REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE
E CONTROLO DE DOENÇAS

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE CONTROLO DA TUBERCULOSE EM MOÇAMBIQUE PARA O PERÍODO 2008-2012

JUNHO DE 2007

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS **4**

LISTA DE ABREVIATURAS **5**

PREFÁCIO **7**

1. INTRODUÇÃO **9**

1.1 O PERFIL DO PAÍS **9**
1.1.1 GEOGRÁFICO E DEMOGRÁFICO 9
1.1.2 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA 9
1.1.3 INDICADORES SÓCIO-ECONÓMICOS 9
1.1.4 SECTOR SAÚDE E POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE 10
1.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO **13**
1.2.1 SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NO MUNDO 13
1.2.2 SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE EM ÁFRICA 13
1.2.3 SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE NA SADC 14
1.2.4 SITUAÇÃO DA TUBERCULOSE EM MOÇAMBIQUE 15

2. PLANO ESTRATÉGICO DE CONTROLO DA TUBERCULOSE EM MOÇAMBIQUE PARA O PERÍODO 2008-2012 ..... **34**

2.1 PRIORIDADES NACIONAIS **34**
2.2 CONTEXTO MUNDIAL DA ESTRATÉGIA **34**
2.2.1 ORIENTAÇÃO GLOBAL 34
2.2.2 ORIENTAÇÃO DA REGIÃO AFRICANA 36
2.2.3 ORIENTAÇÃO DA SADC 36
2.3 METAS E OBJECTIVOS DA ESTRATÉGIA NACIONAL **38**
2.3.1 VISÃO 38
2.3.2 MISSÃO 38
2.3.3 OBJECTIVO GERAL 38
2.3.4 OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS 38
2.3.5 METAS E INDICADORES 38
2.3.6 PRINCÍPIOS ORIENTADORES 39
2.4 ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES **40**
2.4.1 EXPANSÃO E MELHORIA DA QUALIDADE DA ESTRATÉGIA DOTS ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DAS CINCO COMPONENTES, NOMEADAMENTE: 40
2.4.2 IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES PARA FAZER FACE A COINFECÇÃO TB/HIV, TUBERCULOSE MULTIRESISTENTE, E OUTROS DESAFIOS 40
2.4.3 FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE 40
2.4.4 ENVOLVIMENTO DE TODOS OS PROVEDORES DE SAÚDE 41
2.4.5 ENVOLVIMENTO DE TODAS AS PESSOAS COM TB E AS COMUNIDADES AFECTADAS 41
2.4.6 PROMOÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA PESQUISA OPERACIONAL 41
2.5 MONITORIA E AVALIAÇÃO **41**
2.5.1 MONITORIA 41
2.5.2 AVALIAÇÃO 41
2.6 ORÇAMENTO **42**

2.6.1 QUADRO LÓGICO RESUMIDO 42

3 LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS **46**

4 ANEXOS **48**

LISTA DAS TABELAS

TABELA 1 - INDICADORES DE SAÚDE DE MOÇAMBIQUE, EM 1997 E 2003. 11
TABELA 2 - NÚMERO DE UNIDADES SANITÁRIAS DO SNS EM 2003 12
TABELA 3 - RESUMO DE DETECÇÃO DE CASOS E RESULTADOS DO TRATAMENTO EM PAÍSES DA SADC. 15
TABELA 4 - DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ESTIMADOS PELA OMS 16
TABELA 5 – TAXAS DE DESPISTE NACIONAL DE CASOS DE TB DE 2005 E 2006. 25
TABELA 6 - ANÁLISE DOS RESULTADOS DE TRAMENTO DA TB 26
TABELA 7 - COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DE TRATAMENTO ENTRE PROVÍNCIAS EM 200527
TABELA 8 - ESTUDOS DE RESISTÊNCIA AOS MEDICAMENTOS FEITOS NOS PAÍSES DA SADC, 1995-2006. 29
TABELA 9 - RESUMO DO QUADRO LÓGICO 42

LISTA DAS FIGURAS

FIGURA 1 – TENDÊNCIAS DAS TAXAS DE NOTIFICAÇÃO DE NOVOS CASOS DE BACILOSCOPIA POSITIVA POR REGIÃO DA OMS, DE 1993 A 2003. 14
FIGURA 2 – TENDÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DE NOVOS CASOS DE BACILOSCOPIA POSITIVA POR ANO EM MOÇAMBIQUE DE 2001 A 2006. 17
FIGURA 3– NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS POR DIFERENTE TIPO DE APRESENTAÇÃO POR ANO EM MOÇAMBIQUE DE 2001 A 2006. 18
FIGURA 4 - EXPANSÃO DE DOTS NO PAÍS, DO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2007. 26
FIGURA 5 – COBERTURA DE ACTIVIDADES DA TB/HIV DO PRIMEIRO TRIMESTRE DE 2007. 28
FIGURA 6 – NR DE CASOS DE TB MULTIRESISTENTE NOTIFICADOS NO PAÍS, EM 2006. 30
FIGURE 7 – DISTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO POR COMPONENTE ESTRATÉGICA 44
FIGURE 8 – DISTRIBUIÇÃO DO ORÇAMENTO POR FONTE DE FINANCIAMENTO 45

AGRADECIMENTOS

O presente plano foi elaborado por um grupo de consultores nacionais e internacionais, do CDC e da OMS/Stop TB, nomeadamente o Dr. Joel Samo Gudo, Consultor Nacional do CDC e pelo Prof. Giovanni Battista Migliori, Director do Centro Colaborador da OMS para Doenças Pulmonares e TB, Fondazione S. Maugeri, e Consultor da OMS/STOP TB, bem como pela Dra Paula Samo Gudo, Chefe do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose no Ministério da Saúde.

Os seguintes profissionais contribuíram para a redacção e revisão do Plano Estratégico Nacional de Controlo da Tuberculose em Moçambique para 2008-2012, nomeadamente:

MISAU
- Dr Mouzinho Saíde, Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controlo de Doenças;
- Dra Rosa Marlene Manjate, Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controlo de Doenças;
- Dra Zaina Cuna, Programa Nacional de Controlo da TB;
- Dra Mochina Cadir, Programa Nacional de Controlo da TB;
- Prof. Dr Hélder Martins, Gabinete do Ministro;
- Dra Ercília de Almeida, Instituto Nacional de Saúde, DIS.

HCM
- Professora Dra Elisabeth Nunes, Departamento de Pneumologia do Hospital Central de Maputo;
- Dra Anilsa Daniel, Departamento de Pneumologia do Hospital Central de Maputo.

Consultores do Fundo Global
- Dr Fola Olowe;
- Dr Jerod Scholten.

OMS
- Dra Angélica Salomão.

HAI
- Dra Miranda Brouwer.

CDC
- Dra Lisa Nelson;
- Dra Jessina Massamha;
- Dra Hanifa Raman.

FHI
- Dr Dário Sacur.

Columbia University
- Dr.a Anna Scardigli;
- Dr. Daniel Lee.

Consultoria Independente
- Dr. Joaquim Durão.

LEPRA
- Robert Burny.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACMS	Advocacia, Comunicação e Mobilização Social
AFRO	Escritório da OMS para Região Africana
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
AU	*African Union*
BK -	Baciloscopia da Expectoração Negativa
BK +	Baciloscopia da Expectoração Positiva
CCM	*Country Coordinating Mechanism*
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
CES	Central de Educação para Saúde
CIQ	Controlo Interno de Qualidade
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CQ	Controlo de Qualidade
DAF	Direcção de Administração e Finanças
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DFID	*Department for International Development - UK*
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DNPSCD	Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controlo das Doenças
DOTS	Directa Observação do Tratamento de Curta Duração
DOTS-C	DOTS Comunitário
DOT	Directa Observação do Tratamento
DPC	Direcção de Planificação e Cooperação
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPSMC	Departamento de Promoção de Saúde e de Mobilização Comunitária
DRH	Direcção dos Recursos Humanos
DRS	*Drug Resistance Survey*
FHI	*Family Health International*
GACOPI	Gabinete de Coordenação de Projectos e Investimento
GDF	*Global TB Drug Facility*
GLC	*Green Light Committee/Comité de Luz Verde da OMS*
HBCs	*High Burden Countries*
HCM	Hospital Central de Maputo
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
ICC	*Interagency Coordinating Committee*
IdF's	Instituições de Formação para Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INGC	Instituto Nacional de Gestão das Calamidades Naturais
INS	Instituto Nacional de Saúde
ISTC	*International Starndards for Tuberculosis Care*
ITS	Infecções Transmitidas Sexualmente
IUATLD	*International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases*
KAP	Conhecimentos, Atitudes e Práticas
LNR	Laboratório Nacional de Referência para Tuberculose

M&E	Monitoria e Avaliação
MdE	Memorando de Entendimento
MDG's	*Millennium Development Goals*
MIMAS	Ministério da Mulher e Acção Social
MINT	Ministério do Interior
MISAU	Ministério da Saúde
MITRAB	Ministério do Trabalho
MTEF	*Medium Term Expenditure Framework*
NEPAD	*The New Partnership for Africa's Development*
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAL	*Practical Approach to Lung Health*
PARPA	Plano de Acção para Redução da Probreza Absoluta
PDRH	Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos
PMT	Praticante da Medicina Tradicional
PNC ITS/HIV/SIDA	Programa Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA
PNCL	Programa Nacional de Controlo da Lepra
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PPM	*Public-Private or Public-Public Mix*
PRSP	*Poverty Reduction Strategic Papers*
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
RD Congo	República Democrática do Congo
Rep. M&A	Repartição de Monitoria e Avaliação
RISDP	*Regional Indicative Strategic Development Plan*
RX	Raio X
SADC	*Southern Africa Development Community*
SIDA	Sindroma de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação para a Saúde
SRL	*Supranational Reference Laboratory*
SWAp	*Sector-Wide Approach*
TARV	Terapia Anti-Retroviral
TB	Tuberculose
TBCAP	*Tuberculosis Control Assistance Program*
TBE	Tuberculose Extrapulmonar
TB MRD	Tuberculose Multiresistente a Drogas
TBP	Tuberculose Pulmonar
TB XRD	Tuberculose Extremamente Resistente a Drogas
TdR	Termos de Referência
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
UNHCR	*United Nations High Commission for Refugees*
US	Unidade Sanitária
USAID	*United States Agency for International Development*
WHO	*World Health Organization*
WHA	*World Health Assembly*

PREFÁCIO

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, foi estabelecido imediatamente após a independência, no entanto as parcerias iniciaram em meados da década de 80 com apoio financeiro da Noruega e com assistência técnica da União Internacional contra a Tuberculose e Donças do Pulmão (IUATLD). Assim, Moçambique tornou-se num dos vários países a desenvolver abordagem internacional moderna de controlo da Tuberculose, a Estratégia DOTS. E então, o nosso País tornou-se uma referência regional e internacional nos serviços de Tuberculose.

Apesar dos esforços desenvolvidos no País, a Tuberculose continua a representar um sério problema de Saúde Pública. A Tuberculose é, neste momento, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade afectando os principais grupos vulneráveis, nomeadamente os adultos jovens, as crianças e as pessoas vivendo com o HIV/SIDA.

Desde 1993 que o nosso País figura na lista dos 22 Países do mundo considerados 'High burden countries', onde os índices da doença são bastante elevados, ocupando actualmente a 18ª posição de acordo com a classificação da OMS.

A pandemia do HIV/SIDA veio deitar abaixo os esforços levados a cabo ao longo de todos estes anos no controlo da Tuberculose. No nosso País, o número de casos de Tuberculose associados ao HIV, aumentou de forma dramática nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo com o HIV/SIDA. Pelo menos metade dos doentes com Tuberculose também têm infecção pelo HIV.

O Governo quando adoptou a Estratégia DOTS pretendia aumentar o acesso equitativo aos serviços de Tuberculose de elevada qualidade para o Povo Moçambicano com especial ênfase aos grupos mais desfavorecidos.

Mas a actual situação da Tuberculose no País, agravada pelo HIV/SIDA, os desafios que o Sector da Saúde enfrenta, e que fazem com que apenas metade da população Moçambicana tenha acesso aos cuidados de saúde, são prova suficiente da necessidade duma outra abordagem.

A Parceria Global para Parar a TB desenvolveu e lançou o Plano Global para Parar a TB, em Janeiro de 2006. Esta parceria tem como objectivo, mobilizar anualmente cerca 2 biliões de dólares americanos para o controlo da TB em África para o período 2006-2015. A visão do plano é de trabalhar em direcção à eliminação da TB como problema global de saúde pública até 2050. Contém actividades necessárias para alcançar as metas da Parceria Global para Parar a TB até 2015, em linha com os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio (MDG's). Em apoio a este plano, uma nova Estratégia para Parar a TB foi desenvolvida, que enfatiza a Estratégia DOTS e ao mesmo tempo chama para:

i. Continuação da expansão e melhoria da qualidade da Estratégia DOTS com componentes adicionais, tais como:
ii. Abordagem da TB/HIV e Tuberculose Multiresistente a Medicamentos;

iii. Contribuição para o reforço do Sistema de Saúde;
iv. Engajamento de todos parceiros que trabalham em cuidados da TB;
v. Empoderamento de pacientes e comunidades;
vi. Criação de condições e promoção de pesquisa.

É esta nova abordagem em que o nosso país pretende se engajar, pois acredita ser a mais adequada para fazer frente à problemática da Tuberculose, dentro do seu contexto.

Assim, convido a todos os Moçambicanos, amigos de Moçambique, Parceiros Financeiros e Parceiros técnicos a se engajarem na nossa luta contra a Tuberculose em Moçambique; e estou convicto que encontrarão espaço dentro do quadro de acções estabelecidas neste plano, que vai servir de guia a caminho do sucesso.

Maputo, aos ____ de Junho de 2007.

O Ministro da Saúde

_____
Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PERFIL DO PAÍS

1.1.1 Geográfico e Demográfico

Moçambique encontra-se situado na costa do sudeste africano e faz fronteira com a Tanzania a Norte, o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe a Este e África do Sul e Swazilândia a Sul. É banhado pelo Oceano Índico a Oeste que se estende ao longo da costa com cerca de 2.470 quilómetros. É uma República, independente do colonialismo português desde 1975. A descolonização foi imediatamente seguida por uma guerra civil que terminou em 1992. O processo de reunificação do País culminou com assinatura do Acordo de Paz em 1994. Em 2007 a população foi estimada como sendo de 20.9 milhões de habitantes (projecções do censo de 1997, INE)[1], com uma taxa de crescimento de 1.8%. A idade média foi estimada como sendo de 17.4 anos e a proporção da população vivendo nas zonas urbanas foi estimada em 35%.

1.1.2 Estrutura Administrativa

O País estende-se da costa do Oceano Índico para o interior e se encontra organizado em 11 províncias (do norte ao sul: Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Zambézia, Tete, Sofala, Manica, Gaza, Inhambane, Maputo e Cidade do Maputo), e 128 distritos. Uma elevada proporção da população (40% da população total) vive nas províncias da Zambézia e Nampula, enquanto apenas 1.5 milhões de habitantes vivem na capital, Maputo.

1.1.3 Indicadores Sócio-Económicos

A pobreza é omnipresente; em 1990, Moçambique com receitas de US$80 per capita, foi a nação mais pobre do mundo, com ajuda externa contribuíndo com dois terços das receitas internas. Um inquérito realizado em 1997 documentou que 69% da população vive em condições de pobreza absoluta (este dado manteve-se no inquérito de 2001), mais acentuada nas zonas rurais que nas urbanas. Menos de 30% da população tem acesso à água potável. A taxa de alfabetização (para pessoas com idade ≥ 15 anos que saibam ler e escrever) é de 64% para homens e 33% para mulheres, em 2003. As cheias devastadoras (as piores na história do País) no ano 2000 agravaram estas situações.

O Produto Interno Bruto per capita foi de US$130 em 2000. O balanço contabilístico currente de 2005 revela um défice de US$ 531 milhões e uma dívida externa de US$ 966 milhões em 2002. A ajuda externa de que o País se beneficiou em 2001 foi de US$ 633 milhões.

A informação económica de 2005 indica que a economia é baseada primariamente na indústria (41%), serviços (35%) e agricultura (24%). No entanto, a maior força de trabalho encontra-se concentrada no sector agrícola (81%). As exportações são feitas

[1] http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mz.html (09/06/2007)

primariamente para a Holanda (60%), África do Sul (16%) e Zimbabwe (3%). As importações provêm da África do Sul (43%), Holanda (12%) e Portugal (4%).

1.1.4 Sector Saúde e Política Nacional de Saúde

A redução da pobreza absoluta é prioridade do governo, reflectida nos documentos das políticas e estratégias do governo. Como parte do processo de formulação dos documentos para redução da pobreza absoluta (PRSP), Moçambique desenvolveu o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) que cobriu o período de 2000 a 2004. O segundo plano finalizado em Maio de 2006, vai cobrir o período 2006 a 2009 (PARPA II). A prioridade conferida à redução da pobreza encontra-se também reflectida no Plano Quinquenal do Governo para 2005-2009. Estes planos estratégicos de nível macro, que também contam com o cenário de financiamento e despesas de médio prazo (MTEF), permitiram que o governo renovasse os seus compromissos em direcção ao desenvolvimento do capital humano e a saúde é considerada uma área prioritária nestes planos. O Ministério da Saúde pretende contribuir para os objectivos do PARPA II através da redução ou eliminação das barreiras do acesso aos cuidados primários de saúde a população, em particular a mais desfavorecida.

O Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS 2001-2005-2010) estabelece os objectivos gerais e prioridades do sector. Este dá ao Ministério da Saúde grande propriedade às suas políticas. O plano foi desenvovido em linha com o PARPA e o plano quinquenal do governo. Subsequentemente, outros planos pluri-anuais foram desenvolvidos, nomeadamente: o Plano de desenvolvimento institucional, o Plano de investimento do Sector Saúde, o Plano de desenvolvimento de recursos humanos (em revisão) e a primeira fase do Plano de desenvolvimento dos cuidados de saúde. As prioridades estratégicas do PESS são:

- Continuar com o compromisso de implementar acções para aliviar a pobreza para atingir as camadas mais vulneráveis;
- Consolidar investimentos para reabilitação da infrastrutura de saúde na fase pós-conflito;
- Expandir o acesso aos cuidados de saúde dando enfoque à qualidade dentro duma perspectiva de equidade;
- Rebalancear a distribuição geográfica da inequidade das unidades sanitárias;
- Melhorar a qualidade dos serviços hospitalares.

O PESS encontra-se num processo de revisão e a sua orçamentação está também sendo levada a cabo. Este processo está sendo feito tendo em conta a sua integração e a dos seus instrumentos financeiros no cenário de financiamento e despesas de médio prazo do governo. Por outro lado, os planos sectoriais (PES) têm sido elaborados anualmente tendo em conta os vários documentos de orientação do MISAU.

Em 2000, o governo adoptou a abordagem sectorial ampla (SWAp) na formulação de políticas, para permitir elevada liderança e propriedade do governo nas políticas e estratégias do sector saúde. Esta iniciativa tem contribuído para elevada coerência nas políticas e reduzido a fragmentação das acções do sector. Os princípios básiscos do SWAp são: equidade, flexibilidade, transparência e eficiência. As principais estruturas

ou fóruns de diálogo são: os comités de coordenação sectorial (CCS), que ocorrem duas vezes ao ano e constituem o nível mais alto de coordenação entre as partes (presididas pelo Ministro de Saúde, onde participam os chefes das missões); e as sessões sectoriais do SWAp que ocorrem mensalmente, onde se discutem questões sectoriais chaves (presididas pelo Secretário Permanente e o Chefe do Grupo dos Parceiros de Desenvolvimento, assistidas pelos Directores Nacionais e Chefes de Departamentos do MISAU).

Como parte do SWAp três instrumentos de financiamento foram criados desde 2004, nomeadamente o:

- Fundo Comum, chamado PROSAÚDE. Estes fundos são usados para despesas ao nível central. Parte dos fundos revertem ao nível provincial sob forma de insumos, cuja aquisição é centralizada.
- Fundo Comum Provincial. Estes fundos são usados para despesas operacionais a nível provincial.
- Fundo Comum dos Medicamentos. Os fundos são destinados à aquisição dos medicamentos e material médico-cirúrgico a nível central. O beneficiário destes bens são as províncias.

1.1.4.1 Indicadores de Saúde

Os indicadores vitais de saúde demonstram melhorias em termos de taxas de mortalidade geral (de 21.2 em 1997 para 17.2 por mil habitantes em 2003) e a esperança de vida ao nascer (de 42.3 em 1997 para 46.3 anos em 2003), embora não reflictam o impacto da epidemia do HIV/SIDA. Uma comparação entre inquéritos demográficos de saúde (IDS) de 1997 e 2003 mostra uma evolução positiva quanto à mortalidade materna, que reduziu de 690 para 408 por cem mil nados vivos (NV), assim como uma redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos de idade, que passaram de 147 para 124 por mil NV e de 219 para 178 por mil NV, respectivamente. (tabela 1)

Tabela 1 - Indicadores de Saúde de Moçambique, em 1997 e 2003.

Indicadores	1997	2003
Taxa de Mortalidade Infantil	147/1,000 NV	124/1,000 NV
Taxa de Mortalidade < 5 anos	219/1,000 NV	178/1,000 NV
Taxa de Mortalidade Materna	690/100,000 NV	408/100,000 NV
Taxa Bruta de Mortalidade	21.2/1,000 Hab	17.2/1,000 Hab
Esperança de Vida ao Nascer	42.3 anos	46.3 anos

FONTE: Plano Económico e Social, 2007.

A seroprevalência do HIV em adultos entre os 15 e 49 anos de idade continua a aumentar ao nível do País e situa-se em 16.2%, sendo a região centro do País a mais afectada com 20.4%, a região sul com 18.1% e a região norte com 9.3%, segundo dados de 2004. Os jovens em idade sexualmente activa continuam a ser o grupo mais afectado, sobretudo os do sexo feminino. Em 2005 foram reportados 26,328 casos novos confirmados de SIDA, dos quais 52.1%, em mulheres. O grupo etário mais afectado é o dos 25 a 29 anos de idade.

1.1.4.2 Sistema Nacional de Saúde

Os serviços de saúde são disponibilizados gratuitamente em toda a rede para toda a população.
As unidades sanitárias (US) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) estão divididas em Postos (PS) e Centros de Saúde (CS), Hospitais Gerais (HG) e Rurais (HG), Hospitais Provinciais (HP), Hospitais Centrais (HC) e Especializados. Os PS e CS constituem a rede primária de contacto, sendo os HG e HR a rede secundária urbana e rural, os HP a terceira linha de referência, e os HC e especializados a última linha de referência regional e nacional.

De acordo com a tabela 2 existiam em 2003 1,130 unidades sanitárias, assim distribuídos: 652 Postos de Saúde, 435 Centros de Saúde, 4 Hospitais Gerais, 27 Hospitais Rurais, 7 Hospitais Provinciais, 3 Hospitais Centrais e 2 Hospitais Especializados.

Tabela 2 - Número de Unidades Sanitárias do SNS em 2003.

Província	Hospitais Centrais	Hospitais Psiquát.	Hospitais Provinciais	Hospitais Gerais	Hospitais Rurais	Centros de Saúde	Postos de Saúde	Total
Niassa			1		1	16	78	96
Cabo delgado			1		3	44	38	86
Nampula	1	1			5	37	134	178
Zambézia			1		3	78	56	138
Tete			1		3	54	57	115
Sofala	1				4	74	68	147
Manica			1		1	16	63	81
Inhambane			1		2	26	51	80
Gaza			1		4	66	41	112
Maputo Província				1	1	8	44	54
Cidade de Maputo	1	1		3	0	16	22	43
Grande total	**3**	**2**	**7**	**4**	**27**	**435**	**652**	**1,130**

Fonte: Direcção de Planificação e Cooperação. Plano de Investimento da Saúde 2004-2008 (2003).

Os postos de saúde são geridos por um(a) enfermeiro(a) e uma parteira. O primeiro nível de referência é constituído pelos centros de saúde e hospitais rurais. Neste último o pessoal é constituído por um Técnico de Cirurgia (com formação básica em cirurgia, ortopedia/traumatologia e ginecologia/obstetrícia), assim como por um Clínico Geral que se responsabiliza pelos cuidados Pediátricos e de Medicina Interna. Outro tipo de

pessoal inclui Técnicos de Medicina e Enfermeiros.

Os níveis de atenção são classificados em:

- Primário que é composto por Postos e Centros de Saúde;
- Secundário que é constituído por Hospitais Rurais e Gerais;
- Terceário que é composto pelos Hospitais Provinciais;
- Quaternário que é composto pelos Hospitais Centrais e Especializados.

1.2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO

1.2.1 Situação da Tuberculose no Mundo

A Tuberculose (TB) é presentemente uma emergência global. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005 ocorreram 8.8 milhões de novos casos e aproximadamente 1.6 milhões de mortes devido à Tuberculose em todo o mundo.

Em 1993 a OMS declarou a Tuberculose uma emergência Mundial. Em Agosto de 2005, aquando da realização do 55º Comité Regional da OMS em Maputo, Moçambique, os Ministros de Saúde dos Países Africanos declararam também a Tuberculose uma emergência Africana. Estas declarações foram feitas tendo em conta o aumento crescente da Tuberculose como problema de Saúde Pública em todo o Mundo. Estima-se que cerca de 1/3 da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o agente causador desta doença. Cerca de 95% de todos os casos de TB e cerca de 98% das mortes ocorrem nos Países em vias de desenvolvimento, como é o caso de Moçambique (OMS, 2005).

1.2.2 Situação da Tuberculose em África

A região Africana possui mais de ¼ de todos os casos de Tuberculose reportados no Mundo inteiro e é o único continente onde a taxa de infecção por esta doença aumenta cada vez mais. Em muitos Países, os casos de TB quadruplicaram apesar da implementação de estratégias eficazes de luta contra a doença.

A epidemia da TB na região atingiu a magnitude duma emergência apesar de esforços significativos levados a cabo pelos Países membros em colaboração com a OMS e outros parceiros técnicos e financeiros para implementar estratégias de controlo recomendadas a nível mundial. Enquanto que a maioria dos Países implementam a estratégia internacionalmente recomendada, a chamada Terapia de Curta Duração Sob Observação Directa (DOTS), a Região Africana contribui com um peso da doença desproporcionalmente alto a nível global. Dos 22 países responsáveis por 80% do peso mundial da TB, os chamados países com o elevado peso da doença (*the high burden countries* – HBCs), 9 fazem parte da Região Africana. Dos 15 países com a mais alta incidência estimada da TB *per capita* no mundo, 12 estão em África.

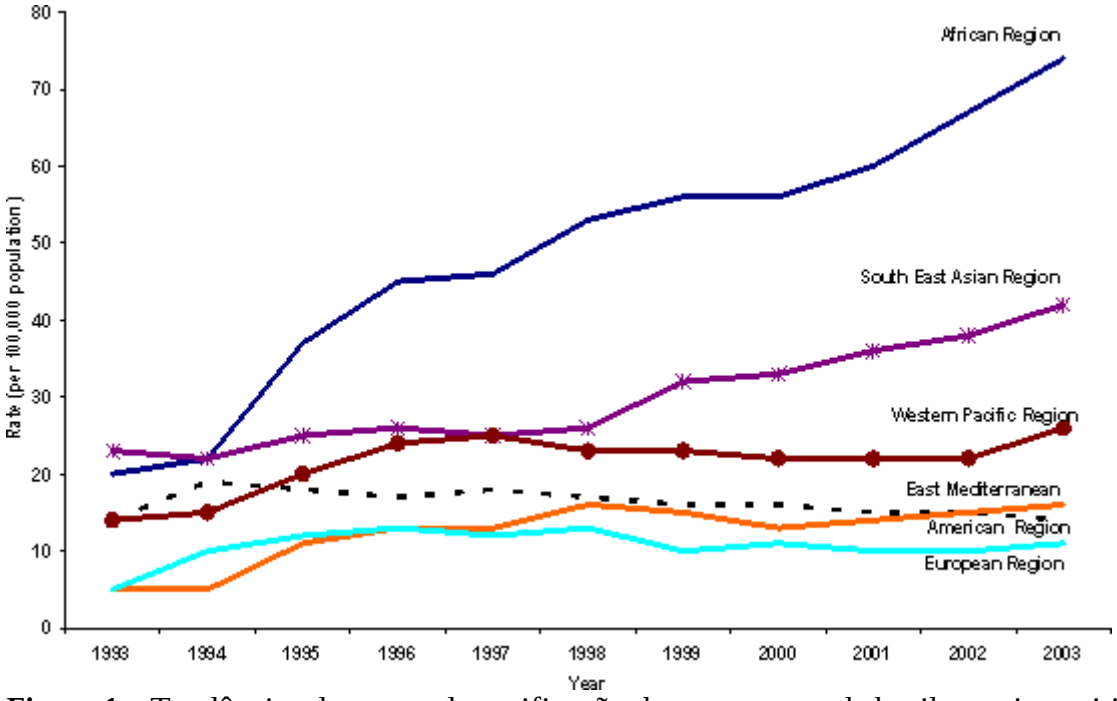

Figura 1 – Tendências das taxas de notificação de novos casos de baciloscopia positiva por Região da OMS, de 1993 a 2003.

Fonte: http://www.afro.who.int/tb/notificationtrend.html (08/06/2007).

Em 2003, a Região Africana com apenas 11% da população mundial, do total de casos de TB notificados no mundo inteiro, 27% correspondiam a esta Região. Também em 2003, a mais alta taxa de notificação da TB (719 casos por 100,000 habitantes) foi registada na Região Africana (Swazilândia).

A Região Africana foi a pior das 3 regiões epidemiológicas da OMS onde a incidência da TB continuava a crescer, mesmo quando as taxas de crescimento tinham baixado de 15% ao ano em 1991 para menos de 5% em 2003. (Figura 1)

1.2.3 Situação da Tuberculose na SADC

A Tuberculose é um problema sério de Saúde Pública na Região da Comunidade para o Desenvolvimento do Sul da África (SADC). A Região da SADC contém apenas 25% da população da Região Africana, mas suporta 50% de todos os casos de TB desta Região. Cinco dos seus Países (RD Congo, Moçambique, África do Sul, Tanzania e Zimbabwe) fazem parte dos 22 países com elevado fardo da doença (HBCs). Em 2005, estes cinco países se responsabilizaram por ¾ dos cerca de 739,000 doentes da TB notificados na Região da SADC.

A tabela 1 abaixo mostra que 739,418 novos casos de TB foram notificados em 2005, com uma taxa de notificação média de aproximadamente 317 casos por 100,000 habitantes, quase o dobro da média da incidência da Região Africana (161/100,000)[2].

[2] *Whole country case notifications and case detection rates, Africa, 2005(www.who.int/tb).*

Tabela 3 - Resumo de detecção de casos e resultados do tratamento em países da SADC.

País	Detecção de Casos, 2005			Resultados de tratamento de casos novos BK+, 2004			Prevalência estimada de HIV em adultos com TB (%)
	Total de todas as formas de TB	Incidência de todas as formas de TB (por 100,000)	Tx detecção de casos novos BK+ (%)	Sucesso (%)	Mortalidade (%)	Falência (%)	
Angola	38,317	233	109	68	4	2	19
Botswana	10,228	570	69	65	6	1	70
RD do Congo	99,558	169	72	85	6	1	17
Lesotho	10,802	602	85	69	10	1	64
Madagascar	19,475	102	67	71	6	2	3.0
Malawi	27,610	198	39	71	16	1	50
Maurícias	127	10	32	89	3	0	3.2
Moçambique	33,718	168	49	77	13	1	50
Namíbia	15,894	735	90	68	8	2	56
África do Sul	302,467	570	108	70	7	2	58
Swazilândia	8,864	791	42	50	8	2	75
Tanzania	64,200	159	45	81	10	0	29
Zambia	53,267	425	52	83	8	1	55
Zimbabwe	54,891	388	41	54	12	2	60
TOTAL	**739,418**						
MÉDIA		**317**	**63**	**75**	**8**	**1.6**	**45**

Fonte: 'Strategic Plan for the Control of Tuberculosis in the SADC Region, 2007-2015'.

O número de casos notificados em 2005 varia de 127 nas Maurícias à 791 casos por 100,000 habitantes na Swazilândia. A detecção de casos também varia muito, de 32% nas Maurícias para 109% em Angola.

1.2.4 Situação da Tuberculose em Moçambique

Em Moçambique, a Tuberculose continua a representar um sério problema de Saúde Pública. A Tuberculose é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade afectando os principais grupos vulneráveis, nomeadamente os adultos jovens, as crianças e as pessoas vivendo com o HIV/SIDA.

Desde 1993 que Moçambique figura da lista dos 22 Países do mundo considerados 'High burden countries', onde os índices da doença são bastante elevados, ocupando

actualmente a 18ª posição de acordo com a classificação da OMS.

1.2.4.1 Situação Epidemiológica

A situação da Tuberculose em Moçambique não foge à realidade da Região Africana e em particular a da SADC.

Estimativas da OMS indicam um agravamento da situação nos últimos 2 anos (2005 e 2006). Este agravamento é testemunhado pelo aumento da taxa de incidência de 447 para 460 casos novos por 100,000 habitantes de 2005 para 2006, respectivamente. A incidência de casos novos com baciloscopia positiva aumentou de 185 para 191 casos novos por cada 100.000 habitantes, para os mesmos períodos. A taxa de prevalência também aumentou de 597 para 636 casos por 100,000 habitantes de 2005 para 2006, respectivamente. A taxa de mortalidade cresceu de 124 para 129 mortes em cada 100.000 habitantes, de 2005 para 2006, respectivamente. (tabela 2)

A pandemia do HIV/SIDA tem tido um impacto extremamente negativo nos esforços para o controlo da Tuberculose. No nosso País, o número de casos de Tuberculose associados ao HIV, aumentou de forma dramática nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo com o HIV/SIDA. Estima-se que em pessoas HIV negativas o risco de desenvolver tuberculose activa varia de 5 a 15%. No entanto, nas pessoas HIV positivas este risco aumenta entre 5 a 10% anualmente, perfazendo um risco de cerca de 50% no decurso da vida. (tabela 4)

Tabela 4 - Dados Epidemiológicos estimados pela OMS para Moçambique para os anos 2005 e 2006.

Incidência (por 100,000 habitantes)	**2005**	**2006**
De todas formas	447	460
BK+	185	191
Prevalência (por 100,000 habitantes)	**2005**	**2006**
De todas formas	597	636
Taxa de Mortalidade (por 100,000 habitantes)	**2005**	**2006**
De todas formas	124	129
Prevalência do HIV (%)	**2005**	**2006**
Em pacientes com TB	50	50

Fonte: www.who.int/tb

Nos últimos anos o número de casos aumentou significativamente. De 2001 a 2006 houve um aumento de casos novos de 22.636 para 35,639, o que representa um crescimento de casos na ordem de 57%. (figura 2)

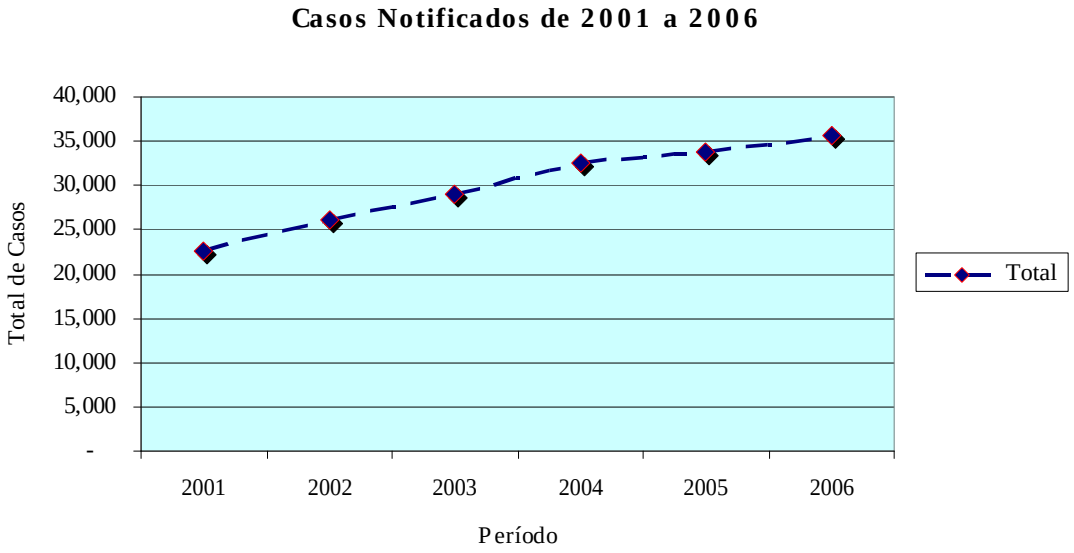

Figura 2 – Tendência de notificação de novos casos de baciloscopia positiva por ano em Moçambique de 2001 a 2006.

Fonte: PNCT. Relatório de Actividades da TB para 2006.

A figura 3 abaixo, mostra que há um crescimento sistemático do número de casos notificados de 2001 a 2006, no entanto observa-se uma ligeira redução de 2005 a 2006 de casos de TB com baciloscopia positiva (de 17,877 para 16,742) e Tuberculose Extrapulmonar (de 4,771 para 3,250). Presume-se que a redução dos casos com BK+ esteja associada ao aumento da prevalência do HIV nos pacientes com TB na qual há um aumento dos casos de Tuberculose com BK-, que aumentaram em 2006 (de 9,184 a 10,665), devido a imunodepressão severa e redução da resposta celular que ocorre nestes casos. Ainda assim, os casos de baciloscopia positiva continuam a representar 55%; os com baciloscopia negativa representam 35% e os casos de Tuberculose extrapulmonar perfazem 11%.

A distribuição epidemiológica da TB no País varia de região para região. As regiões Sul e Centro do País apresentam o maior fardo da doença, com cerca de 46% e 37% do total de casos de todo o País, respectivamente. De referir que as províncias que reportam maior número de casos são a cidade do Maputo, a Província de Maputo, Gaza e Sofala. Este aumento está particularmente relacionado com a maior capacidade diagnóstica, maior acesso a outros meios complementares de diagnóstico nas unidades sanitárias das Províncias de Maputo e Cidade do Maputo especialmente, mas principalmente associado ao aumento da prevalência da infecção pelo HIV nestas províncias.

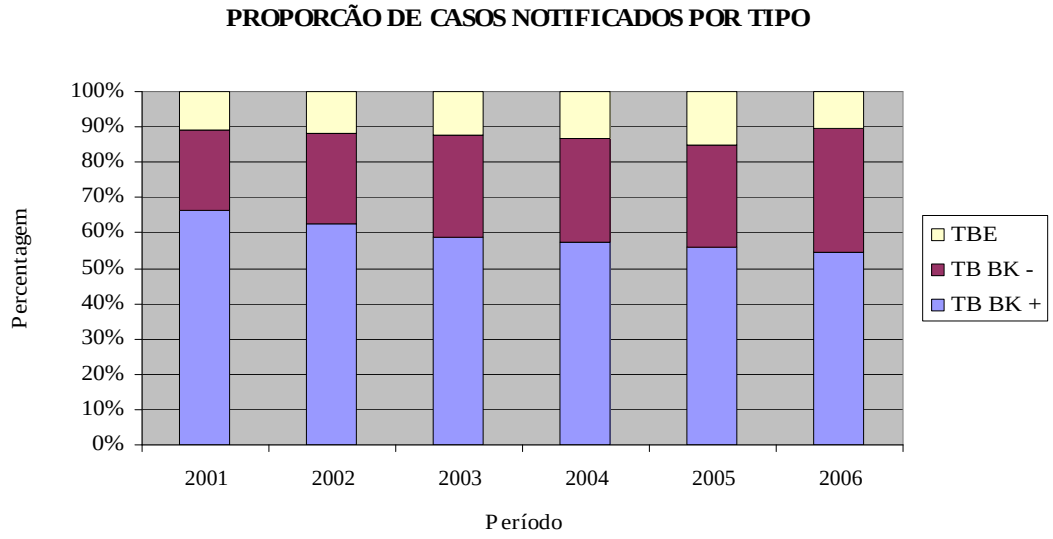

Figura 3– Número de casos novos notificados por diferente tipo de apresentação por ano em Moçambique de 2001 a 2006.

Fonte: PNCT. Relatório de Actividades da TB para 2006.

1.2.4.2 Resposta Nacional à Tuberculose

1.2.4.2.1 Estrutura e Gestão do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

a) Estrutura

A provisão dos serviços de Tuberculose é feita dentro da estrutura dos serviços de Saúde e dos cuidados primários de saúde. Em cada um dos 128 Distritos administrativos do país, existe uma unidade sanitária que é designada de Unidade Básica de Gestão. Mas no entanto, o tratamento da Tuberculose continua a ser expandido e actualmente 945 unidades sanitárias estão a implementar o DOTS (quer a fase de intensiva ou a fase de manutenção ou ambas). A unidade básica de gestão é o hospital rural ou o centro de saúde com um supervisor de Tuberculose, regra geral enfermeiro(a), membro da equipa do pessoal da unidade sanitária e que realiza também outras tarefas. Existe pelo menos uma unidade básica em cada um dos 128 distritos, que serve entre 50 a 150,000 habitantes. Cada uma destas unidades básicas tem condições para o diagnóstico, baseado no exame bacteriológico da expectoração, com um profissional responsável por registar dados do laboratório e outro que regista dados do tratamento da Tuberculose. No entanto, o exame laboratorial é realizado por Agentes de Laboratório que também realizam outras tarefas.

O PNCT estabelece como actividades de gestão do Programa a nível distrital, as seguintes:

- Despiste de Casos de TB;
- Actualização e registo de todos os casos diagnosticados no Livro de Registos;

- Preenchimento do cartão NIT e da Ficha de Tratamento;
- Admnistração do 4DFC sob directa observação do tratamento (DOT);
- Controle das baciloscopias;
- Controle das crianças contacto com < 5 anos;
- Actividades de busca activa dos doentes faltosos;
- Controle/gestão dos medicamentos;
- Notificação trimestral de todos os casos;
- Avaliação trimestral dos resultados do tratamento dos doentes
- Análise epidemiológica das notificações;
- Actividades de Formação;
- Actividades de Supervisão à periferia;
- Actividades de educação sanitária individual e colectiva para adesão ao tratamento;
- Actividades de educação para a saúde ao nivel das comunidades (IEC);
- Implementação de actividades de TB/HIV;
- Coordenação com o laboratório para o controle das baciloscopias dos doentes (casos BK+ para início imediato do tratamento);
- Actividades de controle de qualidade das baciloscopias;
- Controle da material do programa- fichas, livros de registo, etc;
- Actividades de prevenção da transmissão nosocomial da TB nas US;
- Realização de reuniões provincias para avaliação do programa.

b) Política

Moçambique foi pioneiro na introdução da estratégia DOTS (Tratamento de Curta Duração sob Observação Directa) em finais da década de 80. As políticas são as desenvolvidas dentro dos serviços de Saúde, nomeadamente: responsabilidade governamental na provisão de serviços gratuitos dentro dos serviços de Saúde, diagnóstico e seguimento do tratamento pelo exame bacteriológico da expectoração, distribuição regular dos medicamentos e materiais de diagnóstico a nível da unidade básica de gestão, gestão padronizada de casos com um regime diferente do padronizado para casos novos ou de retratatamento, tratamento sob observação directa na fase inicial intensiva e de manutenção e notificação das actividades do programa seguindo o modelo padronizado para análise de cohortes.

O diagnóstico de pacientes com Tuberculose com baciloscopia negativa é confirmado por um clínico (Médico ou técnico de Medicina). Para os pacientes que residem a uma distância superior a 10 km da US e aqueles severamente debilitados, o programa definiu que devem ser admitidos nos hospitais para fazerem o tratamento durante toda a fase intensiva do tratamento, que é de dois meses. Depois da alta, os doentes são transferidos para uma unidade sanitária que esteja próxima da sua residência, onde são registados e continuam com o tratamento.

c) Gestão de Recursos Humanos

A nível central o PNCT é composto por 10 profissionais, dos quais 8 a tempo

inteiro e 2 a tempo parcial. A tempo inteiro, o PNCT conta com uma Médica mestrada em Saúde Pública; a chefe do programa; uma Médica de clínica geral responsável pela TB Multiresistente, controlo de infecções e grupos de alto risco; uma Agente de Medicna Preventiva, supervisora nacional responsável pela gestão dos dados e dos medicamentos; um Técnico de Medicina, assistente para a área de TB/HIV, um Oficial da Logística; uma Enfermeira para a área de IEC, uma Assistente Administrativa e uma Servente. A tempo parcial conta com o apoio de uma Pneumologista e de uma Pediatra.

O nível Provincial é constituído por três profissionais, nomeadamente o Coordenador das ITS/HIV/SIDA/TB/LEPRA que responde directamente ao Médico chefe Provincial, o Supervisor Provincial e o Supervisor Provincial Adjunto.

A nível distrital, o PNCT conta com 1 Supervisor distrital e 1 adjunto por distrito.

d) Sistema de Informação de Saúde

O sistema de informação do PNCT em Moçambique encontra-se estruturado e baseado na recolha de dados, a nível dos centros de saúde onde as unidades básicas de gestão da TB registam, tratam e fazem o seguimento aos pacientes. A informação é inicialmente registada no *Livro de Registo de Doentes de Tuberculose* (SIS-TB-01) que contém a identificação, categorias dos doentes, o tipo de TB, tratamento administrado, resultados do teste de bacisloscopia e do tratamento, e o Tratamento Preventivo com Isoniazida para os contactos. Um cartão do tratamento do doente é também preenchido, com informação de cada visita.

Uma versão actualizada de registos que inclui aspectos da coinfecção pelo HIV foi preparada pelo PNCT e está sendo introduzida gradualmente (que inclui resultados dos testes de HIV, Terapia Preventiva com Cotrimoxazol, referência aos serviços de HIV e data de início do TARV). Para a Terapia Preventiva com Isoniazida, foi proposto o *Livro de Registo de TPI* (SIS-TB-02), e este inclui dados de identificação, critérios de exclusão do TPI e informação sobre o seguimento (datas de visitas, efeitos secundários, sintomas da TB e peso). As informações relativas aos exames de baciloscopia são registadas nos livros de registo do laboratório correspondentes.

A informação recolhida no centro de saúde é verificada pelo pessoal responsável pela TB na unidade sanitária e os problemas são discutidos durante reuniões distritais mensais. A análise básica dos dados é feita naquele nível e é compilada trimestralmente no formulário da *Notificação Distrital Trimestral de Tuberculose* (SIS-TB-03). O registo contém novos casos por tipo de Tuberculose, idade do doente, categoria do doente, assim como informação sobre crianças em TPI. A versão actualizada do registo faz o sumário dos dados da coinfecção incluíndo o resultado do HIV, terapias preventivas com Isoniazida e Cotrimoxazol por sexo. Este dados são enviados dentro de 5 dias após o final do trimestre ao supervisor Provincial da TB.

Em cada trimestre a informação dos distritos com serviços de TB é compilada a nível provincial e enviada ao nível central, no PNCT/MISAU, utizando o formulário da *Notificação Provincial Trimestral de Tuberculose*. Estes dados são analisados pelos Supervisores Provinciais da TB em Reuniões Nacionais Semestrais.

A nível central a informação proveniente das províncias é compilada em tabelas em Excel. Existe uma reverificação dos dados dos doentes e do laboratório. Encontros regulares oferecem oportunidade para troca de informação, posterior localização de pacientes e análise de dados. O fluxo de informação dos centros de saúde ao Ministério da Saúde, segue as normas nacionais.

e) Serviços de Diagnóstico

Laboratório Nacional de Referência (LNR)
O pessoal do Laboratório de Referência Nacional inclui 3 Biólogos recém formados, 3 Técnicos do Laboratório formados e experientes, um Técnico de Laboratório em formação, 2 técnicas de laboratório recém formadas e 2 Microscopistas.

As instalações requerem reabilitação que está programada para o ano 2008, após a finalização do Estudo da Resistência aos Medicamentos, iniciado em Fevereiro do ano corrente.

O LNR encontra-se equipado com 3 microscópios para formação, 2 microscópios de fluorescência e 4 microscópios binoculares. Também existem disponíveis microscópios com suas respectivas malas de viagem para formação na periferia. Existe também uma cabine de segurança de classe 1, usada para coloração, 3 cabines de segurança (uma de classe 2 e duas de classe 2), usadas para preparação de meios de cultura, cultura e testagem de sensibilidade. Os meios sólidos de cultura são preparados localmente.

Duas cabines de segurança de classe 2, uma centrífuga, uma geleira, um congelador -20°C, duas máquinas, uma de lavar roupa e outra de lavar material de vidro foram encomendadas através do financiamento do Fundo Global.

Os consumíveis são adquiridos a nível central e distribuídos pelo LNR para os laboratórios dos hospitais centrais e provinciais. Soluções de coloração são preparadas a nível central (nacional ou provincial) e distribuídas para uso.

Garantia de Qualidade no LNR
O LNR é responsável pelo Controlo de Qualidade Externo dos exames de microscopia da expectoração a nível provincial. Este é feito através do controlo externo regular da qualidade e das visistas de supervisão. A retroalimentação é feita em formulários apropriados com identificação de medidas correctivas. Está em uso um manual de laboratório para exame microscópico da expectoração.

Desde 2003 o LNR encontra-se ligado a um Laboratório Supranacional de Referência (SRL), baseado em Milão na Itália. Controlo de qualidade externo para testagem de sensibilidade aos medicamentos tem sido realizado regularmente e os resultados melhoraram desde 2003. Missões de supervisão pelo SRL foram realizadas em 2003, 2004 e 2006. A colaboração pelo SRL continua com o controlo externo de qualidade para testes de sensibilidade aos medicamentos e assistência técnica durante fase de realização do Estudo da Resistência aos Medicamentos.

O pessoal do LNR supervisiona os 7 laboratórios dos hospitais provinciais e os 3 laboratórios dos hospitais centrais e conduz o controlo externo de qualidade nesses laboratórios pela verificação pelo menos 2 vezes por ano, dum certo número de lâminas de microscópio selecionadas ao acaso, incluíndo todas as lâminas discordantes provenientes dos distritos.

Cultura e Teste de Sensibilidade aos Medicamentos
O LNR em Maputo actualmente faz a cultura e testes de sensibilidade aos medicamentos e é a única instituição pública que faz estes exames em todo o País. O teste de sensibilidade aos medicamentos é feito apenas em 4 medicamentos padronizados, através do método de concentração absoluta. A identificação das espécies ainda não é feita.

O volume de trabalho do LNR é em média de 50 amostras por dia, maioritariamente para microscopia. A microscopia do esfregaço da expectoração é feita após a coloração com *Auramine*. Todas as lâminas com baixos níveis de positividade são confirmadas pela coloração de *Ziehl Neelsen*. As culturas e os testes de sensibilidade actualmente são feitos a pedido, principalmente para casos de retratamento ou TB extrapulmonar. A identificação de espécies não é feita routineiramente por falta de pessoal embora as fitas de nicina e nitrato estejam disponíveis no laboratório.

Exame do Esfregaço da Microscopia
Uma rede de laboratórios bem estruturada e funcional é crucial para o diagnóstico e manuseamento de casos de TB e é uma componente estratégica chave da Estratégia DOTS. Um esfregaço para microscopia da expectoração de boa qualidade é a única medida mais eficaz para o rastreio de suspeitos, monitorar o tratamento e quebrar a cadeia de transmissão.

Rede de Laboratórios
Além do LNR localizado em Maputo, os Serviços de Laboratórios da Tuberculose estão integrados nos serviços laboratoriais dos 3 hospitais centrais, 7 hospitais provinciais, 28 hospitais rurais e em 170 unidades sanitárias periféricas (incluíndo as 6 abertas em 2006).

Os laboratórios usam a técnica de *Ziehl Neelsen* para coloração do esfregaço para microscopia.

Supervisão e Controlo Externo de Qualidade dos Esfregaços para Microscopia
A supervisão aos distritos é feita pelo pessoal do laboratório provincial ou central uma ou mais vezes por ano. No norte do país a actividade é financiada por uma ONG que trabalha na área da Lepra, além do financiamento do Fundo Global. A retroalimentação é regularmente dada aos níveis periféricos através dos formulários de supervisão. Quando grandes problemas são identificados, estes são discutidos localmente e formação em serviço é realizada quando necessário.

f) Formação

Em 2006, o PNCT reactivou a realização de actividades de formação para técnicos e ou agentes de laboratório, que haviam sido canceladas desde 2003. Neste âmbito, no ano transato 80 técnicos /agentes de laboratório beneficiaram de formação.

Por outro lado o nível nacional tem estado a realizar dois tipos de formação: cursos clínicos para os médicos e outros clínicos, e cursos regionais para os supervisores do programa recém colocados ou que precisem de actualização. Posteriormente as províncias replicam as formações baseadas em suas necessidades e disponibilidade financeira, usando uma abordagem em cascata.

Em 2006, foi realizado 1 curso clínico para um total de 20 médicos. Foram também realizados 3 cursos regionais (Centro, Norte e Sul), nas Províncias de Manica, Nampula e Inhambane. Foi realizado um curso de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) para 22 supervisores Provinciais. e dos 11 cursos planificados para formações provinciais de Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) para os doentes com Tuberculose e HIV, todos foram realizados.

Os materiais de formação usados foram elaborados tendo em linha de conta as políticas nacionais, internacionais e as recomendadas pela OMS.

g) Distribuição de Medicamentos

Há vários anos que o País tem estado a utilizar medicamentos recomendados do padrão WHO/IUATLD. Em meados de 2005 o regime de 8 meses de tratamento foi abandonado, vindo a ser substituído por um regime de 6 meses. Este regime tem uma fase intensiva de 2 meses onde o paciente administra uma combinação fixa de 4 medicamentos (Rimfapicina, Isoniazida, Pirazinamina e Etambutol) e uma fase de manutenção de 4 meses onde o paciente deve tomar uma combinação fixa de 2 medicamentos (Rimfapicina e Isoniazida). Estes medicamentos têm sido adquiridos através do mecanismo da *Global TB Drug Facility* (GDF) e esta aquisição tem sido feita através da Central de Medicamantos e Artigos Médicos (CMAM) pela MEDIMOC.

Os *stocks* de medicamentos são mantidos no armazém central em Maputo para as regiões sul e norte, e no armazém regional da Beira, para as províncias da região

centro. Existe um plano para construção de dois novos armazéns em Nampula e Cabo Delgado, para reduzir os problemas de distribuição devido a longas distâncias no norte do país.

Os armazéns nacionais de medicamentos nos últimos anos não têm conseguido manter *stocks* de reserva o que tem resultado em ruturas de stocks, especialmente da estreptomicina e Etambutol. No entanto apartir de 2006 com a melhoria da coordenação com a CMAM e melhoria da gestão dos medicamentos, deixou de haver registo de ruturas de stock de medicamento ant-TB. Pois, as requisições passaram a serem feitas assegurando o stock de reserva de um ano, seis meses e três meses para os níveis central, provincial e distrital, respectivamente. E são feitas mensalmente, salvo algumas excepções.

h) Administração, Planificação e Finanças

Estrutura Administrativa
A estrutura de administração dos serviços da Tuberculose segue a estrutura do Ministério da Saúde. Os provedores de serviços dentro da rede sanitária (nos centros de saúde e em hospitais) fazem parte do quadro do pessoal dessas instituições e respondem aos Directores Distritais e/ou dos Hospitais. Os supervisosres provinciais respondem aos Directores provinciais. O pessoal do PNCT responde directamente ao Director Nacional Adjunto de Prevenção e Controlo das Doenças e este por sua vez ao Director Nacional de Promoção da Saúde e Controlo das Doenças.

Planificação
O PNCT está enquadrado dentro dos processos do serviço nacional de saúde e procedimentos de planificação relevantes no país em geral e em particular para o sector da saúde. Está a emergir dum contexto de específico de doença (programa vertical) para um contexto de abordagem sectorial ampla no que diz respeito à planificação, com múltiplos parceiros que se encontram quer e fora do SWAp e do mecanismo de fundo comum. Assim, a planificação dos serviços da TB é feita em coordenação com os processos e planos de desenvolvimento do sector saúde, estabelecidos.

A nível do PNCT o processo de planificação é feito em coordenaçào com o grupo técnico de trabalho (*Task Force)*, que é composta pelos parceiros de implementação dos serviços de TB. Este grupo de consulta está estabelecido apenas a nível central desde Agosto de 2006.

Finanças
As principais fontes de financiamento integrado do Sector Saúde são o Orçamento do Estado e o fundo comum (PROSAÚDE) através dos parceiros de desenvolvimento como parte do SWAp. A comparticipação de diferentes fontes de financiamento para o Orçamento do Sector Saúde, para o ano de 2007 é a seguinte (de acordo com o PES 2007):

- 13% proveniente do Orçamento do Estado;

- 40% dos fundos comuns;
- 47% financiamento vertical.

Houve um aumento significativo do do orçamento global do sector saúde de 2006 para 2007 na ordem dos 15%. Este aumento foi à custa dos fundos comuns que cresceram em 27% de 2006 para o presente ano.

1.2.4.2.2 Gestão de Casos da Tuberculose

a) Detecção

No âmbito da implementação da Estratégia DOTS um dos objectivos do programa é despistar pelos 70% dos casos novos com baciloscopia positiva esperados anualmente. A tabela 5 abaixo ilustra a evolução da taxa de despiste nacional que ainda se encontra muito aquém do preconizado pela WHA.

Tabela 5 – Taxas de Despiste Nacional de Casos de TB de 2005 e 2006.

	2005	**2006**
Taxa de Despiste Nacional (BK+)	48.4%	50.1%

Fonte: Relatório de actividades do PNCT, 2006.

O aumento cada vez crescente e diagnóstico dos casos de tuberculose com baciloscopia negativa e de tuberculose extra pulmonar constitui presentemente um sério desafio para os clínicos e para o programa.

Há a necessidade urgente de expandir alternativas de diagnóstico complementar, nomeadamente aparelhos de Raios X e a cultura da expectoração, pelas regiões Centro e Norte do País, e em colaboração com o programa do HIV/SIDA aumentar o acesso ao aconselhamento e testagem do HIV para melhor orientação dos clínicos na decisão do tratamento dos casos.

b) Expansão do DOTS

Dados do primeiro trimestre de 2007 revelam que o nível de cobertura do DOTS a nível nacional se situa à volta dos 71%, com uma variação de 37.1% na zambézia e 100 em Inhambane. A cobertura foi calculada tendo como base o número das unidades sanitárias que fazem DOTS do total das US por província. (Figura 4)

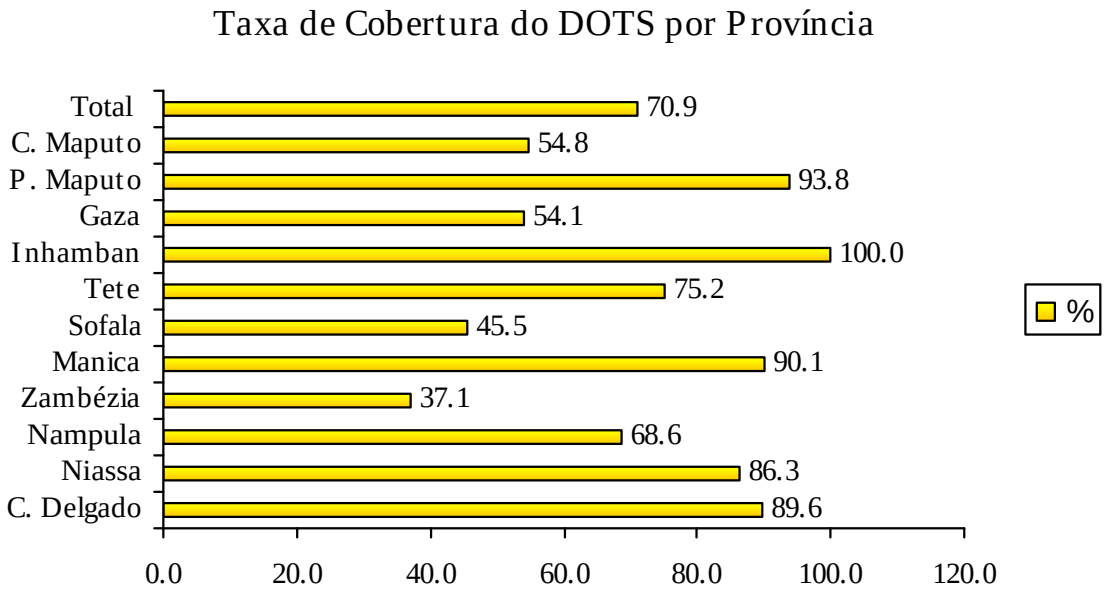

Figura 4 - Expansão de DOTS no País, do primeiro trimestre de 2007.

Fonte: Dados Estatísticos do PNCT, 2007.

c) Resultados do tratamento

Dados disponíveis sobre os resultados do tratamento da TB em Moçambique, mostram melhoria comparativamente aos anos anteriores, como ilustra a tabela 6. A taxa de cura aumetou de 75.4 para 79% de de 2004 para 2005; a taxa de abandonos reduziu de 7.4% para 7.2%, no mesmo período. Por outro lado, a taxa de resultados desfavoráveis (abandonos, transferidos, falências)baixou de 10.9% para 7.2%, de 2004 para 2005;o que é bastante positivo visto o máximo aceitável pela OMS ser 15%; e a taxa de óbitos também baixou de 12.4 para 11,7%, para o mesmo período. O manuseio dos casos através da directa observação do tratamento (DOT), e as acções de busca activa dos faltosos e de sensibilização das populações para maior adesão ao tratamento têm contribuido sobremaneira para a melhoria dos resultados acima citados.

Tabela 6 - Análise dos resultados de tramento da TB em Moçambique em 2003, 2004, e 2005.

Resultados do Tratamento	%		
	2003	2004	2005
Taxa de cura	74.2	75.4	79
Taxa de sucesso	75.9	76.7	80
Taxa de abandonos	8.1	7.4	7.2
Taxa de óbitos	11.8	12.4	11.7
Taxa desfavorável (abandonos+falências+transferidos)	12.3	10.9	7.2

Fonte: Relatório de actividades do PNCT, 2006.

As províncias prioritárias ao nível do programa são as Províncias de Sofala, Tete, Zambézia, Nampula e Cabo Delgado, porque de um modo geral têm baixas taxas de despiste e taxas de óbitos que necessitam de revisão através da melhoria dos registos, para além de algumas não terem um desempenho favorável tendo em conta outros indicadores do programa como por exemplo as provincias de Tete , Zambézia e Cabo Delgado. (tabela 7)

Tabela 7 - Comparação dos resultados de tratamento entre províncias em 2005

Taxa\Provincia	%				
	Sofala	**Tete**	**Zambézia**	**Nampula**	**Cabo Delgado**
Taxa de cura	79.3	79.8	77.9	86.1	85
Taxa de abandonos	4.8	2.5	5.7	6.7	6
Taxa de óbitos	13.7	11.8	10.9	5.5	7.3
Taxa desfavorável	6.7	6.3	9.4	8	7.3

Fonte: Relatório de actividades do PNCT, 2006.

1.2.4.2.3 Áreas Relacionadas

a) Coinfecção TB/HIV

Em Moçambique o número de casos de Tuberculose associados ao HIV, aumentou de forma dramática nos últimos cinco anos, visto que a tuberculose é a infecção oportunista mais comum nas pessoas vivendo.

A prevalência nacional do HIV em pacientes adultos com TB é de 50%, num País onde a coinfecção TB/HIV tem um efeito importante em ambos programas de TB e de HIV/SIDA porque aumenta a mortalidade global, aumenta o número da casos de TB com baciloscopia negativa e TB extrapulmonar e diminui a taxa de sucesso em pacientes com TB.

Os serviços de TB são providos nas unidades básicas de gestão dentro das unidades sanitárias, e os serviços de HIV/SIDA, são providos nos centros de aconselhamento e testagem para saúde e nas enfermarias de dia a nível das unidades sanitárias de referência, com pouca interacção entre ambos.

Os centros de aconselhamento e testagem para saúde oferecem uma enorme oportunidade para a triagem de pacientes com TB, assim como as enfermarias de dia à semelhança do TARV poderão também oferecer o tratamento anti-TB. Do mesmo modo que as unidades básicas de gestão da TB além da testagem para o HIV em paciente com TB podem fazer a administração do TARV.

O PNCT em conjunto com o programa de ITS/HIV/SIDA, identificaram já as áreas de colaboração, recomendadas pela OMS, e muito recentemente, após a reunião nacional de TB realizada em Fevereiro, as normas contendo os algorítimos para orientação da abordagem TB/HIV no País foram revistas e aprovadas por Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde, serão posteriormente enviadas às

províncias. No entanto, as seguintes actividades foram realizadas em 2006 para assegurar a introdução rápida e efectiva da abordagem TB/HIV:

- Elaboração do plano nacional de expansão das actividades TB/HIV;
- Constituição do grupo técnico de trabalho (*TB Task Force*);
- Recrutamento e formação de 11 coordenadores provinciais de ITS/HIV/SIDA/TB/LEPRA;
- Formação de 5 clínicos no país e de 2 clínicos na Itália;
- Elaboração de guiões de formação para voluntários;
- Revisão do módulo TB/HIV para trabalhadores de saúde;
- Introdução de aconselhamento e testagem em saúde (ATS) em pacientes com TB, tratamento preventivo com cotrimoxazol (TPC) e tratamento preventivo com isoniazida (TPI).

Dados estatísticos do PNCT referentes ao primeiro trimestre do ano de 2007 indicam uma cobertura nacional de serviços de HIV/SIDA em pacientes com TB de cerca de 58% (5,591/9,713), tendo como base a testagem para o HIV, com uma variação de 32% em Tete e 88.5% em Gaza. De referir que províncias como Manica e Sofala, avançaram consideravelmente na implementação destas actividads através do apoio de parceiros locais como a HAI. (Figura 5)

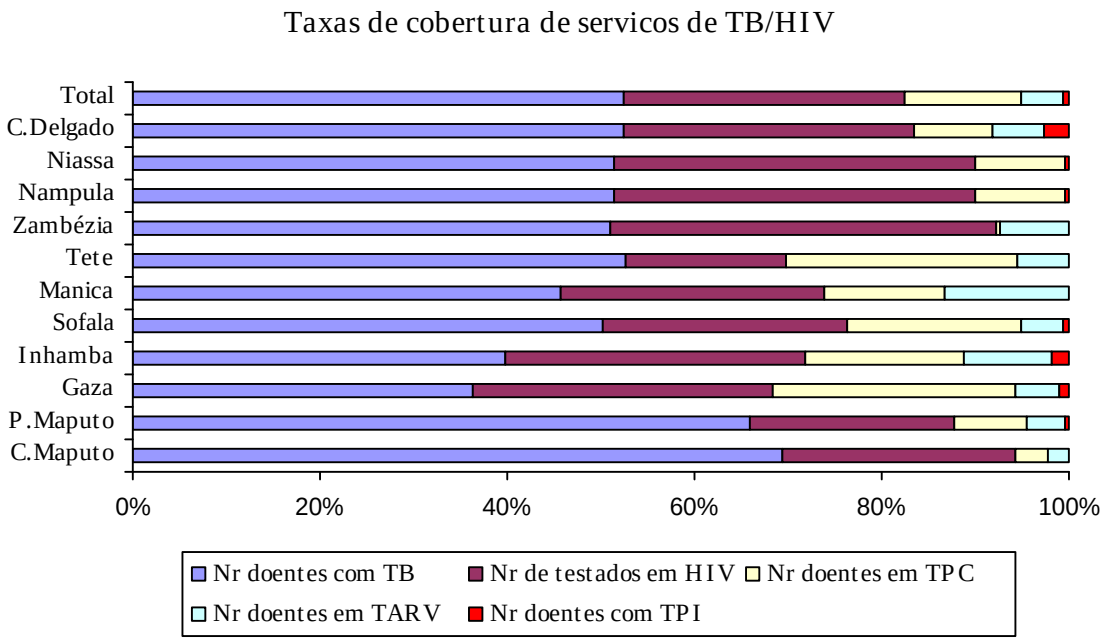

Figura 5 – Cobertura de actividades da TB/HIV do primeiro trimestre de 2007.

Fonte: Dados Estatísticos do PNCT, 2007.

A análises destes dados revela também que a cobertura da Terapia Preventiva com Cotrimoxazol (TPC) é de 23.7% (2,298/9,713), da Terapia Antiretroviral (TARV) é de 8.6% (838/9,713) e a Terapia Preventiva (TPI) com Isoniazida é de 1.1% (102/9,713). E que as províncias de Niassa e Nampula aindam não inciaram a TARV em doentes com TB. E ainda, que as províncias de Manica, Tete e Zambézia ainda não introduziram a TPI em pacientes HIV+ com baciloscopia negativa.

b) Resistência a Drogas

A resistência aos medicamentos antituberculose é uma situação muito preocupante, pois fragiliza os Programas de Controle da Tuberculose em muitos países, principalmente onde a tuberculose constitui um fardo pesado como é o caso de Moçambique; para além de criar reservatórios de estirpes resistentes na comunidade.

A tabela 8 abaixo mostra que Moçambique depois do Congo é o país com a prevalência mais elevada da TB-MRD na região da SADC, com 3.5%, baseada no estudo realizado em 1999. Existe o sentimento comum de que provavelmente a prevalência de casos de TB multiresistente esteja muito acima dos 3.5%, pois esta foi obtida na altura em que a prevalência do HIV no país rondava à volta dos 11% e que actualmente está acima dos 16%, conhecido o papel do HIV no desenvolvimento de estirpes multiresistentes.

Tabela 8 - Estudos de Resistência aos Medicamentos feitos nos países da SADC, 1995-2006.

País	Período em que foi conduzido o DRS	% TB-MR	Nº Casos de TB-MR estimados 2006
Angola	Sem informação	1.9	697
Botswana	1996,1999 e 2002	1.6	194
R.D.Congo	2001 e 2006	5.8	4,238
Lesotho	1995	1.3	184
Madagascar	Sem informação	2.2	879
Malawi	2006	1.6	899
Maurícias	Sem informação	1.4	11
Moçambique	1999	3.5	3,189
Namíbia	2006	1.6	243
África do Sul	2001	2.7	7,823
Swazilândia	1995	1.6	207
Tanzania	2006	1.5	2,142
Zâmbia	2000	1.8	2,142
Zimbabwe	1995	2.1	1,845

Fonte: MISAU/PNCT. Relatório Sobre a Situação da Tuberculose Multi-Resistente (TB-MR) em Moçambique. XIXª Reunião Nacional de Tuberculose, Maputo, 21-23 de Fevereiro de 2006.

No entanto a notificação dos casos não sustenta a teoria à volta das estimativas da prevalência, pois os número de casos notificados não tem estado a acompanhar a evolução da epidemia do HIV/SIDA no País, onde em 2002, foram notificados 66 casos, 77 casos em 2003, 127 casos em 2004, 77 casos em 2005 e 69 casos até Junho de 2006. É preciso notar que o número de casos notificados sofre muita influência da capacidade de gestão do programa, como por exemplo a capacidade de diagnóstico, resgisto e manuseamento de dados,mas também do índice de suspeita dos clínicos..

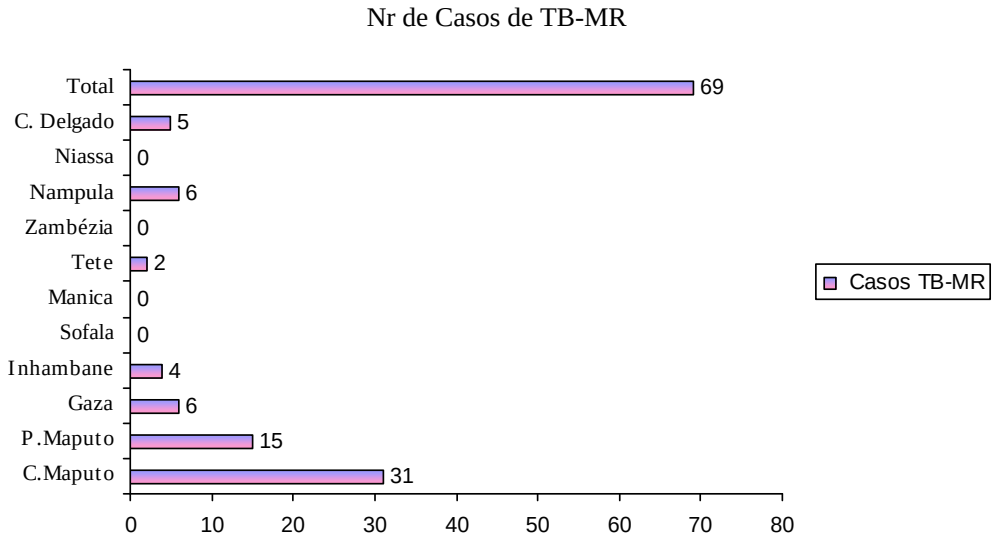

Figura 6 – Nr de casos de TB multiresistente notificados no País, em 2006.

Fonte: Relatório de actividades do PNCT, 2006.

Dados de 2006 revelam que o maior número de casos notificados provêm da Cidade e Província de Maputo, onde os meios de diagnóstico são mais sofisticados e onde está localizado o LNR. As províncias de Niassa, Zambézia, Manica, Tete e Sofala, não notificaram casos e não existem dados que justificam esta falta de notificação(Figura 6)

Apesar destas limitações o PNCT está a desenvolver acções com vista ao reforço desta componente, tendo já identificado uma Médica responsável e realizado em 2006 as seguintes acções:

- Realização do 1º curso de TB-MR na Cidade de Maputo;
- Formação de 22 clínicos a nível nacional em TB-MR, havendo neste momento em cada província 2 médicos/técnicos responsáveis pela TB-MR por província;
- Iniciada a elaboração do *Dossier* para adesão ao *Green Light Committee* (GLC) para posterior obtenção de medicamentos de 2ª Linha de Tuberculose;
- Iniciado o estudo da Resistência aos medicamentos antiberculose (DRS) cuja duração é de um ano.

Espera-se que a formação de 22 clínicos, 2 por província e a subsequente réplica nas províncias venham a contribuir para o aumento da suspeita e envio de amostras para o diagnóstico destes casos. Por outro lado, espera-se que a expansão da capacidade para realização de culturas para as regiões centro e norte venha também contribuir para aumento da capacidade diagnóstica.

1.2.4.2.4 Pesquisa na área da Tuberculose

Apesar de Moçambique ter uma boa reputação nos serviços de Tuberculose desenvolvidos na região da África Austral (de qualidade superior em relação à maioria dos países vizinhos), não tem um programa sistemático de pesquisa operacional na área da Tuberculose. A pesquisa não é vista como uma das prioridades na gestão do programa e não existe um ponto focal responsável para enconrajá-la ou monitorá-la. Embora já existam vários quadros com especialização em Saúde Pública.

Uma revisão de 500 referências mais recentes de publicações médicas, feita durante a avaliação externa do PNCT em 2006, foram identificadas apenas 4 publicações na área da Tuberculose em Moçambique, nomeadamente:

- Nunes EA, De Capitani EM, Coelho E, Joaquim OA, Figueiredo IR, Cossa AM, Panunto AC, Carvalho-Ramos M. Patterns of anti-tuberculosis drug resistance among HIV-infected patients in Maputo, Mozambique, 2002-2003. Int J Tuberc Lung Dis 2005; 9: 494-500.

- Cliff J, Walt G, Nhatave I. What's in a name? Policy transfer in Mozambique: DOTS for tuberculosis and syndromic management for sexually transmitted infections. J Public Health Policy 2004; 25: 38-55.

- Mac-Arthur A, Gloyd S, Perdigao P, Noya A, Sacarlal J, Kreiss J. Characteristics of drug resistance and HIV among tuberculosis patients in Mozambique. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5: 894-902.

- De Jonghe E, Murray CJ, Chum HJ, Nyangulu DS, Salomao A, Styblo K. Cost-effectiveness of chemotherapy for sputum smear-positive pulmonary tuberculosis in Malawi, Mozambique and Tanzania. Int J Health Plann Manage 1994; 9: 151-181.

Uma revisão similar de 200 referências mais recentes de publicações médicas, conduzida no Malawi em 2004, revelou 20 publicações na área da Tuberculose.

Assim, este plano estratégico 2008-2012 incorpora a componente de pesquisa como uma das áreas prioritárias a desenvolver nos próximos anos. O programa planeia identificar áreas que necessitam de pesquisa e em coordenação com o Instituto Nacional de Saúde, realizar pequenos estudos operacionais, bem como estudos KAPe outro Inquérito Nacional de Multiresistência aos Medicamentos anti-TB.

1.2.4.2.5 Parceiros Externos

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, foi estabelecido imediatamente após a independência, no entanto as parcerias iniciaram em meados da década de 80 com apoio financeiro da Noruega e com assistência técnica da União Internacional contra a Tuberculose e Donças do Pulmão (IUATLD). Assim, Moçambique tornou-se

num dos vários países a desenvolver abordagem internacional moderna de controlo da Tuberculose, a Estratégia DOTS.

Como fora acima mencionado em secções anteriores, o modelo operacional escolhido pelo Ministério da Saúde, em relação aos parceiros é o SWAp, com um fundo comum para apoiar um plano abrangente para a provisão de serviços de saúde e de desenvolvimento. Alguns parceiros participam neste processo outros não.

A parceria financeira entre a Noruega e o PNCT foi integrada no fundo comum em 2000 e continua até à data da elaboração deste documento. Outros parceiros que também estão integrados no fundo comum são a Cooperação Suíça e o DFID. Para além dos mencionados, parceiros como a OMS, USAID através da implementação do projecto TB-CAP pela FHI, Cooperação Italiana, KNCV TB Foundation, CDC (agência financiadora da Columbia University/ICAP, JHPIEGO, etc) , HAI, MSF Luxemburgo, LEPRA e, CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE apoiam o programa.

1.2.4.3 Principais Desafios no Controlo da Tuberculose

Apesar dos sucessos alcançados nos últimos anos, existem ainda muitos obstáculos para alcançar um acesso equitativo ao DOTS de elevada qualidade e alcançar os objectivos de luta contra a tuberculose.

A situação da Tuberculose no País apresentada nos capítulos anteriores dá uma imagem da magnitude do problema, que se agrava com o passar do tempo. As limitações encontradas quer na estrutura e gestão do programa, assim como nas áreas relacionadas (TB/HIV e TB-MR), e na pesquisa operacional, também descritos em secções anteriors representam desafios a serem ultrapados com a implementação deste plano.

Em Moçambique, é difícil satisfazer essa demanda devido ao fraco acesso aos cuidados de saúde (estimado em 45%), a escassez de recursos humanos e de infraestruturas, agravada pela situação de pobreza em que a maior parte da população se encontra.

Dados publicados pela OMS indicam que a cobertura do DOTS em Moçambique já atingiu os 100%. Esta estimativa foi baseada tendo em conta a "área do DOTS", que se define como sendo uma área geográfica, administrativamente mais baixa (Distrito, localidade, etc), que tenha uma unidade básica de gestão do DOTS. Em Moçambique foram definidas como "áreas do DOTS" os distritos e assim foram estabelecidas as unidades básicas de gestão (Centros de Saúde), uma em cada um dos 128 distritos. Como todas as unidades básicas faziam todas as actividades da estratégia DOTS foi assumido que a cobertura era de 100%. Este método é um método grosseiro para estimar a cobertura da expansão do DOTS. O método mais adequado para estimar o acesso aos serviços do DOTS são as taxas de detecção, expressas em percentagem e são calculadas como sendo o número de casos notificados dividido pelo número de casos estimados por ano[3].

[3] WHO Report 2007. Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing.

A infecção pelo HIV, continua a ser um dos maiores obstáculos para o controlo da tuberculose. Entretanto, a introdução do aconselhamento e testagem nos serviços de TB, embora ainda incipiente, abriu portas para o acesso ao tratamento antiretroviral (TARV), bem como à profilaxia com o cotrimoxazol.

A Tuberculose multiresistente é uma grande ameaça para o DOTS. Embora os progressos na implementação da estratégia DOTS tenham ajudado a travar a aparição da multiresistência, é fundamental expandir o programa STOP TB para conter a proporção de caso multiresistentes na epidemia global de tuberculose.

Recentemente, foi reportado na África do Sul, província do Kwazulu Natal, o surgimento de uma estirpe de tuberculose denominada XDR-TB ou estirpe de extrema resistência, visto ser resistente a múltiplas drogas (MDR) anti-tuberculose incluindo qualquer droga do grupo das fluoroquinolonas e aminoglicosidos (por ex.: a Kanamicina, Capreomicina ou Amicacina) e é uma estirpe altamente mortífera.

De acordo com a informação publicada, dos 53 pacientes diagnosticados, 52 faleceram em média 25 dias após o diagnóstico. Pela proximidade que esta província e País tem de Moçambique é provável que a situação no nosso País também seja ameaçadora a saúde pública, daí a necessidade urgente de se realizar um estudo de multiresistência e de se desenvolver outras acções de emergência para contenção desta nova epidemia.

É neste âmbito que a identificação dos casos suspeitos de TB multiresistente, seu diagnóstico e tratamento é uma prioridade do programa de Tuberculose, como forma de se reduzir a morbimortalidade do doentes visto haver actualmente disponibilidade de medicamentos de segunda linha no País para o tratamento dos casos.

2. PLANO ESTRATÉGICO DE CONTROLO DA TUBERCULOSE EM MOÇAMBIQUE PARA O PERÍODO 2008-2012

O presente Plano Estratégico para o Controlo da TB em Moçambique, apresenta prioridades, orientações, estratégias e intervenções tendo em conta a situação actual da TB no País, na região da SADC, na região Africana e no mundo; para fazer face aos actuais desafios do PNCT na implementação do Programa Nacional de Controlo da TB em Moçambique.

2.1 PRIORIDADES NACIONAIS

Constituem prioridades do Governo de Moçambique para o controlo da Tuberculose as seguintes[4]:

i. A melhoria da qualidade do diagnóstico e tratamento da tuberculose.
ii. A contínua expansão do DOTS institucional e introdução do DOTS comunitário.
iii. A expansão e reforço da implementação de actividades Colaborativas entre o Programa de Tuberculose e do HIV/SIDA e das actividades relativas ao controlo da Tuberculose Multiresistente (TB/MR) e de Extrema Resistência (TB/XR).

2.2 CONTEXTO MUNDIAL DA ESTRATÉGIA

A Estratégia Nacional para o Controlo da Tuberculose em Moçambique é guiada e está em consonância com as Declarações e Orientações Estratégicas Global e Regional para o Controlo da Tuberculose.

2.2.1 Orientação Global

2.2.1.1 Metas da Assembléia Mundial da Saúde (WHA) para o Controlo da TB

Em 1991 a Assembléia Mundial da Saúde (WHA) reconheceu a Tuberculose como sendo um dos maiores problemas da saúde pública no mundo e adoptou uma resolução que estabelece metas para o controlo da TB, a serem alcançadas até ao ano 2000:

i. Detectar pelo menos 70% de casos novos infecciosos da TB, e
ii. Tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos novos infecciosos da TB detectados.

Estas metas foram estabelecidas, assumindo-se que o seu alcance iria reduzir a incidência da TB em 5 a 10% por ano, reduzindo assim à metade a incidência da TB em 10 anos. O prazo foi adiado para 2005 quando ficou claro que a maioria dos países com o mais alto peso da doença na iriam alcançar estas metas.

Em 1993 a Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou a TB uma emergência mundial e em 1994 a Estratégia DOTS da OMS foi adoptada como a principal

[4] MISAU. XIX Reunião Nacional de Tuberculose. Comunicado Final. Fevereiro de 2007.

estratégia de combate à TB no mundo. Em 2002 a estratégia DOTS foi expandida e constituiu bases para refinamentos subsequentes das actividades de controlo da TB.

2.2.1.2 Objectivos de Desenvolvimento do Milênio (MDG's)

Na Conferência do Milênio das Nações Unidas em Setembro de 2000, os líderes mundiais adoptaram a Declaração do Milênio com 8 Objectivos do Milênio para o desenvolvimento humano. A Tuberculose é coberta pelo objectivo número 6, que preconiza: 'Combater o HIV/SIDA, Malária e outras doenças'. A meta relacionada é a meta 8, que foi formulada da seguinte forma: 'Até 2015 ter reduzido para metade e começar a reverter a incidência da malária e outras doenças mais frequentes'.

De modo a estabelecer um indicador mensurável o Grupo de Trabalho da TB dentro da *Task Force* do Projecto Milênio para HIV/SIDA, Malária e Tuberculose, e para Acesso aos Medicamentos Essenciais, recomendou o refinamento para uma meta específica que assim se lê: 'Reduzir para metade a prevalência da doença e a mortalidade pela TB entre 1990 e 2015'.

2.2.1.3 Plano Global para Parar a TB ('Global Plan To Stop TB')

A Parceria Global para Parar a TB foi lançada em Bangkok em Novembro de 1988 e presentemente é constituída por 400 parceiros do mundo inteiro comprometidos no combate à TB. A parceria coordena o trabalho de seus parceiros através de 7 grupos de trabalho. Esta lançou o Primeiro Plano Global para Parar a TB como uma matriz para a mobilização de recursos humanos e financeiros, particularmente para os 22 países com o maior fardo da doença, para ajudar a atingir as metas de controlo da TB. O Primeiro Plano Global para Parar a TB serviu de referência para o controlo da TB no mundo no período de 2001 a 2005.

A Parceria Global para Parar a TB desenvolveu e lançou o Segundo Plano Global para Parar a TB, em Davos a 29 de Janeiro de 2006. Esta parceria tem como objectivo, mobilizar anualmente cerca 2 biliões de dólares americanos para o controlo da TB em África para o período 2006-2015. A visão do plano é de trabalhar em direcção à eliminação da TB como problema global de saúde pública até 2050. O plano contém actividades necessárias para alcançar as metas da Parceria Global para Parar a TB até 2015. Em apoio a este plano, uma nova Estratégia para Parar a TB foi desenvolvida, que enfatiza a estratégia DOTS e ao mesmo tempo chama para:

i. Indução da expansão e melhoria da qualidade da estratégia DOTS com componentes adicionais, tais como:
ii. Abordagem da TB/HIV e MDR-TB;
iii. Contribuição para o reforço do sistema de saúde;
iv. Engajamento de todos parceiros que trabalham em cuidados de TB;
v. Empoderamento de pacientes das comunidades;
vi. Criação de condições e promoção de pesquisa.

A Estratégia tem 4 principais objectivos, nomeadamente:

i. Expandir o acesso ao diagnóstico de qualidade e tratamento para pessoas com TB;
ii. Reduzir o sofrimento humano e o peso sócio-económico associado a TB;
iii. Proteger as populações vulneráveis da TB, TB/HIV e TB multiresistente aos medicamentos;
iv. Apoiar o desenvolvimento de novos instrumentos e permitir o seu uso atempado e efectivo.

2.2.2 Orientação da Região Africana

Os seguintes compromissos assumidos pelos líderes Africanos serviram de base para o Desenvolvimento do Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose para a Região Africana, para o período de 2006 a 2010:

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

2.2.2.1 Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose para a Região Africana, 2006-2010

Este plano tem como visão de longo termo ter uma Região onde a Tuberculose deixa de ser o maior problema de saúde pública, através da aplicação de serviços de controlo da TB de alta qualidade, acessíveis e de baixo custo. O plano estabelece como Objectivo Geral da Estratégia para o Controlo da TB acelerar a redução da morbilidade e mortalidade relacionados à TB, para atingir os Objectivos e Metas de Desenvolvimento do Milénio até 2015. Os Objectivos Estratégicos indicam que o plano pretende atingir e manter 70% de taxa de detecção de casos novos com baciloscopia positiva e 85% de taxa de sucesso ao tratamento para todos aqueles que iniciaram o tratamento, em todos os países membros até o final de 2010. E estabelece como metas e indicadores os mesmos da WHA para 2005 e que foram extendidos para 2010, que são os seguintes: a) detectar pelo menos 70% de novas infecções de casos de TB, e b) tratar com sucesso pelo menos 85% de novos casos de infecções de TB detectados.

2.2.3 Orientação da SADC

Dando seguimento à Declaração de Maputo de Julho de 2003 em Malária, HIV/SIDA, Tuberculose e Outras doenças infecciosas relacionadas, Gestores de Programas de Tuberculose de países membros da Comunidade para o Desenvolvimento do Sul da África (SADC), com apoio do Escritório da OMS para a Região Africana (OMS/AFRO), avaliaram os esforços para o controlo regional e reconheceram a necessidade de ressuscitar a Iniciativa do Sul da África para o Controlo da TB (SATCI), não na sua forma original, mas em linha com a nova estrutura do

Secretariado da SADC e de acordo com o Protocolo de Saúde e o Plano Regional para o Desenvolvimento Estratégico Indicativo (RISDP).

O grupo técnico constituído por dois países membros da SADC (Tanzania e Malawi), o Secretariado e a OMS/AFRO reuniram-se na Tanzania e recomendaram o desenvolvimento dum plano de resposta à emergência para o reforço do controlo da TB em linha com a Declaração de Maputo. O rascunho do Plano de Resposta à Emergência foi elaborado em Março de 2006, na África do Sul, mas este não incluiu alguns desafios chaves para o controlo da tuberculose, que são impostos pela TB resistente a múltiplas drogas e a TB de extrema resistência as drogas (MDR/XDR TB).

Em reconhecimento a estas lacunas, desafios emergentes e novas orientações globais no controlo da TB, a *SADC Health Desk* solicitou apoio técnico da OMS/AFRO para facilitar a revisão do rascunho do Plano de Resposta à Emergência e convertê-lo em Plano de curto, médio e longo termo para o controlo da TB na região.

Dois encontros de gestores da TB da SADC e parceiros foram realizados na África do Sul em Fevereiro de 2007 e no Botswana em Maio de 2007, para rever e finalizar o Plano Estratégico da SADC para o Controlo da TB na Região da SADC assim como o Plano de Actividades de Resposta à Emergência. Este documento resultou da colaboração entre a SADC, OMS, Gestores Nacionais de Programas de TB, assim como de parceiros da Região da SADC.

2.2.3.1 Plano Estratégico para o Controlo da Tuberculose na Região da SADC, 2007-2015

A visão do Plano Estratégico da SADC é duma Região livre da Tuberculose. A missão é de reduzir a incidência e a prevalência da Tuberculose a um nível em que esta não constitue um problema de saúde pública na Região da SADC. O documento estabelece como Objectivo Geral acelerar a redução da morbilidade, mortalidade e transmissão da TB até 2015 na Região da SADC, em linha com os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio e metas da Parceria para Parar a TB. São Objectivos Estratégicos deste plano os seguintes: a) aumentar o acesso ao diagnóstico da TB de alta qualidade e tratamento centrado no paciente na Região da SADC; b) reduzir o sofrimento e o peso sócio-económico devido à TB na Região da SADC; c) assegurar o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento da TB, TB/HIV e MDR/XDR-TB na Região da SADC; d) apoiar o desenvolvimento e adopção de novos instrumentos para a prevenção, diagnóstico e tratamento da TB na Região da SADC. As metas e indicadores estabelecidos são os seguintes: a) são as mesmas metas da WHA para o controlo da TB para 2005 extendidas para 2010 (i - detectar pelo menos 70% de casos novos infecciosos de TB, e ii - tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos novos detectados); b) são as mesmas metas dos MDG's (Reduzir para metade a prevalência da doença e da mortalidade pela TB entre 1990 e 2015).

2.3 METAS E OBJECTIVOS DA ESTRATÉGIA NACIONAL

As metas e objectivos do Plano Estratégico de Controlo da TB em Moçambique, para o período 2008-2012, foram estabelecidas tendo em conta os Planos Estratégicos para o Controlo da Tuberculose nas Regiões Africana e da SADC, bem como o Plano Global para o controlo da TB recomendado pela *STOP TB*.

2.3.1 Visão

A Visão a longo termo do Plano Estratégico para o Controlo da TB em Moçambique é de um País livre da Tuberculose.

2.3.2 Missão

A missão é de reduzir a incidência e a prevalência da Tuberculose a um nível que esta deixe de constituir um problema de Saúde Pública no País.

2.3.3 Objectivo Geral

Reduzir a Prevalência e Mortalidade pela Tuberculose em Linha com os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio Até 2015.

2.3.4 Objectivos Estratégicos

i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da estratégia DOTS;
ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços do DOTS de qualidade;
iii. Reforçar a parceria para o controlo da TB.

2.3.5 Metas e Indicadores

Para atingir os objectivos acima descritos, as seguintes metas foram estabelecidas:

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

- Redução taxa de abandono do tratamento dos 7% observados em 2006 para 5% no final de 2012.

2.3.6 Princípios Orientadores

A implementação desta estratégia deve ser orientada pelos seguintes Princípios:

2.3.6.1 Especificidade Geográfica e Propriedade

Embora existam características comuns entre as províncias, existem também especificidades que devem ser tomadas em conta. Assim, cada província deverá operacionalizar este plano através da formulação da sua própria estratégia provincial. Este processo deverá iniciar imediatamente após a aprovação desta estratégia e deverá ser dirigida pelos Coordenadores Provinciais de ITS/HIV/SIDA, Tuberculose, Malária e Lepra, sob a liderança do Médico Chefe Provincial. Esta é uma etapa fundamental também para assegurar a propriedade da estratégia.

2.3.6.2 Respeito pelas Prioridades

O respeito pelas prioridades estabelecidas é chave para o sucesso da implementação desta estratégia. A realização de certas actividades é crítica para que as outras ocorram, é o chamado "efeito cascata". O cronograma das acções foi elaborado tendo em conta as prioridades estabelecidas, assim o rigor no seguimento deste vai garantir o respeito pelas prioridades.

2.3.6.3 Implementação de Boas Práticas Baseadas em Evidências

A implementação desta estratégia deve ser guiada pelas melhores experiências já acumuladas a nível nacional e também se inspirar-se nas boas práticas de nível internacional. Assim, a recolha, documentação e divulgação das melhores experiências ou boas práticas (através da pesquisa operacional) deve ser incentivada.

2.3.6.4 Constituição e Manutenção da Parceria

Nenhum País no mundo é capaz por si só de realizar todas as actividades perfeitamente e eficientemente. No entanto, a parceria desejável é aquela que deve trazer benefícios visíveis para ambas partes, isto é, uma parceria construtiva. Assim, a constituição de parceria construtiva deve ser incentivada e sustentada, como abordagem estratégica para o sucesso desta estratégia.

2.3.6.5 Equidade no Acesso à Intervenções Efectivas

A maior parte das pessoas com TB fazem parte de grupos vulneráveis. Esta vulnerabilidade pode ser ditada pela pobreza, condição social de prisioneiro, refugiado, infecção e doença (como HIV/SIDA), calamidade natural, etc. Estas condições sociais muitas vezes estão associadas à limitação ao acesso aos cuidados de Saúde. Assim, particular atenção deve ser dada a estes grupos para aumentar o seu acesso aos serviços de saúde em geral e em particular aos serviços de Tuberculose.

2.4 ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES

A implementação do plano estratégico significa expansão da atenção e cuidados de diagnóstico e tratamento da Tuberculose aos grupos mais vulneráveis. Para que tal aconteça as seguintes estratégias e intervenções foram estabelecidas (veja detalhes no quadro lógico em anexos):

2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:

2.4.1.1 Manutenção do elevado compromisso Político, e mobilização e sustentabilidade de recursos financeiros

2.4.1.2 Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada

2.4.1.3 Padronização do Tratamento sob supervisão directa (DOT) e apoio ao paciente

2.4.1.4 Fornecimento regular de medicamentos e sistema de gestão efectivo

2.4.1.5 Melhoria do Sistema de Monitoria e Avaliação para permitir a realização de avaliações do desempenho e impacto do programa

2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios

2.4.2.1 Implementação de Actividades Colaborativas TB/HIV

2.4.2.2 Prevenção e Controlo da TB Multiresistente e de extrema resistência

2.4.2.3 Introdução de intervenções específicas para grupos vulneráveis e situações de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais

2.4.3 Fortalecimento do Sistema de Saúde

2.4.3.1 Promoção da participação Activa nos esforços para o reforço do SWAp, dos recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão do sistema de saúde, da provisão de serviços e dos sistemas de informação

2.4.3.2 Criação dum espaço para partilha de inovações que fortaleçam sistemas incluindo a Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar (PAL)

2.4.4 Envolvimento de Todos os Provedores de Saúde

2.4.4.1 Promoção de abordagens mistas: público/público e público/privado (PPM)

2.4.4.2 Promoção da Implementação dos padrões internacionais para cuidados em Tuberculose (ISTC)

2.4.5 Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e as Comunidades Afectadas

2.4.5.1 Promoção da advocacia, comunicação e mobilização social

2.4.5.2 Promoção da participação das comunidades em cuidados da TB

2.4.5.3 Promoção da divulgação e respeito pela Carta de Cuidados ao paciente com TB

2.4.6 Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional

2.4.6.1 Promoção dum programa baseado na pesquisa operacional

2.4.6.2 Engajamento na pesquisa para o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento

2.5 MONITORIA E AVALIAÇÃO

2.5.1 Monitoria

A monitoria do plano será efectuada pela Gestora do PNCT assistida pelo ponto focal de M&A do programa a nível central, ambos assessorados por um Consultor especializado em M&A a ser recrutado nos primeiros dois anos de implementação deste plano.

A monitoria será feita através do seguimento das actividades estabelecidas no plano e através da análise dos indicadores de processo e de resultado estabelecidos para cada intervenção e actividade, durante as visitas de supervisão, reuniões de balanço, relatórios, registos, etc. (veja os indicadores no quadro lógico detalhado em anexos).

2.5.2 Avaliação

Missões de avaliação externa do desempenho do programa serão feitas em dois momentos diferentes, a meio termo em 2010 e no final do plano em 2012. Aqui será avaliado o desempenho do PNCT, fundamentalmente através da medição do grau de cumprimento das metas estabelecidas no capítulo 2.3.5 sobre as metas e indicadores.

2.6 ORÇAMENTO

2.6.1 Quadro lógico resumido

Tabela 9 - Resumo do Quadro Lógico

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	ORCAMENTO INDICATIVO (EM US$ X 1,000)					
			2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.1 Manutenção do elevado compromisso Político, e mobilização e sustentabilidade de recursos financeiros	757.97	768.67	776.47	784.27	798.57	3,885.97
		2.4.1.2 Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada	2,184.79	2,555.25	2,736.93	2,843.24	3,242.97	13,563.18
		2.4.1.3 Padronização do Tratamento sob supervisão directa (DOT) e apoio ao paciente	6.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.00
		2.4.1.4 Fornecimento regular de medicamentos e sistema de gestão efectivo	1,705.26	1,927.86	2,173.91	2,430.03	2,696.98	10,934.03
		2.4.1.5 Melhoria do Sistema de Monitoria e Avaliação para permitir a realização de avaliações do desempenho e impacto do programa	170.91	185.05	175.19	143.55	164.98	839.69
		SUBTOTAL 1	4,824.93	5,436.84	5,862.50	6,201.09	6,903.51	29,228.87
	2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios	2.4.2.1 Implementação de Actividades Colaborativas TB/HIV	218.34	274.92	277.67	308.99	277.67	1,357.59
		2.4.2.2 Prevenção e Controlo da TB Multiresistente e de extrema resistência	161.18	1,371.18	1,638.14	2,162.14	2,507.69	7,840.33
		2.4.2.3 Introdução de intervenções específicas para grupos vulneráveis e situações de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais Introdução de intervenções específicas para grupos vulneráveis e situações de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais	0.00	0.40	0.75	0.85	0.88	2.87
		SUBTOTAL 2	379.52	1,646.50	1,916.56	2,471.97	2,786.24	9,200.79
	2.4.4 Envolvimento de Todos os Provedores de Saúde	2.4.4.1 Promoção de abordagens mistas: público/público e público/privado (PPM)	19.88	1.32	17.32	1.32	17.32	57.16
		2.4.4.2 Promoção da Implementação dos padrões internacionais para cuidados em Tuberculose (ISTC)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		SUBTOTAL 3	19.88	1.32	17.32	1.32	17.32	57.16

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	ORCAMENTO INDICATIVO (EM US$ X 1,000)					
			2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade	**2.4.3 Fortalecimento do Sistema de Saúde**	2.4.3.1 Promoção da participação Activa nos esforços para o reforço do SWAP, dos recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão do sistema de saúde, da provisão de serviços e dos sistemas de informação	555.50	550.50	550.50	520.50	520.50	2,697.50
		2.4.3.2 Criação dum espaço para partilha de inovações que fortaleçam sistemas incluíndo a Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar (PAL)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
		SUBTOTAL 4	555.50	550.50	550.50	520.50	520.50	2,697.50
	2.4.6 Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional	2.4.6.1 Promoção dum programa baseado na pesquisa operacional	105.26	100.26	100.26	100.26	100.26	506.30
		2.4.6.2 Engajamento na pesquisa para o desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento	32.37	66.62	0.00	32.37	0.00	131.36
		SUBTOTAL 5	137.63	166.88	100.26	132.63	100.26	637.66
iii. Reforçar a parceria para o controlo da TB	**2.4.5 Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e as Comunidades Afectadas**	2.4.5.1 Promoção da advocacia, comunicação e mobilização social	1,313.95	1,313.95	1,313.95	1,313.95	1,313.95	6,569.75
		2.4.5.2 Promoção da participação das comunidades em cuidados da TB	135.06	135.06	135.06	135.06	135.06	675.28
		2.4.5.4 Introducão do DOTS Comunitário de forma faseada a nível nacional	170.02	60.75	45.68	60.75	45.68	382.89
		2.4.5.3 Promoção da divulgação e respeito pela Carta de Cuidados ao paciente com TB	9.37	9.37	9.37	9.37	9.37	46.85
		SUBTOTAL 6	1,628.40	1,519.13	1,504.06	1,519.13	1,504.06	7,674.77
		GRAND TOTAL	7,545.86	9,321.16	9,951.20	10,846.64	11,831.88	49,496.74

Como indicado na tabela 9 o orçamento global do Plano Estratégico Nacional para o Controlo da TB em Moçambique para o período 2008-20012, foi estimado em cerca de 49.5 milhões de dólares americanos.

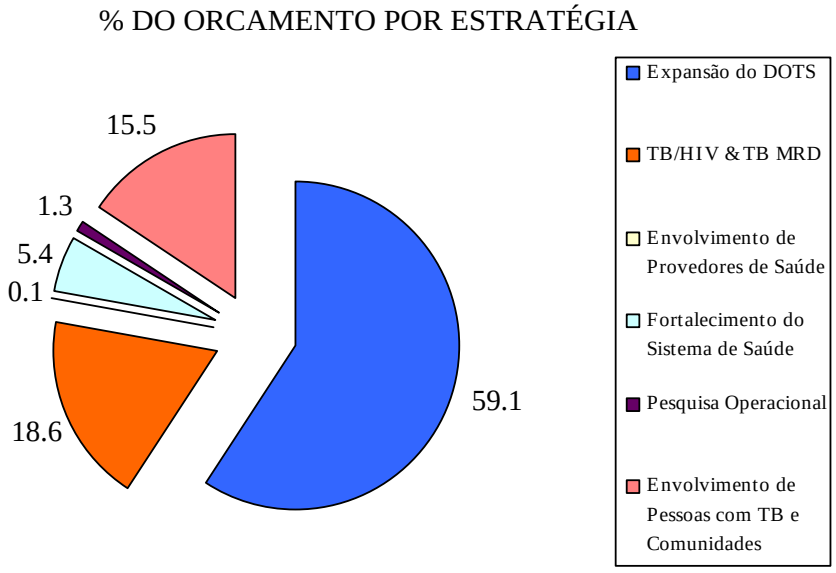

Figure 7 – Distribuição do orçamento por componente estratégica

A maior porção dos 49.5 milhões de dólares (59.1%) irão servir para financiar as actividades que têm em vista a expansão e melhoria da estratégia DOTS, pois esta continua sendo a grande prioridade do Governo de Moçambique.

Dada a magnitude da epidemia do HIV/SIDA e conhecido o impacto desta nos serviços da TB, a componente TB/HIV & TB-MRD assume a segunda posição com um financiamento de cerca de 18.6%. (figura 7)

O Governo acredita que o envolvimento de pessoas com Tuberculose assim como das comunidades representa uma inovação, que irá contribuir para acelerar a expansão do DOTS com qualidade desejada, e assim aloca 15.5% do orçamento global deste plano. E isto está também reflectido dentro das prioridades definidas neste plano e que foram estabelecidas na Reunião Nacional da Tuberculose realizada em Fevereiro de 2007.

Embora duma forma tímida, o Governo irá envolver os seus parceiros (do sector público e privado) através da abordagem PPM. O Governo durante a implementação deste plano irá se concentrar mais dentro do seu sector e paulatinamente irá encontrar formas de coordenação com outros sectores. Assim, neste plano vai dar maior ênfase às actividades de coordenação e de formação destes; e para o efeito serão alocados cerca de 57,000 dólares americanos o que representa (0.1%) para os 5 anos.

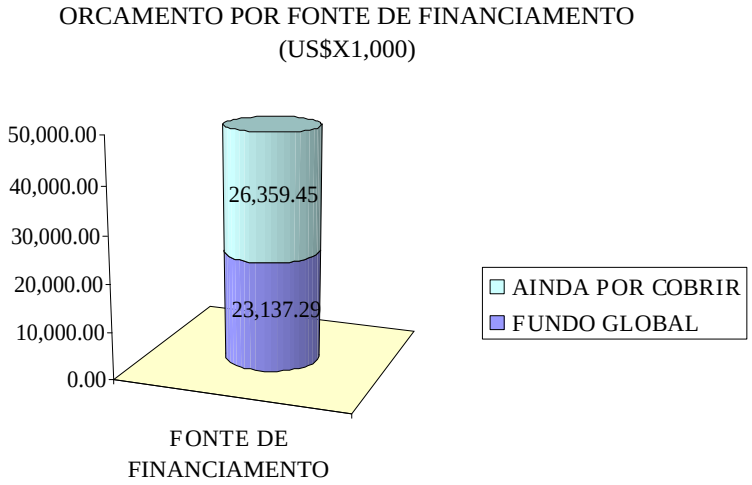

Figure 8 – Distribuição do orçamento por fonte de financiamento

Para o financiamento deste plano o Governo irá contar com o apoio do Fundo Global, que se espera venha a contribuir com cerca de 47% do valor global, pois neste momento está a ocorrer em simultâneo o processo de formulação da Proposta para o Fundo Global e que está estimada em 23 milhões de dólares americanos. A parte restante será financiada através do Orçamento do Estado e de fundos mobilizados junto de parceiros do MISAU, alguns dos quais descritos neste documento, na página 31. (figura 8)

3 LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

a) WHO, Regional Office for Africa. Strategic Plan for Tuberculosis Control for the African Region, 2006 – 2010.

b) SADC. Strategic Plan for the Control of Tuberculosis in the SADC Region, 2007-2015.

c) MOH TB working Group. Global Fund Round 7 TB, Mozambique (PowerPoint presentation)

d) WHO, Stop TB Partnership. The Stop TB Strategy, 2006-2015. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals.

e) WHO, Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop TB 2006-2015: Actions for Life Towards a World Free of Tuberculosis.

f) African Union. Decisions and Declarations. Assembly of the African Union, Fourth Ordinary Session. Abuja, Nigeria, 30 – 31 January, 2005.

g) African Union. AU Declarations. Assembly of the African Union, Second Ordinary Session Maputo, Mozambique, 10 - 12 July 2003.

h) Republic of Mozambique. National Tuberculosis and Leprosy Programme. Executive Action Document. February, 2006.

i) WHO. Compendium of Indicators for Monitoring and Evaluation of Tuberculosis Control Programs. http://www.emro.who.int/stb/enrs/media/pdf/TBIndicators.pdf.

j) MISAU. Declaração de Política Nacional de Saúde - Versão 2007 Final - Harmonizada - 12/04/07

k) MISAU/PNCT, USAID, FHI/TBCAP. Estratégia Nacional do DOTS Comunitário. 2007.

l) MISAU/PNCT. Relatório Sobre a Situação da Tuberculose Multi-Resistente (TB-MR) em Moçambique. XIXª Reunião Nacional de Tuberculose, Maputo, 21-23 de Fevereiro de 2006. (Apresentação em Powerpoint).

m) MISAU. Proposta de Estrutura Geral do MISAU. 2007 (Apresentação em Powerpoint).

n) Governo de Moçambique. Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II). De 02 de Maio de 2006.

o) Governo de Moçambique. Proposta de Programa do Governo para 2005 – 2009. De Março de 2005.

p) Ministério da Saúde/Direcção de Planificação e Cooperação. Plano De Investimento Da Saúde 2004-2008 (2013). De 6 de Junho de 2003.

q) Ministério da Saúde. Proposta do Plano Económico e Social 2007. Sector Saúde. Setembro de 2006.

r) Ministério da Saúde /Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Guião de TB/HIV para Padrinhos. 2006.

s) Ministério da Saúde /Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Estratégia Nacional do DOTS Comunitário. 2007.

t) Ministério da Saúde /Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Guião de Formação em TB para Voluntários da Comunidade. 2007.

u) Ministério da Saúde /Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Guião de TB/HIV para Padrinhos. 2006

v) República de Moçambique. Ministério da Saúde. Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA Sector Saúde 2004-2008. Moçambique. 19 de Março de 2004.

4 ANEXOS

QUADRO LÓGICO PARA A ESTRATÉGIA DE CONTROLO DA TUBERCULOSE EM MOCAMBIQUE PARA 2008-2012											
Objectivos Estratégicos	**Estratégias**	**Intervenções**	**Actividades**	**Responsabilidades**	**Indicadores de Processo**	**METAS**					
						Baseline	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.1 Manutenção do elevado compromisso Político, e mobilização e sustentabili-dade de recursos financeiros	Dar resposta à declaração da TB como Emergência, através da incorporação desta no documento da Declaração de Política Nacional de Saúde	PNCT, DPS, DDS	Documento da Declaração de Política Nacional de Saúde com a declaração da TB como emergência incorporada	**0**	**1**				
			Assegurar a abertura de 4 vagas para o pessoal necessário no PNCT a nível central.	DNPSCD, PNCT, DRH	N° de vagas abertas para o PNCT a nível central	**0**	**4**				
			Envolver personalidades nacionais nas cerimónias centrais da comemoração do Dia mundial de luta contra a Tuberculose	PNCT, DPS	Nr de províncias envolvendo personalidades nas comemorações do dia mundial da TB	**1**	**11**	**11**	**11**	**11**	**11**
			Continuar a organizar campanhas educativas no Dia mundial de luta contra a Tuberculose em todo o País	Coordenadores Provinciais de ITS/HIV/SIDA/TB /LEPRA	Nr de províncias realizando campanhas educativas no dia Mundial da TB	**11**	**11**	**11**	**11**	**11**	**11**
			Produzir e distribuir material de ACMS sobre o Dia mundial de luta contra a Tuberculose às províncias e distritos	PNCT, CES TB Task force	Nr de folhetos e cartazes distribuídos por província e por distrito	**1000/ prov**	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist
			Criar Parceria Nacional para o Controlo da TB em Moçambique	PNCT, TB Task force	Documento Oficial que cria a Parceria	**0**	**1**				
			Melhorar a coordenação com os parceiros existentes para optimizar o uso dos recursos financeiros para o controlo da TB	PNCT, TB Task force	Inquérito sobre as ONG's existentes, suas actividades e recursos financeiros	**0**	**1**				

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.1 Manutenção do elevado compromisso Político, e mobilização e sustentabilidade de recursos financeiros			Nr de encontros de coordenação com ONG's realizados por ano	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
					Nr de encontros técnicos com parceiros (ICC) realizados por ano	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Desenvolver uma página de internet e uma revista para divulgação dos principais desafios, actividades e oportunidades dos parceiros como parte da estratégia de mobilização de recursos	PNCT, TB Task force	Página de internet e revista desenvolvidos	**0**		**2**			
					Nr de projectos financiados	**0**		**1**	**1**	**1**	**1**
			Criar um subgrupo para o desenvolvimento de recursos humanos para lidar com a questão da falta de pessoal na implementação das actividades da TB e TB/HIV.	NCT, TB Task force	Subgrupo para o desenvolvimento dos recursos humanos em TB e TB/HIV criado	**0**	**1**				
			Assegurar a priorização da TB no processo de planificacão a todos os níveis para alocação de fundos	DNPSCD, PNCT, DPC, DAF, DPS	Nr de planos provinciais com TB como prioridade	**3**	**5**	**8**	**11**	**11**	**11**
			Assegurar a continuidade do plano estratégico nos período subsequente de 2013 a 2018		Plano estratégico para o período 2013-2018 elaborado	**1**					**1**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.2 Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada	Reforcar as normas e padrões de diagnóstico laboratorial de acordo com as recomendações internacionais	PNCT, Laboratórios	Normas e padrões actualizados	**0**	**1**				
					Nr de normas e padrões actualizados distribuídos	**0**		**500**		**500**	
			Expandir os serviços de diagnóstico (microscopia) para mais 100 US até final de 2012	DNPSCD, PNCT, DPC, DAF, DPS, DDS	Nr de US que iniciam o diagnóstico da TB/ano	**0**	**20**	**40**	**60**	**80**	**100**
			Realizar um curso de reciclagem p/ 20 Técnicos/Agentes de laboratório e Microscopistas em 4 províncias a seleccionar por ano	PNCT, Laboratórios	Nr de cursos de reciclagem realizados por ano	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Continuar a realizar um curso de reciclagem por ano para 20 profissionais da área clínica (Médicos e técnicos de medicina), enfermeiros e outro pessoal das triagem em diagnóstico e tratamento da TB.	PNCT, Laboratórios	Nr de sessões de treinamentos realizados por ano	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Renovar o Laboratório Nacional de Referência de Tuberculose (LNR)	PNCT, Laboratórios, GACOPI	LNR renovado até 2009	**0**		**1**			
			Renovar os Laboratórios da Beira e Nampula para realizacão de Culturas e Testes de Sensibilidade aos Medicamentos	PNCT, Laboratórios, GACOPI	Nr de laboratórios renovados até 2008 para Beira e 2010 para Nampula	**0**	**1**		**1**		
			Assegurar a expansão das culturas para os laboratórios regionais da Beira e Nampula	PNCT, Laboratórios	Nr de testes de cultura e sensibilidade feitos por ano, por laboratório	**0**			**2,000**	**3,000**	**4,000**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.2 Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada	Estabelecer/promover/reabilitar novos ou já existentes centros de microscopia (4/ano)	PNCT, Laboratórios, GACOPI, DNPSCD, DPC, DAF, DPS, DDS	Nr de laboratórios renovados	**0**	**4**	**8**	**12**	**16**	**20**
			Apetrechar e equipar os laboratórios de referencia de Maputo, Beira e Nampula	PNCT, Laboratórios, GACOPI, DNPSCD, DPC, DAF, DPS, DDS	Laboratórios apretechados e equipados	**0**		**3**			
			Assegurar a manutenção do equipamento de laboratório a nível dos laboratórios de referencia de Maputo, Beira e Nampula	PNCT, Laboratórios, Centro de Manutencão	Nr de Planos provinciais de manutencão financiados	**0**		**3**	**3**	**3**	**3**
			Assegurar o fornecimento regular de Consumíveis e Reagentes, incluindo testes rápidos de HIV	PNCT, Laboratórios, CMAM e Centro de Abastecimento	Nr de laboratórios recebendo regularmente consumíveis e reagentes	**100**	**120**	**150**	**180**	**200**	**200**
			Melhorar e expandir o sistema de garantia de qualidade laboratorial em todos os distritos	PNCT, Laboratórios	Nr de laboratórios realizando CIQ por ano	**80**	**100**	**120**	**150**	**180**	**210**
			Actualizar, produzir e distribuir o manual de padrões de Controlo Interno de Qualidade (CIQ)	PNCT, Laboratórios	Nr de laboratórios utilizando o manual de padrões de Controlo Interno de Qualidade	**0**	**100**	**120**	**150**	**180**	**210**
			Actualizar, produzir e distribuir guiões de Controlo de Qualidade (CQ)	PNCT, Laboratórios	Nr de laboratórios utilizando o guiões de Controlo de Qualidade	**0**	**100**	**120**	**150**	**180**	**210**
			Estabelecer um sistema de envio regular de amostras para cultura e TS das Provincias para o LNR, através dos laboratórios regionais da Beira e de Nampula	PNCT, Laboratórios	Nr de províncias que enviam com sucesso amostras ao LNR para cultura e TS	**1**	**3**	**6**	**11**	**11**	**11**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.2 Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada	Implementar o sistema de testagem usando meios de cultura líquidos ('liquid media tests') no LNR	PNCT, Laboratórios	Sistema de testagem usando meios de cultura líquidos estabelecido e operacional	**0**			**1**	**1**	**1**
			Realizar a formação em servico aos Técnicos de laboratório durante as visitas de supervisão (2 visitas por ano/província)	PNCT, Laboratórios	Nr de técnicos formados em servico por província	**0**	**16**	**16**	**16**	**16**	**16**
			Recrutar e treinar 4 Biólogos (para serem colocados nos laboratórios regionais de referência) para realizarem culturas, identificacão de espécies de Mycobacterium e realizarem testes de sensibilidade às drogas, durante um período de 6 meses num laboratório externo de referência para TB.	PNCT, Laboratórios	Nr de Biólogos recrutados e com contratos anuais	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
					Nr de Biólogos treinados no exterior	**0**	**4**				
			Treinar os Biólogos dos laboratórios regionais e provinciais em gestão de laboratórios e em técnicas diagnósticas da TB	PNCT, Laboratórios	Nr de laboratórios com Biólogos treinados	**0**	**3**	**9**	**11**	**11**	**11**
			Seleccionar 2 técnicos de laboratório para formação ou reciclagem no exterior por ano	DNPSCD, PNCT, Laboratórios	Nr de técnicos reciclados no exterior por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.2 Detecção de casos através da bacteriologia com qualidade assegurada	Assegurar a participação de 2 técnicos de laboratório chaves e decisores em 2 encontros ou conferências internacionais anuais, sobre TB e laboratórios, para mantê-los actualizados sobre a evolução da tecnologia de diagnóstico.	DNPSCD, PNCT, Laboratórios, parceiros externos do MISAU	Nr de eventos internacionais que contaram com a participação de quadro nacionais do laboratório	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Assegurar a existência de pessoal qualificado (1 superior e 1 médio) para os laboratórios de Maputo, Beira e Nampula	DNPSCD, DRH, PNCT, Laboratórios, DPS	Nr de quadros qualificados alocados por laboratório	**2 Biólogos em Maputo**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Assegurar a realizacão de testes de proficiência e de garantia de qualidade em colaboração com o SRL em Milão	DNPSCD, PNCT, Laboratórios	Pelo menos um teste de proficiência por ano	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
					Pelo menos dois testes de garantia de qualidade por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Assegurar a comunicação entre os laboratórios regionais de Maputo, Beira e Nampula com o SRL via telefónica e por internet	DNPSCD, PNCT, Laboratórios	Linhas telefónicas e internet activados	**0**	**3**				
			Estabelecer alto nível de concordância entre as leituras do SRL e do LNR	DNPSCD, PNCT, Laboratórios	Nível de concordância de pelo menos 80%	**0**	**80%**	**80%**	**80%**	**80%**	**80%**
			Estabelecer alto nível de concordância entre as leituras do LNR e dos laboratórios provinciais	DNPSCD, PNCT, Laboratórios	Nível de concordância de pelo menos 95%	**0**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**	**95%**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**		Estabelecer mecanismos para provisão da assistência técnica proveniente dum SRL de reconhecida reputação para melhorar a capacidade dos laboratórios no País	DNPSCD, PNCT, Laboratórios	Pelo menos 2 missões por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
		2.4.1.3 Padronização do Tratamento sob supervisão directa (DOT) e apoio ao paciente	Expandir o acesso ao DOTS institucional para todas as US periféricas	PNCT, Laboratórios, GACOPI, DNPSCD, DPC, DAF, DPS, DDS	Nr de novas US que introduzem DOTS por ano	**945**	**1021**	**1099**	**1177**	**1255**	**1323**
			Actualizar e disseminar o Manual para o Controlo da TB.	PNCT	Manual actualizado	**0**	**1**				
					Nr de cópias distribuídas por ano	**0**	**2500**				
			Aumentar a proporção de casos que fazem DOT sob a supervisão dum profissional de saúde ou dum padrinho	PNCT	Proporção de casos que fazem o DOT sob supervisão do padrinho, na fase de manutenção do tratamento	**N/D**	Por ser calculado depois da revisão do guião de supervisão		**N/D**	**N/D**	**N/D**
			Implementar o DOT diário na fase de manutenção nos casos de retratamento.	PNCT	Nr de US que fazem o DOT diário na fase de manutenção nos casos de retratamento	**0**	**265**	**530**	**795**	**1060**	**1323**
		2.4.1.4 Fornecimento regular de medicamentos e sistema de gestão efectivo	Planificar anualmente as necessidades nacionais em medicamentos anti-TB	PNCT, CMAM	Nr de planos de necessidades de medicamentos anuais	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.4 Fornecimento regular de medicamentos e sistema de gestão efectivo	Reforçar a coordenação com a CMAM, que inclui o recrutamento dum Farmacêutico (a tempo parcial) para apoiar nas previsões e planificação anual.	PNCT, CMAM	Nr de encontros de coordenação realizados por ano	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Assegurar a aquisição, distribuição e disponibilidade regular de medicamentos anti-TB de 1ª linha de qualidade internacionalmente reconhecida a todos os níveis (recurso ao GDF)	PNCT, CMAM, CDC	Nr de US que recebem regularmente os antituberculostáticos	**945**	**1021**	**1099**	**1177**	**1255**	**1323**
			Assegurar a formação anual do pessoal (coordenadores, supervisores, técnicos de farmácia e logísticos) em gestão de medicamentos anti-TB	PNCT, CMAM	Nr de formacões realizadas	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Actualizar, produzir e distribuir o guião de gestão de medicamentos anti-TB	PNCT, CMAM, OMS	Nr de US com guião de gestão de medicamentos anti-TB actualizado	**0**		**1323**			
			Avaliar o uso do manual e guiões de gestão de medicamentos anti-TB e conduzir actividades para aumentar o seu uso.	PNCT, CMAM	Nr de US com guiões de gestão de medicamentos anti-TB	**0**		**1323**			
			Criar uma base de dados para gestão dos medicamentos	PNCT, CMAM, DPC/Rep. M&A	Nr de relatórios produzidos electronicamente por ano	**0**		**4**	**4**	**4**	**4**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**		Criar condiçoes para que os gestores provinciais possam comunicar regularmente com o gestor do PNCT para alimentar a base de dados	PNCT, Rep. de Informática	Nr de computadores com ligação a internet	**0**		**11**			
			Coordenar as missões de avaliação externa da gestão dos medicamentos	DNAM, PNCT, CMAM, DPC/Rep. M&A	Nr de missões realizadas	**0**			**1**		**1**
		2.4.1.5 Melhoria do Sistema de Monitoria e Avaliação para permitir a realização de avaliações do desempenho e impacto do programa	Recrutar um ponto focal de M&A do programa a nível central	PNCT, DPC/Rep. M&A	Contrato anual do ponto focal de M&A	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Recrutar um Consultor especializado em M&A para apoiar a integração do ponto focal de M&A e providenciar equipamento necessário, por um período de 2 anos	PNCT, OMS	Consultor recrutado ecom contrato anual	**0**	**1**	**1**			
					Estudo sobre avaliação das necessidades em M&A conduzido	**0**	**1**				
					Componente de M&A no Plano ajustada de acordo com os resultados do Estudo sobre avaliação das necessidades	**0**		**1**			
			Rever os guiões de supervisão de modo a que estes possam registar novas informações (relativas a TB/HIV, TB MRD, Controlo de Infecção, RH, Equipamento, etc.) e definam o fluxo de informação, para assegurar que o ponto focal possa receber informação certa para accão.	PNCT, DPC/Rep. M&A, OMS	Guiões de supervisão revistos	**0**	**1**				

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.1 Expansão e Melhoria da Qualidade da Estratégia DOTS através da Implementação das Cinco Componentes, nomeadamente:**	2.4.1.5 Melhoria do Sistema de Monitoria e Avaliação para permitir a realização de avaliações do desempenho e impacto do programa	Realizar a formação do pessoal do PNCT em M&A	PNCT, DPC/Rep. M&A	Nr de sessões de formacao realizadas	**0**	**2**		**2**		
					Nr de provincias com pelo menos 1 profissional treinado em M&A	**0**	**6**		**11**		
			Realizar visitas de supervisão integrada (PNCT/CMAM) trimestralmente para os armazéns regionais, provinciais e distritais - 2 visitas/província (4 distritos)/ano.	PNCT, CMAM	Nr de visitas de supervisão integrada realizadas por província por ano	**0**	**22**	**22**	**22**	**22**	**22**
			Realizar a supervisão das actividades do DOTS-C, TB/HIV, etc.	PNCT	Nr de visitas de supervisão realizadas por província por ano	**0**	**22**	**22**	**22**	**22**	**22**
			Realizar periodicamente a Vigilância Epidemiológica da Prevalência do HIV nos doentes com TB	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, DPC/Rep. M&A	Nr de Vigilâncias Epidemiológicas realizadas	**0**	**1**		**1**		**1**
			Criar uma base de dados para um sistema de vigilância epidemiológica para casos de TB MRD/XRD, que permita registo e notificação adequados	PNCT, DPC/Rep. M&A, INS	Nr de províncias que notificam casos de TB MRD/XRD	**0**	**3**	**6**	**9**	**12**	**12**
			Organizar simposios bianuais para obter informação analisada dos parceiros que possa ser utilizada como baseline	PNCT, TB Task force	Pelo menos 1 simposium de 2 em 2 anos	**0**		**1**		**1**	
			Elaborar relatório anual para vigilância epidemiológica da TB	PNCT, TB Task force		**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS			Criar uma base de dados informatizada para monitoria regular das despesas e níveis de desembolso	PNCT, TB Task force	Sistema desenvolvido e operativo	**0**	**1**				
			Conduzir a avaliação do PNCT	PNCT, TB Task force	Avaliacão realizada	**0**			**1**		**1**
	2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios	2.4.2.1 Implementa-ção de Actividades Collaborati-vas TB/HIV	Recrutar um Coordenador a nível central para actividades de TB/HIV	PNCT, DRH	Coordenador nacional da TB/HIV recrutado	**0**	**1**				
					Contrato anual do coordenador nacional da TB/HIV	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Assegurar o funcionamento do Task force a todos os níveis	PNCT, TB Task force	Nr de encontros mensais realizados por *task force* por ano	**0**	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**
			Finalizar o plano de expansão da TB/HIV	PNCT, TB Task force	Plano de expansão da TB/HIV	**0**	**1**				
			Implementar a planificação conjunta das Actividades de TB/HIV a todos os níveis	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de planos conjuntos elaborados	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Assegurar a partilha de informação sobre prevalência do HIV junto dos pacientes de TB e outra informação sensível sobre actividades colaborativas TB/HIV junto dos parceiros	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de encontros dos parceiros dedicados à partilha de informação por ano	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Desenvolver algorítmos para o diagnóstico da TB em doentes com HIV e BK-, e assegurar o seu uso	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Documento de algorítimos	**0**	**1**				

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**	2.4.2.1 Implementa-ção de Actividades Collaborati-vas TB/HIV	Estabelecer um Sistema de Despiste precoce e Intensificado da TB nos pacientes com HIV nos locais do TARV, ATS e PTV.	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB/HIV Task force	% de US com TARV, ATS e/ou PTV que despistam a TB	**6%**	**15%**	**37%**	**59%**	**81%**	**100%**
			Introduzir o tratamento preventivo com Isoniazida (TPI)	PNCT, TB/HIV Task force	Nr de US que fazem o TPI	**10**	**30**	**40**	**50**	**60**	**70**
			Reforçar e expandir o aconselhamento e testagem para saúde (ATS) a todos os casos de TB	PNCT, TB Task force	Nr de US com ATS que oferecem aconselhamento em pacientes com TB	**945**	**1021**	**1099**	**1177**	**1255**	**1323**
					% de pacientes com TB que recebem aconselhamento por ano	**24%**	**39%**	**54%**	**70%**	**85%**	**95%**
			Garantir a disponibilidade de testes rápidos de HIV nos serviços de TB	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de US que fazem o diagnóstico de HIV em pacientes com TB por ano	**945**	**1021**	**1099**	**1177**	**1255**	**1323**
			Finalizar a formação dos 11 coordenadores provinciais em TB/HIV, usando como formadores os facilitadores formados em Novembro de 2006	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de sessões de treinamento em TB/HIV organizadas por ano	**1**	**1**				
			Reciclar os 22 supervisores provinciais e seus adjuntos em ATS nos serviços de TB	PNCT, TB Task force	Nr de sessões de reciclagens em ATS organizadas por ano	**0**		**1**		**1**	

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**	2.4.2.1 Implementa-ção de Actividades Collaborati-vas TB/HIV	Treinar o pessoal das triagens em matéria de TB/HIV e ATS	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de profissionais de saúde treinados/reciclados em TB/HIV e ATS	**237**	**300**	**400**	**450**	**450**	**450**
			Organizar Cursos clínicos de TB/HIV a nível nacional e regional para Médicos e Técnicos de Medicina envolvendo os facilitadores já treinados	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de cursos de TB/HIV organizadas por ano	**0**		**1**		**1**	
			Reforçar a provisão da terapia preventiva com cotrimoxazol nos pacientes com TB	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA	Nr de US que fazem a terapia preventiva com cotrimoxazol	**0**	**30**	**40**	**50**	**60**	**70**
			Reforçar o sistema de referência para que os pacientes com TB e HIV se beneficiem dos serviços de cuidados e apoio do Programa de HIV/SIDA	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	% de pacientes com TB e HIV que beneficiam de cuidados e apoio em serviços de HIV/SIDA	**30%**	**40%**	**50%**	**60%**	**70%**	**80%**
			Expandir o acesso ao TARV nos doentes e TB elegíveis	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	% de doentes com TB e HIV em TARV	**45%**	**50%**	**60%**	**70%**	**80%**	**90%**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**	2.4.2.2 Prevenção e Controlo da TB Multiresistente e de extrema resistência, e sua expensão em consistência com o plano de emergência	Reservar pelo menos 6 camas em cada hospital central e provincial para o tratamento de casos de TB MRD e XRD. **NB.:**Este número será ajustado, com base nos resultados do estudo de resistência em curso.	DNAM, PNCT, DPS, Hospitais Centrais e Provinciais	Nr de hospitais com camas reservadas por ano	**0**	**3**	**7**	**7**	**9**	**11**
			Melhorar o diagnóstico e tratamento da TB MRD, através da adaptacão do actual manual aos níveis mais baixos dos profissionais de saúde envolvidos no seguimento destes casos, tais como técnicos de medicina e enfermeiros	PNCT	Manual adaptado	**0**	**1**				
					Nr de US com o manual adaptado	**0**		**1099**	**1177**	**1255**	**1323**
			Implementar a testagem rápida para a reistência à Rimfapicina no LNR e nos laboratórios da Beira e Nampula	PNCT, Laboratórios	Nr de testes de resistência à Rimfapicina feitos por ano, por laboratório	**0**		**500**	**1000**	**1500**	**2000**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**	2.4.2.2 Prevenção e Controlo da TB Multiresisten-te e de extrema resistência, e sua expensão em consistência com o plano de emergência	Assegurar o diagnóstico e tratamento de casos de TB MRD	PNCT, Laboratórios, TB Task Force, CMAM	Inscrição ao GLC feita	**0**	**1**				
					Preparação para implementação realizada	**0**		**1**			
					Implementaçao iniciada	**0**			**1**		
					Grupo técnico constituído	**0**	**1**				
					US para o tratamento identificadas	**0**	**1**				
					Pessoal clínico formado	**0**	**1**				
					% dos casos estimados e que iniciaram o tratamento	**5%**	**5%**	**5%**	**5%**	**20%**	**30%**
			Traduzir e adaptar o guião para o controlo da infecção nosocomial	PNCT, TB Task Force	Guião traduzido e adaptado	**0**		**1**			
					Nr de guiões distribuídos	**0**			**2500**		
			Introduzir medidas de controlo da infecção nosocomial da TB a todos os níveis	PNCT, DNAM, DNPSCD, DPC, DAF, DPS, DDS, US	Nr de US que implementam medidas de controlo da infecção	**0**		**300**	**600**	**900**	**1200**
			Treinar 2 vezes por ano 20 profissionais de saúde em medidas administrativas de identificação precoce, diagnóstico, tratamento de casos suspeitos de TB, particularmente os com TB pulmonar e casos suspeitos de TB MRD, e em como assegurar a protecção ambiental através da maximização da ventilação natural.	PNCT, DNAM, DNPSCD, DPC, DAF, DPS, DDS, US	Nr de US com pelo menos um profissional de saúde treinado	**0**		**40**	**80**	**120**	**160**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**	2.4.2.2 Prevenção e Controlo da TB Multiresisten-te e de extrema resistência, e sua expansão em consistência com o plano de emergência	Adquirir, distribuir e manter um stock mínimo de máscaras N95 por ano, para proteccão dos trabalhadores de saúde.	PNCT, Centro de Abastecimento	Nr de máscaras adquiridas	**0**		**1650**	**550**	**550**	**550**
					Nr de máscaras distribuídas	**0**		**1550**	**450**	**450**	**450**
					Nr de máscaras em stock mínimo	**0**		**100**	**100**	**100**	**100**
			Colher e enviar, seguindo protocolos de segurança, 50 amostras de expectoração por ano para a África do Sul para o diagnóstico de TB XRD, para serem testadas à resistência as drogas de segunda linha.	PNCT, Laboratórios	Nr de amostras enviadas com sucesso	**0**	**50**	**50**	**50**	**50**	**50**
			Enviar um quadro do nível central e um do nível provincial para participar em conferências anuais sobre a TB MRD/XRD.	DNPSCD, PNCT, DPS, TB *Task Force*	Nr de conferências internacionais sobre TB MRD/XRD que contaram com a participação de quadro nacionais	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**	2.4.2.3 Introdução de intervenções específicas para grupos vulneráveis e situações de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais Introdução de intervenções específicas para grupos vulneráveis e situações de alto risco, nomeadamente crianças, prisioneiros, refugiados e vítimas de calamidades naturais	Identificar um técnico do PNCT para ser responsável pelas actividades dos grupos vulneráveis.	PNCT, DRH	Quadro Identificado	**0**	**1**				
			Elaborar uma política para abordagem das questões relacionadas com grupos vulneráveis	PNCT, DRH	Documento de política	**0**		**1**			
			Garantir a disponibilidade de serviços de TB e testagem para o HIV de crianças e crianças órfãs e vulneráveis filhos de pais com TB e HIV	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force, MMAS	Nr de crianças e crianças órfãs e vulneráveis filhos de pais com TB e HIV que beneficiam de serviços de TB e testagem de HIV	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**
			Elaborar e disseminar algorítimos para o diagnóstico da TB em crianças, tendo como base o guião da OMS	PNCT, TB Task force,	Nr de US que usam algorítimos para o diagnóstico da TB em crianças	**0**		**945**	**1177**	**1255**	**1323**
			Actualizar o guião e materiais educativos sobre TB nas prisões.	PNCT, TB Task force, MINT	Guião e materiais educativos actualizados	**0**		**1**			
					Nr de instituições presionais com guião e materiais educativos actualizados	**0**			**80**	**100**	**140**
			Garantir a realização de visitas de supervisão as instituições prisionais	PNCT, TB Task force, MINT	Nr de visitas de supervisão efectuadas pelo Coordenador Provincial de ITS/HIV/SIDA, Malária, TB, Lepra, por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.2 Implementação de Intervenções para Fazer Face a Coinfecção TB/HIV, Tuberculose Multiresistente, e Outros Desafios**		Reforcar a colaboração entre o MISAU e o MINT	PNCT, MINT	Nr de encontros realizados por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Reforcar a colaboração entre o MISAU e o Ministério da Defesa Nacional (MDN)	PNCT, MDN	Nr de encontros realizados por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Colaborar com o MITRAB e o CNCS para acelerar a implementação do plano de redução do impacto da TB e HIV/SIDA nos mineiros.	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force, MITRAB, CNCS	Nr de encontros anuais	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Garantir a integração da TB no Plano Nacional da Emergência do INGC (para vítimas de calamidades naturais) e nas actividades da UNHCR para os refugiados	PNCT, TB Task force, INGC, UNHCR	Documento do Plano Nacional da Emergência com TB integrada	**0**				**1**	
	2.4.4 Envolvimento de Todos os Provedores de Saúde	2.4.4.1 Promoção de abordagens mistas: público/público e público/privado (PPM) e sua expansão de acordo com o guião do PPM	Treinar o(s) ponto(s) focal(is) do PPM a nível internacional, por exemplo no E. Morelli Hospital, Sondalo, Itália	PNCT, DRH	Uma a duas pessoas treinadas	**0**	**2**				
			Traduzir os guiões do PPM	PNCT	Guiões do PPM traduzidos	**0**	**2**				
			Desenvolver e disseminar o plano do PPM	PNCT	Plano do PPM disponível e distribuído a nível das províncias	**0**	**1**				
			Treinar o sector privado e público em actividades da DOTS e STOP TB	PNCT, TB Task force, MITRAB	Nr de instituições públicas e privadas com pelo menos 1 profissional formado em DOTS e STOP TB	**0**	**30**	**60**	**90**	**120**	**150**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
i. Acelerar a expansão e melhoria da qualidade dos serviços da DOTS	**2.4.4 Envolvimento de Todos os Provedores de Saúde**		Melhorar a participação do sector Privado e outros Ministérios nas acções de controlo da TB	PNCT, TB Task force, MITRAB	Nr de encontros realizados por ano	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Desenvolver e disseminar guiões operacionais para projectos de implementação do DOTS a nível da PPM	PNCT, TB Task force, MITRAB	Guiões operacionais para projectos de implementação desenvolvidos e distribuídos a nível provincial	**0**	**2**				
			Implementar um projecto sobre DOTS a nível do PPM por ano	PNCT, TB Task force, MITRAB	Um projecto por ano implementado	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
		2.4.4.2 Promoção da Implementa-ção dos padrões internacionais para cuidados em Tuberculose (ISTC)	Promover a introdução e expansão do DOT comunitário	PNCT, TB Task force	Nr de actividades realizadas com sucesso	**0**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
			Adaptar e disseminar o manual do PPM	PNCT, CES, TB Task force	Nr de US com cópias do manual do PPM adaptado	**0**		**945**			
			Promover a abordagem PPM	PNCT, TB Task force, MITRAB	Nr de actividades realizadas com sucesso	**0**	**1**	**2**	**3**	**3**	**3**
			Promover a introdução da abordagem PAL	PNCT, TB Task force	Nr de actividades realizadas com sucesso	**0**	**1**	**2**	**2**	**2**	**2**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade	**2.4.3 Fortalecimento do Sistema de Saúde**	2.4.3.1 Promoção da participação Activa nos esforços para o reforço do SWAp, dos recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão do sistema de saúde, da provisão de serviços e dos sistemas de informação	Estudar o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) para discutir as suas prioridades	PNCT, DRH	Agenda do encontro	**0**	**1**				
			Recrutar um gestor do pessoal no PNCT e identificar pontos focais dos RH a nível provincial	PNCT, DRH	Gestor do nível central recrutado e pontos focais identificados	**0**	**12**	**12**	**12**	**12**	**12**
			Participar na revisão do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) para integrar as necessidades do PNCT	PNCT, DRH	Documento do PDRH adaptado para satisfazer as necessidades do PNCT	**0**	**1**				
			Rever o Curriculo das IdF's (nas diferentes categorias profissionais) para inclusão de conteúdos em linha com a nova estratégia global de controlo da TB	PNCT, DRH	Documento do Currículo revisto	**0**	**40%**	**80%**	**100%**		
			Equacionar a contratação de pessoal expatriado por 2-3 anos para a área de laboratório	DNPSCD, PNCT, DRH	Nr de expatriados contratados e trabalhando nos laboratórios dos hospitais centrais	**0**	**3**	**3**	**3**	**3**	**3**
			Assegurar a actualização dos quadros no exterior	DNPSCD, PNCT, DRH	Nr de quadros nacionais beneficiando de cursos de actualização no exterior	**2**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Treinar os triadores e outro pessoal de saúde em ATS, TB/HIV e control de infecção nosocomial nas US	PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de US com pelo menos 1 triador formado em control da infecção nosocomial	**0**	**30**	**60**	**90**	**120**	**150**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade	**2.4.3 Fortalecimento do Sistema de Saúde**	2.4.3.1 Promoção da participação Activa nos esforços para o reforço do SWAp, dos recursos humanos, dos recursos financeiros, da gestão do sistema de saúde, da provisão de serviços e dos sistemas de informação	Treinar e supervisar as actividades dos 11 coordenadores TB/HIV/LEPRA/MALARIA/ ITS	PNCT, PNCL, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de visitas de supervisão efectuadas pelo(a) gestor(a) do PNCT	**0**	**22**	**22**	**22**	**22**	**22**
			Assegurar o desevolvimento e a execução dum plano de supervisão províncial	PNCT, PNCL, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de províncias com plano de supervisão realizado e executado	**0**	**11**	**11**	**11**	**11**	**11**
			Actualizar e informatizar o SIS para assegurar a comunicação dos dados	PNCT, DPC/Rep. M&A	SIS actualizado e informatizado	**0**			**1**		
			Assegurar a disponibilidade de aparelhos de Rx para reforçar o Diagnóstico da TB em pacientes HIV positivos	DNAM, DNPSCD, DPC, DAF, GACOPI, PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA	Estudo sobre avaliação das necessidades em RX conduzido	**0**	**1**				
					Nr de US com máquinas de RX	**0**			**5**		
			Melhorar e aperfeiçoar as habilidades diagnósticas radiológicas para a TB	PNCT, TB Task force	Algorítimo desenvolvido	**0**	**1**				
					Nr de pessoal clínico formado por ano	**0**	**30**	**60**	**90**	**120**	**150**
			Assegurar a existência de gabinetes para o ATS nas novas US construídas	DNAM, DNPSCD, DPC, DAF, GACOPI, PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA	Nr de US novas com gabinetes para o ATS	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**
			Assegurar equipamento e material necessário para o funcionamento dos gabinets de ATS nas US com serviços de TB	DNAM, DNPSCD, DPC, DAF, GACOPI, Centro de Abast., PNCT, PNC ITS/HIV/SIDA	Nr de US novas com gabinetes de ATS devidamente equipados	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**	**N/D**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade	**2.4.3 Fortalecimento do Sistema de Saúde**	2.4.3.2 Criação dum espaço para partilha de inovações que fortaleçam sistemas incluíndo a Abordagem Prática para a Saúde Pulmonar (PAL)	Elaborar a estratégia PAL, adoptando um sistema uniformizado de manuseamento de casos para infecções respiratórias agudas e asma em maiores de 5 anos, dando especial ênfase ao manuseamento dos problemas pulmonares em pessoas infectadas pelo HIV	PNCT, TB Task force, OMS	Documento de Estratégia PAL para 5 anos	**0**			**1**		
			Elaborar algorítimos para o manuseamento de casos	PNCT, TB Task force, OMS	Documento dos algorítimos	**0**			**1**		
			Testar e implementar os algorítimos	PNCT, TB Task force, OMS	Relatório da testagem	**0**			**1**		
					Nr de US com algorítimos para o manuseamento de casos	**0**			**1**		
	2.4.6 Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional	2.4.6.1 Promoção dum programa baseado na pesquisa operacional	Recrutar um coordenador para pesquisa operacional	PNCT, INS, OMS	Coordenador de pesquisa operacional recrutado e com contrato anual de trabalho	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Elaborar plano para pesquisa operacional (que inclua critérios para selecção de projectos) e assegurar seu financiamento	PNCT, INS, OMS	Plano de pesquisa e critérios para selecção com financiamento assegurado	**0**	**1**				
			Garantir a contratação de pessoal adicional eventual para a investigação	PNCT, DRH	Nr de pessoal eventual para pesquisa contratado	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
ii. Reforçar o Sistema de Saúde para apoiar a expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade	**2.4.6 Promoção e Implementação da Pesquisa Operacional**		Garantir a formação do pessoal contratado em matérias de pesquisa operacional	PNCT, INS	Nr de formações realizadas	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Estabelecer um MdE com o INS para colaboração na área de pesquisa operacional	PNCT, INS	Documento de MdE assinado	**0**	**1**				
		2.4.6.2 Engajamento na pesquisa para o desenvolvi-mento de novas técnicas de diagnóstico e tratamento	Realizar um estudo KAP Nacional sobre a TB	PNCT, INS	Relatório do estudo	**0**		**1**			
			Realizar pesquisa que contribua para o desenvolvimento e melhoria da implementação das medidas de controlo da TB	PNCT, INS	Nr de estudos realizados	**0**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
			Divulgar os trabalhos científicos em TB, nas jornadas de saúde	PNCT, INS	Nr de estudos divulgados	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
			Finalizar e publicar o 2° Estudo Nacional sobre Resistência às Drogas	PNCT, INS	Relatório do estudo	**0**	**1**				
			Realizar e publicar o 3° Estudo Nacional sobre Resistência à Drogas	PNCT, INS	Relatório do estudo					**1**	**1**
			Realizar um estudo de avaliação económica da implementação das actividades TB/HIV	PNCT, INS	Relatório do estudo	**0**				**1**	
			Realizar um estudo para avaliação dos resultados do tratamento dos pacientes TB/HIV	PNCT, INS	Relatório do estudo	**0**			**1**		

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**
			Realizar um estudo para avaliar o impacto de intervenções selecionadas em pacientes com TB em distritos seleccionados usando o DOTS-Comunitário	PNCT, INS	Relatório do estudo	**0**					**1**
iii. Reforçar a parceria para o controlo da TB	**2.4.5 Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e as Comunidades Afectadas**	2.4.5.1 Promoção da advocacia, comunicação e mobilização social	Identificar um ponto focal para ACMS a nível central	PNCT, DRH TB Task force	Um quadro identificado para coordenar ACMS	**0**	**1**				
			Desenvolver um plano nacional para advocacia, comunicação e mobilização social	PNCT, DPSMC, CES TB Task force	Documento do plano para ACMS	**0**	**1**				
			Desenvolver materiais de ACMS, para uso nas comunidades.	PNCT, CES TB Task force	Nr de folhetos e cartazes distribuídos por província e por distrito	**N/D**	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist	5,000/ prov; 500/dist
			Promover a advocacia, comunicação e mobilização social em TB a todos os níveis	PNCT, DPSMC, CES TB Task force	Nr de campanhas de mobilização realizadas por distrito	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**
					Nr de Spots emitidos na rádio e na TV por província (pelo menos 2/mês)	**0**	**24**	**24**	**24**	**24**	**24**
		2.4.5.2 Promoção da participação das comunidades em cuidados da TB	Distribuir e advogar pela Estratégia Nacional do DOTS Comunitário a todos os níveis	PNCT, DPSMC, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Proporção de US com Estratégia Nacional do DOTS comunitário	**N/D**	**10%**	**30%**	**50%**	**70%**	**90%**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
iii. Reforçar a parceria para o controlo da TB	**2.4.5 Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e as Comunidades Afectadas**	2.4.5.2 Promoção da participação das comunidades em cuidados da TB	Incorporar a componente ATS e TB/HIV em todas as formações Comunitárias (aos voluntários, activistas, líderes comunitários, religiosos, PMT e outras organizações)	PNCT, DPSMC, PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de voluntários, activistas, líderes comunitários, religiosos e PMT's formados em ATS e TB/HIV por distrito	**0**	**10**	**20**	**30**	**40**	**50**
			Promover a disseminação de informação sobre TB/HIV nas actividades preventivas/ educativas existentes na comunidade	PNCT, DPSMC, CES PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de folhetos e cartazes sobre TB/HIV distribuídos por distrito	**N/D**	**500**	**500**	**500**	**500**	**500**
			Promover e apoiar a introdução de actividades de Aconselhamento e Testagem Comunitário (ATS comunitário) em todos os distritos	PNCT, DPSMC, CES PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de distritos com ATS comunitário	**0**	**40**	**60**	**80**	**100**	**128**
		2.4.5.4 Introdução do DOTS Comunitário de forma faseada a nível nacional	Adaptar e disseminar o manual do DOTS Comunitário (distribuir 50 cópias/distrito)	PNCT, DPSMC, TB Task force	Manual do DOTS Comunitário adaptado	**0**	**1**				
					Nr de manuais do DOTS Comunitário distribuídos por ano	**0**		**1600**	**1600**	**1600**	**1600**
			Desenvolver guiões de treino e de monitoria e avaliação do DOTS Comunitário	PNCT, DPSMC, TB Task force	Nr de US com guiões de treino e de monitoria e avaliação do DOTS Comunitário	**0**	**137**	**137**	**137**	**137**	**137**
			Organizar formacões bi-anuais de actualização em DOTS Comunitário para os 22 supervisores	PNCT, DPSMC, TB Task force	Nr de formações realizadas	**0**	**2**	**2**	**2**	**2**	**2**

Objectivos Estratégicos	Estratégias	Intervenções	Actividades	Responsabilidades	Indicadores de Processo	METAS					
						Baseline	2008	2009	2010	2011	2012
iii. Reforçar a parceria para o controlo da TB	**2.4.5 Envolvimento de Todas as Pessoas com TB e as Comunidades Afectadas**	2.4.5.4 Introdução do DOTS Comunitário de forma faseada a nível nacional	Implementar a componente de apoio ao paciente da DOT, com a provisão de material de ACMS sobre a TB, diagnóstico, tratamento, promoção da adesão ao tratamento e aconselhamento, usando como recurso os enfermeiros e voluntários.	PNCT, DPSMC, CES PNC ITS/HIV/SIDA, TB Task force	Nr de sessões educativas realizadas pelos enfermeiros e voluntários por distrito	**N/D**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Envolver voluntários na investigação (busca activa) de contactos	PNCT, DPSMC, TB Task force	Nr de voluntários envolvidos	**1530**	**1600**	**1800**	**2000**	**2200**	**2330**
			Criar condições para motivação dos voluntários, através da distribuição de bicicletas, rádios portáteis, utensílios domésticos, sementes, capulanas, camisetes, bonés, etc.	PNCT, DPSMC, TB Task force	Nr de voluntários que recebem incentivos	**1530**	**1600**	**1800**	**2000**	**2200**	**2330**
		2.4.5.3 Promoção da divulgação e respeito pela Carta de Cuidados ao paciente com TB	Apoiar grupos representativos de doentes para realizarem sessões educativas nas escolas, instituições religiosas, organizações não governamentais e empresas	PNCT, DPSMC, TB Task force	Nr de sessões educativas realizadas por representantes dos doentes por distrito	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**
			Apoiar grupos representativos de doentes para participarem em reuniões internacionais sobre TB	PNCT, DPSMC, TB Task force	Nr de representantes de doentes que participaram em eventos nacionais e internacionais (regionais) sobre TB	**0**	**4**	**4**	**4**	**4**	**4**

This document was created with Win2PDF available at http://www.win2pdf.com.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.