sanitárias periféricas com ferramentas de diagnóstico de TB recomendadas (Xpert, microscópio LED e raios-X) incluindo os respectivos suprimentos;</li> <li>• Substituir o teste microscópico binocular pelo teste Xpert, como o teste de primeiro contacto de TB;</li> <li>• Implementar a testagem de fezes no Xpert MTB Rif Ultra;</li> <li>• Aumentar o número de laboratórios de referência para expandir os testes de resistência a FLD e SLD, incluindo cultura para susceptibilidade a drogas e monitoria de tratamento e outros testes de TB recomendados;</li> <li>• Controlo de qualidade das unidades de diagnóstico de TB;</li> <li>• Manutenção anual do equipamento de diagnóstico nas unidades sanitárias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar com sucesso 90% ou mais de todos os pacientes com tuberculose sensível aos medicamentos, independentemente de seu estado sorológico;</li> <li>• Identificar todos os casos incidentes de tuberculose resistente e oferecer tratamento adequado;</li> <li>• Identificar todos os contactos de casos de TB e iniciar o TPT para todos os contactos elegíveis e</li> </ul>	<p>Melhorar os resultados de tratamento da tuberculose</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento da tuberculose sensível a medicamentos;</li> <li>• Gestão programática de resistentes a medicamentos -TB;</li> <li>• Tratamento da tuberculose em crianças e adolescentes;</li> <li>• Gestão programática de infecção latente de tuberculose, incluindo a adoção e expansão de regimes curtos de TPT e implementação do TPT na comunidade;</li> <li>• Actividades colaborativas TB/HIV e Comorbidades (TB e diabetes. TB e desordens relacionadas ao abuso do álcool, tabagismo, malnutrição, doença mental e outras doenças crónicas);</li> <li>• Cuidados de TB em situações de emergências;</li> <li>• Protecção dos pacientes com TB em situação de pandemia, por exemplo, a COVID-19;</li> </ul>

Sub-objectivos estratégicos	Intervenções Estratégicas	Actividades Chave
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transversais</li> </ul>	<p>Garantir serviços de TB de qualidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditoria de instalações de saúde e laboratórios;</li> <li>• Entrevista aos profissionais de saúde;</li> <li>• Verificar a qualidade da actividade de extensão da TB;</li> <li>• Avaliar de forma sistemática o nível de satisfação dos pacientes com TB;</li> <li>• Fornecer feedback sobre as avaliações de controlo de qualidade e fazer o acompanhamento;</li> <li>• Adoptar políticas de apoio e amigáveis ao paciente para melhorar e elevar a qualidade dos serviços;</li> <li>• Garantir a provisão de serviços humanizados e centrados nas necessidades dos pacientes;</li> <li>• Prover assistência psicológica, social e mental aos pacientes e seus familiares afetados pela Tuberculose;</li> </ul>
	<p>Prevenção de TB e Controlo de Infecção</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar as medidas de Controlo de Infecção (administrativas, ambientais e de protecção respiratória)</li> </ul>

<b>Pilar Estratégico 2: Políticas Aarrojadas e Ssistemas de sSuporte</b>		
<b>Objectivo Estratégico: Criar um sistema de suporte que acelere a detecção e melhore os resultados de tratamento curativo e preventivo de TB</b>		
<b>Sub-objectivos estratégicos</b>	<b>Intervenções Estratégicas</b>	<b>Actividades Chave</b>
	Gestão, monitoramento e coordenação do programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a supervisão e a monitoria dos serviços do PNCT para aprimorar a tomada de decisão oportuna no nível de liderança;</li> <li>• Capacitação para aprimorar as habilidades de liderança;</li> <li>• Melhorar a gestão programática e financeira e aumentar os recursos técnicos nas províncias e distritos;</li> <li>• Assegurar assistência técnica de fontes externas, de acordo com as necessidades ;</li> <li>• Reduzir o tempo de espera para compras;</li> </ul>
Construir, fortalecer e manter políticas capacitadoras, instituições capacitadas, colaboração multisectorial, comunidades engajadas e recursos humanos com capacidades aprimoradas e infraestruturas	Reforçar a aquisição e gestão da cadeia de abastecimento (PSM) de medicamentos e insumos de diagnóstico para TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir todos os medicamentos anti tuberculose e consumíveis de laboratório na plataforma eletrônica de gestão da cadeia de suprimentos (SIGLUS);</li> <li>• Melhorar as condições de distribuição e armazenamento e</li> <li>• Aumentar a retenção e as capacidades dos recursos humanos que estão envolvidos no PSM, e DSM</li> </ul>
	Colaboração multisectorial e responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforçar a coordenação multisectorial e as reuniões de prestação de contas;</li> <li>• Desenvolver, implementar e rever o Quadro de responsabilidade multisectorial (MAF) e</li> <li>• Formar comités de eliminação da tuberculose ao nível central e provincial.</li> </ul>
	Advocacia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advocacia da tuberculose a nível político, programático e dos mídia.</li> </ul>
	Sistema de protecção social e apoio ao paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar protecção social dos pacientes com tuberculose, através da sua inclusão nos diferentes mecanismos de suporte social existentes nos pais.</li> </ul>
	Melhorar as funções dos parceiros baseados na comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar parceiros comunitários e organizações da sociedade civil e</li> <li>• Melhorar os papéis dos parceiros comunitários no tratamento da TB</li> </ul>
	Infraestrutura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformar/construir sectores do PNCT nas unidades sanitárias.</li> </ul>
Promover a alocação de mais recursos financeiros domésticos para atingir os objectivos estratégicos	Mobilização de recursos para eliminação da tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilizar recursos para financiar o PEN e</li> <li>• Assegurar o fluxo financeiro das actividades de TB</li> </ul>

<b>Pilar Estratégico 3: Promover a pesquisa e a inovação</b>		
<b>Objectivo Estratégico: Promover pesquisas e abordagens inovadoras para um melhor atendimento centrado no paciente</b>		
<b>Sub-objectivos estratégicos</b>	<b>Intervenções Estratégicas</b>	<b>Actividades Chave</b>
Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para melhorar o controlo da TB	Fortalecer os sistemas de vigilância e notificação de TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a monitoria e a redação dos relatórios;</li> <li>Implementar a Plataforma de registo electrónico e gestão de pacientes com tuberculose, o SIS-TB;</li> <li>Ligar o SIS-TB a outras ferramentas eletrónicas;</li> <li>Expandir a implementação do registo electrónico do rastreio de TB na comunidade;</li> <li>Fazer o mapeamento de locais/pontos críticos de TB por meio de tecnologias de Sistema de Informação Geográfica;</li> <li>Acelerar o processo de capacitação dos técnicos da área de Monitoria e Avaliação e</li> <li>Implementar a directriz de melhoria de qualidade da TB.</li> </ul>
Estabelecer parcerias para promover a pesquisa da TB no país / mobilizar capacidades e recursos para a pesquisa sobre da TB	Pesquisa em TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar o escopo institucional e a capacidade de pesquisa em TB;</li> <li>Abordar questões relacionadas à Pesquisa Operacional e de Implementação;</li> <li>Realizar pesquisas operacionais (detecção de casos, localização de casos, tratamentos e prevenção de TB) para melhorar o atendimento aos pacientes com TB e</li> <li>Realizar estudo de viabilidade para tornar o país livre da tuberculose por meio de implementação de acções rápidas.</li> </ul>

## **6.2 Intervenções Estratégicas e Actividades Principais**

### **6.2.1 MELHORAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE TB**

Com a melhoria do acesso aos serviços de TB, o PNCT vai ter a possibilidade de identificar 90% dos casos de TB incidentes na população geral e tratá-los de forma adequada. O PNCT também identificará 90% dos casos de TB incidentes no grupo de Populações Chave e vulneráveis (PCV). Esta intervenção abordará as barreiras para as quatro dimensões de acesso (disponibilidade, acessibilidade geográfica, acessibilidade e aceitabilidade) <sup>39</sup>. As actividades propostas no âmbito desta intervenção respondem às barreiras de acesso do lado da procura e da oferta, mobilizando as comunidades e aproximando serviços de qualidade (especialmente as PCVs), respectivamente. O Anexo 2 resume as abordagens críticas para melhorar o acesso aos serviços de TB.

#### **Actividades Chave**

##### **6.2.1.1 Gerar demanda da comunidade para serviços de TB**

O PNCT envolverá as OCBs locais, ONGs parceiras e activistas para gerar demanda de serviços de diagnóstico e tratamento de TB com garantia de qualidade, incluindo tratamento preventivo para contactos domiciliários e PVHIV por meio de interações directas com os membros da comunidade. O PNCT também desenvolverá canais de comunicação multifacetados para a alfabetização da comunidade sobre TB, aumentando ainda mais a geração de demanda para serviços de diagnóstico e tratamento de TB.

A geração de demanda da comunidade para serviços de TB incluirá:

- Propagar mensagens de educação sobre TB por meio de vários canais de comunicação (incluindo os média sociais e rádios comunitárias) para fortalecer os serviços de TB na comunidade e nas unidades sanitárias;
- Capacitar professores para a divulgação de mensagens sobre TB e aumentar a literacia sobre TB em crianças e adolescentes e
- Conduzir actividades de Comunicação para Mudança de Comportamento (CMC) e Comunicação para Mudança Social (CMS) na comunidade.

##### **6.2.1.2 Envolvimento da comunidade**

O envolvimento das comunidades afectadas e infectadas na defesa de direitos e na prestação e monitoramento de serviços baseados na comunidade foi altamente eficaz em projectos de HIV em todo o mundo. As lições críticas de tal envolvimento da comunidade se estenderam aos serviços de TB. Moçambique já tem uma organização de base comunitária funcional de pacientes curados com TB (sobreviventes de TB) <sup>40</sup>. Com a ajuda da Parceria Stop TB, o país implementou com sucesso um projecto que demonstra o papel dos sobreviventes da TB em gerar demanda para serviços de TB e atingir os casos de TB perdidos na comunidade. O envolvimento de activistas comunitários na mobilização dos membros da comunidade no acesso aos serviços de TB das unidades sanitárias contribuiu para o aumento observado na taxa de notificação de TB. A experiência comunitária do uso da Plataforma OneImpact para o reporte e monitoria das vivências dos pacientes com TB em relação aos serviços de saúde, tem se mostrado funcional e com dados que podem orientar o programa na tomada de decisões. Esta informação encoraja o PNCT a avaliar a plataforma como uma ferramenta a ser expandida no contexto das intervenções ligadas à Monitoria Liderada pela Comunidade (MLC). A diretriz de melhoria de qualidade irá incluir como um dos pilares o engajamento da comunidade na melhoria da qualidade dos serviços.

39 [https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr\\_jacobs\\_ir\\_barriershealth2011.pdf](https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_jacobs_ir_barriershealth2011.pdf)

40 MCT - Movimento Contra Tuberculose / Movimento Contra a Tuberculose

O PEN elaborou as actividades a seguir descritas com base nessas experiências, colaborando com ONGs parceiras e activistas:

- Mobilizar e advogar junto aos líderes comunitários, professores, líderes religiosos e representantes eleitos para participar na mobilização de recursos a nível local e na planificação das actividades para o controlo da TB;
- Envolver grupos comunitários de mulheres, meninas, jovens, praticantes de medicina tradicional, estudantes, professores e líderes religiosos para apoiar pessoas afectadas por TB e populações chaves e vulneráveis no acesso aos serviços de TB e monitorar a sua adesão ao tratamento, usando aplicativos móveis como o OnelImpact;
- Motivar e mobilizar as redes de sobreviventes da TB para apoiarem actividades de conscientização para TB e apoiar no tratamento dos pacientes a nível da comunidade e
- Incluir e/ou rever o pacote de tuberculose nos currículos educacionais de escolas e faculdades.

### **Praticantes de Medicina Tradicional (PMT)**

O PNCT irá mapear, treinar e acompanhar os PMTs durante o curso regular de treinamento dos agentes comunitários de saúde para melhorar o encaminhamento de casos presuntivos de TB para as Unidades Sanitárias. A Direcção de Medicina Tradicional e Alternativa do MISAU já havia mostrado resultados promissores no fornecimento de treinamento em saúde para os PMTs e seu envolvimento no encaminhamento de casos presuntivos de TB para as unidades sanitárias públicas.

#### **6.2.1.3 Abordar Direitos Humanos e questões / barreiras relacionadas ao género**

A literacia das pessoas afectadas pela TB, em relação às questões ligadas aos direitos humanos, continuam a ser um desafio. As pessoas, especialmente aquelas que são pobres, desprivilegiadas e marginalizadas, não têm ideia sobre seus direitos e prerrogativas como cidadãos de um país democrático. A disparidade de género persistente e o baixo posicionamento das mulheres na família com baixo nível na tomada de decisões e baixa participação na renda familiar muitas vezes impedem o seu acesso e a utilização dos serviços de saúde, incluindo aqueles afectados pela TB. Uma avaliação de base das barreiras aos serviços de HIV e TB em 2018 identificou barreiras críticas em direitos humanos essenciais e relacionadas ao género nos serviços de TB incluindo atrasos no diagnóstico, estigma relacionado com a doença (formas de transmissão), longas filas de esperas nas unidades sanitárias, a ausência de suporte nutricional para pacientes com TB, a ausência de um programa de apoio psicossocial abrangente e a falta de conhecimento geral sobre TB ou TB-MR na comunidade <sup>41, 42</sup>

41 Avaliação de Base em Moçambique - Ampliação de Programas para Reduzir Barreiras Relacionadas aos Direitos Humanos aos Serviços de HIV e TB 2018

42 De Schacht C, Mutaquiha C, Faria F, Castro G, Manaca N, Manhica I, et al. (2019) Barreiras de acesso e adesão aos serviços de tuberculose percebidas pelos pacientes: Um estudo qualitativo em Moçambique. PLoS ONE 14 (7): e0219470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219470>

---

Observações específicas sobre barreiras relacionadas ao gênero na procura de serviços de tuberculose não estão disponíveis em Moçambique. No entanto, uma revisão sistemática de estudos qualitativos revelou que as mulheres sofrem dependência financeira e física; menor nível de alfabetização geral; estigma doméstico e crenças convencionais mais arraigadas. Em contraste, os homens enfrentavam barreiras físicas e financeiras relacionadas com trabalho e estigma baseado na comunidade, impedindo o seu acesso aos serviços de TB<sup>43</sup>. O PNCT vai abordar as barreiras relacionadas com os direitos humanos e as barreiras relacionadas ao gênero por meio de uma abordagem integrada em parceria com ONGs e activistas. As actividades específicas serão descritas em um plano de acção que poderá incluir:

- Organizar programas de alfabetização com base em direitos, com enfoque de gênero e redução do estigma na comunidade e em instituições académicas para orientar as pessoas, especialmente líderes comunitários, líderes religiosos, professores, mulheres, meninas e alunos de escolas sobre direitos democráticos e direitos humanos, direitos reprodutivos e direitos dos pacientes, dissipar estigma, mitos e equívocos sobre TB e como fazer uma avaliação de risco para si próprio e lidar com as barreiras de acesso aos serviços;
- Abordar as questões da comunidade que impedem o acesso ao sistema de saúde, envolvendo membros do sexo masculino, grupos locais de mulheres, líderes comunitários e activistas para ajudar e mobilizar as mulheres para o acesso aos serviços de saúde;
- Divulgar as leis de trabalho nos locais de trabalho para permitir que os empregados, especialmente os homens, tenham acesso a tratamento e continuem o tratamento sem perder seus empregos;
- Adotar estratégias especiais para atingir os homens (15-45 anos) em grande número com serviços de educação e rastreio de TB em locais de trabalho e outros locais com conglomerados, geralmente lotados de homens.
- Fortalecer e expandir a Central de Ajuda da comunidade, onde todos os cidadãos, incluindo as mulheres podem reportar qualquer violação dos seus direitos, enquanto acessam aos serviços de TB e de saúde,
- Integrar os serviços de TB com os programas existentes sensíveis ao gênero, como mitigação da violência baseada no gênero (VBG);
- Estabelecer um sistema paralegal para orientar, apoiar e aconselhar os pacientes a obter cuidados que respeitem a sua dignidade como pessoa, tanto ao nível da US, bem como da comunidade;
- Estabelecer canais amigáveis ao paciente onde os pacientes possam expressar livremente os desafios de adesão ao tratamento, reacções adversas a medicamentos (RAMs) e outros constrangimentos relacionados com o tratamento;
- Usar os actuais comités de saúde na comunidade/comités de gestão nas unidades sanitárias para incluir discussões de questões relacionadas à TB (diagnóstico, tratamento, referências, etc.) e
- Organizar reuniões regulares entre os pacientes de TB e seus familiares para partilhar conhecimentos, experiências e desafios relacionados com o diagnóstico, tratamento, cuidados sobre a TB e apoio.

---

43 Lakshmi Krishnan, Tokunbo Akande, Anita V. Shankar, Katherine N. McIntire, 1 Celine R. Gounder, Amita Gupta e Wei-Teng Yang. Barreiras relacionadas ao gênero e atrasos no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento da tuberculose: uma revisão sistemática de estudos qualitativos. Tuberculose Research and Treatment. Volume 2014 | ID do artigo 215059 | 14 páginas

#### 6.2.1.4 Descoberta de caso activos em população chave e vulnerável

“Populações -chave” de TB são pessoas vulneráveis ou em risco de infecção e doença por TB <sup>44</sup>. Elas potencialmente constituem uma proporção significativa de casos de TB perdidos. Os casos de TB perdidos correm o risco potencial de ser resistentes aos medicamentos devido ao tratamento tardio, inadequado e tratamento incompleto. Devido a uma série de barreiras sociais, económicas, culturais e outras, as populações -chave de TB não podem ter acesso à saúde e a outros serviços de apoio e assim se beneficiarem mais das intervenções direcionadas à TB. Moçambique tem cerca de 10,5 milhões de PCVs listados como se mostra na tabela 10.

Tabela 10: Estimativas de algumas populações -chave e vulneráveis em Moçambique

Grupo PCVs	Estimativa	Vulnerabilidade à TB	Referências
PVHIV	2.222.789	Imunidade fraca	COP 2019
Mineiros	251.025	Maior exposição à poeira de sílica e migração	Portal de dados de migração
Reclusos	15.072	Conglomerados superlotados	Prisonstudies.org
Refugiados	31.200	Conglomerados superlotados	ACNUR
População difícil de alcançar (30% da população total não tem acesso a cuidados de saúde)	7907.316	Sem acesso a serviços de diagnóstico e tratamento de TB e informação devido a longas distâncias para unidades sanitárias e isolamento geográfico	Visão geral da estratégia de cooperação com o país (2014-15) OMS para Moçambique
<b>Total</b>	<b>10545973</b>		

Alcançar as populações-chave de TB seria possível com o aprimoramento estratégico da triagem e teste de TB. O PNCT adoptou várias medidas para localizar pessoas desaparecidas, incluindo PVC's. Essas medidas incluem a expansão das redes de diagnóstico de TB, principalmente com testes moleculares rápidos, a detecção intensiva de casos de TB em ambientes conglomerados (prisões e campos de refugiados) e o intenso envolvimento de OSCs e activistas parceiros da comunidade.

Este PEN busca construir sobre conquistas anteriores e lições aprendidas para intensificar os esforços de encontrar pessoas desaparecidas entre os grupos PVC's. Nesse sentido, o PNCT e os parceiros intensificarão os esforços de triagem usando radiografias digitais de tórax com detecção auxiliada por computador (CAD) para interpretar os achados da radiografia e identificar anormalidades, mesmo em ambientes de atenção primária à saúde sem radiologistas qualificados. O PNCT também utilizará carros móveis de saúde com máquinas portáteis Xpert MTB/Rif e máquinas de raios-X digitais.

O PNCT identificou os grupos PCVs apresentados na tabela 11. Esta secção aborda intervenções para prisioneiros, profissionais de saúde, contactos domiciliários e comunidades de mineração e pessoas que vivem em ambientes conglomerados. Intervenções para PVHIV, crianças, pessoas com diabetes, doenças mentais e doenças pulmonares ocupacionais são abordadas em outras secções.

44 Guia de campo StopTB 1: Detecção de casos de TB com populações-chave. Parceria StopTB 2018. [stoptb.org/resources](http://stoptb.org/resources)

Tabela 11: Grupos PVC's considerados no PEN

**De alto risco clínico:** PVHIV, Malnutridos, diabéticos, doenças pulmonares ocupacionais, uso de drogas injectáveis;

**Risco geograficamente alto:** População remota e de difícil alcance, como a que vive em ilhas, montanhas, florestas, em regiões de conflito ou longe das unidades sanitárias;

**De alto risco social:** Conglomerados superlotados (estabelecimentos penitenciários, bairros suburbanos pobres, comunidades mineiras, refugiados e emigrantes), contactos domiciliários, idosos, pessoas portadoras de deficiência física e mental, sem-abrigo, crianças, mulheres e idosos, profissionais de saúde.

Actividades específicas de localização de casos activos para os PVCs seleccionados sob esta intervenção incluem:

- **Comunidades de mineiros:** educação porta-a-porta sobre TB, redução do estigma, detecção activa de casos por meio de rastreamento sintomático de TB, Raio-X de tórax e colecta de escarro e transporte para locais de Xpert Rif/MTB.
- **Prisioneiros:** O foco está nas 14 prisões prioritárias. As actividades incluirão triagem (Raio-X digital sintomático e portátil) e teste Xpert Rif/MTB para todos os casos presuntivos. Além disso, educação sobre TB, redução do estigma, higiene da tosse, notificação precoce de sintomas suspeitos, aconselhamento e teste de HIV. Essas actividades expandir-se-ão para outras prisões.
- **Profissionais de saúde:** Triagem periódica de profissionais de saúde de todas as unidades sanitárias direccionadas de alta prioridade usando os testes Xpert MTB-RIF para todos os casos presuntivos. O autorrelato de sintomas suspeitos e redução do estigma será incentivado entre os profissionais de saúde, juntamente com a educação repetida sobre TB e outras infecções transmitidas pelo ar (por exemplo, COVID-19). Aquisição de máscaras N95 para profissionais de saúde para dupla protecção contra TB e COVID-19.
- **Pessoas que vivem em conglomerados superlotados e baixas condições higiénicas (bairros pobres suburbanos, refugiados, colónias de emigrantes):** Abordagens amplas são a triagem (em sintomáticos e com serviços móveis de raios-X digitais), testes moleculares rápidos Xpert-MTB/RIF e referência para as Unidades Sanitárias. Intervenções específicas ao contexto, serão projectadas para grupos específicos da população em conglomerados superlotados.
- **Contactos domiciliários:** triagem sintomática para todos os contactos domiciliários (na residência) e próximos da residência do caso-índice de TB, radiografia de tórax e teste Xpert-MTB/RIF para a confirmação bacteriológica será usado para os casos presuntivos de TB. Facilitadores, serviços de transporte para os contactos a serem transferidos para centros de saúde para avaliação para evitar grandes perdas no seguimento, serão estratégia importante a serem considerados no grupo dos contactos.

#### 6.2.1.5 Melhorar a triagem e testagem de tuberculose nas unidades sanitárias

O rastreio sintomático dos utentes das unidades sanitárias é uma forma eficaz de melhorar o diagnóstico da TB. Todos os pacientes atendidos nos serviços ambulatoriais de USs são candidatos adequados para uma triagem na US. Para tal, o PNCT irá:

- Identificar oficiais de tosse e treiná-los para rastrear os utentes das USs (incluindo crianças, idosos e homens) nos pontos de entrada e nas salas de espera e encaminhá-los aos serviços de triagem e testagem de TB. Oficiais de tosse também ajudarão os casos encaminhados a utilizar os serviços de testagem de TB imediatamente. Além disso, os oficiais de tosse funcionarão como Central de Ajuda nas USs para o encaminhamento dos utentes para os diferentes serviços;

- Monitorar a cascata de casos presuntivos de TB nas Unidades Sanitárias: Identificados, investigados, diagnosticados e vinculados ao tratamento da TB;
- Integrar a triagem sintomática COVID-19 com a triagem sintomática de TB (rastreamento bidireccional);
- O rastreamento da TB será ampliado para um maior número de unidades sanitárias com a construção de novos consultórios e unidades laboratoriais de TB.
- Envolver os comités de gestão existentes das unidades sanitárias para incluir discussões de questões relacionadas com a TB (procura de cuidados, diagnóstico, encaminhamento de tratamento) e tomada de decisões.

#### **6.2.1.6 Colecta, Armazenamento e Transporte de Amostras**

A colecta de amostras, referência e embalagem não estão a ser bem feitos em alguns níveis de atenção. O PNCT pretende desenvolver iniciativas colaborativas assentes no distrito para melhorar a colheita, armazenamento e transporte de amostras para testes de TB. Para tal, o PNCT irá:

- Treinar agentes comunitários de saúde, (ACs e activistas) sobre as técnicas apropriadas de colheita de expectoração, armazenamento e transporte de amostras, incluindo amostras pediátricas como fezes;
- Envolver profissionais de saúde da comunidade, parceiros de OSCs, ACs e activistas na colheita de amostras de expectoração e fezes de membros elegíveis da comunidade, principalmente da PCV e transportá-las para as unidades sanitárias;
- Realizar dias mensais de tosse e cobrir um número significativo de unidades sanitárias sem laboratórios;
- Mobilizar um maior número de agentes comunitários de saúde para colher amostras de expectoração e fezes e enviá-las aos laboratórios próximos para a testagem da tuberculose;
- Apoiar o sistema de transporte de amostra existente, como serviços de motoqueiros, para facilitar o transporte de amostras dos laboratórios de microscopia para os locais do Xpert e serviços de correio para transportar amostras dos locais Xpert para os laboratórios de referência;
- Melhorar a rede da cadeia de frio nas unidades sanitárias para a conservação das amostras de expectoração colectadas.

Mais detalhes estão no Anexo 3.

#### **6.2.1.7 Fortalecimento dos serviços de referência**

Para melhorar o acesso às unidades sanitárias, o PNCT, em colaboração com parceiros e activistas de OSC, planeia fortalecer os serviços de referência da comunidade às unidades sanitárias para pessoas que precisam de serviços de TB (presuntivos ou em tratamento).

Membros influentes da comunidade como líderes religiosos, líderes comunitários, praticantes de medicina tradicional, APSs, professores e representantes eleitos devem participar nas reuniões da comunidade. Os parceiros e activistas das OSCs desenvolverão suas capacidades para identificar aqueles que precisam de serviços de TB, registar e referenciá-los às Unidades Sanitárias para testagem e posteriormente documentar os seus resultados. O PNCT também pretende premiar as referências positivas, ou seja, a detecção de um novo caso de TB será compensado.

#### **6.2.1.8 Fortalecer a integração dos serviços de TB com o subsistema comunitário e os projectos existentes de HIV baseados na comunidade**

Moçambique tem vários projectos de HIV geridos por OSCs parceiras e apoiadas pela USAID, Fundo Global e por outros recursos de financiamento externo. Elas trabalham com grupos de alto risco de HIV (mulheres trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injectáveis) para prevenir novas infecções. Elas também fornecem intervenções direccionadas, como a expansão de oportunidade de testagem de HIV por meio de testes ao nível domiciliar baseado na comunidade e testes de casos-índice e o apoio psicossocial às PVHIV. O PNCT planeia alavancar os projectos existentes de HIV, integrando o rastreamento da TB em intervenções direccionadas e estabelecer vínculos com os serviços de TB. As actividades incluem:

- Rastreio de TB em todos os projectos de intervenção direccionada aos trabalhadores de sexo, UDI, HSH e pessoas trans e à população móvel;
- Testagem de TB para todos os membros da família e parceiros sexuais das pessoas infectadas pelo HIV-índice nos projectos de teste de caso-índice existentes;
- Triagem de TB para PVHIV usando testes de triagem recém-recomendados;
- Utilização dos educadores de pares/activistas dos projectos de HIV para também actuarem como agentes de tosse para exames de tuberculose nas comunidades-alvo dos projectos de HIV e colheita e transporte de amostras de expectoração;
- Aconselhamento e teste de HIV para todos os membros do domicílio dos pacientes de índice de TB durante o rastreamento de TB e
- Treinamento em TB para mães mentoras, homens defensores, educadores de pares e conselheiros de projectos de HIV.

#### **6.2.1.9 Envolvimento do sector privado para melhorar o encaminhamento e a notificação de casos de TB (crianças, adolescentes e adultos)**

O sector privado desempenha um papel importante na resposta nacional à TB em Moçambique. O PNCT irá envolver provedores privados (farmácias, lares de idosos, hospitais) na prestação de serviços de TB.

**Médicos alternativos qualificados:** O programa irá sensibilizar e envolver médicos **alternativos** qualificados, hospitais, laboratórios de diagnóstico da Cidade de Maputo, Beira e Nampula no atendimento abrangente e padrão de TB e notificação de casos ao PNCT, durante os cursos regulares de treinamento dos médicos das unidades sanitárias pública em TB, através de sessões especiais a eles destinadas. O PNCT complementará esses investimentos, apoiando a colheita e transporte de amostra de expectoração de unidades sanitárias privadas para unidades sanitárias pública para a testagem, usando testes moleculares rápidos (Xpert MTB/Rif). O PNCT realizará reuniões de revisão trimestrais periódicas com os sectores privados de saúde. Será solicitado que Supervisores Provinciais prestem atenção especial ao envolvimento do sector privado nas respectivas áreas geográficas.

### **6.2.2 MELHORAR O DIAGNÓSTICO DE TB NAS UNIDADES SANITÁRIAS**

O PNCT introduziu serviços de diagnóstico molecular rápido e, a partir de 2019, havia 184 máquinas GeneXpert instaladas.<sup>45</sup> Embora a cobertura da máquina Gene Xpert ainda seja baixa, as falhas frequentes das máquinas e sua manutenção limitada limitam a sua funcionalidade, questão que vai ser abordada vigorosamente no presente PEN. Apesar dos aumentos na notificação de TB, o diagnóstico clínico de TB permaneceu alto, 62%<sup>46</sup>; factores contribuintes incluem amostras de baixa qualidade, conservação inadequada das amostras nas unidades sanitárias bem como as condições de transporte. Metade dos casos presuntivos são testados usando microscopia de expectoração.

O país planeia enfrentar esses desafios aumentando o número e a cobertura de plataformas de testes moleculares rápidos (Gene Xpert e Truenat). A este respeito, o país pretende atingir 100% de cobertura de testes até 2025. Além disso, o PNCT também pretende fortalecer a qualidade dos serviços de diagnósticos e a capacidade dos recursos humanos na prestação desses serviços a nível mais periférico.

#### **Actividades Chave**

##### **6.2.2.1 Confirmação laboratorial de todos os casos presuntivos de TB**

A cobertura da rede laboratorial é baixa. Além disso, as condições de trabalho nos laboratórios não são adequadas. Além de melhorar a colecta, armazenamento e transporte de amostras descritos na secção 6.2.1.6, o programa irá:

- Abordar os factores que contribuem para longos tempos de resposta dos resultados dos testes;
- Garantir que os prestadores de cuidados de saúde cumpram os algoritmos de diagnóstico;
- Sensibilizar as comunidades para aumentarem a demanda por testes laboratoriais;
- Sensibilizar os provedores privados para o uso de algoritmos de diagnóstico de TB;
- Avaliar a interface laboratório-clínica para identificar outros factores que contribuem para as altas taxas de diagnóstico clínico de pacientes com TB;
- Certificar-se de que as amostras sejam recebidas em todos os momentos (os laboratórios devem receber amostras em todos os momentos e não recusar amostras);
- Melhorar as condições de trabalho para motivar os trabalhadores e
- Organizar sessões de actualização para os profissionais de Laboratório.

##### **6.2.2.2 Equipar as unidades sanitárias com ferramentas de diagnóstico de TB mais sensíveis**

O PNCT irá garantir a disponibilidade de diagnóstico apropriado, tecnologias com foco na expansão de testes moleculares rápidos. Especificamente, o PNCT irá:

- Expandir o Teste molecular de diagnóstico rápido recomendado pela OMS (mWRD) como o Xpert e o Truenat Assay como o teste de eleição para o diagnóstico da TB, em todas as unidades sanitárias;
- Apresentar outro mWRD assim que estiverem disponíveis;
- Expandir o uso de microscópios LED no lugar de microscópios binoculares nas unidades sanitárias para exame microscópico de expectoração;
- Promover o processamento de fezes e o diagnóstico de tuberculose baseado na urina;

45 Solicitação de financiamento, Allocation Perion 2020-2022. The Global Fund 2019

46 Global TB Report 2020

- Ampliar o uso do fluxo lateral de TB ensaio de lipoarabinomanano (LF-LAM) para o diagnóstico de TB em PVHIV;
- Expandir o uso de máquinas Xpert para diagnosticar TB extrapulmonar e infecções mico bacterianas não tuberculosas;
- Aumentar o número de máquinas de raios-X com CAD.
- Recrutar técnicos de laboratório e médicos, para garantir a disponibilidade de RH e
- Instalar sistemas alternativos de abastecimento elétrico para executar GeneXpert e manter a cadeia de frio para o armazenamento de amostras de expectoração a qualquer momento.

#### **6.2.2.3 Expandir a capacidade de qualidade dos laboratórios de referência**

O PNCT vai aumentar o número de laboratórios de referência para expandir os testes de resistência para medicamentos da 1ª e 2ª linha (FLD e SLD), incluindo cultura para susceptibilidade a medicamentos e monitoramento do tratamento e outros testes de TB recentemente recomendados. Durante o período de implementação do PEN 2021-2030, o PNCT irá:

- Instalar pelo menos um laboratório de referência por província e pelo menos dois nas províncias populosas (Nampula e Zambézia) para testagem adicional de resistência e outros testes recomendados para a TB;
- Expandir testes moleculares rápidos recomendados, como (LPA, cartuchos para XR TB e sequenciamento completo do genoma) para TB, resistência à rifampicina, INH, fluoroquinolonas para todos os pacientes com TB confirmados bacteriologicamente;
- Estabelecer, gradualmente, a capacidade de fazer DST (fenotipicamente ou genotipicamente) para todos os novos medicamentos (Bedaquilina (BDQ), Delamanid (DLM), Linezolida (LZD), Clofazimina (CFZ), Cicloserina (CS) nos laboratórios de referência e
- Providenciar infraestruturas, logística, recursos humanos e modalidades de colecta de amostras necessárias.

#### **6.2.2.4 Garantia a implementação de controlo de qualidade do diagnóstico da TB nas unidades**

O programa garantirá serviços de diagnóstico de alta qualidade em todos os níveis de atendimento. O PNCT irá:

- Expandir os serviços de controlo de qualidade de TB para unidades de diagnóstico;
- Fornecer os recursos necessários (logística e recursos humanos) para implementar actividades de garantia de qualidade;
- Treinar supervisores de laboratório na manutenção de serviços de alta qualidade e
- Estabelecer padrões para certificação dos laboratórios.

#### **6.2.2.5 Manutenção anual das ferramentas de diagnóstico nas unidades sanitárias**

Subcontratar agências qualificadas para fornecer suporte de manutenção anual para as ferramentas de diagnóstico, como máquinas Xpert, máquinas de Raio-X, microscópios LED e outras novas tecnologias.

### **6.2.2.6 Fortalecer os Sistemas de Informação do Laboratório**

O programa garantirá a disponibilidade de dados para monitoria e avaliação contínuos. O PNCT irá:

- Garantir a conectividade com GxAlert em tempo real de um sistema de monitoria;
- Criar uma plataforma laboratorial de TB unificada e integrá-la ao sistema nacional de informações laboratoriais (DISA) e, eventualmente, aos registos médicos eletrónicos nacionais (EMR) e
- Fazer o registo e armazenamento de imagens digitais de raios-X de tórax e ligações ao SIS-TB.

### **6.2.3 MELHORAR A GESTÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE**

O PNCT busca tratar com sucesso pelo menos 90% de todos os pacientes com TB-DS, identificar todos os pacientes com TB-DR incidentes e tratá-los adequadamente.

#### **6.2.3.1 Gestão de TB susceptível a medicamentos**

Moçambique melhorou de forma contínua a taxa de detecção de casos de TB e a cobertura de tratamento para casos de TB susceptível a medicamentos e atingiu uma taxa de sucesso de tratamento de 94% para os novos casos e 89% para os casos tratados anteriormente. Durante este plano estratégico, o país tudo fará para manter os ganhos e, ao mesmo tempo, maximizar o uso de inovações de detecção e de iniciação de tratamento de TB sensível, de acordo com o plano de tratamento do país.

O PNCT avaliará a viabilidade da introdução de um regime de tratamento mais curto para TB sensível. Por exemplo, usando um tratamento de rifapentina em alta dose de quatro meses com ou sem moxifloxacina<sup>47</sup>. Uma vez aprovado e feita a avaliação da aceitabilidade, o novo regime poderá substituir, gradualmente, o regime actualmente recomendado de 2RHZE/4RH de seis meses.

#### **6.2.3.2 Gestão Programática de TB resistente a medicamentos**

O programa relatou melhorias nas notificações de TB multirresistente e no sucesso do tratamento nos últimos anos devido ao maior acesso a diagnósticos moleculares rápidos e suporte de adesão centrado no paciente. O PNCT usará as lições aprendidas em anos anteriores para fortalecer a Gestão Programática da TB-MR (PMDT).

#### **Melhorar a detecção de casos**

A baixa detecção de TB-MR é um dos desafios significativos do país. Para melhorar a detecção de casos de TB-MR, o PNCT irá melhorar o teste inicial de casos presuntivos de TB por meio de testes moleculares rápidos, através da adopção das medidas descritas nas Secções "melhorar o acesso aos serviços de TB (5.2.1)" e "expandir o acesso a serviços de diagnóstico de qualidade (5.2.2)."

<sup>47</sup> Novo estudo 31 / A5349 sobre o tratamento da tuberculose suscetível a medicamentos. <https://www.who.int/news/item/22-10-2020-new-study-31-a5349-on-the-treatment-of-drug-susceptible-tb>

### ***Apresentando novos e regimes inovativos recomendados pela OMS***

A taxa de sucesso do tratamento para pacientes com TB-MR em 2021 foi de 72% <sup>48</sup>, duração do actual regime de tratamento de TB-MR é de cerca de 20 meses e com muitos efeitos colaterais.

O PNCT introduzirá novos regimes de tratamento oral de curto prazo recomendados pela OMS sob condições de pesquisa operacional para avaliar a viabilidade de sua implementação no país. Por exemplo, a introdução faseada de regimes contendo Bedaquilina totalmente oral início de 2021. O PNCT também conduzirá pesquisas operacionais em regimes mais recentes como o de 6 a 9 meses de BPaL (Bedaquilina, Pretomanida e Linezolide) para tratar casos de XR e casos de MR que não respondem ou são intolerantes ao tratamento padrão, sempre de acordo com as recomendações da OMS.

### ***Garantindo a segurança do paciente***

Com a introdução de novos medicamentos para TB, regimes contendo BDQ e novos regimes, a OMS recomenda o desenvolvimento e implementação de sistemas robustos para monitoramento e gestão de segurança de medicamentos para TB activa (aDSM). O aDSM irá garantir avaliação clínica e laboratorial activa e sistemática de pacientes em tratamento de TB-MR e TB-XR para detectar, gerir e relatar ADRs. O PNCT irá:

- Equipar as unidades sanitárias com aparelhos de eletrocardiograma (ECG) e instalações completas de hematologia e bioquímica para monitoramento de ADRs e
- Fortalecer as capacidades dos profissionais de saúde para monitorar e gerir clinicamente ADRs

### ***Cuidado e suporte para pacientes com TB-MR***

A experiência mostra que o acompanhamento regular e as visitas domiciliares melhoram a adesão ao tratamento dos pacientes com TB-MR. Além dos cuidados e suporte actuais, o PNCT planeia o seguinte para os pacientes com TB-MR;

- Fornecer transporte e ajuda nutricional, apoio para necessidades básicas, educação para alfabetização e ligação a esquemas de bem-estar social;
- Distribuir os medicamentos em caixas de medicamentos marcadas para cada paciente (pillbox).
- Identificar e treinar psicólogos, técnicos de psiquiatria e conselheiros leigos para fornecerem serviços de aconselhamento especializados de Tuberculose nas USs;
- Monitorar e melhorar a adesão à medicação por Vídeo DOT e 99DOT, e enviar lembretes por meio de serviço de mensagens curtas (SMS) e Resposta de voz interactiva (IVR);
- Melhorar as abordagens baseadas no CRG e fornecer assistência jurídica aos pacientes com TB;
- Incentivar o uso de aplicativos móveis para monitorar pacientes com TB-MR ao nível da comunidade, especialmente para mulheres, crianças, idosos e co-infectados e
- Fortalecer a rede de contactos dos pacientes e construir plataformas para sua representação na planificação, monitoria e revisão do programa.

### ***Intensificar o suporte comunitário para pacientes com TB-MR***

O PNCT irá garantir que activistas, pacientes curados de tuberculose, PVHIV, membros de ONGs e OSCs estejam actualizados com as mais recentes normas de tratamento da tuberculose multirresistente. Depois de treinados, o PNCT apoiará essas organizações ou grupos no fornecimento de programas de educação sobre TB-MR, direitos humanos e género e na promoção de testes moleculares rápidos nas populações-chave, mulheres e seus grupos, meninos e meninas, escolas e líderes comunitários.

Os pacientes com TB-MR receberão cuidados a nível comunitário. As OCBs treinadas irão expandir o apoio psicossocial comunitário-DOT e a assistência jurídica aos pacientes com TB-MR e criar grupos de apoio comunitário. Elas também conduzirão visitas domiciliares (que são sensíveis ao género para mulheres e sensíveis à idade para crianças), recuperar pacientes perdidos para acompanhamento e vincular os pacientes com TB-MR a benefícios sociais e suplementação nutricional.

### ***Tratamento de contactos domiciliários dos pacientes com TB-MR***

Este assunto é abordado em detalhe no âmbito da gestão programática de infecção latente por tuberculose (ILTb).

### ***Controlo de infecção***

Isso será abordado em detalhes na secção de controlo de infecção (6.2.5)

### ***6.2.3.3 Gestão de TB e comorbidades***

Em anos anteriores, o PNCT centrou-se na detecção e tratamento da coinfeção TB/HIV em colaboração com o Programa Nacional de Controlo das ITS HIV/SIDA (Programa Nacional de Controlo das ITS HIV/SIDA e Hepatites) como parte da gestão geral da comorbidade. No entanto, mantendo a essência da eliminação da TB, o PNCT concentrar-se-á em outras condições que podem coexistir com a TB e dificultar os resultados de tratamento, como é o caso da diabetes, doenças pulmonares ocupacionais e doenças mentais.

Além disso, o PNCT planeia integrar o rastreamento de TB nos serviços de Saúde Materno-Infantil (SMI), incluindo clínicas pré-natais, pós-natais e de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV).

### ***Actividades colaborativas de TB/HIV***

O PNCT, em colaboração com o PNC ITS-HIV/SIDA e Hepatites, presta os seguintes serviços para a gestão da coinfeção TB/HIV: Triagem de TB em PVHIV e tratamento adequado aos diagnósticos de TB; testagem de HIV para todos os pacientes diagnosticados TB e início de tratamento dos que testam positivos e fornecimento de TPT para PVHIV elegíveis. As intervenções específicas para fortalecer as actividades colaborativas de TB/HIV incluem:

### ***Fortalecimento e expansão dos serviços de paragem única para mais locais de tratamento TB***

Moçambique prevê locais de tratamento de paragem única nas unidades sanitárias públicas, onde os serviços de diagnóstico e tratamento de TB e HIV estejam disponíveis sob o mesmo tecto. No entanto, são necessários mais esforços para garantir o diagnóstico e tratamento precoces e reduzir a mortalidade relacionada ao HIV em pacientes com TB e a mortalidade relacionada à TB em pessoas infectadas pelo HIV nos locais de HIV, bem como melhorar a qualidade do pacote de serviços nos locais de tratamento de paragem única. Os locais de tratamento de paragem única fornecerão cuidados padrão, principalmente para as PVHIV e pacientes coinfectados.

O PNCT fortalecerá os seguintes componentes do pacote de serviços do tratamento único:

- Expansão dos testes de Xpert MTB/Rif em todas os principais locais de HIV com cartuchos duplos para realizar testes de carga viral (VL) bem como testes de TB;
- Triagem de rotina de TB a todas as PVHIV em atendimento, utilizando mWRD, CXR e possivelmente Proteína C Reactiva (PCR);
- Triagem de todos os contactos domiciliares e membros próximos da comunidade de PVHIV afectadas por TB;
- Fornecimento de TPT para PVHIV e aos membros da família com menos de 15 anos que são contactos de PVHIV com TB activa e garantir a conclusão do tratamento e documentação;
- Garantia da disponibilidade de um sistema de registo e relatório para monitorar o progresso nos indicadores padrão. Eles devem ser regularmente validados e partilhados com o programa de TB e
- Ampliação do uso de LF-LAM para diagnóstico da TB em PVHIV.

### ***Melhorar o diagnóstico da coinfeção TB/HIV***

O PNCT fortalecerá os seguintes componentes programáticos para melhorar o diagnóstico de coinfeção:

- Aconselhamento e testagem de HIV dos contactos domiciliários de todos os pacientes com TB durante o rastreio da TB.
- Rastreio intensivo conjunto de HIV e TB em grupos de alto risco, como prisioneiros, migrantes, comunidades de mineração, trabalhadoras de sexo, camionistas e pessoas que injectam drogas e
- Iniciativa piloto de aconselhamento e testagem de HIV com base em evidências entre casos presuntivos de TB atendidos nas unidades sanitárias<sup>49</sup>.

### ***Diabetes***

A OMS recomendou a triagem de pacientes com TB recém-diagnosticados para diabetes e triagem de TB para pacientes diabéticos<sup>50</sup>. A coinfeção TB-Diabetes é comum em ambientes de alta carga de TB e de Diabetes. As diabetes retardam a conversão da baciloscopia dos pacientes com TB e prejudicam o sucesso do tratamento, impactando significativamente as morbidades e mortalidades relacionadas à TB.

Moçambique já é um país com alto índice de tuberculose. Os relatórios dos países indicam um aumento de 2,6 vezes na prevalência de Diabetes em Moçambique, de 2,8% em 2005 para 7,4% em 2015. A obesidade, a hipertensão crónica e um estilo de vida sedentário contribuem para aumentar a incidência de Diabetes Tipo 2 em Moçambique. Um estudo entre pacientes recém-diagnosticados com TB mostrou uma prevalência de 1% de diabetes e 2% de tolerância à glicose diminuída em uma pequena amostra de pacientes.

49 Teste de HIV entre pacientes com tuberculose presuntiva: como fazemos a implementação em um ambiente programático de rotina? Resultados de uma grande pesquisa operacional da Índia - Ajay MV Kumar et al. (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156487>)

50 A Organização Mundial da Saúde recomendou a triagem de pacientes com TB recém-diagnosticados para diabetes e a triagem de TB para todos os pacientes diabéticos.

### ***Abordando a colaboração programática entre TB e diabetes em Moçambique***

O PNCT abordará a componente mais crítica de um programa integrado de TB/Diabetes por meio da triagem de novos pacientes com TB para diabetes e da garantia de sua gestão por meio de projectos-piloto em ambientes rurais e urbanos selecionados. Esta iniciativa dará ao país uma estimativa do fardo do Diabetes entre os novos pacientes com tuberculose.

O PNCT também planeia desenvolver o manual de directrizes operacionais do país, de acordo com a directriz Internacional Padrão da OMS de Actividades Colaborativas TB-Diabetes. O PNCT fortalecerá a capacidade do sistema de saúde de implantar a directriz das actividades colaborativas TB-Diabetes em parceria com as OSCs parceiras.

### ***Doenças pulmonares ocupacionais***

Doenças pulmonares intersticiais como silicose, asbestose e pneumoconiose costumam afectar os mineiros como riscos ocupacionais críticos. As doenças pulmonares intersticiais reduzem a capacidade pulmonar e aumentam a propensão à TB. A co associação de TB e doenças pulmonares intersticiais é comum em comunidades de mineração .

Os centros de saúde ocupacional oferecem serviços de triagem e tratamento de saúde aos mineiros. A protecção essencial contra materiais de poeira nocivos das minas, responsáveis pelos danos irreversíveis dos pulmões em caso de exposição crônica, é um direito de todo trabalhador mineiro. Além disso, o rastreio regular de doenças pulmonares intersticiais e TB por meio de raios-X e os testes moleculares rápidos recomendados é uma prioridade. Na ausência de tais instalações nos centros de saúde ocupacional, os mineiros devem ter ligações directas com as instalações públicas de saúde existentes para utilizar os serviços necessários.

Já houve iniciativas em parceria com doadores bilaterais para melhorar os serviços de saúde dos mineiros (tanto os actuais como os ex-mineiros) em províncias como Gaza, Inhambane e Maputo.

O PNCT visa aprimorar ainda mais esses serviços por meio de:

- Intensificação de busca activa de casos, encaminhamento e colecta e transporte de expectoração nas comunidades de mineração para a detecção precoce de TB, conforme descrito na secção 6.2.1.1;
- Fornecimento de equipamento aos centros de saúde ocupacional existentes com máquinas de Raio-X e Xpert e capacitação do seu pessoal de saúde na gestão abrangente de casos de TB e outras doenças pulmonares;
- Fortalecimento dos vínculos de referência com o sistema público de saúde e comunidades mineiras.
- Melhoría da colaboração com parceiros OSCs, organização de trabalhadores de mineração e instituições académicas e
- Condução de pesquisas operacionais para entender a tuberculose em comunidades de mineração e fortalecimento das decisões políticas.

### ***Apoio psicossocial e abordagem das Perturbações mentais no contexto da Tuberculose***

A tuberculose ocorre com maior frequência em situações de vulnerabilidade económica e social. Os pacientes que passam pela experiência do tratamento desta doença, frequentemente vivenciam problemas psicológicos e socioeconómicos que podem influenciar na sua adesão e término do tratamento. A terapêutica medicamentosa, mesmo sendo eficaz, sofre o contraponto da singularidade do paciente em correlação à sua inserção na sociedade.

A tuberculose e as doenças mentais compartilham factores de risco comuns, incluindo más condições de vida, pobreza, falta de habitação, abuso de álcool/substâncias psicoactivas, a condição de imigrante e infecção por HIV.

Estudos encontraram uma associação positiva e independente entre as perturbações mentais comuns e tuberculose<sup>51</sup>. Pacientes que sofrem de tuberculose pulmonar tendem a ter altas taxas de depressão e ansiedade, provavelmente relacionadas ao estigma social, suporte social inadequado e ao impacto fisiológico de doenças crónicas<sup>52</sup>. Pacientes com perturbações mentais podem muito provavelmente deixar de aderir ao tratamento de TB, aumentando deste modo o risco de maus resultados para a TB<sup>53</sup>.

O PNCT perspectiva abordar a associação entre a TB/e as perturbações mentais, através das seguintes intervenções:

- Realização de rastreio sistemático das perturbações mentais nos pacientes em tratamento da TB e
- Garantia de acesso aos cuidados de saúde mental a todos os pacientes com TB, diagnosticados com perturbações mentais;
- Triage e teste piloto de TB em pessoas com deficiência mental, deficientes físicos e usuários de drogas (incluindo pessoas que injectam drogas (PID)) para estimar a carga de TB;
- Capacitação de psicólogos e psiquiatras na gestão da TB e da equipa de saúde da TB no rastreio e gestão de perturbações mentais comuns que afectam os pacientes com TB;
- Inclusão de protocolos para organização do encaminhamento de pacientes com condições sociais e transtornos mentais para apoio psicossocial e para cuidados especializados de saúde mental;
- Alocação de conselheiros nas unidades sanitárias de alto volume para fornecer serviços de apoio psicossocial para pacientes com Tuberculose;
- Fornecimento de incentivos aos pacientes TB-MR e Crianças menores de 5 anos, suplementação nutricional e subsídios de transporte para visitas de seguimento nas unidades sanitárias para manter sua moral e motivação elevadas;
- Além da auditoria clínica e de mortalidade, o Comité Nacional de T-MR dará maior atenção à implementação da política de apoio psicossocial para apoiar os pacientes e motivá-los a completar o tratamento.

#### **6.2.3.4 Tratamento da TB em Crianças**

O PNCT desenvolveu um roteiro para acabar com a TB em crianças e adolescentes em Moçambique. No âmbito deste PEN, o PNCT implementará o roteiro (Tabela 12) para melhorar a detecção e o manejo de casos de TB em crianças. O PNCT continuará participando na operacionalização de Centro de Excelência da União em Tuberculose Infantil e Adolescente.

51 de Araújo GS, Pereira SM, dos Santos DN, Marinho JM, Rodrigues LC, Barreto ML. Transtornos mentais comuns associados à tuberculose: um estudo de caso-controlo pareado. PLoS One. 2014; 9 (6): e99551. Publicado em 17 de junho de 2014. doi: 10.1371 / journal.pone.0099551

52 Argiro Pachi, Dionisios Bratis, Georgios Moussas, Athanasios Tselebis, "Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients", Tuberculosis Research and Treatment, vol. 2013, Artigo ID 489865, 37 páginas, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/489865>

53 Lee GE, Scuffell J, Galea JT, et al. Impacto dos transtornos mentais nos resultados do tratamento ativo da tuberculose: uma revisão sistemática e meta-análise. Pré-impressão. medRxiv. 2020; 19.06.2020135913. Publicado 6 de novembro de 2020. Doi: 10.1101 / 2020.06.19.20135913

Tabela 12: Roteiro para acabar com a TB em crianças e adolescentes em Moçambique

1. Fortalecer a advocacia em todos os níveis para adoptar políticas ousadas para eliminar a tuberculose em crianças e adolescentes;
2. Fomentar a liderança nacional e a responsabilidade para garantir os melhores serviços de TB em crianças (0-9 anos) e adolescentes (10-19 anos);
3. Facilitar a coordenação intersectorial para alcançar um número máximo crianças com serviços de TB;
4. Mobilizar recursos para programas de tuberculose em crianças e adolescente, tanto recursos domésticos (incluindo CSR) quanto de financiamento internacional;
5. Preencher a lacuna da não prática das políticas;
6. Reforçar a capacidade e liderança local para o manejo de TB em crianças e adolescentes;
7. Actualizar políticas e normas nacionais, de acordo com evidências e elaborar curriculum de formações e materiais de referência para profissionais de saúde de todos níveis de atenção;
8. Expandir os serviços preventivos de tuberculose para crianças e adolescentes;
9. Ampliar o rastreio e o tratamento da TB em crianças e adolescentes;
10. Implementar estratégias e abordagens integradas centradas na família e na comunidade;
11. Melhorar a colheita de dados, relatórios, de preferência por meio de ferramentas digitais, e uso da informação para a tomada de decisão.
12. Incentivar a pesquisa sobre a TB em crianças e adolescentes.

Adaptado de THE PARADIGM SHIFT, 2016-2020, Global Plan to End TB

### ***Melhorando a detecção de casos em crianças***

Para melhorar a detecção de casos em crianças, o PNCT intensificará os cuidados com os esforços de rastreio e melhorará a colheita e o testagem de amostras pediátricas através de:

- Rastreio mais abrangente de crianças e adolescentes dos 0-15 anos que são contactos domiciliários e próximos da residência dos pacientes caso índices e crianças e adolescentes vivendo com HIV;
- Realização de campanhas de saúde regulares (dias de tosse) em escolas, em parceria com parceiros de OSCs para identificar crianças com sintomas de TB, assim como contactos de crianças e adolescentes com TB;
- Fortalecer a integração dos serviços de rastreio e gestão programática de casos de TB em crianças e adolescentes aos projectos existentes de saúde geral, nutrição, SMI, Serviços TARV e saúde escolar com apoio de diferentes departamentos da DNSP e dos parceiros de implementação;
- Treinamento dos provedores da linha da frente no atendimento de crianças e adolescentes no rastreio, diagnóstico, incluindo colheita de amostras de qualidade para o diagnóstico de TB em crianças, como por exemplo a colheita de amostras de fezes, colheita de aspirados nasofaríngeos e gástricos, indução de expectoração, expectoração espontânea e punção aspirativa por agulha fina (PAAF);

- 
- Treinamento e alocação de provedores leigos e agentes comunitários de saúde para apoiar o rastreio e selecção de presuntivos de TB nas áreas de espera e portas de entrada e fortalecimento do rastreio de contactos;
  - Fornecimento de ferramentas adequadas para o acesso a testes moleculares rápidos;
  - Expansão do uso de radiografia do tórax para o rastreio de contactos e classificação da severidade da doença e treinamento PS na leitura e interpretação da radiografia do tórax no contexto da TB;
  - Condução de reuniões de avaliação regulares com pediatras e médicos particulares, sobre o manejo da TB pediátrica.
  - Facilitação da colheita de amostras em laboratórios privados, hospitais e clínicas e assegurar transporte adequado e testagem no âmbito da parceria público privada para TB;
  - Promoção de testagem das amostras a nível do sector privado.

### ***Melhorando os serviços curativos e preventivos de TB***

O PNCT pretende implementar as seguintes intervenções:

- Desenhar, impressão e alocação de materiais IEC incluindo guias de consulta sobre a TB em crianças e adolescentes para os PS e comunidade no geral;
- Educação à família e aos pais, especialmente educando os cuidadores e adolescentes sobre TB, seu tratamento, nutrição e medidas de prevenção, incluído importância do TPT para melhorar o cuidado centrado na família e no paciente;
- Continuação do uso das formulações de combinações de dose fixa adequadas e amigáveis para as crianças, para garantir a adesão ao tratamento, incluindo um regime de curta duração para tratamento de TB sensível, TB resistente e TPT;
- Promoção, pelo país, do uso de formulações amigáveis (disponíveis e recomendadas pela OMS) de medicamentos de segunda linha para o tratamento da TB resistente em crianças;
- Pagamento de subsídio/incentivo de transporte e de nutrição para as crianças em tratamento de tuberculose;
- Descentralização dos serviços de TPT e implementação da oferta e seguimento de TPT na comunidade para pacientes elegíveis;
- Selecção da estratégia DOT (institucional, através de padrinho, apoio do ACS e vídeo DOT) para as crianças, de acordo com a conveniência dos pacientes e seu cuidador. O VÍDEO DOT pode ser usado para monitorar o tratamento em ambientes urbanos e periurbanos;
- Realização de mentorias (tutorias clínicas) e supervisões sobre a implementação das normas do manejo da TB em crianças e adolescentes e
- Apresentação de relatórios desagregados pelas seguintes faixas etárias para adaptar as intervenções específicas, de acordo com as necessidades;

### 6.2.3.5 Gestão Programática da Infecção Latente de TB (ILTB)

A infecção latente de tuberculose indica bactérias inactivas e não em multiplicação de tuberculose no corpo, que se transformam em doença activa, principalmente, em condições de imunocomprometimento como o HIV, diabetes, doenças pulmonares intersticiais e pacientes em diálise, terapia anti câncer e transplante de órgãos. Estudos científicos revelaram que uma das principais forças motrizes da adição contínua de casos novos e de recidiva à carga geral de TB dos países é a reactivação da ILTB. A estratégia da OMS “Acabar com a TB” endossou fortemente o diagnóstico e o tratamento da ILTB em grande escala, conjuntamente com esforços acelerados para gerir todas as formas de doença activa de TB, com vista a reduzir a incidência de TB mais rapidamente.

No PEN anterior, o programa alcançou 82% de cobertura TPT para crianças menores de cinco anos (que eram contactos domiciliários de casos de TB confirmados bacteriologicamente<sup>54</sup>). No entanto, a cobertura de TPT em PVHIV foi relativamente baixa. O PNCT desenvolveu a Directriz Nacional para o Manejo da Infecção por Tuberculose Latente, de acordo com os padrões, normas e experiências e necessidades nacionais, alinhada às recomendações da OMS.

Sob este plano estratégico, o PNCT irá expandir o grupo-alvo para TPT, para incluir todos os contactos domiciliários e próximos da residência de pacientes índice confirmados de TB (TB-DS e TB-MR) e PVHIV elegíveis. A implementação seguirá os algoritmos de teste ILTB estabelecidos para diferentes grupos de risco. Para garantir a implementação bem-sucedida das directrizes de gestão da ILTB, o PNCT irá:

- Consolidar a implementação do regime de isoniazida-rifapentina (3HP; subsequentemente 1HP) para TPT na províncias da região sul do país e, cautelosamente, expandir para outras províncias;
- Para contactos de crianças com menos de 15 anos, implementar regimes mais curtos com 3HR;
- Para pacientes elegíveis com contra-indicação a 3HP e 3HR, implementar INH;
- Para contactos de TB-MR sem resistência a quinolonas, implementar a toma diária de Levofloxacina por 6 meses;
- Implementar o Teste de Tuberculina Cutânea (TST) e o Ensaio de Liberação de Interferon Gama (IGRA) em unidades sanitárias terciárias para detectar ILTB;
- Fornecer o treinamento adequado e materiais de trabalho sobre TPT para os profissionais de saúde,
- Capacitar os clínicos sobre o rastreio e gestão programática de pacientes com TB latente;
- Monitorar os pacientes desde o início até a conclusão do tratamento TPT e garantir que o término do tratamento TPT é reportado, e que, pelo menos, 90% dos que iniciam TPT completam o tratamento;
- Colaborar com as organizações da Sociedade Civil e os diferentes actores comunitários na ligação dos casos elegíveis ao tratamento, monitoria e reporte do término do tratamento, bem como na elaboração dos relatórios e
- Mobilizar recursos para TPT.

### **6.2.3.6 Cuidados de TB em Situação de Emergência**

A vulnerabilidade de Moçambique a desastres naturais é resultado da sua localização e geografia: grandes áreas do país estão sujeitas a ciclones tropicais, secas (em cada três a quatro anos) e inundações de rios, tempestades/costeiras. Essa vulnerabilidade é agravada pelos 2.470 km de litoral do país e pela fragilidade socioeconômica.

Os desastres causam deslocamentos populacionais e interrupções na prestação de serviços essenciais, incluindo de saúde. As mobilidades populacionais dão origem, muitas vezes, a centros de acomodação superlotados e mal ventilados, com acesso limitado à água, saneamento e deficiente suplementação nutricional, aumentando o risco de transmissão e agravamento de doenças nessas condições, incluindo tuberculose. Os desastres também tornam os próprios profissionais de saúde vítimas, dificultando a prestação de serviços. Por isso, é necessário incluir os serviços de TB nas directrizes de preparação para emergências e nos planos de emergência.

Pessoas afectadas por desastres estão entre os grupos vulneráveis prioritários do PNCT. O foco será identificar os pacientes cujo tratamento foi interrompido e restabelecer o tratamento para TB.

Pelos motivos acima, o PNCT incluiu neste PEN orientações sobre o controlo da TB em tempos de emergência e desastres, para assegurar a preparação, resposta e recuperação. O PNCT assumirá a liderança e a responsabilidade de desenvolver directrizes e medidas de preparação para emergências para o controlo da TB. Integrar os serviços de TB nas fases agudas e crónicas de planos de emergência complexos é uma prioridade; por meio de um conjunto de intervenções, como a designação de um ponto focal do PNCT para emergências, o PNCT abre caminho à sua participação nas reuniões de preparação para emergências, forçando o envolvimento das partes em questões específicas, como, por exemplo, o rastreio de pacientes e actividades transfronteiriças que têm grande importância nestas ocasiões.

### **6.2.3.7 Garantindo a Continuação de Actividades de TB durante a Pandemia, por exemplo a COVID-19**

Uma análise de modelagem sobre o impacto potencial da resposta COVID-19 na tuberculose em países com alta incidência <sup>55</sup> indica que respostas rigorosas do COVID-19 têm um efeito duradouro na TB em ambientes de alta carga, principalmente no diagnóstico e tratamento da TB. Assim, a incidência global e as mortes por tuberculose em 2021 aumentaram para níveis vistos pela última vez entre 2013 e 2016 - implicando um retrocesso de pelo menos 5 a 8 anos no combate à tuberculose. O PNCT adoptará a directriz Stop TB no manejo de COVID-19 em pacientes com TB e irá:

- Estabelecer triagem e teste bidirecional nas unidades sanitárias. Triagem de todos os pacientes com TB para sintomas de COVID-19 e todos os pacientes confirmados de COVID-19 serão rastreados para sintomas de TB, usando as mesmas máquinas Xpert para ambos;
- Fornecer equipamentos essenciais de protecção individual (EPI) para pacientes, profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde;
- Incorporar a componente da COVID-19 nas formações de rotina sobre TB dadas aos técnicos de saúde;
- Fornecer as directrizes necessárias para os gestores provinciais de tuberculose e parceiros, OSC sobre a protecção contra a COVID-19 aos pacientes com tuberculose;
- Manter uma comunicação adequada com as pessoas afectadas pela TB e todas as partes interessadas, usando meios virtuais de comunicação;
- Usar ferramentas digitais de adesão/suporte adequadas de acordo com o contexto local dos pacientes com TB;

<sup>55</sup> Desenvolvido por Stop TB Partnership em colaboração com Imperial College, Avenir Health, Johns Hopkins University e USAID

- Garantir que as pessoas com TB recebam o apoio psicossocial, nutricional e económico necessários, durante a pandemia;
- Certificar-se de que os sistemas de gestão dos pacientes estejam a ser implementados para monitorar remotamente o tratamento dos pacientes incluindo, a monitoria e gestão dos efeitos adversos ao tratamento, de modo a minimizar as visitas ao hospital;
- Manter um fornecimento ininterrupto de medicamentos para TB, planificando a aquisição antecipada e um planeamento cuidadoso da distribuição e transporte para locais em situações de bloqueio;
- Garantir a disponibilidade de medicamentos para o tratamento da TB nas casas das pessoas, conservados em condições mínimas, recomendadas (usar as caixas de remédios para pacientes - Pillbox);
- Utilizar as máquinas GeneXpert existentes para diagnóstico de COVID -19 e tuberculose, usando os respectivo cartucho;
- Integrar a conscientização e educação sobre COVID -19 nas mensagens de conscientização sobre TB existente no CAP;
- Reduzir o estigma e a discriminação e promover sua protecção social, legal e económica;
- Através do Ministério da Saúde garantir a protecção geral dos profissionais de saúde, fornecendo EPIs adequados e treinamento em COVID-19. Eles são a linha da frente contra TB e COVID -19. Eles serão protegidos e apoiados para garantir que possam realizar o seu trabalho com segurança e eficácia.

#### **6.2.4 GARANTIR SERVIÇOS DE TB DE QUALIDADE**

Estudos mostram que a boa qualidade do atendimento nos serviços de TB ajuda os pacientes e suas famílias a atender às suas necessidades de saúde com segurança e eficácia<sup>56</sup>. Portanto, para potencializar a utilização dos serviços de TB, é necessário avaliar e melhorar a qualidade dos serviços de TB das unidades sanitárias.

O PNCT usará a lista de verificação de garantia de qualidade padrão existente para avaliar e melhorar a qualidade dos serviços ao longo da cascata de cuidados de TB, através de:

- Realização de auditoria dos registos de tratamento, cartões de paciente e registos de laboratório nas unidades sanitárias;
- Implementação de ciclos de Melhoria de Qualidade de serviços de TB;
- Realização de Tutorias clínicas para clínicos, profissionais de saúde mental e agentes comunitários de saúde;
- Pesquisas qualitativas com entrevistas aos profissionais de saúde, pacientes;
- Verificação da qualidade da actividade de extensão da TB;
- Avaliação do nível de satisfação dos pacientes com TB sobre os serviços disponíveis por meio de entrevista com os pacientes ou implementação de cartões de avaliação da satisfação;
- Fornecimento da retro informação e avaliação dos planos de seguimento e
- Adopção de políticas de apoio e amigáveis para os pacientes para melhorar e elevar a qualidade dos serviços.

56 <https://www.measureevaluation.org/our-work/tuberculosis/quality-of-tb-services-assessments>, Avaliações de Qualidade dos Serviços de TB

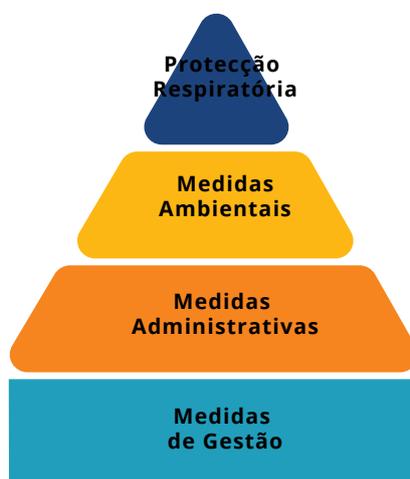
O PNCT planeia realizar verificações de garantia de qualidade durante as visitas de monitoramento de rotina das unidades sanitárias e visitas de garantia de qualidade do laboratório.

### 6.2.5 PREVENÇÃO DA TB E Controlo DE INFECÇÃO

A Prevenção e o Controlo da Infecção (PCI) por TB são uma combinação de medidas destinadas a minimizar o risco de transmissão da TB entre as populações. A OMS recomenda uma hierarquia de três níveis de controlo, compreendendo os administrativos, os ambientais e os de protecção respiratória para reduzir e prevenir o risco de transmissão e exposição ao *M. tuberculosis* <sup>57</sup>.

O PNCT usará as directrizes de controlo de infecção existentes para fortalecer medidas de controlo de infecção, actuando em diferentes pontos do processo de transmissão, conforme mostra a figura 11, a seguir.

Figura 11: Estratégia geral do PNCT para as infecções respiratórias



#### 6.2.5.1 Gestão de casos de TB ou controlos administrativos (de gestão)

Os controlos administrativos são os primeiros e os mais cruciais. Estas são medidas de gestão destinadas a reduzir o risco de exposição a pessoas com TB infecciosa. O PNCT planeia implementar uma abordagem administrativa intensificada e reorientada para o controlo da transmissão de TB em unidades sanitárias - FAST (Encontrar casos activamente, separá-los temporariamente e tratá-los com eficácia). Nesse contexto, o programa irá:

- Encontrar e rastrear activamente os pacientes com tosse, seguido por um diagnóstico molecular rápido e tratamento imediato dos pacientes diagnosticados com TB sensível e resistente aos medicamentos, diminuindo assim a transmissão da TB;
- Educar os pacientes sobre higiene respiratória e etiqueta da tosse;
- Educar todos os pacientes com TB na implementação das medidas de controlo de infecção como parte da educação em saúde para os pacientes com TB e suas famílias, envolvendo os parceiros e activistas das OSCs;
- Educar, treinar e aconselhar profissionais de saúde sobre as medidas de controlo de infecção em TB e
- Isolar pessoas com sinais e sintomas sugestivos de infecção por micobacterium tuberculosis e os com a doença activa comprovada.

57 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550512>

### **6.2.5.2 Medidas ambientais**

As medidas de controlo ambiental incluem métodos para reduzir a concentração de aerossóis respiratórios infecciosos ou seja, núcleos de gotículas no ar e métodos para controlar a direcção do ar infeccioso. O PNCT empregará métodos de ventilação natural e mecânica para reduzir a transmissão da TB em unidades sanitárias e em locais com alto risco de transmissão da doença.

O PNCT recomenda que as instalações maximizem a ventilação natural, permitindo a ventilação cruzada e o fluxo livre de ar nas salas e áreas de espera, mantendo 10% do espaço aberto e garantindo que não haja obstrução.

O PNCT também recomenda ventilação mecânica na ausência de sistemas de ventilação natural ou de modo misto ou onde tais sistemas são inadequados devido às condições locais (por exemplo, estrutura do edifício, clima, regulamentos, cultura, custo e qualidade do ar externo, enfermarias TB-MR); incluindo:

- Ventiladores bem projectados e mantidos.
- Um quarto superior ou luminárias de irradiação germicida ultravioleta protegidas.

### **6.2.5.3 Protecção Pessoal**

O controlo da protecção respiratória envolve o uso de equipamentos de protecção individual (EPI) em situações de alto risco de exposição ao M. tuberculosis. O PNCT irá garantir que o EPI esteja disponível para os profissionais de saúde em todos os momentos e também fornecerá máscaras cirúrgicas aos pacientes sintomáticos que visitam as unidades sanitárias.

### **6.2.6 FORTALECER A GESTÃO DO PROGRAMA DE TB**

O PNCT possui um mecanismo de supervisão e monitoramento bem estabelecido para fazer a avaliação regular de seu andamento. Apesar das conquistas, o PNCT reconhece lacunas na liderança, gestão, supervisão e coordenação. As lacunas incluem:

- Os gestores provinciais do programa de TB que reportam a DPS e não ao PNCT. Estes são, na sua maioria, clínicos com menor orientação sobre a gestão programática e acções de saúde pública da TB. Pela sua formação, eles nem sempre podem fornecer liderança eficaz para o programa de TB a nível distrital e provincial;
- Supervisão e monitoramento insuficientes afectando a disponibilidade de dados para a tomada de decisão e planificação em tempo hábil, principalmente nas províncias e distritos e
- Inconsistência e baixa qualidade de dados.
- O PNCT abordará as lacunas existentes na gestão do programa, supervisão e monitoria, através das estratégias e actividades principais a seguir apresentadas.

### **6.2.6.1 Melhorar a supervisão e monitoria do PNCT para melhorar a tomada de decisão oportuna a nível de liderança**

A tomada de decisão oportuna e a planificação realista são uma grande lacuna na monitoria, que o PNCT gostaria de abordar como prioridade máxima. É pertinente dizer que supervisão aprimorada, a monitoria incluem a recolha e a gestão de dados para produzirem informação para a tomada de decisão e a planificação oportunas baseadas em evidências. Isso acaba por criar um impacto positivo na qualidade da liderança em geral e da gestão do programa. O PNCT também considerou que isso deveria ser iniciado nas periferias como províncias e distritos que estão directamente ligados à planificação e implementação do programa.

De forma a ter um seguimento das actividades, ter informação que permita verificar/levantar/detectar lacunas, desafios ou mesmo obstáculos periodicamente, a elaboração de um plano específico de Monitoria e Avaliação para seguir a implementação do PEN será considerado como essencial e actualizado periodicamente, a cada 2 anos, e antes da avaliação de meio termo. Esta abordagem poderá apoiar na tomada de decisão nos diferentes passos e fases, e permitir uma correcção mais fácil das lacunas e desafios encontrados.

#### **Actividades a nível de província e distrito**

- **Recrutamento de 11 Assessores Provinciais de TB:** O PNCT contratará 11 assessores nacionais para apoiar na implementação das actividades do programa a nível provincial, entre novos e aposentados no país e fornecerá treinamento programático e de gestão a eles, juntamente com seus parceiros técnicos. Após o treinamento, os Assessores de TB serão posicionados nas capitais provinciais. Estando sob a supervisão directa de PNCT, estes Assessores de TB fornecerão assistência técnica e operacional aos gestores de programas de TB a nível provincial e distrital com o objectivo geral de melhorar a qualidade dos programas de TB das províncias por meio de supervisão, monitoria e coordenação aprimoradas;
- Os Assessores de TB terão acesso directo aos dados programáticos que irão analisar regularmente e apresentar aos gestores de TB a nível provincial e distrital e ajudá-los a tomar decisões operacionais e políticas importantes e oportunas sobre os programas locais. Além disso, os Assessores de TB participarão no aprimoramento das capacidades dos provedores de saúde ao nível distrital e parceiros de OSCs que irão além do treinamento formal em sala de aula e se concentrarão mais na orientação no local durante suas visitas mensais de supervisão de rotina aos distritos. Esta será uma forma estratégica de sustentar a capacitação de profissionais de saúde sobrecarregados, de unidades sanitárias superlotadas que não podem frequentar o treinamento formal, regularmente, para actualizarem seus conhecimentos e habilidades devido à sua agenda de trabalho. Adicionalmente, os assessores de TB irão orientar as redes locais de profissionais de saúde, provedores privados, activistas, sobreviventes e trabalhadores comunitários tanto programaticamente quanto tecnicamente para atingir suas metas e objectivos em seus respectivos projectos e actividades, sob um sistema de monitoria unificado. Isso fortalecerá a coordenação geral entre o PNCT e os parceiros das organizações da sociedade civil;
- Finalmente, os assessores manterão comunicação constante com o PNCT de nível central e fornecerão dados e informações actualizados sobre o desempenho programático das províncias e distritos e em factos que precisam de ser abordados para uma melhoria de desempenho do programa. Espera-se que esta abordagem também apoie a tomada de decisões a nível central. Os Assessores de TB também contribuirão para as actividades de pesquisa em TB do PNCT e outras instituições de pesquisa para a geração de informações que sustentarão as políticas nacionais e apoiarão o MISAU na tomada de decisões políticas, incluindo a adopção de novas políticas globais.

### *Actividades de nível central*

- **Nomeação de um Especialista nacional para apoiar a monitoria e avaliação:** O PNCT nomeará um Especialista Nacional a tempo integral para liderar a unidade de M&A e apoiar a monitoria e avaliação, a gestão de dados e a vigilância da TB do programa e a ser colocado no MISAU . O Especialista Nacional trabalhará em conjunto com oficiais de M&A de nível nacional, conselheiros provinciais de TB e parceiros técnicos e será responsável por actualizar as políticas, directrizes, ferramentas, metodologias e planos de M&A, desenvolver protocolos de avaliação e pesquisa e fornecer comentários de especialistas sobre doenças e tendências epidemiológicas e análise de desempenho para melhorar a tomada de decisão no nível central. Ele/ela vai trabalhar sob a supervisão do Director do PNCT;
- **Realização de visitas de supervisão periódicas e apoio técnico:** O PNCT conduzirá visitas de supervisão e apoio técnico para garantir a conformidade das directrizes nacionais, qualidade de dados e desempenho de recursos humanos. As visitas serão realizadas duas vezes por ano do nível central para provincial, trimestralmente do nível provincial para distrital e duas vezes por trimestre do nível distrital para USs. O PNCT fez revisão da ferramenta de visitas de supervisão para acomodar áreas adicionais, como apoio psicossocial e farmacovigilância. Durante as visitas de supervisão e acompanhamento, também serão realizadas formação em serviço do pessoal de saúde. Cursos de treinamento online, cursos de telemedicina em gestão de TB e TB-MR também serão fontes importantes de capacitação.
- **Publicação do Relatório anual da TB:** O PNCT publicará o relatório anual de desempenho do país com a ajuda do futuro subsídio do Fundo Global de 2021 em diante. O relatório anual será a referência e recurso de conhecimento do país para ter acesso às informações actualizadas sobre as políticas e estratégias do país sobre a eliminação da TB, desempenhos programáticos da província e dos distritos e desempenho dos indicadores-chave, contribuições dos parceiros de OSCs, práticas promissoras e histórias de sucesso, envolvimento do sector privado e ideias e planos. Todos os parceiros do PNCT serão incentivados a contribuir para a elaboração do relatório anual da TB.

#### **6.2.6.2. Melhorar a coordenação com outros sectores públicos, privados e Sociedade Civil**

- **Coordenação Intersectorial:** O PNCT organizará reuniões anuais de coordenação intersectorial no Ministério da Saúde e nas províncias para criar a responsabilização intersectorial para os cuidados de TB, e mobilizar beneficiários de outros sectores públicos e privados para os serviços de rastreio, testagem e tratamento da tuberculose em sectores prioritários para o PNCT que serão envolvidos, tais como a Educação, Agricultura, Justiça, Defesa Nacional, Trabalho, Recursos Minerais e Energia, Finanças, Serviços Sociais e Departamentos de Saúde (HIV, Saúde Mental, DNTs, Saúde Escolar e adolescente e Jovem, Qualidade e humanização dos serviços) e grandes empresas privadas de Moçambique;
- **Engajamento do sector privado:** Reuniões específicas de advocacia junto às empresas privadas serão realizadas pelo PNCT, para mobilizar seu apoio financeiro para os cuidados de TB e educação para a saúde e sensibilização para a procura de serviços a nível das Unidades Sanitárias;
- **Fortalecimento da coordenação com parceiros OSCs:** Múltiplas fontes de financiamento para apoiar as iniciativas de TB do país por meio de parceiros de OSCs também tornam a coordenação entre os parceiros um desafio. Para ultrapassar esse desafio, serão levadas a cabo as seguintes intervenções:
  - » **Reuniões de balanço trimestrais:** O PNCT irá convidar as OSCs, parceiros técnicos e académicos envolvidos na área de TB e iniciativas relacionadas, para reuniões trimestrais de nível central e conduzir uma revisão programática conjunta de seus projectos e analisar sua contribuição para o PNCT;

- » **Relatório de progresso trimestral:** Os parceiros de implementação envolvidos na implementação dos projectos de TB irão apresentar relatórios trimestrais ao PNCT para analisar mais profundamente sua complementaridade e desempenho;
- » **Consulta conjunta** antes de responder a uma chamada de proposta de projecto sobre TB: o PNCT envolverá todos os parceiros das organizações da Sociedade Civil em consultas antes de responder a uma chamada de proposta de projecto sobre TB e chegará a um acordo sobre as áreas geográficas a serem cobertas, abordagens e intervenções a serem implementadas, inovações e mecanismos de monitoria do projecto. Tal arranjo aumentará ainda mais a coordenação, minimizará a duplicação e melhorará os esforços de complementaridade por parte dos parceiros das OSCs.

### 6.2.6.3. Capacitação

**Treinamento em liderança e gestão:** O PNCT apresentará treinamento em liderança, gestão e habilidades sociais para os gestores do programa de TB das províncias e distritos, juntamente com treinamento em monitoria e avaliação. Esses elementos serão incluídos no treinamento anual de rotina em TB do PNCT. O PNCT também seleccionará facilitadores apropriados no país para conduzir essas sessões de formação (presencial e virtual) para manter a qualidade.

A gestão programática deve ser matéria de formação profissional. Neste sentido, o PNCT e outros programas de doenças devem trabalhar com a Direcção de Formação de Profissionais de Saúde para participarem no desenvolvimento dos currículos de formação e elaborar materiais de apoio actualizados essenciais ao processo de ensino e aprendizagem. O PNCT deve também contribuir na melhoria da capacidade de ensino de formadores das instituições de saúde.

O PNCT está comprometido em reforçar essa ligação para assegurar alta qualidade da formação que vai resultar numa melhor qualidade oferecida aos profissionais responsáveis, através da melhoria de atitude e conhecimento para se ocuparem correctamente dos pacientes com TB.

### 6.2.6.4 Gestão Financeira

Os programas dos países geralmente enfrentam desafios na monitoria de despesas orçamentais, relatórios e atrasos em processos de auditoria eficazes.

- **Treinamento sobre ou em gestão financeira:** O PNCT em coordenação com a área financeira, irá capacitar os oficiais de finanças e contabilistas a nível provincial sobre uma melhor gestão financeira em termos de apresentação atempada dos justificativos da utilização dos recursos disponibilizados pelo PNCT, uso adequado do sistema de contabilidade digital, auditoria adequada das unidades sanitárias e laboratórios e monitoria financeira baseada em campo e validação de dados;
- Introdução da gestão financeira baseada em Tecnologias de Informação e sistema de monitoria mantendo um fluxo financeiro actualizado;
- Mobilização das províncias para fornecer contribuições financeiras actualizadas a tempo para possibilitar o desembolso atempado do financiamento para as actividades programadas e
- Nomeação atempada de auditores pelos gabinetes provinciais de saúde e apresentação do relatório do auditoria e certificados de utilização auditados a tempo.

### **6.2.7 FORTALECER A COMPRA E A GESTÃO DA CADEIA DE ABASTECIMENTO DE INSUMOS DE DIAGNÓSTICO DE TB, CONSUMÍVEIS E MEDICAMENTOS**

O fornecimento contínuo e regular de medicamentos para o tratamento curativo e preventivo, de boa qualidade, e todos os produtos relacionados são actividades essenciais sob este PEN. Embora o programa use o Mecanismo de Aquisição Conjunta do Fundo Global e o Global Drug Facility da Stop TB Partnership para adquirir produtos para a tuberculose, a quantificação e a previsão inoportunas e imprecisas criam atrasos na chegada, no país, dos produtos adquiridos por doadores. O sistema de informações de suporte é incapaz de fornecer uma visão abrangente das informações do produto (níveis de estoque, localização, etc.), resultando em faltas e vencimentos de estoque. Outros desafios incluem infraestrutura inadequada de armazenamento e transporte e alta rotatividade de farmacêuticos contratados.

O PNCT planeia superar os desafios existentes na aquisição e gestão da cadeia de suprimentos de TB através de:

- Inclusão de todos os medicamentos anti tuberculose e consumíveis de laboratório na Plataforma de Gestão da Cadeia de Abastecimento (SIGLUS) para fornecer informações atempadas sobre o estado do estoque no nível das unidades e evitar rupturas ou prazos expirados de estoque;
- Colaboração com a CMAM para apoiar a redistribuição de produtos de TB entre as USs para evitar prazo expirado;
- Aumento da capacidade dos funcionários das Unidades Sanitárias e dos distritos para prever e quantificar com precisão as necessidades de suprimentos.
- Fornecimento oportuno de directrizes de tratamento para garantir o uso racional de medicamentos e formulações recém-introduzidos para TB;
- **Resolução dos problemas de infraestruturas inadequadas para o armazenamento dos medicamentos do nível distrital e das unidades sanitárias** - A CMAM está a implementar o Plano Estratégico de Logística Farmacêutica (PELF) que irá melhorar as condições de distribuição dos medicamentos com a introdução dos armazéns intermédios em construção. Este plano incluiu a construção do armazém central em Nampula, a reabilitação do armazém central da Beira e a ampliação do Armazém do Zimpeto, criando assim uma melhor capacidade de armazenamento e condições de conservação. Este plano contempla, para além da construção e reabilitação, o apetrechamento das infraestruturas criando assim condições adequadas de armazenamento, comunicação, etc...
- Resolução da situação de rotatividade de farmacêuticos contratados - Os profissionais de farmácia, como todos os outros profissionais de saúde, estão sujeitos à rotatividade e às transferências dentro das regras do MISAU. Devido à escassez desse pessoal, a rotação e troca de sectores acontece com maior frequência, afectando negativamente a gestão de medicamentos anti TB e consumíveis laboratoriais.

### **6.2.8 RESPONSABILIDADE E COLABORAÇÃO MULTISSECTORIAL**

A Declaração de Moscovo (novembro de 2017) para acabar com a TB exortou os Estados membros e agências globais a acelerarem o progresso para acabar com a TB por meio da responsabilidade multisectorial. A prevenção, o diagnóstico e o manejo da TB requerem colaboração e recursos multisectoriais. A Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a luta contra a TB em Setembro de 2018, adoptou o quadro de responsabilização multisectorial (MAF-TB)<sup>58, 59</sup>.

58 <https://www.who.int/tb/publications/MultisectoralAccountability/en/>

59 OMS (2019). Estrutura de responsabilidade multisectorial para acelerar o progresso no fim da tuberculose até 2030. [https://www.who.int/tb/WHO\\_Multisectoral\\_Framework\\_web.pdf? Ua = 1](https://www.who.int/tb/WHO_Multisectoral_Framework_web.pdf? Ua = 1)

---

O PNCT planeia tomar as seguintes medidas para iniciar e aprimorar a colaboração multisectorial e a responsabilidade pela eliminação da TB:

- Desenvolver uma estrutura nacional de responsabilidade multisectorial para acabar com a tuberculose;
- Criar um plano de acção nacional conjunto para a responsabilidade multisectorial;
- Convocar a coordenação multisectorial de nível central e reunião de responsabilidade envolvendo outros departamentos do MISAU e outros ministérios (Agricultura, Género, Criança, Mulher e Acção Social, Justiça, Defesa, Educação, Trabalho Recursos Minerais e Energia, desastre natural, etc.), ONGs, sectores corporativos, parceiros técnicos, doadores e representantes da comunidade afetada e infectada com vista a criarem um comité de eliminação da tuberculose de/no nível central sob a presidência do Ministério da Saúde;
- Da mesma forma, criar comités de eliminação da tuberculose a nível provincial sob a presidência do Director Provincial de Saúde;
- Organizar reuniões de revisão anuais do nível central e semestral de nível provincial para avaliar o progresso do plano de responsabilidade multisectorial e rever o plano, de acordo com as conclusões da revisão e das recomendações dos conselhos de membros para eliminação da TB

### **6.2.9 ADVOCACIA PARA TB**

Defender o interesse dos pacientes de TB junto a doadores, decisores, parceiros técnicos e de OSCs e representantes da comunidade é uma das principais áreas de foco do PNCT. Ajudar a formular políticas novas ou refinadas, extrair fundos adicionais e melhorar a qualidade dos serviços. A estratégia de advocacia é multifacetada e visa atender a diferentes propósitos com links para a melhoria da qualidade do atendimento centrado no paciente. O acompanhamento do compromisso político do UNHLM do governo para a tuberculose, também será o foco principal da defesa de direitos.

O PNCT planeia implementar a estratégia de advocacia em parceria com vários actores da TB, incluindo os gestores de TB de nível provincial. O engajamento de altos membros da Sociedade Civil e funcionários governamentais para defender a TB como uma doença de importância para a saúde pública será uma estratégia importante.

O PNCT envolverá os parceiros de forma combinada para atenderem propósitos específicos para as suas actividades de advocacia. Além disso, o PNCT vai usar algumas das celebridades do país para servirem como embaixadores nacionais da tuberculose e promoverem as mensagens das sociedades livres de tuberculose em Moçambique.

O PNCT irá liderar todas as actividades de advocacia e monitorar seu progresso. Também desenvolverá e actualizará os materiais e ferramentas de defesa e comunicação estratégica necessários, envolvendo seus parceiros técnicos, de pesquisa e da comunidade, incluindo os Grupos de Trabalho Técnico de TB. O sistema de informação estratégica do PNCT apoiará adequadamente os esforços de advocacia com a disseminação oportuna de informações e dados programáticos críticos.

Um dos principais destaques da defesa do país será capacitar os pacientes e sobreviventes de TB para que suas vozes sejam ouvidas plenamente em redes públicas e sociais para chamar a atenção para suas demandas e aspirações.

## **6.2.10 FORTALECIMENTO DE SISTEMAS COMUNITÁRIOS**

### **6.2.10.1 Fortalecer os Sistemas de Apoio ao Paciente**

O PNCT planeia envolver os parceiros das Organizações da Sociedade Civil, de forma mais intensa, para implantar o pacote de serviços de TB na comunidade e incluir componentes adicionais para alavancar o pacote de serviços existente, visando melhorar a adesão ao tratamento e a cura dos pacientes, especialmente para os com TB-MR e co-infectados. Essas actividades de suporte incluem:

- Expandir a atribuição do Incentivo social, a cesta básica e suporte nutricional para todos os pacientes com tuberculose;
- Desenvolver módulos abrangentes de informação, educação e comunicação sobre TB para os pacientes, suas famílias e membros da comunidade. Os módulos irão transmitir mensagens sobre a prevenção, diagnóstico, tratamento da infecção por TB, e apoio. Adicionalmente terão mensagens educativas sobre a prevenção contra COVID-19 e outras doenças de transmissão aérea, etiqueta da tosse, papéis e responsabilidades dos pacientes com TB (carta do paciente), comorbidades (HIV, Diabetes, doenças mentais e doenças pulmonares ocupacionais), rastreio de contacto e como melhorar o apoio da comunidade aos pacientes com TB, especialmente mulheres, meninas e crianças;
- Envolver os Comités de Saúde e suas lideranças nas acções de controlo da tuberculose, como forma de criar um ambiente favorável ao DOT Comunitário;
  - » Descentralizar o DOT das unidades sanitárias para a comunidade, de acordo com a conveniência e escolhas informadas dos pacientes, como:
  - » DOT comunitário por activistas ou provedores de DOT da comunidade;
  - » Uso de um membro da família devidamente treinado (padrinho) para a monitoria da toma da medicação;
  - » Utilização de plataformas tecnológicas para monitorar a adesão ao tratamento, como vídeo DOT, 99 DOT, SMS e mensagens lembretes para o telemóvel do paciente com TB e
  - » Habilitar e envolver a monitoria liderada pela comunidade do tratamento de TB, utilizando aplicativos móveis como Onelmpact.
- Organizar programas de educação da comunidade sobre direitos humanos e direitos dos cidadãos voltados para pacientes com TB, suas famílias e membros de grupos de alto risco para capacitá-los a exigir serviços de TB melhores e actualizados e proteger seus direitos;
- Promover a igualdade de género, mobilizando as mulheres no acesso gratuito aos serviços de TB com a ajuda de seus familiares homens, activistas, grupos comunitários de mulheres, líderes comunitários e jovens;
- Envolver os pacientes curados de TB e seus grupos para mitigar o estigma, mitos e conceitos errôneos sobre a TB e apoiar as pessoas com sinais e sintomas de TB na procura dos serviços de diagnóstico sem medo ou preconceitos;
- Promover e recompensar as pessoas com melhor desempenho como defensores locais da tuberculose e modelos comunitários;
- Capacitar membros da comunidade e pacientes curados de TB na monitoria do progresso dos pacientes com TB em tratamento e avaliar as unidades sanitárias em termos de disponibilidade de medicamentos e qualidade dos serviços para TB. O programa irá utilizar aplicativos móveis como o Onelmpact para este propósito, após rever os resultados do estudo piloto realizado pela ADPP;

- **Fornecer incentivos** aos membros da comunidade, familiares de pacientes com TB e activistas para colecta e transporte de escarro das comunidades para as unidades sanitárias e incentivos adicionais para as amostras com resultados positivos;
- **Fornecer assistência jurídica** aos pacientes com TB no caso de os seus direitos serem violados e os resultados do tratamento prejudicados;
- Fornecer aconselhamento institucional e domiciliar para os pacientes com TB e TB-DR;
- Fornecer serviços de TB por meio de brigadas móveis para pacientes com TB residentes nas zonas remotas e em áreas de difícil acesso;
- Acompanhar todos os pacientes com TB por, pelo menos, dois anos após a conclusão do tratamento para monitorar a recorrência dos sintomas de TB e levá-los às unidades sanitárias para teste imediato. O PNCT realizará uma avaliação antes de tomar uma decisão política e
- Conectar os pacientes com TB, especialmente mulheres e pessoas abaixo da linha da pobreza, a programas de apoio à subsistência, programas de educação financeira e alfabetização, actividades de alfabetização financeira, grupos de apoio a crédito e actividades de apoio ao pequeno empreendedorismo, como empréstimos bancários e esquemas de bem-estar social.

#### **6.2.10.2 Melhorar as funções dos parceiros baseados na comunidade**

As organizações de base comunitária têm contribuído significativamente para os serviços de TB no país, conforme evidenciado pelo aumento das notificações de TB ao longo dos anos. No entanto, ainda trabalham no modo de prestação de serviços, não muito no envolvimento da comunidade. Elas serviram bem as pessoas afectadas até agora, mas ainda não mobilizaram os membros da comunidade a ponto de se sentirem responsáveis por tornar suas áreas livres de tuberculose e agirem para atingir esse objectivo.

O PNCT pretende fortalecer o envolvimento da comunidade dando maior responsabilidade nas acções para a eliminação da tuberculose por meio de vínculos sustentáveis entre a comunidade e as unidades sanitárias, e da criação de demanda na comunidade para a procura de serviços de qualidade e participação efectiva na tomada de decisões e na planificação relacionadas à tuberculose.

Com a ajuda do PNCT, as OCBs e activistas abordarão questões estruturais subjacentes que impedem o acesso e a adesão aos serviços de TB. Orientarão os membros e líderes da comunidade sobre os direitos dos cidadãos e dos pacientes, bem como sobre os serviços de tuberculose, incluindo a testagem. Adicionalmente, irão educar os membros da comunidade sobre os novos medicamentos e tecnologias disponíveis para a gestão de casos de TB. Essa abordagem baseada em direitos ajudará os membros da comunidade a aumentar a sua confiança, visitar as unidades sanitárias gratuitamente e exigir os serviços de saúde, de acordo com seus direitos.

As OCBs e activistas abordarão questões relacionadas com o gênero, sensibilizando os membros do sexo masculino a serem mais responsivos às mulheres afectadas por TB, a suas famílias com cuidados domésticos e acompanhando-as às unidades sanitárias para as consultas de seguimento regular. As OCBs ao mesmo tempo, irão mobilizar a liderança da comunidade local, redes de pessoas e grupos para ajudar os pacientes com TB, especialmente mulheres, meninas, crianças, pacientes co-infectados e pacientes com TB-DR, a acessarem e aderirem aos serviços de TB.

Os activistas desempenharão o papel de provedores comunitários de DOT sob a supervisão e monitoramento regulares das unidades sanitárias locais. Onde quer que estejam funcionais, os activistas acompanharão a brigada móvel do serviço de saúde a áreas remotas para sensibilização das comunidades sobre a tuberculose, colheita e transporte de amostras de expectoração e apoio à adesão às pessoas marginalizadas de modo a aumentar e melhorar a cobertura de serviços. Eles ajudarão os pacientes com TB a organizar seu o tratamento, facilitarão a interação regular com os profissionais de saúde e mobilizarão participação activa destes nas reuniões locais de planificação para TB.

Além disso, o PNCT irá educar e engajar OCBs e activistas para adoptarem ferramentas digitais para colecta de dados e suporte ao paciente no campo, com base nas experiências anteriores do país de projectos-piloto em aplicativos móveis como OnImpact, ComCare e vídeo-DOT.

O Ministério da Saúde, Governo de Moçambique, aprovou recentemente a Nova Política de Saúde do país que se compromete a apoiar e investir substancialmente para melhorar os sistemas de base comunitária essenciais para os cuidados de saúde. Isso também abordará a sustentabilidade das actividades críticas e papéis desempenhados pelos actores da comunidade na TB.

### **6.2.11 MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA ELIMINAÇÃO DE TB**

É fundamental garantir o financiamento total do PEN pelo menos de 2023 a 2026, altura que se prevê a realização da avaliação de meio termo. O PNCT planeia adoptar as seguintes medidas:

- Estimar a lacuna de financiamento do PEN (custo total do PEN - financiamento já garantido);
- Desenvolver um plano de mobilização de recursos em conjunto com as principais partes interessadas e representantes da comunidade para preencher a lacuna de financiamento;
- Aumentar o financiamento doméstico para TB e defender o aumento progressivo do orçamento do estado para a eliminação da TB;
- Explorar outros recursos para o tratamento da TB, como empresas, contribuições locais e outras actividades de arrecadação de fundos com a ajuda de ONGs parceiras;
- Envolver o sector privado: reuniões especializadas de advocacia com empresas privadas serão realizadas pelo PNCT, para mobilizar o seu apoio financeiro para os cuidados de TB e capacitação no país;

### **6.2.12 VIGILÂNCIA, NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO SOBRE TB**

Os Sistemas de Monitoria e Avaliação têm estado a melhorar nas últimas décadas, e a adopção de sistemas electrónicos de registo e de notificação têm-se provado uma necessidade para melhor utilização dos dados e melhorar a forma como os dados são colhidos, analisados e armazenados. Os programas de TB a nível mundial têm estado a adoptar as mesmas estratégias para melhor gestão de dados. O PNCT tem planos de melhorar e padronizar o seu sistema de recolha e de notificação, estabelecendo um Sistema de Vigilância e padronizando o fluxo de processo de colheita de dados nas Unidades Sanitárias (US).

Neste âmbito e para garantir a tomada de decisões baseada em evidências seguras, bem como guiar a priorização de intervenções, serão planificadas actividades de avaliação de qualidade dos dados, aliadas as actividades de M&A tais como, mentoria e supervisão com apoio técnico, entre outras.

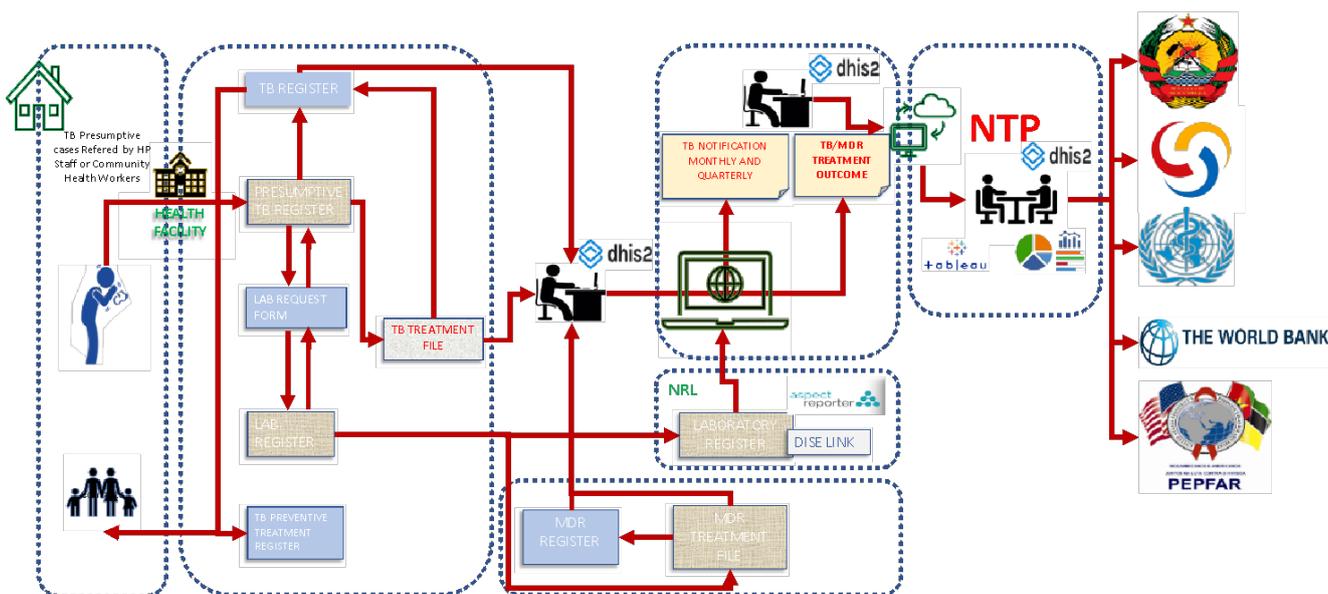
As recentes alterações nos guiões sobre as normas de diagnóstico e tratamento da OMS, permitiram igualmente informar sobre a implementação do sistema de vigilância com recurso à revisão dos instrumentos de recolha, gestão, reporte e uso de dados para a tomada de decisões. Actualmente, os dados provenientes das USs são agregados mensal e trimestralmente a nível da US e distrital e submetidos ao nível central, usando o SISMA (sistema electrónico baseado no DHIS2). Um sistema integrado de gestão de informação baseado nos dados individuais de pacientes com TB na US (SIS-

TB) desenvolvido com base na plataforma DHIS2 e introduzido no país nas províncias de Inhambane, Gaza e Maputo Cidade onde todas as unidades reportam pelo menos 50 casos de TB por ano (>90% das unidades nestas províncias). Estas províncias foram capacitadas e equipadas com tablets para a entrada de dados individualizados dos pacientes. Tal vai permitir melhorar as actividades de monitoria no terreno e facilitar a gestão de casos, evitando duplicações de trabalho, permitindo uma maior e rápida transmissão de dados e a computadorização na preparação do relatório.

### 6.2.12.1 Fortalecimento da vigilância e notificação de TB

Uma estrutura básica foi elaborada para assegurar o fluxo e assegurar a validação atempada da qualidade de dados bem como, fornecer assistência técnica apropriada será usada durante a implementação. O fluxograma é baseado no sistema de vigilância electrónica definido pelo Programa, que também inclui apoio do Departamento de Informação de Sistemas de Saúde do MISAU (DIS). O MISAU concordou em incorporar todos os tipos de dados reportados pelo Programa de TB no HMIS e espera-se que o processo detalhado para a transmissão de dados tenha sido desenvolvido e vai ser incluído.

Figura 12: Fluxo de dados do PNCT para o sistema de vigilância



Para estabelecer um Sistema de vigilância de confiança, notificação atempada de casos de TB em todos os pontos de recolha de dados(US) que poderá capturar as variáveis demográficas, socioeconómicas, geo-espaciais e clínicas, organizá-las e canalizá-las através do SIS-TB e gerar um resumo mensal estabelecido no SISMA e igualmente alojado no DHIS2, uma estratégia apropriada e robusta de capacitação será organizada e incluída como parte para se estabelecer o Sistema de Vigilância, assegurando pessoal capacitado em todos os pontos de dados.

O sistema de vigilância estará baseado numa base de dados inter-relacionada o que vai permitir uma recolha de dados de diferentes períodos e sectores (i.e.: laboratório, clínicas e farmácia) existentes na US, seguir o referenciamento de amostras e apoiar a transferência de pacientes para o exterior ou para outras unidades orgânicas no país.

### **i. Considerações programáticas chave**

- Um sistema de vigilância nacional de recolha de dados individualizados (SIS-TB) foi desenvolvido e estabelecido no país com pelo menos 9 mil pacientes (Inhambane, Gaza e Maputo Cidade) inscritos até esta altura;
- Transição no sistema de reporte e notificação nas províncias aludidas para o SIS-TB;
- Estudo de prevalência da tuberculose no país, realizado em 2020, informando sobre a incidência de TB;
- A revisão dos instrumentos de recolha de dados e de notificação alinhados com as novas normas de diagnóstico e tratamento da OMS realizada;
- Foi elaborado um plano de expansão para a implementação do SIS-TB no país, desenvolvido e já aprovado.

### **ii. Desafios**

- Compra de dispositivos electrónicos (tablets ou outros) para as restantes unidades sanitárias do país;
- Disponibilidade de pacotes de Internet para transferir e uniformizar os dados recolhidos;
- Uso de sistemas de vigilância baseados na recolha de dados individuais de pacientes com TB para a planificação, monitoria e avaliação;
- Apropriação do processo pelas entidades provinciais e distritais;
- Assegurar a qualidade e disponibilidade atempada de dados para o processo de tomada de decisão.

### **iii. Estratégias de implementação**

#### **a. Desenvolvimento de guiões de M&A**

- Para alinhar e assegurar que o Sistema de M&A tenha o nível exigido e com as balizas estabelecidas, o PNCT irá desenvolver guiões de M&A, mapeando os sistemas. Os guiões de M&A irão ajudar a estabelecer os padrões requeridos e garantir um entendimento comum a nível nacional. As normas irão igualmente incluir os indicadores chave e metas adequadamente alinhadas. O PEN será revisto em 2026 para permitir que as necessárias revisões e actualização das metas estejam alinhadas com a epidemiologia e com as recomendações globais sobre TB.

#### **b. Assegurar notificação atempada e correcta a partir de todas as unidades básicas, através da implementação do registo electrónico**

- **Registo electrónico e sistema de notificação (SIS-TB):** Com o registo electrónico de pacientes, o PNCT vai assegurar a disponibilidade atempada de dados, o que vai melhorar a qualidade dos dados. Uma plataforma digital completa irá permitir aos gestores do Programa de TB, a diferentes níveis, terem acesso directo a dados de TB em tempo real, a tendências locais de notificação, a processos actualizados dos pacientes e a desempenhos recentes do programa. Tal situação vai permitir rápidas decisões na gestão programática e elevar a liderança local e do nível central do PNCT.

- » **Plano faseado de registo electrónico e sistema de notificação:** O PNCT vai continuar a expandir o SIS-TB nas restantes províncias. A fonte primária de entrada de dados é a ficha clínica/de tratamento do paciente que actualiza os dados depois de cada visita. Na primeira fase, a informação prévia a partir de Janeiro de 2020 será digitalizada até se completarem os anos anteriores.

**c. Melhorar a monitoria e supervisão**

- O PNCT reconhece a necessidade de supervisão regular no terreno ao pessoal de todas as unidades básicas que implementam actividades de TB. A supervisão deve incluir apoio técnico e formação em serviço do pessoal, para permitir melhoria do seu desempenho. Uma formação de nível central e provincial será necessária para o treino do uso do instrumento de supervisão em fase de finalização, assim como o apoio financeiro para as actividades provinciais. Com este alinhamento, o PNCT terá que reforçar a responsabilidade, através de verificações locais e seguimento das recomendações deixadas anteriormente.

**Melhorar a qualidade assistencial e humanização**

O PNCT reconhece que a melhoria da qualidade assistencial e humanização dos serviços constituem um pilar fundamental para a melhoria do desempenho dos indicadores da cascata de cuidados e tratamento da TB. A Directriz Nacional de MQTB institucionaliza uma plataforma padronizada para que todos os intervenientes chave, a nível nacional, possam coordenar, planificar, mobilizar recursos, implementar, monitorar e avaliar intervenções de melhoria de qualidade, por forma a garantir a provisão de cuidados e tratamento para Tuberculose (sensível e Tuberculose resistente) em crianças, adolescentes e adultos, dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pelo MISAU. Esta iniciativa deverá incluir o engajamento do utente e comunidades, atendimento humanizado, implementação de ciclos de melhoria de qualidade com base em estratégias inovadoras para melhorar o desempenho de indicadores que não alcançam o padrão desejado, formação contínua e tutoria clínica, supervisão formativa, troca de experiências e reconhecimento de Unidades sanitárias com bom desempenho.

**d. Assegurar a qualidade de dados**

- Assegurando que os dados recolhidos vão informar a tomada de decisão, exige-se um padrão mínimo de qualidade. A Avaliação de Qualidade de Dados(AQD) é implementado pelo pessoal de M&A em coordenação com outro pessoal de apoio para uma visão mais ampla. Este exercício permitirá informar onde encontrar os problemas e os factores que contribuem para a qualidade dos dados. Um resumo dos achados essenciais e das recomendações será elaborado depois do exercício, assim como a lista do pessoal chave indicado e os prazos para resolver os problemas. Um log para registar erros e apoiar na criação de um fluxo adequado de resolução será igualmente desenvolvido para permitir a identificação das alterações feitas durante o processo de revisão.

**e. Equipa de Trabalho para a Vigilância**

- Estabelecer uma equipa de trabalho para fazer a mentoria de uma vigilância epidemiológica forte e monitoria e avaliação. Investimentos adicionais devem ser feitos no pessoal de vigilância e nos sistemas para uma informação precisa, completa e atempada que assegure alta qualidade, apresentação de serviços efectivos, monitoria do desempenho bem como detectar e responder à transmissão comunitária. Uma rede de unidades de vigilância de nível nacional e provincial será estabelecida. O aumento da rede de vigilância com assistência técnica para ajudar a atender a prioridades que emergem construindo comunidades com prática de usar dados locais para acção local e responder rapidamente a surtos, passará a ser prática.

#### **f. Uso de dados para tomada de decisão**

- Definir indicadores de processo que são vitais para grandes resultados. Uma rede de unidades de vigilância nacional, provincial e distrital (acima mencionadas) devem desenvolver processos para assegurar e manter informação precisa, completa e atempada no SISMA. Esta equipa deve avaliar a tendência local dos dados epidemiológicos, prestação de serviços, monitorar o desempenho, detectar e responder à transmissão comunitária (ex: surtos epidémicos). Irão ser estabelecidos planos formais de integridade dos dados da vigilância e processos a nível nacional, provincial e distrital. Estes planos incluirão processos para validação e verificação de dados.

#### **g. Parceiros locais**

- Assegurar que todas as ONGs/OSC/OBC envolvidas na prestação de serviços comunitários de TB adoptam um conjunto de indicadores harmonizados para medir a contribuição comunitária.

#### **h. Outras tecnologias digitais**

- Incorporar instrumentos para cuidados de TB na continuidade de serviços a todos os níveis (Video DOT, 99 DOTs, mapeamento Geo, caixas de comprimidos) e assegurar a interoperatividade/unificação dos instrumentos.

### **6.2.12.2 Pesquisa em TB**

A pesquisa em TB é um dos principais focos do PNCT para orientar políticas, adoptar tratamentos e procedimentos diagnósticos actualizados e compreender melhor as respostas da comunidade e as barreiras relacionadas à busca por saúde. O PNCT identificou as seguintes lacunas na pesquisa em TB:

- As capacidades de pesquisa dos parceiros, especialmente das organizações a sociedade civil e parceiros da comunidade, são inadequadas, e os projectos de TB com base na comunidade quase não têm foco na pesquisa de TB. Muito poucas organizações no país, principalmente organizações académicas e baseadas em pesquisa, podem conduzir pesquisas sobre TB;
- Recursos limitados para apoiar a pesquisa em TB.
- A colecta e a análise de dados são uma parte essencial de uma pesquisa bem-sucedida, mas ainda são inadequadas. Pesquisadores de TB em Moçambique precisam ser treinados para cobrir esta lacuna e
- O país tem infraestrutura limitada de saúde e laboratório para realizar ensaios clínicos ou pesquisa de medicamentos. Organizações com planos de pesquisa precisam de ser apoiadas e encorajadas a criar condições para poder participar em ensaios clínicos.

#### **6.2.12.2.1 Melhorar o âmbito e a capacidade para a pesquisa em TB**

O PNCT planeia aprimorar a realização de estudos e ampliar o escopo da pesquisa em TB. O PNCT actualizou a sua agenda de pesquisa operacional (PO) para se alinhar às prioridades nacionais e divulgará convocatórias de acordo com as necessidades priorizadas. Em colaboração com parceiros técnicos como a OMS e a União, o PNCT capacitará equipas e demais pesquisadores em pesquisa operacional (PO).

O PNCT criará um grupo de trabalho técnico dedicado (comité consultivo científico) para discutir e aconselhar sobre projectos e actividades de pesquisa em TB. O GTT organizará treinamentos para capacitar pesquisadores em PO. A equipa também ajudará as províncias a identificar as necessidades de PO e áreas prioritárias, convocar propostas e conduzir pesquisas.

Para aumentar ainda mais o âmbito institucional e a capacidade de pesquisa em TB, o PNCT irá subcontratar parceiros de OSCs adequados para implementar actividades de pesquisa com o financiamento disponível e fornecer-lhes assistência técnica e apoio de monitoramento. O PNCT também ajudará os técnicos qualificados do país a participarem de treinamento em pesquisa de nível internacional sobre TB.

O PNCT identificou as prioridades de pesquisa apresentadas na tabela 13 que irão informar sobre as decisões políticas necessárias, visando um atendimento de TB mais amigável ao paciente.

**Tabela 13: Pesquisa em TB**

Área de pesquisa	Tópico de pesquisa
Pesquisa de acção rápida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar zonas livres de TB no país em locais de baixa prevalência, como as ilhas</li> </ul>
Localização e detecção de casos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilidade da triagem de TB por Raio-X digital e inteligência artificial auxiliada na triagem de Raio-X móvel no KAP seleccionado;</li> <li>• Viabilidade do teste de TB usando Truenat com a ajuda da brigada móvel em população remota;</li> <li>• Implementação piloto de rastreio de TB em diabéticos e rastreio de diabetes em TB</li> <li>• Rastreio de tuberculose em doenças mentais;</li> <li>• Compreender os direitos humanos e as barreiras de acesso baseadas no género em diferentes contextos culturais de Moçambique e</li> <li>• Inovações de teste, novos diagnósticos, novas tecnologias, novos medicamentos e novos regimes.</li> </ul>
Tratamento de TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaio rápidos para regimes mais simples, seguros e mais curtos para todas as formas de TB (oral, regime curto sem injeção para TB-DR, BPaL em XTb-DR, regime SHINE em crianças com TB e 3HP / 1HP em TPT e outras alternativas futuras)</li> <li>• Desenvolver e validar um marcador biológico de cura sem expectoração para uso antes do tempo / dosagem para ensaios clínicos e adaptar para uso no programa;</li> <li>• Avaliar os motivos de interrupção do tratamento em pacientes com TB e identificar medidas para corrigí-los e.</li> <li>• Identificar e avaliar a abordagem centrada no paciente para melhorar a adesão ao tratamento, introduzindo novas ferramentas digitais de apoio ao tratamento.</li> </ul>
Prevenção de TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilidade de documentar e reportar a conclusão do TPT em contactos domiciliários e PVHIV;</li> <li>• Avaliar a resposta de adesão a diferentes regimes de TPT;</li> <li>• Rastreio de reacções adversas ao TPT e sua gestão oportuna;</li> <li>• Viabilidade de TPT em grupos de risco que não sejam contactos domiciliários e PVHIV e</li> <li>• Implementação da testagem de tuberculose latente usando o teste IGRA e expandir o uso de TST.</li> </ul>

# SECÇÃO 7: IMPLEMENTAÇÃO DO PEN (2023-2030)

## 7.1. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN

### LIDERANÇA DO PROGRAMA

O PNCT, sob a liderança da Direcção Nacional de Saúde Pública, vai liderar e coordenar a implementação deste plano estratégico. Neste sentido, o PNCT irá:

- Garantir a colaboração e responsabilidade multisectorial entre as outras direcções e departamentos do ministério, como HIV e SIDA, Departamento de Promoção de Saúde (DePROS), Doenças não Transmissíveis, Cuidados de Saúde Primários, Agentes Polivalentes de Saúde e Medicina Tradicional e Alternativa);
- Fortalecer a coordenação com diferentes departamentos dos ministérios da Educação, Agricultura, Justiça, Defesa, Recursos Minerais e Energia, Trabalho e Segurança Social, e Transporte e Comunicação por meio de reuniões interativas e planificação conjunta;
- Garantir o desembolso atempado de fundos para as províncias para uma implementação suave das intervenções aprovadas;
- Adquirir medicamentos, ferramentas de diagnóstico e consumíveis de laboratório e distribuir pelas províncias através da Central de Medicamentos e Artigos Médicos;
- Melhorar a capacidade técnica, programática e de gestão de subsídios a vários níveis - central, provincial, distrital, parceiros de OSCs;
- Fortalecer o PNCT no sistema de monitoria e supervisão programática e financeira regular;
- Coordenar com os parceiros de ONGs e OSCs, incluindo seus consórcios, a implementação do pacote de intervenções comunitárias do PNCT com qualidade;
- Colaborar com outros mecanismos de concessão de TB do país, como o Fundo Global, Banco Mundial, USAID e Stop TB Partnership, via reuniões regulares de coordenação de doadores e garantir a mobilização de recursos;
- Promover pesquisas relacionadas à tuberculose para a actualização e ou apresentação de novas políticas em colaboração com INS, OMS, instituições académicas e parceiros de OSCs relevantes e
- Fortalecer as capacidades do PNCT com mais recursos e competência (expertise).

### Implementação do PEN

O PNCT garantirá a implementação do PEN por meio de:

- Apoio técnico-operacional intensificado a nível provincial para uma melhor gestão programática, apoio técnico próximo, supervisão e monitoria;
- Participação mais activa e intensificada dos parceiros da OSCs e representantes da comunidade, especialmente para trabalhar e saturar a cobertura da população afectada;
- Desenvolvimento de habilidades em todos os níveis para melhorar a gestão dos cuidados com a TB;

- Supervisão e monitoria aprimorada baseada em dados digitais e apresentação de dados em tempo real facilitando a rápida tomada de decisão;
- Advocar o aumento do financiamento doméstico para o controlo da tuberculose junto com a mobilização de fundos no país a partir de recursos, como Responsabilidade Social Corporativa;
- Preparação para emergências para assegurar os serviços de TB durante calamidades naturais e em situação de pandemia como a COVID-19.

## 7.2 MONITORIA E AVALIAÇÃO

A estrutura de monitoria e avaliação ajudará a medir o progresso na implementação das actividades com vista ao alcance dos objectivos pretendidos e metas definidas. Este PEN passará por uma revisão completa em 2026 para permitir a revisão e actualizações necessárias das metas de acordo com a epidemiologia da TB e os dados do relatório global da OMS.

O PEN terá um plano específico de Monitoria e Avaliação para medir o progresso e ajudar a abordar questões que podem impedir o progresso em cada passo e/ou fase, definindo recomendações. A estrutura de M&A na tabela 14 fornece os indicadores, metas e cursos de dados.

O PNCT conduzirá análises intermédias e finais para garantir que as metas estejam no caminho certo.

## 7.3 FINANCIAMENTO DO PEN

O PNCT preparou um plano de custos do PEN. Tem estado a mobilizar recursos para reforçar o sistema, nomeadamente para melhorar a infraestrutura, melhorar as condições incluindo o equipamento para motivar o pessoal a permanecer e melhorar o nível de provisão de serviços. Esta abordagem abre caminho para o Reforço do Sistema de Saúde, um dos maiores desafios para a implementação do programa. Por outro lado, algumas áreas de serviço ligadas às actividades de controlo de TB – especialmente as áreas de apoio, dependem de outros programas e do respectivo nível de organização, e o PNCT tem de encarar este facto para ter as actividades a decorrerem de forma adequada.

Como apresentado na figura 8 (pág. 27 e 28), o financiamento das actividades de controlo da TB tem sido insuficiente. Os maiores doadores têm sido o Fundo Global (actual subvenção 2021-2023), o Banco Mundial (actual subvenção 2017-2023). Outros doadores são a USAID e parcialmente o PEPFAR. Nos últimos quatro anos, têm sido alocados cerca de 30 milhões de USD anualmente para actividades de controlo de TB, mas as actividades continuam com financiamento insuficiente. Para implementar actividades alinhadas com a Estratégia “Acabar com a TB”, e tendo em conta o nível ambicioso das actividades do corrente PEN, é bem provável que os recursos financeiros vão continuar aquém das necessidades. Um grande constrangimento é o facto de que muitas áreas de apoio não dependem do PNCT, mas estão ligadas a outras áreas programáticas que, infelizmente, também têm insuficiência de fundos. O PNCT terá de considerar este constrangimento para assegurar um bom desempenho.

## 7.4 PLANO DE TRABALHO E ORÇAMENTO (2023 - 2030)

As metas do plano estratégicos foram estimadas com base na modelagem do OPTIMA e ajustadas de acordo com os resultados do estudo de prevalência e o progresso impactado pela pandemia da COVID-19. As mesmas serão ajustadas durante a avaliação do meio termo a ser realizada em 2026.

A tabela abaixo mostra os indicadores a serem monitorados durante a implementação do PE e as estimativas das metas definidas.

Metas do Plano Estratégico NTP 2023 - 2023	ANOS									
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
Taxa de incidência de TB por 100.000 hab.	361	343	326	310	294	279	265	252	239	
Taxa de mortalidade	43	40	37	35	32	30	28	26	24	
Taxa de notificação de casos	350	358	366	375	384	393	402	412	422	
Todos os Formulários TB Notificações	110674	116208	121741	127828	134220	140931	147977	155376	163145	
Proporção de todos os casos notificados por formulários < 15 anos	12%	14%	14%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	
Proporção de tuberculose confirmada	42%	45%	48%	51%	54%	57%	60%	63%	66%	
<b>Resistente a Drogas</b>										
Notificações RR/MDR TB (FQ Sensível) (meta atualizada)	1441	1729	2075	2490	2988	3586	4303	5163	6196	
Indicadores de TB/HIV										
Proporção de coinfectados HIV/TB que iniciaram ou estão em TARV	97%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	99%	
<b>Sucesso do tratamento</b>										
Taxa de sucesso do tratamento de DS-TB (desagregada por ano <15 e 15+)	94%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%	
Taxa de sucesso do tratamento RR/MDR (desagregado por ano <15 e 15+)	75%	78%	81%	84%	87%	90%	90%	90%	90%	
<b>Indicadores TPT</b>										
Contactos Crianças dos 0 aos 14 anos que iniciam o tratamento	71391	98316	109939	122724	136513	151373	167379	184607	203139	
Contactos Crianças dos 0 aos 4 anos que iniciam o tratamento	33183	83814	97296	112599	129687	143805	159010	175376	192982	
Contactos Crianças dos 5 aos 14 anos que iniciam o tratamento	49775	36377	40677	45408	50510	56008	61930	68304	75161	
Contactos Crianças dos 0 aos 14 anos que terminam o tratamento	74662	61939	69261	77316	86003	95365	105449	116302	127977	
Contactos Crianças dos 0 aos 4 anos que terminam o tratamento	29865	88484	98945	110451	122861	136236	150641	166146	182825	
Contactos Crianças dos 5 aos 14 anos que terminam o tratamento	44797	32739	36610	40867	45459	50407	55737	61474	67645	
<b>Indicadores comunitários de TB</b>										
Contribuição comunitária de casos de TB de todas as formas (%)	42%	42%	42%	42%	42%	42%	42%	42%	42%	

(Fonte: Metas de país revistas em termos de indicadores do PNCT de 2023 a 2030)

O custeamento do plano estratégico teve em conta os seguintes pressupostos gerais:

- Para o combate a tuberculose estão previstas, entre outras, as seguintes intervenções:
  - » Diagnóstico da TB com microscopia;
  - » Diagnóstico da TB com Xpert;
  - » Diagnóstico da TB com LPA;
  - » Diagnóstico da TB com cultura;
  - » Tratamento de 1ª linha;
  - » Tratamento da TB resistente: MR e XR ;
  - » Tratamento preventivo da TB;
  - » Rastreamento de sintomas;
  - » Rastreamento com TST
  - » Rastreamento da TB com raio-X;
  - » Actividades colaborativas TB e HIV/SIDA;
  - » Suporte nutricional;
  - » Apoio ao paciente da TB.
- A orçamentação das intervenções teve em conta os custos unitários (sem inclusão dos custos de mão-de-obra directa) para cada tipo de intervenção, multiplicado pelo número de casos estimados por intervenção;
- A estimativa do investimento em equipamentos foi feita em função da quantidade de unidades necessárias para reforçar a actual capacidade existente no sistema de saúde e a necessidade de reposição. Para o custeamento foram usados preços de mercado dos equipamentos;
- O investimento em infraestruturas teve em conta a necessidade de alargamento e expansão da rede laboratorial para o reforço da capacidade de diagnóstico e a necessidade de ter laboratórios de referência nas principais regiões do país. Os custos foram estimados em função do valor do investimento necessário para construir as infraestruturas e equipá-las.

A proposta total de orçamento para o financiamento do Plano Estratégico Nacional para o período 2022-2030 é de 462,74 milhões de dólares americanos, conforme a tabela 1 seguinte.

**Tabela 14 - Orçamento do Plano Estratégico para Acabar com a Tuberculose, por pilares estratégicos, para o período 2022 -2030**

NO	Descrição do pilar	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
1	Cuidados integrados, centrados no paciente e de prevenção	30 704 838	41 662 055	41 809 737	32 901 246	37 008 258	34 842 259	37 216 504	35 671 693	37 971 109	329 787
2	Políticas arrojadas e sistemas de suporte	18 320 761	5 300 255	19 022 858	5 300 255	18 810 358	5 087 755	17 888 483	4 587 755	4 794 733	99 113
3	Promover a pesquisa e a inovação	1 543 750	1 815 625	2 979 001	2 284 375	2 793 645	5 203 125	6 269 626	5 475 000	5 475 000	33 839
<b>TOTAL</b>		<b>50 569 349</b>	<b>48 777 935</b>	<b>63 811 596</b>	<b>40 485 876</b>	<b>58 612 261</b>	<b>45 133 139</b>	<b>61 374 613</b>	<b>45 734 448</b>	<b>48 240 842</b>	<b>462 740</b>

Tendo em conta que, o PEN definiu um conjunto de 7 intervenções estratégicas para o alcance dos objectivos estratégicos, a tabela abaixo ajuda-nos a visualizar como os recursos ficam alocados por cada intervenção.

**Tabela 15 - Distribuição do orçamento por intervenção estratégica para o período 2023 - 2030**

NO	Descrição da intervenção estratégica	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total
1	Melhorar o acesso dos serviços da TB nas unidades sanitárias	10 379 411	8 962 063	11 746 083	8 728 221	12 630 648	9 929 191	13 213 942	10 176 123	10 673 575	96 439 256
2	Melhorar o diagnóstico da TB nas unidades sanitárias	22 787 154	25 374 877	38 349 627	18 209 572	31 367 447	17 207 822	27 967 447	14 829 697	14 873 697	210 967 343
3	Melhorar o sucesso do tratamento da TB	12 230 303	9 001 520	7 374 807	8 108 609	9 139 692	10 319 151	11 664 644	13 201 653	14 959 617	95 999 995
4	Gestão do Programa da TB	4 929 043	4 938 225	5 839 829	4 938 225	4 973 223	4 775 725	5 627 329	4 625 725	4 832 703	45 480 026
5	Colaboração multissetorial e responsabilização	143 438	229 375	229 375	229 375	229 375	229 375	229 375	229 375	229 375	1 978 438
6	Fortalecer os sistemas de vigilância e notificação de TB	-	171 875	171 875	171 875	171 875	171 875	171 875	171 875	171 875	1 375 000
7	Pesquisa em TB	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	2 500 000	10 500 000
	<b>TOTAL</b>	<b>50 569 349</b>	<b>48 777 935</b>	<b>63 811 596</b>	<b>40 485 876</b>	<b>58 612 261</b>	<b>45 133 139</b>	<b>61 374 613</b>	<b>45 734 448</b>	<b>48 240 842</b>	<b>462 740 058</b>

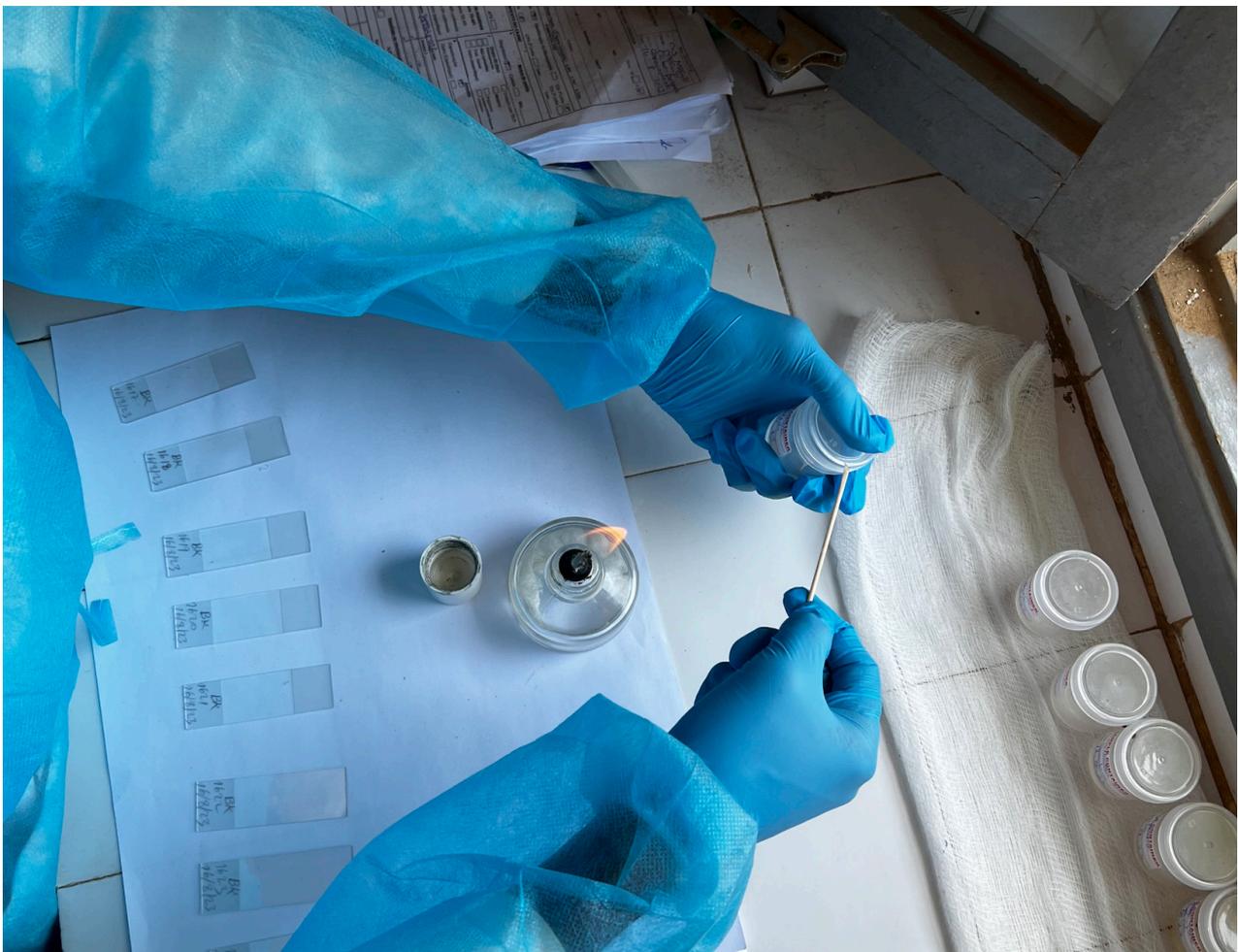
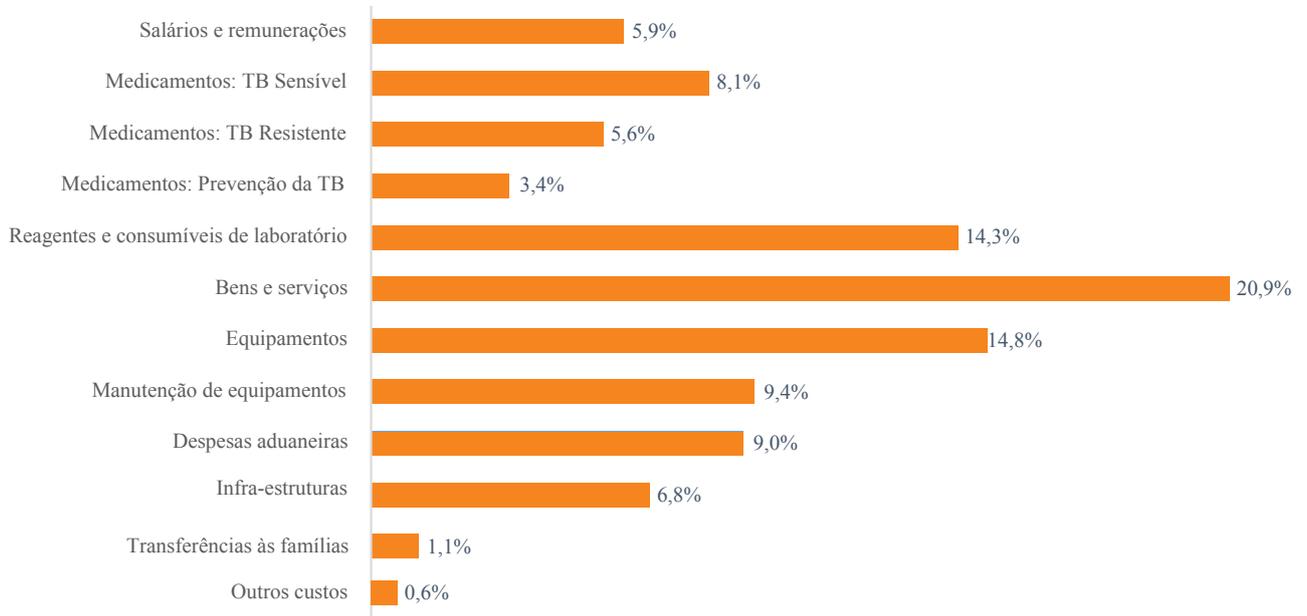
Conforme pode-se atestar a intervenção que concentra maior volume de recursos durante o período em análise é a “Melhoria do diagnóstico da TB nas unidades sanitárias” com 45,6% dos recursos, a “Melhoria do acesso dos serviços da TB nas US” com 20,8% e a “Melhoria do sucesso de tratamento da TB” com 20,7% do financiamento global.

Olhando para as rubricas de despesas, mostra que os bens e serviços (20,9%), medicamentos (17,1%), equipamentos (14,8%), reagentes e consumíveis de laboratório (14,3%), concentram a maior parte do financiamento.

**Tabela 16 - Alocação do orçamento do Plano Estratégico para o período 2023 - 2030, por rubricas de despesa**

NO	Descrição da rubrica	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Total	%
1	Salários e remunerações	2 531 340	2 728 950	2 803 481	2 872 075	3 050 669	3 224 888	3 263 950	3 303 013	3 544 888	27 323 253	5,9%
2	Medicamentos: TB Sensível	5 007 442	2 692 278	2 692 278	3 096 091	3 560 509	4 094 600	4 708 795	5 415 108	6 227 382	37 494 483	8,1%
3	Medicamentos: TB Resistente	3 644 337	2 731 675	1 924 601	2 011 737	2 313 327	2 659 739	3 059 416	3 518 016	4 045 549	25 908 396	5,6%
4	Medicamentos: Prevenção da TB	1 647 743	1 862 473	1 087 396	1 250 499	1 438 075	1 656 718	1 905 215	2 190 997	2 519 655	15 558 772	3,4%
5	Reagentes e consumíveis de laboratório	4 048 458	7 182 553	6 354 428	8 025 758	8 025 758	8 025 758	8 025 758	8 025 758	8 025 758	65 739 990	14,3%
6	Bens e serviços	7 158 309	7 837 180	9 464 745	11 044 338	10 018 937	12 712 876	13 200 191	12 198 587	12 405 566	96 040 729	20,9%
7	Equipamentos	15 976 851	5 559 279	18 494 949	399 324	14 322 074	62 449	13 200 199	62 449	106 449	68 184 023	14,8%
8	Manutenção de equipamentos	2 890 625	2 945 375	3 961 000	4 245 240	5 260 865	5 260 865	6 182 740	6 182 740	6 182 740	43 112 190	9,4%
9	Despesas aduaneiras	6 433 369	3 849 546	6 673 717	2 545 126	6 187 922	2 809 871	6 308 911	3 271 092	3 565 731	41 645 285	9,0%
10	Infra-estruturas	300 000	10 300 000	9 300 000	3 800 000	3 300 000	3 300 000	300 000	300 000	300 000	31 200 000	6,8%
11	Transferências às famílias	385 313	443 063	509 438	550 125	588 563	629 813	673 875	721 125	771 563	5 272 875	1,1%
12	Outros custos	328 125	328 125	328 125	328 125	328 125	328 125	328 125	328 125	328 125	2 953 125	0,6%
	<b>TOTAL</b>	<b>50 351 911</b>	<b>48 460 498</b>	<b>63 594 158</b>	<b>40 168 439</b>	<b>58 394 823</b>	<b>44 765 701</b>	<b>61 157 175</b>	<b>45 517 010</b>	<b>48 023 405</b>	<b>460 433 120</b>	<b>100%</b>

Figura 4 - Alocação do orçamento total do Plano Estratégico para o período 2022 - 2030, por rubricas de despesa



## REFERÊNCIAS

1. Abuchahama Saifodine, Paula Samo Gudo, Mohsin Sidat e James Black. Atraso do paciente e do sistema de saúde entre pacientes com tuberculose pulmonar na cidade de Beira, Moçambique. BMC Public Health volume 13, número do artigo: 559 (2013).
2. Andrés Noé, Rafaela M. Ribeiro, Rui Anselmo, Maria Maixenchs, Layce Sitole, Khatia Munguambe, Silvia Blanco, Peter le Souef e Alberto L. García-Basteiro. Conhecimentos, atitudes e práticas em relação aos cuidados da tuberculose entre profissionais de saúde no sul de Moçambique. BMC Pulmonary Medicine (2017) 17: 2)
3. Argiro Pachi, Dionisios Bratis, Georgios Moussas, Athanasios Tselebis, "Psychiatric Morbidity and Other Factors Affecting Treatment Adherence in Pulmonary Tuberculosis Patients", Tuberculosis Research and Treatment, vol. 2013, Artigo ID 489865, 37 páginas, 2013. <https://doi.org/10.1155/2013/489865>
4. Bart Jacobs, Por Ir, Maryam Bigdeli, Peter Leslie Annear e Wim Van Damme. Enfrentando as barreiras de acesso aos serviços de saúde: uma estrutura analítica para selecionar intervenções apropriadas em países asiáticos de baixa renda. Política e planificação de saúde 2011; 1-13. [https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr\\_jacobs\\_ir\\_barriershealth2011.pdf](https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_jacobs_ir_barriershealth2011.pdf)
5. Avaliação de Base em Moçambique - Ampliando Programas para Reduzir Barreiras Relacionadas aos Direitos Humanos aos Serviços de HIV e TB 2018.
6. de Araújo GS, Pereira SM, dos Santos DN, Marinho JM, Rodrigues LC, Barreto ML. Transtornos mentais comuns associados à tuberculose: um estudo de caso-controlo pareado. PLoS One. 2014; 9 (6): e99551. Publicado em 17 de junho de 2014. doi: 10.1371 / journal.pone.0099551
7. De Schacht C, Mutaquiha C, Faria F, Castro G, Manaca N, Manhica I, et al. (2019) Barreiras de acesso e adesão aos serviços de tuberculose percebidas pelos pacientes: Um estudo qualitativo em Moçambique. PLoS ONE 14 (7): e0219470. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219470>
8. Folha de dados: Estratégia e metas globais de TB pós-2015. [https://www.who.int/tb/post2015\\_TBstrategy.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1)
9. Getnet F, Demissie M, Assefa N, Mengistie B, Worku A. Atraso no diagnóstico de tuberculose pulmonar em ambientes de baixa e média renda: revisão sistemática e meta-análise. BMC Pulm Med. 2017; 17 (1): 202. Publicado em 13 de dezembro de 2017. Doi: 10.1186 / s12890-017-0551-y
10. Global TB Report 2020
11. <https://data.unicef.org/country/moz/>
12. <https://data.worldbank.org/country/mozambique>
13. Kumar AM, Gupta D, Kumar A, Gupta RS, Kanchar A, Rao R, Shastri S, Suryakanth MD, Rangaraju C, Naik B, Guddemane DK, Bhat P, Nair AS, Harries AD, Dewan P. Teste de HIV entre pacientes com Tuberculose presuntiva: como fazemos a implementação em um ambiente programático de rotina? Resultados de uma grande pesquisa operacional na Índia. PLoS One. 31 de maio de 2016; 11 (5): e0156487. doi: 10.1371 / journal.pone.0156487. PMID: 27244055; PMCID: PMC4887014.

14. Lakshmi Krishnan, Tokunbo Akande, Anita V. Shankar, Katherine N. McIntire, 1 Celine R. Gounder, Amita Gupta e Wei-Teng Yang. Barreiras relacionadas ao gênero e atrasos no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento da tuberculose: uma revisão sistemática de estudos qualitativos. *Tuberculosis Research and Treatment*. Volume 2014 | ID do artigo 215059 | 14 páginas
15. Lee GE, Scuffell J, Galea JT, et al. Impacto dos transtornos mentais nos resultados do tratamento ativo da tuberculose: uma revisão sistemática e meta-análise. Pré-impressão. medRxiv. 2020; 19.06.2020135913. Publicado 6 de novembro de 2020. Doi: 10.1101 / 2020.06.19.20135913
16. Macuacua B, Mukhopadhyay S, Jone J, Manhica I. O envolvimento de prestadores de cuidados de saúde privados contribuiu para alcançar os casos de TB desaparecidos no distrito de Kampfumo na cidade de Maputo, Moçambique. EP-13-221-02. A 50ª Conferência Mundial da União sobre Saúde Pulmonar, 2019
17. Os curandeiros modernos e tradicionais combinam forças para melhorar o tratamento da epilepsia em Moçambique; EPIGRAPH VOL. 21 EDIÇÃO 4, OUTONO 2019.
18. Boletim Estatístico Mensal de dezembro de 2020. <https://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico>
19. Relatório de TB do país em Moçambique 2019.
20. Perfil Demográfico de Moçambique (Índice Mundi)
21. Formulário de Pedido de Financiamento do Fundo Global de Moçambique, Período de Atribuição 2020-2022
22. Programa Nacional de TB em Moçambique; Banco Mundial; Optima Consortium for Decision Sciences; Burnet Institute. 2020. Otimizando Investimentos na Resposta à Tuberculose em Moçambique: Resultados de um Estudo de Eficiência Alocativa da Tuberculose. Banco Mundial, Washington, DC. © Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33907> Licença: CC BY 3.0 IGO
23. Instituto Nacional de Estatística (INE).<http://www.ine.gov.mz/>
24. Orlando S, Triulzi I, Ciccacci F, Palla I, Palombi L, Marazzi MC, Giuliano M, Florida M, Mancinelli S, Mutemba E, Turchetti G. Diagnóstico tardio e tratamento da tuberculose em pacientes HIV + em Moçambique: uma análise de custo-efetividade de protocolos de rastreio baseados em rastreio de quatro sintomas, baciloscopia, teste LAM de urina e Xpert MTB / RIF. *PLoS One*. 19 de julho de 2018; 13 (7): e0200523. doi: 10.1371 / journal.pone.0200523. PMID: 30024890; PMCID: PMC6053163.
25. Estrutura centrada nas pessoas para planificação e priorização de programas de tuberculose - Guia do usuário. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. PNCT (2021) 1º pesquisa nacional de prevalência de tuberculose pulmonar em moçambique. Apresentação
27. Relatório de Desempenho do PNCT 2011
28. Avaliações de qualidade dos serviços de TB. <https://www.measureevaluation.org/our-work/tuberculosis/quality-of-tb-services-assessments>,

- 
29. S Mukhopadhyay, Manhica I, Macuacua B, Soto A, Cassamo A, Holm B, Hallstrom H, Floriano A. A colaboração estratégica entre o PNCT Moçambique e parceiros da sociedade civil através do projecto apoiado pela USAID para melhorar a detecção de casos de TB nas províncias de Nampula e Zambézia, Moçambique. SOA22-1225-27. A 49ª Conferência Mundial do Pulmão da União sobre Saúde Pulmonar
  30. Saifodine, A., Gudo, PS, Sidat, M. et al. Atraso do paciente e do sistema de saúde entre pacientes com tuberculose pulmonar na cidade de Beira, Moçambique. BMC Public Health 13, 559 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-559>
  31. Avaliação da disponibilidade e prontidão do serviço / SARA 2018 do Ministério da Saúde
  32. Guia de campo StopTB 1: Detecção de casos de TB com populações -chave. Parceria StopTB 2018. [stoptb.org/resources](http://stoptb.org/resources)
  33. O Fundo Global. 2018. Ampliação dos programas para reduzir as barreiras relacionadas aos direitos humanos aos serviços de HIV e TB.
  34. O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014–2019 (PESS, Plano Estratégico do Sector de Sa.de)
  35. O projecto de resposta à TB em Moçambique (2020-2024) foi recentemente lançado nas províncias de Sofala, Tete, Nampula, Zambézia, em Moçambique, com o apoio da USAID e através da parceria entre o PNCT e organizações OSC.
  36. Situação da tuberculose 2019: Moçambique. [http://stoptb.org/resources/cd/MOZ\\_Dashboard.html](http://stoptb.org/resources/cd/MOZ_Dashboard.html)
  37. UNAIDS 2019. Relatório Global de HIV e AIDS
  38. OMS (2019). Estrutura de responsabilidade multissectorial para acelerar o progresso no fim da tuberculose até 2030. [https://www.who.int/tb/WHO\\_Multisectoral\\_Framework\\_web.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/WHO_Multisectoral_Framework_web.pdf?ua=1)
  39. OMS 2020. Novo estudo 31 / A5349 sobre o tratamento da tuberculose suscetível a medicamentos. <https://www.who.int/news/item/22-10-2020-new-study-31-a5349-on-the-treatment-of-drug-susceptible-tb>
  40. A OMS consolidou as directrizes sobre o tratamento da tuberculose resistente a medicamentos. Anexos 3–9. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (WHO / CDS / TB / 2019.3). Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311390/WHO-CDS-TB-2019.3-eng.pdf>
  41. Directrizes da OMS sobre prevenção e controlo de infecção por tuberculose, actualização de 2019, Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550512>

# ANEXOS

ANEXO 1: FACTORES SUBJACENTES AOS DESAFIOS

ANEXO 2: ABORDAGENS CRÍTICAS PARA MELHORAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE TB

ANEXO 3: PLANO DE COLECTA DE AMOSTRA DE EXPECTORAÇÃO E COBERTURA DE TRANSPORTE, POR FONTE DE FINANCIAMENTO (2020 - 2024)

ANEXO 4: O PLANO PARA MELHORAR O DIAGNÓSTICO DE TB E TB-DR

ANEXO 5: GESTÃO PROGRAMÁTICA DA TB RESISTENTE A MEDICAMENTOS (PMDT)

ANEXO 6: GESTÃO PROGRAMÁTICA DA ILTB

ANEXO 7: PLANO DETALHADO DE PREPARAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS DO PNCT

ANEXO 8: TERMOS DE REFERÊNCIA DOS CONSELHEIROS DE TB DE NÍVEL PROVINCIAL

ANEXO 9: PLANO DE ADVOCACIA PARA A TB

ANEXO 10: ESTRATÉGIA DE MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS E PLANO PARA ACTIVIDADES DE PROGRAMAS DE TB

ANEXO 11: TORNANDO AS FAMÍLIAS RESILIENTES CONTRA A TUBERCULOSE

ANEXO 12: RESUMO DOS OBJECTIVOS DO ANTERIOR PEN 2014-2018

## ANEXO 1: FACTORES SUBJACENTES AOS DESAFIOS

Trata-se de factores subjacentes ou estruturais que afectam os pacientes com TB e aqueles que precisam de serviços de TB: Os factores podem surgir tanto da comunidade como ao nível do serviço de saúde. A lista desses factores foi realizada após um processo de consulta exaustivo com os parceiros e os membros do Grupo de Trabalho Técnico de TB do MISAU.

### Lista dos factores subjacentes que dão origem aos desafios críticos

Principais desafios	Factores subjacentes		
	Surgindo no nível da comunidade e no nível do paciente	Surgindo nas instalações e sistema de saúde pública	Transversais
Desafios relacionados ao acesso: Acesso insuficiente ou insuficiência de unidades sanitárias e serviços de TB	<p><b>A nível da comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolamento geográfico, longas distâncias das unidades sanitárias, população dispersa;</li> <li>• Influências negativas da comunidade na busca por saúde;</li> <li>• Pouca consciência da comunidade sobre TB e estigma, má orientação sobre direitos humanos e constitucionais;</li> <li>• Orientação de visita às USs para COVID-19;</li> <li>• Disparidade de género que dificulta o acesso das mulheres aos serviços de saúde.</li> </ul> <p><b>A nível do paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fraco conhecimento individual ou familiar sobre TB e estigma;</li> <li>• Restrições financeiras</li> <li>• Influência de álcool/ drogas.</li> </ul>	<p>Menor número de unidades de diagnóstico (redes de laboratórios) em termos de cobertura populacional<sup>60</sup>;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O teste de TB baseado na comunidade para a população localizada em zonas/ áreas remotamente é insignificante ;</li> <li>• Colecta e transporte inadequados de expectoração das comunidades para as unidades sanitárias ;</li> <li>• Insuficiente Triagem de TB insuficiente dos contactos domiciliários dos pacientes com TB e PVHIV que não conseguem chegar às unidades sanitárias;</li> <li>• Triagem de TB baseada na comunidade em larga escala insuficiente em pontos críticos como prisões, bairros suburbanos pobres e mineiros;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desastres naturais, distúrbios políticos, insurgência armada;</li> <li>• Falta de políticas ousadas e de recursos suficientes para ampliar o diagnóstico de TB molecular e regimes orais mais curtos para TPT e TB-DR;</li> <li>• Coordenação intersectorial inadequada e envolvimento do sector privado;</li> <li>• Poucas oportunidades e capacidades de pesquisa relacionada à TB no país;</li> <li>• Dependência de financiamento externo;</li> <li>• Necessidade urgente de mobilização de recursos para responder adequadamente à situação de emergência do COVID-19.</li> </ul>

60 População de Moçambique em 2020 31.255.435 ([www.worldmeters.info/mozambique](http://www.worldmeters.info/mozambique)) e o total de unidades sanitárias que realizam o diagnóstico de TB é de cerca de 400. 1 unidade de diagnóstico para pouco mais de 78.000 -pessoas em média, com variações no nível provincial e urbano-rural.

Principais desafios	Factores subjacentes		
	Surgindo no nível da comunidade e no nível do paciente	Surgindo nas instalações e sistema de saúde pública	Transversais
Desafios relacionados ao diagnóstico: Nenhum diagnóstico ou notificação de TB, independentemente do acesso	<p><b>A nível do paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes não têm voz, especialmente mulheres, quando o teste é recusado;</li> <li>Os pacientes não têm autonomia para desafiar os resultados negativos quando os seus sintomas persistem e exigem um novo teste ou testes mais sensíveis</li> <li>Os pacientes com TB não exigem triagem para seus contactos de domicílio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionamento inadequado dos laboratórios de diagnóstico de TB</li> <li>• Problemas de capacidade da equipe de laboratório para realizar testes e interpretar resultados, especialmente testes de diagnóstico rápido;</li> <li>• Questões relacionadas à cadeia de abastecimento dos reagentes de laboratório e cartuchos;</li> <li>• Problemas ligados à manutenção das máquinas Xpert e verificações de qualidade dos laboratórios;</li> <li>• Diagnóstico inadequado de TB em crianças pequenas</li> <li>• Número limitado de laboratórios de referência para realizar C&amp;DST de nível superior;</li> <li>• Armazenamento e transporte de amostras de escarro inadequado entre as unidades sanitárias;</li> <li>• Uso limitado de ferramentas de triagem como Raio-X;</li> <li>• Triagem e teste de TB insuficientes dentro das unidades sanitárias devido à superlotação e equipa de saúde limitada;</li> <li>• - TB diagnosticada, mas não notificada ao PNCT por provedores de saúde privados e praticantes de medicina tradicional;</li> <li>- Má detecção de outras condições de comorbidades (diabetes, doenças pulmonares ocupacionais altamente relevantes nas indústrias de mineração e doenças mentais);</li> <li>- Alta demanda por diagnóstico de COVID-19 e foco de mudança de gestão de diagnóstico e tratamento de TB;</li> </ul>	

Principais desafios	Factores subjacentes		
	Surgindo no nível da comunidade e no nível do paciente	Surgindo nas instalações e sistema de saúde pública	Transversais
Desafios relacionados com o tratamento: Nenhum tratamento correto, independentemente do diagnóstico de TB	<p><b>A nível da comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cobertura inadequada dos pacientes com TB pelo DOT comunitário e pelo apoio comunitário para os pacientes com TB, como aconselhamento domiciliar, acompanhamento nutricional, apoio psicossocial e recuperação de casos de LTFU;</li> <li>- Disparidade de género que afecta a adesão ao tratamento e o cuidado das mulheres com tuberculose.</li> </ul> <p><b>Nível do paciente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pacientes com TB não compareceram às unidades sanitárias para o início do tratamento e não podem ser rastreados na comunidade devido ao estigma, migração, pressão dos colegas e vício</li> <li>- Os pacientes com TB não toleram os efeitos colaterais dos medicamentos (mais em TB-DR) e interrompem o tratamento e</li> <li>- Aqueles iniciados no TPT têm pouca instrução sobre o tratamento e não aderem ao tratamento.</li> </ul>	<p>Funcionamento inadequado dos serviços de tratamento de TB;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lacunas na de psico educação sobre tratamento e serviços de aconselhamento para os pacientes nas unidades sanitárias;</li> <li>- Regimes de tratamento longos (TB-DR, TPT) que não são amigáveis ao paciente;</li> <li>- Mau diagnóstico, relatórios e gestão de ADRs;</li> <li>- rotura de stock e deficiente/ inadequado armazenamento de medicamentos ;</li> <li>- Falta de ou inapropriada capacidade dos provedores de saúde em fornecer tratamento adequado aos pacientes complicados de TB;</li> <li>- Lacunas nos mecanismos de suporte social (subsídio e transporte e/ou cesta básica) para os pacientes e seus familiares/cuidadores.;</li> <li>- Rastreamento deficiente de TPT e o não relato da conclusão do tratamento;</li> <li>- Triagem de TB, diagnóstico, tratamento e TPT não são componentes bem desenvolvidos no pacote de cuidados continuados de PVHIV nos serviços integrados e completos e</li> <li>- Capacidades insuficientes para diagnosticar e tratar outras comorbidades</li> <li>- Capacidades insuficientes para diagnosticar e tratar a tuberculose infantil.</li> </ul>	

## ANEXO 2: ABORDAGENS CRÍTICAS PARA MELHORAR O ACESSO AOS SERVIÇOS DE TB

O diagrama esquemático mostra as intervenções estratégicas para melhorar o acesso aos serviços de TB



**ANEXO 3: PLANO DE COLECTA DE AMOSTRA DE EXPECTORAÇÃO E COBERTURA DE TRANSPORTE, POR FONTE DE FINANCIAMENTO (2020 - 2024)**

N	Actividades	Fonte de apoio financeiro	
		Fundo Global	USAID + Banco Mundial
1	Cobertura distrital	104 - 109 * distritos	48 - 53 distritos
2	Colecta de amostras na comunidade (as amostras de escarro são colectadas principalmente na comunidade de alto risco, após sua triagem sintomática e ou radiológica) e transportadas para as unidades básicas de saúde - para ser feito pelos agentes comunitários de saúde (activistas) e membros da comunidade	1244 activistas	1000 activistas
3	Dos laboratórios de microscopia às instalações do Xpert - transporte a ser feito por serviços de motocicleta contratados	104 - 109 distritos	48 - 53 distritos
4	Dos locais do Xpert aos laboratórios de referência - transporte a ser feito por serviços de correio contratados	104 - 109 distritos	48 - 53 distritos
5	Dos laboratórios de referência ao Laboratório Nacional de Maputo	Pelo Fundo Global, cobrindo 3 laboratórios de referência em 2021, 4 laboratórios de referência em 2022 e 5 laboratórios de referência em 2023	
6	Colecta de amostra de escarro em laboratórios de diagnóstico privados, hospitais e clínicas privadas para instalações públicas Xpert para teste de TB em cidades como Maputo, Beira e Nampula	Custo de transporte em unidades sanitárias privadas	
7	Dias de tosse	78	50
8	Envolvimento de 'Oficiais de Tosse' para melhorar a triagem, colecta de amostra de escarro e teste dentro das instalações das unidades sanitárias	200	200 - 400
9	Colecta de amostras nas unidades sanitárias para o diagnóstico de TB em crianças pequenas - aspirado nasofaríngeo e gástrico, indução de escarro e amostras de fezes e vinculação ao teste molecular rápido directo.	Apoio financeiro do Fundo Global	
10	FNAC (citologia de aspiração por agulha fina) para diagnosticar tuberculose glandular em crianças e adultos	Apoio de financiamento por fundos domésticos	

\* Os 5 distritos de Gaza que não são cobertos pelo apoio do Banco Mundial serão incluídos no financiamento do Fundo Global a partir de 2022, após a conclusão do projecto do Banco Mundial

## .ANEXO 4: PLANO PARA MELHORAR O DIAGNÓSTICO DE TB E TB-DR

### O plano tem como finalidade:

- Maximizar a testagem de TB por meio de testes moleculares rápidos:
- Testar todos os casos presuntivos de TB antecipadamente por meio de teste molecular rápido até 2023.

### Distribuição actual das máquinas Xpert e Truenat para teste molecular rápido para TB e plano

Classificação das províncias em termos do número de casos de TB-DR notificados em 2019	Distribuição de instalações de teste Xpert na concessão actual	Novos Xperts planeados no novo subsídio do Fundo Global em 2020-21	Novos Truenat planeados no novo subsídio do Fundo Global em 2020-21	Novos Xperts planeados a partir do suporte do WB em 2020-21	Espera-se que o Total Xpert e o Truenat estejam funcionais em 2021
Províncias com alta carga (mais de 150 casos de TB-DR notificados anualmente)  - Maputo cidade, província de Maputo, Gaza, Nampula e Zambézia	Nampula - 17 Zambézia - 22 Gaza - 21 Província de Maputo - 16 Cidade de Maputo - 28 Total - 104	Maputo cidade - 3 Nampula - 2 Maputo província - 1 Total 6	Total: 10	Zambézia - 05 Gaza - 4 Província de Maputo - 4 Total - 13	133
Províncias intermédias (mais de 100 casos de TB-DR, mas menos de 150 notificados anualmente)  - Sofala, Tete	Sofala - 17 Tete - 11 Total - 28	Sofala - 2 Total 2	Total: 5	Tete - 4 Total - 4	39
Províncias de baixa carga (menos de 100 casos de TB-DR notificados anualmente)  - Niassa, Cabo Delgado, Manica, Inhambane	Cabo Delgado - 13 Manica - 12 Inhambane - 12 Niassa - 9 Total - 46	Inhambane - 1 Cabo Delgado - 1 Total 2	Total: 7	Manica - 4 Inhambane - 4 Total - 8	63
	<b>Total 178</b>	<b>Total 10</b>	<b>Total 22</b>	<b>Total 25</b>	<b>Total 235</b>

Déficit actual das instalações Xpert: O país precisará de 36 máquinas Xpert adicionais (271 - 235) até 2022 para garantir o teste inicial de 100% dos casos presuntivos de TB, planeando adquiri-las quer de fontes internas como de externas.

#### Alocação orçamental para teste de TB

N	Área de investimento	Fontes de financiamento		
		2021	2022	2023
1	Cartuchos para teste Xpert	Fundo Global	Banco Mundial	Fundo Global
2	Consumíveis de laboratório para microscopia de expectoração	Fundo Global	Fundo Global	Fundo Global
3	Laboratórios de referência	Fundo Global	Fundo Global	Fundo Global

Moçambique pretende que 100% dos casos de TB notificados passem por teste de diagnóstico rápido no momento do diagnóstico até 2023; actualmente a proporção é de 46% (2019).

#### Metas do país para aumentar a testagem por diagnóstico rápido

Indicador	2019 (linha de base)	2023
Proporção de pacientes com TB notificados testados com diagnóstico rápido no momento do diagnóstico	46% <sup>61</sup>	100%

#### Melhorar o diagnóstico de casos de TB confirmados bacteriologicamente

Há necessidade urgente de melhorar o rendimento de pacientes com TB confirmados bacteriologicamente. O PNCT tem o seguinte plano imediato para isso. O plano está descrito na tabela a seguir.

#### Plano para melhorar o diagnóstico de pacientes com TB confirmados bacteriologicamente

Nr.	Estratégia	Actividade	Por quem
1	Melhorar a qualidade da amostra de escarro durante a colecta em nível arquivado	Capacitação dos activistas sobre a forma correcta e metodologia de colecta e armazenamento de expectoração  Fluxo de Transporte de amostras de vários modos:	Parceiros OSC
2	Melhorar o transporte rápido das amostras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da Comunidade para as unidades básicas de saúde por activistas;</li> <li>• De Unidades sanitárias de cuidados primários para os locais de Xpert em motocicletas;</li> <li>• De Sites Xpert para laboratórios regionais por serviços de correio e</li> <li>• De Laboratórios regionais para laboratórios nacionais por serviços de correio.</li> </ul>	Parceiros OSC (sob contrato)

61 Global TB Report 2020

Nr.	Estratégia	Actividade	Por quem
3	Melhorar o âmbito de colecta de amostras	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa activa de casos em comunidade de alto risco;</li> <li>• Triagem de contactos domiciliários e de contactos próximos na comunidade;</li> <li>• Dias de tosse;</li> <li>• Triagem dentro das unidades sanitárias por oficiais de tosse.</li> </ul>	Parceiros OSC
4	Aprimorar o teste inicial de casos presuntivos de TB pelo Xpert MTB/Rif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a funcionalidade dos Xpert existentes e</li> <li>• Instalação de novos Xpert.</li> </ul>	PNCT
5	Brigadas Móveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar serviços de diagnóstico de tuberculose móveis com Truenat MTB</li> </ul>	Parceiro OSC (subcontrato)
6	Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar as capacidades do laboratório e do pessoal médico para realizar e interpretar testes moleculares rápidos.</li> <li>• Instalar novas máquinas de Raios-X e</li> </ul>	PNCT e sistema de saúde
7	Raios-X do tórax	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar radiografia de tórax para rastrear os contactos domiciliários e outros grupos de alto risco, como comunidades mineiras, prisioneiros e bairros suburbanos pobres para melhorar a proporção de casos presuntivos de TB, vinculando-os a um teste molecular rápido para confirmação de TB.</li> </ul>	PNCT e sistema de saúde
8	Gestão de comorbidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer a triagem de TB para pessoas com problemas mentais e com características semelhantes à da população de risco</li> <li>• Aumentar a demanda por testes de TB;</li> </ul>	PNCT e sistema de saúde
9	Mobilização da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o referenciamento para as unidades sanitárias e</li> <li>• Campanha de mídias.</li> <li>• Sensibilizar médicos do sector privado sobre gestão programática de TB e notificação de casos de TB e</li> </ul>	Parceiros OSC, Mídias sociais Mídias locais
10	Envolvimento do sector privado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colectar amostras de expectoração de unidades sanitárias privadas para unidades sanitárias públicas para o teste Xpert</li> </ul>	Parceiros OSC

Melhorar o diagnóstico de casos de TB RR/MR: O país perde cerca de 2.500 pacientes com TB RR/MR anualmente. Existem actividades específicas que estão planificadas para melhorar o diagnóstico da TB MR-RR no país, de acordo com as estratégias priorizadas. A tabela mostra o plano do país para melhorar o diagnóstico de TB RR / MR.

## O plano para melhorar o diagnóstico de pacientes com TB MR-RR

Nº	Estratégia	Subestratégia	Actividades	Responsável	Papel do PNCT
1	Aprimorar o teste inicial dos casos presuntivos de TB pelo Xpert MTB / Rif	Melhorar o acesso ao teste Xpert	<p>Criar alfabetização sobre o teste Xpert durante o programa de alfabetização em TB</p> <p>Envolver pacientes curados de tuberculose e líderes comunitários para defender o teste Xpert</p> <p>Informar a comunidade sobre os locais, horários de trabalho e detalhes de contacto dos laboratórios com Xpert do distrito</p> <p>Oferecer apoio às mulheres e meninas para terem acesso aos serviços de teste de TB e de Xpert</p> <p>Organizar testes por Truenat em comunidades remotas</p> <p>Realizar dias de mensais da tosse em locais com alta carga de TB e TB resistente</p> <p>Rastrear todos os contactos TB-DR</p> <p>Instalar um número adicional de máquinas Xpert nos distritos para aumentar a cobertura de testes Xpert</p> <p>Fazer rastreio de TB nas salas de espera das unidades sanitárias e teste dos sintomáticos pelo Xpert</p> <p>Colectar amostras de expectoração e transporte para locais Xpert para teste após pesquisa activa de casos em grupos de alto risco, triagem de contactos domiciliários e "dias de tosse"</p> <p>Colectar amostras especializadas em crianças pequenas para teste de Xpert, como a indução de expectoração, lavagem gástrica, colecta de amostras de fezes</p>	<p>Parceiros OSCs, Activistas</p> <p>Parceiros de OSCs, activistas</p> <p>Activistas, Membros das famílias do sexo masculino, Líderes comunitários, Pacientes curados de tuberculose</p> <p>Brigada móvel (subcontratado para parceiros de OSC)</p> <p>Supervisor distrital</p> <p>Activistas DOT</p> <p>PNCT</p> <p>Oficiais de tosse das unidades sanitárias</p> <p>Activistas</p> <p>Técnicos de laboratório e médicos das instalações de saúde</p>	<p>Supervisão e monitoramento</p> <p>Aquisição e envio para os distritos</p> <p>Supervisão e monitoramento</p> <p>Supervisão e monitoramento</p> <p>Capacitação dos técnicos de laboratório, supervisão e monitoramento</p>

Nº	Estratégia	Subestratégia	Actividades	Responsável	Papel do PNCT
2	Aumentar as capacidades do pessoal de saúde para testar com o Xpert e interpretar os resultados corretamente	Capacitação do pessoal de saúde das unidades públicas de saúde	Organizar o treinamento dos técnicos de laboratório e médicos em testes Xpert, interpretação de resultados e colecta de amostras em crianças pequenas	Assessores de TB das províncias	Supervisão e monitoramento
3	Manter em 100% a funcionalidade das máquinas Xpert	Contrato anual de manutenção	Contratar uma agência apropriada/credenciada para fornecer serviços de manutenção anual para as máquinas Xpert	PNCT	Assinatura de contrato com empresas credenciadas e Supervisão e monitoramento das actividades de manutenção
		Garantia de qualidade externa dos laboratórios de TB	Realizar garantia de qualidade externa dos laboratórios de TB, incluindo dos testes Xpert	Supervisores Provinciais de Laboratório	Supervisão e monitoramento
		Ampliar a cobertura dos laboratórios de referência	Estabelecer 2 novos laboratórios de referência nas províncias de Zambézia e Gaza para ampliar LPA e LC para diagnosticar resistência a outros medicamentos de 1ª e 2ª linha	PNCT	Estabelecimento de novos laboratórios de referência
4	Ampliação da rede de diagnóstico molecular de TB	Sequenciamento do genoma	Realizar o sequenciamento do genoma de MTB directamente da expectoração para identificar a diversidade genética	Laboratório de Referência da cidade de Maputo	Supervisão e monitoramento
		Aprimorar o envio de amostras para laboratórios de referência	Utilizar os serviços de correio local para o envio imediato de amostras para laboratórios de referência dos locais Xpert de nível distrital	Subcontratar parceiros das OSC	Supervisão e monitoramento
		Novas tecnologias	Utilizar novas tecnologias recomendadas pela OMS. <sup>62</sup>	Laboratórios de referência	Aquisições, treinamento, supervisão e monitoramento

62 Avanços no diagnóstico molecular da tuberculose - Emily MacLean, Mikashmi Kohli, Stefan F. Weber, Anita Suresh, Samuel G. Schumacher, Claudia M. Denking, Madhukar Pai

## ANEXO 5: GESTÃO PROGRAMÁTICA DA TB RESISTENTE A MEDICAMENTOS ANTI-TB (PMDT)

### Regimes de tratamento actualmente em uso:

O PNCT de Moçambique está presentemente a tratar os doentes com TB-DR com os regimes estabelecidos pelo Comité Nacional de Peritos, de acordo com as directrizes da OMS e indicados a seguir.

### Regimes de TB-DR em uso em Moçambique

1. Regime individualizado para crianças resistentes a Rif com menos de 3 anos de idade
2. 6Bdq-Lfx-Lzd-Cfz-Cs / 14 Lfx-Lzd-Cfz-Cs para mais de 6 anos,
3. 6Dlm-Lfx-Lzd-Cfz-Cs / 14 Lfx-Lzd-Cfz-Cs de 3 a 6 anos
4. Regime individualizado em pacientes seleccionados que não respondem aos regimes regulares
5. Para pacientes com TB XR, o regime é individualizado.
6. O país interrompeu o tratamento com drogas injectáveis desde dezembro de 2019.

### Plano de transição para tratamento oral de curto prazo para TB- R

Regime de Tratamento	Nº total de pacientes com TB-DR		
	2021	2022	2023
Regime oral longo	1128	407	0
Regime oral curto	927	2020	2605
Total	2055	2427	2605

O plano para melhorar os resultados do tratamento visa reduzir a perda de pacientes em tratamento e a redução da mortalidade, incluindo o monitoramento da farmacovigilância e o fornecimento de apoio psicossocial a pacientes com TB DR.

Estratégia	Subestratégia	Actividades	Responsável	Nº
Introdução de regime de tratamento amigável ao paciente	Sem injeção, regime longo	Fazer o Lançamento do regime de tratamento sem injeção em Dezembro de 19 em todo o país	Gestores de programas de TB nas províncias, Médicos e enfermeiras das unidades sanitárias	
	Regime curto Livre de injeção	Realizar o Piloto em 2020 seguido de lançamento em 2021	Gestores de programas de TB nas províncias, Médicos e enfermeiras das unidades sanitárias	
	Caixa de comprimidos para o paciente	Fornecer dose completa de medicamentos para TB-DR em caixas de comprimidos para pacientes	Farmacêuticos das unidades sanitárias	Todos os pacientes na comunidade devem ter uma caixa

Estratégia	Subestratégia	Actividades	Responsável	Nº
Capacitação	Treinamento em PMDT	Treinar médicos, enfermeiras/os e outros profissionais de saúde na gestão clínica e programática de TB-DR, com foco nos novos regimes e farmacovigilância	Assessores provinciais de tuberculose	1 Curso de actualização provincial/ano
		Treinar as equipas de saúde na gestão de comorbidades como saúde mental e tuberculose	Assessores provinciais de tuberculose	1 Curso de actualização/ provincial/ano
		Treinar trabalhadores comunitários em DOT TB-DR e gestão de todos os regimes orais curtos, incluindo farmacovigilância	Parceiros OSC	
Fortalecimento do aconselhamento em TB	Recrutamento e treinamento de conselheiros de TB nas unidades sanitárias de alto volume	Aconselhar pacientes com TB e TB-DR durante o início do tratamento, visitas de acompanhamento e visitas domiciliárias, seguindo as directrizes de aconselhamento	Subcontratado a parceiros OSC	Pelo menos 1 activista / US de alto volume
Expansão do DOT na comunidade	Supervisionar medicamentos diários em nível de comunidade	Mobilizar activistas treinados para supervisionar o DOT TB-DR diário em todos os regimes orais nas casas dos pacientes	Subcontratado a parceiros OSC	
		Implementar Vídeo-DOT para pacientes com TB-DR	Subcontratado a parceiros OSC	Número de pacientes cujo tratamento foi monitorado por Vídeo-DOT
Apoio psicossocial	Mobilizar a comunidade local	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar grupos de apoio a pacientes que incluam pacientes curados de TB</li> <li>• Ligar aos conselheiros baseados nas unidades em caso de estresse mental</li> <li>• Seguir a directriz nacional de apoio comunitário para pacientes com TB para fornecer apoio psicossocial</li> </ul>	Subcontratado a parceiros OSC	Número de pacientes envolvidos no apoio ao paciente

Estratégia	Subestratégia	Actividades	Responsável	Nº
		Vincular pacientes com TB-DR a programas de apoio social	PNCT	Nº Pacientes vinculados a programas de apoio social TB-DR
	Apoio económico	Fornecer apoio social para pacientes com TB DR	Subcontratado a parceiros OSC	Proporção de pacientes com TB-DR que receberam apoio social
		Fornecer apoio psicológico, através dos activistas	Subcontratado a parceiros OSC	Proporção de pacientes com TB-DR que receberam apoio psicossocial
Suporte de adesão ao tratamento baseado em TI	Utilizar ferramentas auxiliadas por TI para garantir a adesão ao tratamento para os pacientes	<p>Usar aplicativos móveis (por exemplo, Onelmpact, ComCare, DHIS2) para monitorar o tratamento e rastrear os pacientes envolvendo membros da comunidade</p> <p>Vídeo DOT</p> <p>SMS de lembrete e IVR</p> <p>Gerar listas perdidas de rastreamento automático usando plataformas digitais para reintegração nos serviços (DHIS2)</p> <p>Gerar listas automáticas (galert) de pacientes diagnosticados para início precoce do tratamento (48h)</p>	Subcontratado a empresas de TI e parceiros OSC	Nº de pacientes que se beneficiam de cada um das ferramentas de TI
Farmacovigilância	Monitoramento de efeitos colaterais de medicamentos	Rastrear os pacientes clínica e bioquimicamente antes do início e durante o tratamento	Médicos das unidades sanitárias	
		Educar os pacientes e familiares sobre os efeitos colaterais (maiores e menores) dos medicamentos durante o início do tratamento e as visitas de acompanhamento e para relatarem os efeitos colaterais às unidades sanitárias	Enfermeiras e conselheiros das unidades sanitárias	

Estratégia	Subestratégia	Actividades	Responsável	Nº
		Educar os provedores de DOT da comunidade sobre os efeitos colaterais dos medicamentos para que eles possam rever com os pacientes os efeitos colaterais diariamente, especialmente durante o período inicial e relatar às unidades sanitárias durante os principais efeitos colaterais com encaminhamento / transporte dos pacientes para as unidades sanitárias	Subcontratado OSC	% de pacientes com encaminhamentos para US com ADR  numerador: pacientes encaminhados com ADR  denominador: número total de pacientes com ADR)
		Equipar as unidades sanitárias para realizar testes de emergência durante os efeitos colaterais de medicamentos como ECG, hemogramas e outros testes bioquímicos	PNCT	
	Tratamento de efeitos colaterais graves e importantes de medicamentos	Usar medicamentos da STOP TB para a tuberculose para tratar os principais efeitos colaterais  Tranquilizar os pacientes  Reiniciar os medicamentos para TB  Seguir as directrizes clínicas do tratamento de TB-DR	Médicos das unidades sanitárias	Número de pacientes tratados
Melhoria da qualidade do rastreamento		Realizar tutoria clínica		

## ANEXO 6: GESTÃO PROGRAMÁTICA DA TUBERCULOSE LATENTE

O pacote combinado de tratamento curativo e preventivo da TB é altamente económico em termos de redução da taxa de incidência de TB necessária para a eliminação. Os compromissos recentes do UNHLM sobre a TB, como o tratamento de 40 milhões de pacientes com TB e 30 milhões de infecções latentes de TB até 2022, é um dos principais passos para acelerar o esforço para a eliminação, especialmente nos países com alta transmissão e alta carga.

Diagrama esquemático: Algoritmo para iniciação de TPT em contactos domiciliários (0-15 anos)

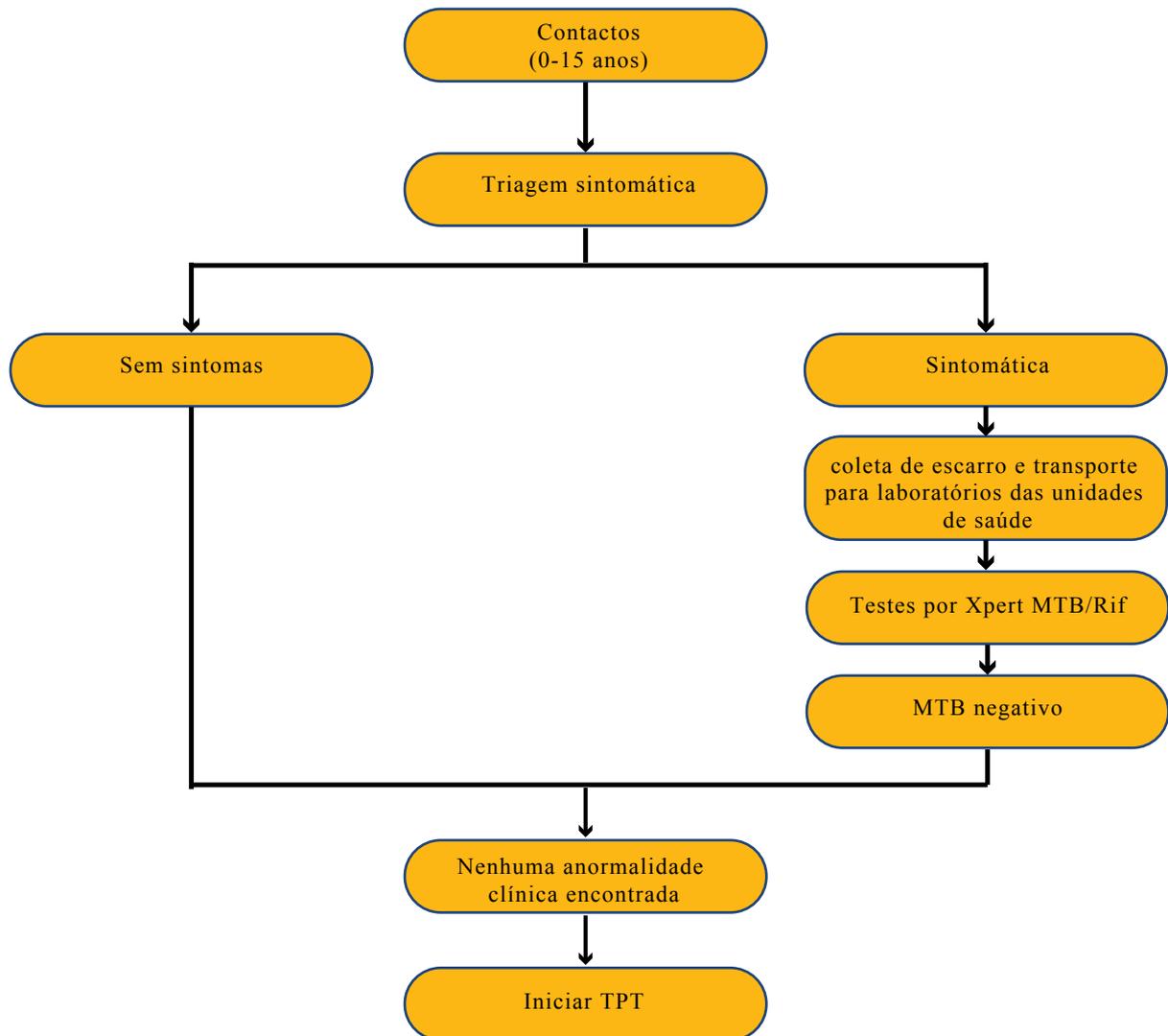
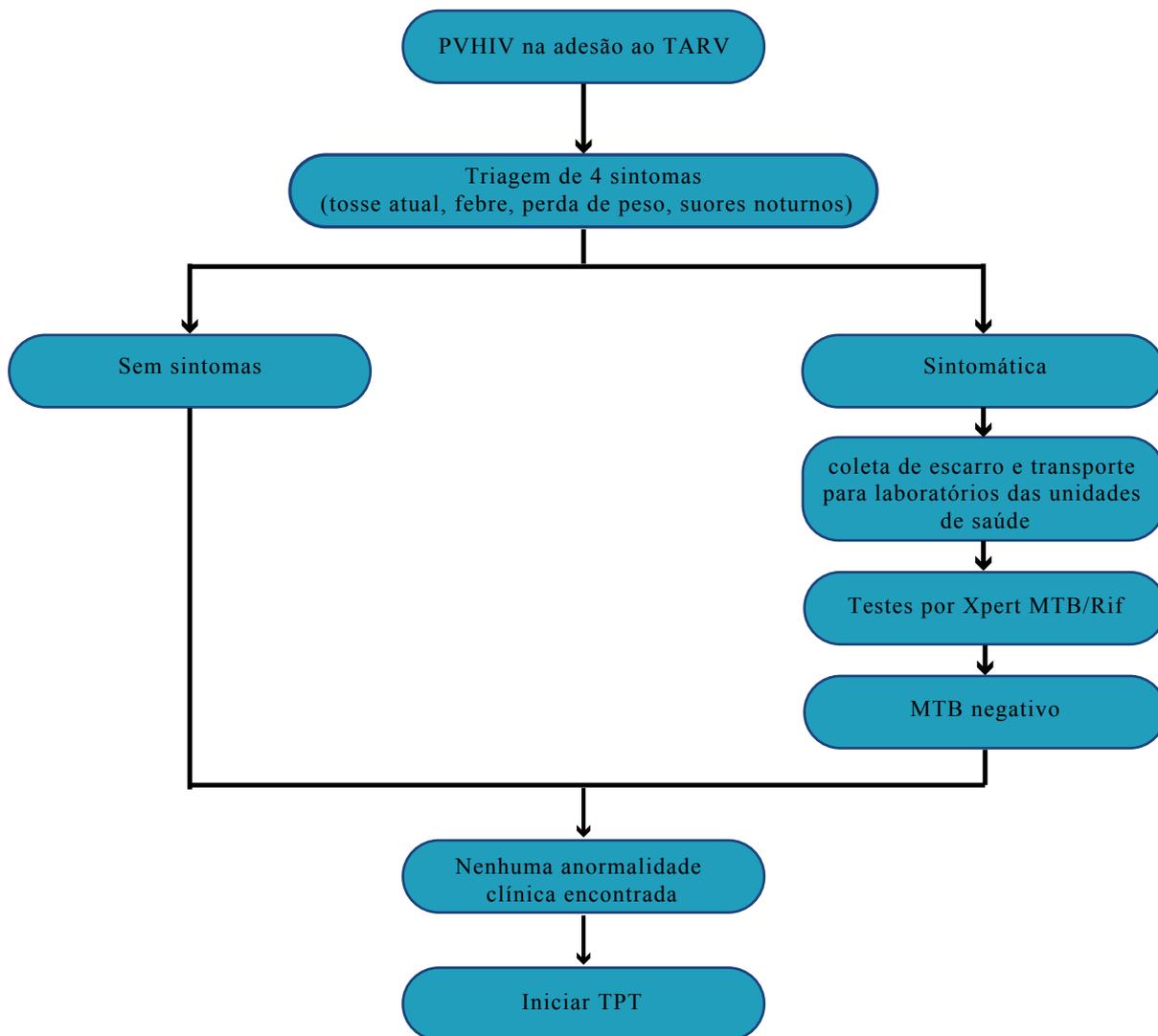


Diagrama esquemático: Algoritmo para iniciação de TPT em PVHIV



## Medicação e gestão de TPT quando o paciente índice com TB e TB-MR

O TPT recomendado para a prevenção da TB em contactos de uma fonte de TB resistente (que atende aos critérios de elegibilidade mencionados acima) é Levofloxacina (Lfx) na dose de 15-20 mg/kg/dia por 6 meses. A levofloxacina está disponível em comprimidos dispersáveis de 100 mg e comprimidos não dispersáveis de 250 mg.

Durante a TPT com Levofloxacina - o mesmo que TPT com Isoniazida - os seguintes aspectos devem ser monitorados: Peso, altura, aparecimento de sinais/sintomas de TB, efeitos adversos da medicação, garantir adesão, garantir que o caso de origem esteja em conformidade com a medicação.

## Frequência de consulta da criança em contacto com TB resistente a medicamentos anti TB

Categoria	Frequência da consulta
Todas as crianças menores de 15 anos que são assintomáticas e HIV negativas em contacto com um caso fonte de TB resistente	Consulta mensal na USs até o término do tratamento preventivo (6 meses); depois consulta de 3 em 3 meses na US por 6 meses. Depois, consulta de 6 em 6 meses até completar 2 anos de acompanhamento.
Crianças e adolescentes assintomáticos que são HIV- positivo independentemente da idade em contacto com um caso de fonte de TB resistente	Inicie a TPT após descartar a doença tuberculosa activa e o acompanhamento na US como acima descrito.
Crianças menores de 15 anos em contacto com um caso-fonte de TB resistente a fluoroquinolonas	Não fazer TPT com Levofloxacina. Acompanhamento de 2 meses na CCR por 6 meses e depois de 6 meses seguir na unidade de saúde por 2 anos

**Crítérios para alta da Consulta de Criança em Risco (CCR):** As crianças que são contactos assintomáticos resistentes à TB recebem alta, 2 anos após o início do acompanhamento.

**Implicações de recursos para 3HP TPT, dada a inclusão de casos clinicamente diagnosticados como índice:** Mantendo o alto custo do 3HP em mente e também assumindo que o custo do 3HP diminuirá no futuro, o país planeia implementá-lo em fases. O uso actual de 6INH para TPT diminuirá com o aumento correspondente na cobertura de 3HP nos próximos anos e isso está reflectido no plano do país abaixo.

## ANEXO 7. PLANO DETALHADO DE PREPARAÇÃO PARA EMERGÊNCIAS DO PNCT

Moçambique é -propenso a desastres naturais como ciclones, cheias e secas. O país sofre com frequência do impacto destas calamidades e as populações ficam internamente deslocadas com todas as consequências para o sector de saúde. Em geral, dá-se então prioridade ao acesso à água, saneamento e vacinações.

A interrupção ou descontinuidade de tratamento ou tratamento preventivo de doenças crónicas fica para trás. O PNCT precisa de considerar, de forma proactiva, as mudanças que os desastres naturais podem causar no controlo de TB e assegurar que as actividades de TB são parte do pacote de emergência. Em resumo, o PNCT tem que seriamente considerar a situação para não deixar perder os ganhos obtidos.

### Objectivos do plano de preparação para emergências

- a. Fornecer políticas e directrizes para o controlo da TB antes, durante e depois das emergências, especialmente para os prestadores de serviços de saúde da linha de frente ao nível das unidades sanitárias;
- b. Definir as funções e responsabilidades das várias organizações/agências envolvidas na prestação de serviços de TB nas várias fases de redução e gestão do risco de desastres e
- c. Descrever o mecanismo de monitoramento e de avaliação.

### Intervenções chave

#### 1. Fase aguda (primeiros 3 meses)

Durante os primeiros dias da fase aguda de uma emergência, incluindo desastres naturais, uma avaliação inicial rápida é realizada; A TB deve ser incluída nesta avaliação. Com base nessa avaliação, as seguintes intervenções devem ser realizadas:

- Fazer uma análise de situação para i) avaliar o número estimado de pacientes já em tratamento e ii) mapear as unidades sanitárias onde o diagnóstico e tratamento de TB ainda estão em funcionamento, além de recursos humanos treinados;
- Estabelecer um mecanismo para garantir a continuidade do tratamento nas unidades sanitárias que prestam serviços de tratamento de TB;
- Garantir um fornecimento ininterrupto de medicamentos para TB e colocar os medicamentos com antecedência onde houver um alto risco de interrupção do fornecimento;
- Garantir que as directrizes de TB estejam disponíveis em todas as unidades sanitárias; procedimentos operacionais padrão específicos adicionais podem ser desenvolvidos e distribuídos;
- Assegurar vínculos com outros programas de saúde para esforços colaborativos, como o programa de vacinação, nutrição, HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis;
- Assegurar que os profissionais de saúde estejam plenamente informados sobre os antibióticos que devem ser usados exclusivamente no tratamento da TB e não para qualquer outra situação;
- Assegurar a coordenação com todos os parceiros presentes e partes interessadas que lidam com questões relacionadas à saúde na área afectada;

- Desenvolver IEC e outros materiais de comunicação de risco para uso em situações de desastre como parte de actividades de advocacia, comunicação e mobilização social (ACSM);
- Incluir a TB na resposta do cluster de saúde, bem como nas actividades de avaliação de saúde iniciais e subsequentes;
- Certificar-se de que os fundos necessários para o controlo da TB durante a fase aguda sejam incluídos nos apelos de emergência e
- Mobilizar especialistas para auxiliar na avaliação da situação de controlo da TB e na redacção de propostas que descrevam as actividades de resposta específicas que precisam ser implementadas.

## **2. Fase de recuperação/Pós-aguda (após 3 meses)**

As seguintes intervenções são necessárias na fase pós-aguda de uma emergência.

- Restaurar os serviços do programa nacional de controlo da TB, incluindo fornecimento e gestão de medicamentos;
- Disponibilizar pessoal treinado em TB para os locais afectados (por exemplo, técnicos de laboratório);
- Organizar supervisão onde e sempre que possível.
- Estabelecer mecanismos de rastreamento para recuperar os dados de pacientes com TB registados
- Reabilitar a infraestrutura/serviços de controlo da TB, nas áreas afectadas pelo desastre/crise;
- Abordar a TB multirresistente (MTB-DR) a fim de rastrear os pacientes com tratamento interrompido e para garantir medidas de controlo de infecção adequadas;
- Divulgar mensagens importantes para parceiros e comunidades sobre onde obter o diagnóstico e tratamento de TB;
- Envolver a rede existente de agentes comunitários de saúde nos esforços de cuidados e controlo da TB;
- Incluir a situação da TB na avaliação das necessidades pós-desastre;
- Informar o grupo/sector de saúde sobre a disponibilidade de recursos humanos, capacidade diagnóstica e sistema de aquisição de medicamentos;
- Buscar activamente o envolvimento da comunidade afetada (líderes e profissionais de saúde) nos esforços de controlo da TB e reactivar os comités de saúde;
- Estabelecer comunicação e apoio com os programas nacionais de controlo da TB que funcionam bem na região;
- Adaptar o plano nacional e o orçamento para actividades de controlo da TB para fortalecer os serviços em nível nacional e
- Garantir que os fundos necessários para o controlo da TB, durante a fase pós-aguda sejam incluídos nas propostas aos doadores.

### **3. Crises prolongadas/países com emergências prolongadas**

As seguintes intervenções são necessárias em emergências prolongadas:

- Manter a liderança do programa nacional de controlo da TB;
- Incluir a TB na avaliação rápida ou em qualquer outra análise de situação (por exemplo, mapeamento e identificação de parceiros locais);
- Fortalecer as capacidades do programa nacional de controlo da TB no nível nacional e local;
- Avaliar a disponibilidade de recursos e identificar lacunas de financiamento;
- Integrar os serviços de prevenção e atenção à TB na atenção primária à saúde e em iniciativas comunitárias para alcançar as populações afectadas,
- Estabelecer uma força-tarefa para o controlo da TB para identificar e definir as funções e responsabilidades das partes interessadas, desenvolver procedimentos operacionais padrão e materiais de treinamento e definir as directrizes nacionais sobre pacotes de serviços mínimos;
- Integrar o cuidado e a prevenção da TB no pacote a desenvolver para a prestação de serviços básicos de saúde em ambientes de atenção primária à saúde;
- Garantir o fornecimento ininterrupto de medicamentos para TB;
- Mobilizar recursos, incluindo fundos, a nível nacional e global.
- Preparar um plano de contingência;
- Melhorar a busca de casos por diferentes meios, como procurar casos no seio de famílias em campos de pessoas deslocadas internamente (IDPs) ou usar clínicas móveis em áreas sem instalações de saúde fixas e
- Desenvolver/actualizar uma planificação estratégica para o controlo da TB na área.

### **4. Abordando a Prevenção**

As actividades de prevenção da TB devem incluir elementos básicos de comunicação e mobilização social.

- Os membros das comunidades afectadas devem ser informados sobre os sintomas da TB e sobre a disponibilidade de diagnóstico e tratamento gratuitos, por meio da distribuição de material impresso, como folhetos e faixas, em locais de encontro público e também em unidades sanitárias;
- Os membros da comunidade (e suas actividades, onde possível) devem ser identificados e dotados de informações básicas sobre a disponibilidade de unidades para o diagnóstico e tratamento da TB;
- Os testes de TB devem estar disponíveis para as pessoas que vivem com HIV e
- A terapia preventiva com cotrimoxazol deve estar disponível para as pessoas que vivem com HIV.

## 5. *Controlo de infecção*

O controlo de infecção deve ser implementado tanto a nível das unidades como no domicílio. Para garantir a eficácia, o Programa Nacional de Controlo da TB e os parceiros devem preparar notas de orientação sobre o controlo da infecção para unidades sanitárias e residências. O treinamento da equipa de saúde e profissionais de saúde deve incluir componentes de controlo de infecção. O controlo de infecção a nível da comunidade deve incluir a conscientização dos pacientes por meio de informação, educação e comunicação intensiva, controlo administrativo em unidades sanitárias e campos de deslocados internos, relacionados com a separação de pessoas com tosse (até que a TB seja confirmada e, se confirmada, até a conversão de expectoração de positiva para negativa) e preservando a higiene da tosse. Devem ser implementadas medidas de controlo ambientais para garantir uma melhor ventilação nas instalações e nas residências. Se necessário, deve ser garantidas medidas de protecção para os tratadores e voluntários, sobretudo se lidam com MR e coinfeção TB/HIV fornecendo-lhes máscaras N95.

## 6. *Fornecimento de medicamentos Anti-TB durante emergências*

Pode ocorrer escassez de medicamentos para a TB e pode ser mais frequente e mais grave em ambientes de emergência complexos. O kit de tratamento de TB do paciente já foi adoptado por muitas organizações e autoridades nacionais como uma fonte confiável, padronizada, barata, apropriada e prontamente disponível de medicamentos e equipamentos de saúde urgentemente necessários em emergências complexas. O conteúdo é calculado para atender às necessidades de um paciente por 6 meses. Para facilitar a aquisição e gestão de medicamentos de forma mais simples na fase inicial de uma crise, aconselha-se usar o kit do paciente.

Para garantir a aquisição e gestão adequada de medicamentos, devem ser seguidos os seguintes princípios:

- Política e estrutura legal (leis nacionais de medicamentos, incluindo registo);
- Selecção (inclui produtos utilizados e regimes de tratamento);
- Aquisições (inclui a quantificação das necessidades);
- Distribuição (inclui o recepção da remessa no país);
- Uso (inclui conformidade/adesão pelo prescritor e paciente) e
- Suporte de gestão (inclui sistema de informação de gestão; garantia de qualidade; necessidade de recursos humanos; treinamento básico e em serviço e monitoria e supervisão).

Todos os esforços devem ser feitos para incluir medicamentos para TB nos centros de abastecimento regionais existentes (depósitos de resposta humanitária da ONU) para medicamentos de emergência e suprimentos médicos, a fim de garantir a capacidade de transportar os medicamentos rapidamente para as áreas afectadas em caso de emergência (existem depósitos actualmente em Accra, Kuala Lumpur, Dubai e Cidade do Panamá).

---

## 7. Monitoria e Avaliação

A eficácia das intervenções feitas durante as três fases da gestão de desastres deve ser monitorada e avaliada. Deve ser integrado na avaliação geral da situação de saúde das áreas afectadas pelo desastre e em coordenação com diferentes agências. Diferentes metodologias podem ser usadas, tais como (a) revisão de relatórios, (b) visita de monitoria e (c) avaliação pós-incidente.

O relatório inicial deve ser apresentado dentro de 2 semanas após o desastre e, a partir de então, mensalmente. Relatórios mensais contendo dados para os seguintes indicadores devem ser apresentados até que seja aconselhado pela Direcção Provincial de Saúde.

1. Indicadores de processo/saída
  - a. N° e percentagem de unidades DOTS funcionais;
  - b. N° e percentagem de unidades funcionais de Gestão Programática de unidades de Tratamento de Tuberculose Resistente a Medicamentos (PMDT);
  - c. N° e percentagem de centros de microscopia funcional;
  - d. N° e percentagem de sites Xpert RIF/MTB funcionais;
2. Indicadores de Resultado
  - a. Resultado do rastreamento de pacientes com TB afectados por desastres;
  - b. Número de presuntivos TB/TB-DR examinados;
  - c. Número de casos de TB recém-diagnosticados com tratamento iniciado;
  - d. Resultado do tratamento de pacientes registados antes e durante o desastre.

## **ANEXO 8: TERMOS DE REFERÊNCIA DOS ASSESSORES DE TB DE NÍVEL PROVINCIAL**

### ***Qualificações***

1. Apenas são elegíveis Cidadãos moçambicanos;
2. Licenciatura em medicina e registo na Ordem dos Médicos de Moçambique são obrigatórios;
3. Um grau ou diploma de saúde pública é uma mais-valia/vantagem;
4. Pelo menos 3-5 anos de experiência na gestão de projectos de saúde pública, de preferência TB e HIV em Moçambique dá alta preferência;
5. Médicos aposentados também se podem inscrever e
6. As posições são contratuais e renovadas com base no desempenho e disponibilidade de financiamento.

### ***Conhecimento e habilidades***

1. Boas habilidades de gestão e capacidade em trabalhar em ambiente multicultural e em trabalho em equipe;
2. Bons conhecimentos de funcionamento do sistema e função de saúde pública, especialmente do PNCT em Moçambique;
3. Bem familiarizado com MS-word, excel, power-point e internet;
4. Conhecimento de gestão de dados e software relacionado, será uma vantagem adicional.
5. Conhecimento prático em sistemas eletrónicos de informação de saúde para gestão de laboratório e farmácia e DHIS2, será uma vantagem adicional;
6. Experiências de manejo clínico de TB, TB-DR, co-infectados e TB em crianças serão uma vantagem adicional;
7. Conhecimento prático de cuidados de TB com base na comunidade será uma vantagem adicional e
8. Disposto a viajar; 40% do seu tempo para ser alocado para viajar pela província.

### ***Responsabilidades***

1. Trabalhar a nível provincial;
2. Trabalhar como recurso técnico e operacional de TB para os escritórios de saúde provinciais e distritais e respectivos pontos de TB;
3. Treinar a equipa de saúde e a equipa de ONGs sobre TB;
4. Supervisionar e monitorar as actividades dos laboratórios de TB, especialmente o diagnóstico de TB-DR;
5. Supervisionar e monitorar a qualidade do tratamento da TB nas unidades sanitárias, com foco especial na TB-DR, coinfectadas, TB pediátrica;

- 
6. Supervisionar e monitorar as actividades de TB no nível da comunidade, com foco especial na comunidade-DOT, sistema de referência de amostras, envolvimento da comunidade e nível de satisfação do paciente;
  7. Supervisionar e monitorar o sistema de gestão da cadeia de suprimentos relacionado com medicamentos para TB e consumíveis de laboratório, incluindo estoques de medicamentos e armazenamento de medicamentos e manutenção de máquinas Xpert e microscópios LED;
  8. Ajudar a província a desenvolver planos de acção anuais de TB e a coordenar com diferentes OSCs e sectores de serviço público da província para o mesmo;
  9. Liderar o processo de envolvimento do sector privado na província para notificação de casos de TB e ligações com as unidades sanitárias públicas.
  10. Fazer a validação, interpretação e análise de dados e ajudar a província e os distritos a tomarem acções programáticas;
  11. Ajudará a província a implantar o sistema de notificação de TB digital / SiS-TB.
  12. Actuar na vigilância de outras doenças, respostas epidemiológicas e emergenciais, sempre que for necessário para o país;
  13. Participar de pesquisas ou análises de TB a nível nacional sempre que necessário e
  14. Reportar ao gestor do PNCT trimestralmente sobre suas descobertas e desempenho.

## Anexo 9: PLANO DE ADVOCACIA PARA A TUBERCULOSE

Nível de Advocacia	Público-alvo para as actividades de advocacia	Responsabilidades chave	Objectivos
Política	<ul style="list-style-type: none"> <li>Directores e altos funcionários do Ministério da Saúde e outros ministérios (formuladores de políticas)</li> <li>Agências doadoras bilaterais e OSCs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderança do PNCT e grupos consultivos (GTT) sublinhando a cura em relação a Acabar com a TB</li> <li>Defensores da comunidade/pacientes</li> <li>Apoiar actividades no âmbito do seu trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adopção de novas políticas de</li> <li>Alteração /modificação das políticas existentes</li> <li>Reunião urgente de necessidades não atendidas</li> <li>Promover CRG</li> <li>Introdução de novas pesquisas, pesquisas, ensaios clínicos, novos medicamentos e tecnologias que são globalmente recomendados</li> <li>Lidar com situações de emergência sem precedentes para serviços ininterruptos de TB</li> <li>Mobilização de recursos incluindo promoção de mais fundos domésticos</li> <li>Fortalecimento da coordenação intersectorial e expansão dos serviços de TB em outros sectores, incluindo sectores privados</li> </ul>
Programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestores de programas de saúde e tuberculose a nível de província e distrito</li> <li>Prestadores de cuidados de saúde das unidades sanitárias</li> <li>Líderes comunitários e cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Funcionários do PNCT para monitorar o plano</li> <li>OSC parceiros do PNCT para implementar o plano</li> <li>Parceiros técnicos do PNCT para assegurar a implementação global do plano</li> <li>Grupos de pacientes TB para apoiar a implementação e o sucesso do plano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar a qualidade e o padrão dos serviços diagnósticos, curativos e preventivos de TB das unidades sanitárias, incluindo seu monitoramento e supervisão e abordando as comorbidades e a resistência aos medicamentos</li> <li>Melhorar o alcance dos serviços de TB</li> <li>Restabelecer os direitos humanos dos pacientes com TB, igualdade de gênero e sua participação adequada da comunidade nas actividades de TB</li> <li>Geral, aprimoramento da notificação de casos de TB e sua cura da TB (para todos os tipos de pacientes com TB)</li> </ul>

Nível de Advocacia	Público-alvo para as actividades de advocacia	Responsabilidades chave	Objectivos
Meios de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mídia massiva</li> <li>• Mídia impressa</li> <li>• Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança do PNCT</li> <li>• Gestores de programas provinciais e distritais para chamar a atenção do papel de cada um no controlo da TB e não deixar ninguém para trás</li> <li>• Trabalho conjunto dos Prestadores de cuidados de saúde das unidades sanitárias</li> <li>• OSCs e parceiros técnicos (em consulta com o PNCT)</li> <li>• Apoio dos Grupos de pacientes TB para incentivarem os pacientes a completar o tratamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver conhecimento e compreensão claros do pessoal da mídia local sobre os serviços de TB e PNCT de Moçambique por meio de informações imparciais à mídia</li> <li>• Fornecer as informações correctas e dados não confidenciais sobre os serviços e pesquisas de TB à mídia sob demanda</li> <li>• Divulgação das informações correctas sobre TB pela mídia</li> <li>• Actualizar as informações e dados nos domínios públicos do PNCT.</li> </ul>

Em resumo, a construção, o reforço e sustentação de políticas favoráveis; o empoderamento de instituições; o reforço de colaboração multisectorial o e engajamento das comunidades e de recursos humanos com altas capacidades, são a chave para mover as actividades de controlo de TB.

## ANEXO 10: ESTRATÉGIA DE MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS E PLANO PARA ACTIVIDADES DE PROGRAMAS DE TB

Tipos de recursos	Fonte	Responsabilidades chave	Processo de mobilização	Objectivo
Interno	Governo de Moçambique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderança de Funcionários seniores do</li> <li>PNCT para garantir que o plano de mobilização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advocacia e negociação</li> <li>Apresentação do plano e orçamento incluindo os RH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoiar a equipe regular de saúde</li> <li>Infraestrutura das unidades sanitárias</li> <li>Existência de Medicamentos gerais e consumíveis de laboratório</li> </ul>
Interno	Corporativo / OSC (a ser explorado para financiamento de TB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liderança do PNCT</li> <li>Liderança das OSC</li> <li>Parceiros do PNCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advocacia e negociação</li> <li>Apresentação de proposta de projecto sob demanda / proposta de projecto não solicitada</li> <li>Respondendo ao RFP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atingir a população não alcançada, em zonas de difícil acesso ou de alto risco com serviços do PNCT</li> <li>Apoiar a adesão ao tratamento para os pacientes</li> <li>Serviços voltados para mulheres e crianças</li> <li>Pesquisa</li> </ul>
Externo	Doadores bilaterais (exemplo: USAID, DFID, AusAid etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Papel do PNCT</li> <li>Papel das OSC Parceiros SO</li> <li>Papel da Academia e parceiros de pesquisa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advocacia e negociação</li> <li>Respondendo ao RFP</li> <li>Envio de proposta de projecto sob demanda / proposta de projecto não solicitada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atender a população não alcançada, de difícil ou de alto risco com serviços PNCT</li> <li>Apoiar a adesão ao tratamento para os pacientes</li> <li>Aplicação de tecnologia e inovação</li> <li>Engajar a comunidade na abordagem de questões relacionadas a direitos humanos e gênero, estigma e discriminação</li> <li>Envolver as OSCs locais, actores e parceiros da comunidade</li> <li>Pesquisa</li> <li>Serviços de emergência</li> </ul>

Tipos de recursos	Fonte	Responsabilidades chave	Processo de mobilização	Objectivo
Externo	Doadores multilaterais (GFATM, WB etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Country CCM (para o GFATM)</li> <li>PNCT</li> <li>Parceiros da OSC</li> <li>Parceiros académicos e de pesquisa (incluindo subcontrato)</li> </ul>	<p>Advocacia e negociação</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Respondendo ao RFP</li> <li>Envio de proposta de projecto sob demanda / proposta de projecto não solicitada / reprogramação de actividades com a economia da concessão existente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar o diagnóstico de TB (testes moleculares rápidos), tratamento curativo e serviços de tratamento preventivo</li> <li>Introduzir novos regimes de tratamento, medicamentos e / ou diagnósticos, ensaios clínicos</li> <li>Escalonar serviços para grupos de alto risco</li> <li>Dar incentivos para pacientes com TB e participantes da comunidade</li> <li>Fortalecer o sistema de saúde e da comunidade, incluindo MIS, PSM, supervisão-monitoramento e pesquisa</li> <li>Aplicar as tecnologias e inovações</li> <li>Prevalência de doenças em grande escala e pesquisas na comunidade</li> <li>Fazer a gestão de comorbidades</li> <li>Pilotar cidades ou regiões sem TB</li> <li>Plano de acção de emergência</li> </ul>
Externo	Doadores médios a pequenos (1 milhão de dólares ou menos de financiamento, Stop TB Partnership, WDF)	<p>OSC Parceiras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Academica e parceiros de pesquisa (em parceria com o PNCT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Respondendo ao RFP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atender a população não alcançada, de difícil ou de alto risco com serviços PNCT</li> <li>Apoiar a adesão ao tratamento para os pacientes</li> <li>Serviços voltados para mulheres e crianças</li> <li>Gestão de comorbidades (Modo piloto)</li> <li>Pesquisa</li> </ul>

## ANEXO 11 : TORNANDO AS FAMÍLIAS RESILIENTES CONTRA A TUBERCULOSE

De acordo com os dicionários padrão, uma família é definida como 'um grupo de um ou mais pais e seus filhos vivendo juntos como uma unidade' ou 'todos os descendentes de um ancestral comum'. Uma família, de acordo com a geografia, cultura e gráficos sociais, pode ser composta por um ou vários lares onde a as pessoas, a maioria com parentesco consanguíneo, residem juntas, nas mesmas instalações. Uma família pode ser tipicamente nuclear com pais e filhos ou conjunta com outras pessoas também ficando juntas como irmãos, parentes de primeira ordem, amigos e outros. Às vezes, pessoas de diferentes geografias e origens ficam sob o mesmo teto durante o trabalho, embora esse tipo de conglomeração social não seja tipicamente uma família.

No entanto, a verdade é que uma doença como a tuberculose, que é principalmente uma infecção transmitida pelo ar, pode afetar qualquer pessoa da família. Não faz distinção entre as pessoas, embora as evidências científicas afirmem que quem tem má nutrição, imunidade e situação socioeconômica são mais propensas à TB.

Até ao momento, o maior desafio da tuberculose é a mistura complexa de estigma, mitos e conceitos errôneos que giram em torno da doença. Se alguém da família é detectado com TB, a tendência natural é esconder a notícia da doença dos outros, tanto na vizinhança quanto nos parentes. Os pais crescem com medo inerente de casar suas filhas com tuberculose. Revelar a tuberculose é tão ruim quanto perder seu status social e prestígio. Uma pessoa pobre com TB continua apreensiva com a possibilidade de perder o emprego tão necessário. A descarga de expectoração tingida de sangue é considerada um dano permanente no peito devido à maldição de Deus ou a alguns actos criminosos hediondos que foram cometidos em vidas passadas. Mulheres que sofrem de tuberculose ou sintomas semelhantes aos da tuberculose, na maioria das vezes permanecem na extremidade dos receptores do pior tipo de negação e discriminação, incluindo expulsão e retirada de apoio familiar e social. Os serviços de TB que incluem os exames e medicamentos são igualmente estigmatizados, na medida em que apontam o acometimento pela doença. Isso dificulta o acesso aos serviços públicos de tuberculose e pressiona as pessoas a fazerem visitas secretas a médicos particulares e prestadores de saúde não qualificados para tratamento, sob total confidencialidade, onde o dinheiro às vezes é gasto em quantias exorbitantes. As pessoas até vendem suas terras e propriedades para pagar as despesas do tratamento privado de tuberculose e perdem as últimas gotas de seu suado dinheiro. Isso é catastrófico no verdadeiro sentido..

Isso, infelizmente, ainda é uma realidade e começa em uma família onde um dos membros é detectado com TB.

As pessoas que ficam com os pacientes com TB em suas famílias são mais vulneráveis à TB, pois respiram o mesmo ar infectado pelo paciente com TB e contam com a bactéria da TB para dentro de seus corpos. A infecção permanece no corpo por anos, mesmo por toda a vida, inactivamente se a imunidade do corpo for forte, mas pode se agravar em estados imunocomprometidos, como subnutrição, infecção por HIV, consumo crónico de drogas ou prolongar o tratamento com esteroides ou – medicamentos contra o câncer. Os estudos científicos revelaram que a tuberculose pode ser o resultado da reactivação de antigas infecções de tuberculose ou recidiva da tuberculose em um paciente com tuberculose que já foi curado da doença anteriormente. Isso significa que, mesmo depois que um paciente é curado da tuberculose, seus familiares permanecem sob a ameaça da tuberculose.

A TB pode ocorrer por infecções recentes (a chance máxima permanece nos primeiros dois anos de exposição à TB), reactivação de infecções antigas e recidivas, e tudo isso pode acontecer em uma família.

A TB não traz sofrimento apenas para aqueles que são afetados pela doença, mas também para seus familiares em termos de risco de TB para eles, consolidando mitos e estigmas em toda a família e produzindo catástrofes financeiras na busca de tratamento para TB. Isso fica mais evidente se o paciente com TB for o único ganha-pão da família. Isso é mais evidente se o paciente com TB for uma criança pequena que provavelmente contraiu a doença de um membro adulto da família com TB não detectada ou tratada de forma incompleta. Isso fica mais evidente se o paciente com TB for uma mulher que geralmente negligencia a saúde e o tratamento para cuidar da família como prioridade máxima e evitar qualquer tipo de discriminação por parte de seus familiares.

---

Isso faz uma lógica muito boa dizer que a TB é responsável por trazer a saúde e outros agravos para toda a família; portanto, o foco principal dos cuidados com a TB deve ser mais centrado na família, não apenas centrado no paciente.

A lógica pode ser ainda mais fortalecida dizendo que se pudermos tornar as famílias afectadas por TB e vulneráveis resilientes contra a TB com o conhecimento, materiais e habilidades necessários que seriam altamente impactantes para reduzir o fardo da TB na comunidade.

As famílias resilientes criarão as pedras fundamentais da eliminação da tuberculose no país.

O cuidado centrado na família terá como objectivo formar famílias resilientes contra a TB, juntamente com o apoio aos pacientes. Ao mesmo tempo, irá garantir um ambiente favorável e propício na comunidade para serviços livres de estigma, sensíveis ao género e de alta qualidade para os pacientes de TB e suas famílias.

O sistema de cuidados familiares deve se apoiar em quatro pilares.

1. Assistência ao paciente
2. Resiliência familiar
3. Engajamento da comunidade
4. Vínculos mais fortes com os serviços

Os 10 principais componentes do cuidado centrado na família

1. Garantir a cura dos pacientes com TB e minimizar as chances de suas recaídas.
2. Garantir o rastreamento e o tratamento preventivo da TB aos familiares dos pacientes com TB.
3. Minimizar os gastos directos das famílias afectadas por TB enquanto procuram o tratamento para TB.
4. Minimizar o estigma, mitos e equívocos relacionados à TB na família com a educação certa sobre TB e TB resistente a medicamentos.
5. Fornecer suplementos nutricionais e educação nutricional às famílias para que possam aproveitar melhor os valores nutricionais dos alimentos disponíveis.
6. Permitir que as mulheres, meninas e crianças das famílias acessem e utilizem os serviços de TB gratuitamente.
7. Capacitar os pacientes com TB e famílias afectadas por TB, alfabetizando-os sobre seus direitos humanos e constitucionais para exigir cuidados de TB de alta qualidade ao sistema de saúde.
8. Ajudar as famílias afectadas por TB no acesso a amenidades cívicas básicas, como documentos de identificação, planos de previdência social e contas bancárias de poupança e igualmente as oportunidades de subsistência corretas, especialmente no caso de famílias ultra pobres e desabrigadas.
9. Envolver a comunidade de famílias afectadas por TB com grupos de apoio a pacientes e familiares, estímulo da liderança da comunidade e principais interessados, envolvimento dos pacientes curados com TB, promoção dos defensores da TB e de base, defesa da família.
10. Fortalecer os vínculos familiares-instalações, facilitando as interacções regulares e baseadas nas necessidades entre os pacientes, seus familiares e seus provedores de tratamento nas unidades sanitárias.

## Anexo 12 : RESUMO DOS OBJECTIVOS DO ANTERIOR PEN 2014-2018

Reduzir a Prevalência e a Mortalidade da Tuberculose em linha com os Objectivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS).

### 1. Objectivos principais

*1.1. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços na estratégia DOTS;*

*1.2. Fortalecer o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços de saúde DOTS de qualidade.*

*1.3. Fortalecer a parceria para o controlo da TB.*

### 2. Principais estratégias e actividades

#### *2.1. DOTS institucional e comunitário*

Expansão do DOT com qualidade a nível institucional e comunitário

O PNCT visa consolidar a oferta do DOT em todas as unidades sanitárias da rede pública. O plano estratégico actual concentra-se principalmente em melhorar a qualidade da estratégia DOTS, intensificando o treinamento no local de trabalho e a supervisão do pessoal. Pretende-se ter pelo menos um profissional de saúde com formação adequada em todas as unidades sanitárias para gerir os serviços DOTS em todos os aspectos, incluindo a coordenação dos parceiros.

- Melhorar a capacidade de gestão e competência técnica do PNCT a nível central e periférico.
- Melhorar a capacidade do pessoal de saúde para o diagnóstico precoce (rastreamento ativo da tuberculose) e a gestão adequada dos casos de TB.
- Estabelecer e manter a capacidade diagnóstica de TB em todos os EUA com laboratório no país.
- Estabelecer o plano de introdução e expansão de novas tecnologias.
- Reforçar o apoio à supervisão dos serviços de controlo da TB em todos os níveis de cuidados em Moçambique.
- Melhorar a coordenação das actividades no âmbito do DOTS e garantir o envolvimento público-privado na implementação do DOTS.
- Garantir o envolvimento da comunidade na luta contra a tuberculose e na promoção da saúde.
- Melhorar a gestão do sistema de informação oportuna sobre medicamentos Anti-TB e a cadeia de abastecimento.

#### *2.2. Coinfecção TB / HIV*

As actividades Colaborativas TB/HIV começaram a ser implementadas pela maioria dos países da Região a partir de 2006. Em Moçambique, elas ganharam impulso desde 2008.

- Reforço do mecanismo de acção conjunta dos Programas com vistas à integração das acções de TB/HIV.
- Implementação de 3I's (Programa de HIV/SIDA)

---

Avaliar e actualizar periodicamente o Plano de Controlo de Infecção das Unidades sanitárias.

### ***2.3. Tuberculose resistente (com ênfase nas formas multirresistente [TB-MR] e extremamente resistente [TB-ER])***

A tuberculose resistente em Moçambique é o maior desafio na implementação dos Componentes DOTS. A proporção de casos detectados no país é de 17% do número esperado de casos, abaixo da média regional. O tratamento da TB resistente continua a ser o componente menos favorecido no controlo da tuberculose na região africana.

Em Moçambique, estima-se que ocorram 1.300 casos de TB resistente anualmente (se estimado a partir de novos casos, OMS 2012).

- Reforço do sistema de referência de amostra e respectiva retro informação.
- Fortalecimento da ligação entre o LNRT e o PNCT.
- Aumento do número de pessoal treinado capaz de diagnosticar e tratar MTB-DR.
- Novas tecnologias adoptadas (Xpert MTB / RIF e LPA).
- Parcerias para financiamento de transporte e desistência de cesta básica para pacientes em tratamento.
- Formação de APes para o DOT na fase de manutenção e acompanhamento de pacientes com MR-TB.
- Triage de profissionais de saúde para TB e oferta de pacote de cuidados para HIV, se necessário.

### ***2.4. Serviços de Diagnóstico***

Os serviços de diagnóstico são outra área estratégica e o reforço da rede laboratorial e radiológica é vital para o controlo da TB em Moçambique. O diagnóstico da tuberculose em Moçambique é baseado na microscopia. A ênfase será colocada na melhoria da qualidade dos serviços de microscopia.

- Fornecimento regular de reagentes e consumíveis para os Laboratórios de Referência e todos os que prestam serviços de TB.
- Uso de microscópios LED expandidos.
- Introduzidas novas tecnologias de diagnóstico molecular, como Xpert RIF / MTB (GeneXpert) e LPA.
- Introdução e expansão do método de cultura Ogawa kudoh para hospitais provinciais.
- Sistema de controlo de qualidade (interno e externo) eficaz para microscopia, cultura e TSA
- Credenciamento de LNRT e satélites.
- Ampliação da rede e melhoria da qualidade dos serviços laboratoriais com novas tecnologias.
- Melhoria da gestão da cadeia de abastecimento e armazenamento de equipamentos, reagentes e consumíveis.
- Melhor cobertura de serviços radiológicos.

## ***2.5. Vigilância epidemiológica, monitoria e avaliação***

O Plano Estratégico de Controlo da TB 2014-2018 seguirá a abordagem de gestão com evidências de resultados. A gestão baseada em resultados pressupõe três aspectos fundamentais: Medidas baseadas em resultados, implementação baseada em resultados e planificação baseado em resultados. Portanto, o sistema de M&A deve reforçar esse grande princípio.

- Estabilizar o pessoal na Unidade Central e nas províncias.
- Cursos de curta duração em Vigilância, Monitoria e Avaliação.
- Apresentar o sistema revisado de Vigilância de TB e medição de impacto.
- Desenvolver o dicionário do indicador PNCT.
- Revisão externa do Plano Estratégico em 2016 e 2018.
- Elaboração de protocolos para pesquisa de prevalência de TB e resistência a medicamentos Anti-TB.

## ***2.6. Fortalecimento do Sistema de Saúde***

O funcionamento e a robustez dos Sistemas de Saúde são importantes para a implementação de intervenções e serviços de Controlo da TB.

- Estabelecer/revisar/adaptar as habilidades necessárias para atender às necessidades do programa PNCT por nível de saúde.
- Qualificar e reter funcionários.
- Garantir que os padrões do programa PNCT estejam disponíveis para o pessoal de saúde.
- Intensificar a participação nos processos integrados de planificação e implantação do sector.

## ***2.7. Pesquisa Operacional***

No primeiro ano, uma agenda nacional de pesquisa será definida em um seminário nacional. A lista de actividades de pesquisa incluirá, entre outros, um estudo de prevalência, um levantamento de resistência aos medicamentos Anti-TB e outros estudos para melhorar o desempenho do PNCT.

- Desenvolver e implementar a agenda nacional de pesquisa em tuberculose
- Elaboração de protocolos para o Inquérito à Prevalência de TB e Resistência aos Fármacos Anti-TB.

### **3. Principais alvos**

#### **3.1. Metas de impacto**

- Redução da incidência de tuberculose de 544/100.000 pessoas observada em 2011 para 390/100.000 pessoas em 2018 (redução de 3% ao ano, a partir da redução actual de 2,27% - OMS, 2011).
- Redução da mortalidade por tuberculose de 49/100.000 observada em 2011 para 37/100.000 em 2017 (redução de 3,95% em 2013 para 4,15% em 2017, a partir da redução actual de 3,89% - OMS, 2011).

#### **3.2. Metas de resultados**

- A Taxa de Notificação para todas as formas de casos de TB (por 100.000 pessoas) aumenta de 186 em 2011 para 294 em 2016 e para 343/100.000 habitantes (um aumento de 6-12% ao ano);
- Aumento da Taxa de Sucesso do Tratamento de 85% observado em 2011 para 87% em 2016 e 90% em 2018;
- A taxa de abandono do tratamento permanece no valor de 4% observada em 2010 até 2017 e reduz para 2% em 2018;
- A taxa de sucesso do tratamento MR-TB aumenta de 40% em 2011 para 65% em 2018;
- Aumento dos casos notificados de TB-MR em 50-75% ao ano até 2015 e 15-30% até 2018, começando com os 215 casos observados em 2012 de acordo com o ambicioso cenário da Estratégia PMDT;
- Aumento da taxa de cobertura da TARV em pacientes com TB/HIV de 55% observado em 2012 para 90% em 2015 e 100% em 2016;
- Implantar Plano de Controlo de Infecção em 75% das Unidades sanitárias em 2016 e 100% em 2018.





