RERPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção Nacional de Saúde Pública
Programa Nacional de Controle de ITS, HIV/SIDA

Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique 2020-2024

Agradecemos a todos que directa ou indirectamente contribuíram e apoiaram na elaboração deste documento.

Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique 2020-2024

Ficha Técnica

TÍTULO
Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique , 2020- 2024.

CONSULTOR DO PLANO
Juan Gonzalez Perez

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Rosa Marlene Cuco Manjate - Directora Nacional de Saúde Pública
Aleny Couto - Chefe do Programa

PNC - ITS, HIV/SIDA

Helga Guambe
Kwalila Tibana
Teresa Simione
Noela Chicuecue
Orlando Munguambe
Helder Macul
Eudoxia Filipe
Irénio Gaspar
Edna Paunde
Guita Amane
Roxanne Hoek
Morais Cunha
Hélio Magaia
Sergio Correia
Deonilde Sarmento
Isabel Sathane
Elisa Tembe
Mahoudo Bonou
Jessica Seleme

PARCEIROS DO GRUPO TÉCNICO DE PTV

Alicia Carbonell - OMS
Dezi Mahotas e Mireille Tribie – UNICEF
Argentina Wate - USAID
Jessica Cowan, Marilena Urso e Judite Langa - CDC
Silvia Mikusova e Patricia Perez - EGPAF
Ana Rosa - ARIEL
Fernanda Alexandre - CCS
Magdalena Bravo – FGH
Violante Viola - M2M
Dario Aly - ICAP
Lara Samuel - CHAI
Arminda Sumbana - FHI/CHASS
Paula Libombo - UCSF

COLABORADORES
Todas DPS – Pontos focais provinciais de PTV, Chefes provinciais de SMI, Supervisores de HIV
DCL – Departamento Central de Laboratórios, MISAU
DSMC – Departamento de Saúde da Mulher e Criança, MISAU
CMAM – Central de Medicamentos e Artigos Médicos, MISAU
DEPROS – Departamento de Promoção para Saúde, MISAU
HCM – Hospital Central de Maputo, Lucia Chambal

CONSULTORA DO CUSTEAMENTO DO PLANO
Lenka Tucek

REVISÃO
Paula Vaz - Directora Executiva da ARIEL

MAQUETIZAÇÃO
Fundação Ariel Glaser contra o SIDA Pediátrico

Índice

ACRÓNIMOS E SIGLAS 7

PREFÁCIO 9

1. ANTECEDENTES 10

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO 11
2.1. Serviços de SMI 12
2.2 HIV 13
2.3 Sífilis 18
2.4 Hepatite B 19

3. CONTEXTO 21
3.1 Quadro de Políticas 21
3.2 Princípios Orientadores 21
3.3 Momento Global de Eliminação do HIV, Sífilis e Hepatite B 21

4. VISÃO, META E OBJECTIVOS 24

5. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS 26

6. ÁREAS TRANSVERSAIS 39
6.1 Comunidade 39
6.2 Adolescentes 39
6.3 Cadeia de Distribuição / Farmácia 40
6.4 Recursos Humanos 40
6.5 Laboratório 41
6.6 Financiamento da Saúde 42

7. MONITORIA E AVALIAÇÃO 43
7.1 Indicadores e metas de Impacto e Processo 44
7.2 Indicadores adicionais 51

8. CUSTEAMENTO DO PLANO 52

9. BIBLIOGRAFIA 54

Índice de figuras

Figura 1. A. Estimativa da taxa de TV, incluindo lactantes por província.
Figura 2: Adesão e Retenção Precoce das Mulheres Grávidas HIV+ em TARV nas CPN. 2018
Figura 3: Cascata da Carga Viral CPN 2018
Figura 4: Cascata do Diagnóstico Infantil Precoce, 2018
Figura 5: Taxa de positividade por distrito da PCR feita nos primeiros 2 meses em crianças expostas que frequentam a CCR (Fonte: dados mensais CCR Jan-Set de 2018)
Figura 6: A: Cobertura da testagem da Sífilis por província 2018; B: Cobertura do tratamento da Sífilis entre as que tiveram resultado positivo nas CPN 2018

Acrónimos e siglas

ACS Agentes Comunitários de Saúde
AIDI Atenção Integrada das Doenças da Infância
ALT Alanine aminotransferase
AMG Agentes de Medicina Geral
APE Agente Polivalente Elementar
ATV/r Atazanavir/ritonavir
ATZ Zidovudina
CCR Consulta de Criança em Risco
CCS Consulta de Criança Sadia
CDAF Center for Disease Analysis Foundation
CDC Centros de Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA
CHC Carcinoma Hepatocelular
CMAM Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA
CPN Consulta pré-natal
CV Carga viral
DBS Dried Blood Spot
DCL Departamento Central de Laboratórios
DPI Diagnóstico Precoce Infantil do HIV
MDS Modelo Diferenciado de Serviços
DTG Dolutegravir
ETV Eliminação da Transmissão Vertical
GAAC Grupos de Apoio à Adesão Comunitária
GF Global Fund (Fundo Global)
GFF-IC Proposta de Caso de Investimento da Global Financing Facility
GT Grupo Técnico
HB Hepatite B
HBC Hepatite B Crónica
HBeAg Antígeno do envelope da hepatite B
HBsAg Antígeno de superfície da hepatite B
IDS Inquérito Demográfico e de Saúde
IEC Informação, Educação e Comunicação
IMASIDA Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA
INH Isoniazida
IPD Serviços de Internamento
ITS Infecções de transmissão sexual
M&A Monitoria e Avaliação
MG Mulheres Grávidas
MGL Mulheres Grávidas e Lactantes
MIR Mulheres em idade reprodutiva
MISAU Ministério da Saúde
MM Mães Mentoras
MQ Melhoria de Qualidade
NAT Nucleic acids tests (teste de ácido nucleico)
NVP Nevirapina
ONUSIDA Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/ SIDA
OPD Departamento de Consultas Externas
PAV Programa Alargado de Vacinação
PBMR Países de Baixa e Média Renda
PCR Polimerase chain reaction (reacção em cadeia da polimerase)
PDRHS Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
PEN IV Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015 – 2019
PEPFAR Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio do SIDA
PF Planeamento Familiar
TSD Tecnologia Simplificada de Diagnóstico
PrE Profilaxia Pré-Exposição
PT Parteiras Tradicionais
PTV Prevenção da Transmissão Vertical
RAMJ Raparigas Adolescente e Mulheres Jovens
RPR Reagina plasmática rápida
SAAJ Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
SC Sífilis Congénita
SMI Saúde Materno-Infantil
TARV Tratamento Anti-retroviral
TAT Turn-around time (tempo de resposta de resultado)
TDF Tenofovir
TMG Técnicos de Medicina Geral
TSD Tecnologia Simplificada de Diagnostico
TV Transmissão Vertical
US Unidade Sanitária
USAID Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VHB Vírus da Hepatite B

Prefácio

Registou-se um avanço significativo em Moçambique na prevenção da transmissão vertical de mãe para filho (PTV), desde o lançamento do primeiro Plano de Eliminação da Transmissão Vertical em 2012: a testagem e tratamento do HIV em mulheres grávidas e lactantes estão totalmente integrados nos serviços de Saúde Materno-infantil (com uma cobertura muito elevada de testagem e início do TARV), a Opção B+ foi expandida para praticamente todas as unidades sanitárias do país, com uma cobertura de 97% de todas US TARV do país a oferecer esta opção, o acesso ao Diagnóstico precoce infantil aumentou substancialmente. No entanto, apesar de todas estas realizações, estima-se que durante o ano de 2018, no país, 16.000 novas infecções pelo HIV tenham ocorrido em crianças, através da transmissão de mãe para filho (Spectrum Versao 5.754). A fraca adesão ao TARV em mulheres grávidas e lactantes que vivem com o HIV, resultando em baixos níveis de supressão viral , foi identificada como sendo o maior desafio.

O actual Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique 2020-2024 tenta analisar os factores subjacentes à situação actual e propor estratégias e actividades com vista a colocar Moçambique "no caminho" para eliminação da transmissão vertical das três doenças. Relativamente ao HIV, estas estratégias abordam a necessidade de reduzir novas infecções pelo HIV em mulheres em idade reprodutiva, melhorar o manejo geral de mulheres jovens HIV+ a nível das unidades sanitárias, aumentar a testagem da carga viral para monitorar a resposta ao TARV, simplificar as recomendações e práticas que podem afectar a retenção no tratamento do HIV, reforçar a prevenção da TV durante o período de amamentação, e alinhar os esforços de monitoria e avaliação com o novo foco na retenção e supressão viral.

Este Plano de tripla eliminação também inclui análises, estratégias e metas específicas para eliminação da transmissão vertical da Sífilis e Hepatite B. Para a Sífilis, é essencial fortalecer os sistemas de notificação e a cadeia de aprovisionamento e distribuição, a fim de evitar a ruptura de estoque de produtos e reduzir a lacuna na cobertura da testagem e tratamento do HIV nos serviços de Saúde Materno-Infantil (SMI). Será também necessário envidar um esforço adicional para o diagnóstico e manejo de casos de Sífilis Congénita em crianças expostas. No que respeita a Hepatite B, a introdução da vacina para recém-nascidos deve ser uma prioridade, assim como a testagem sistemática na CPN, com vista a acelerar o ritmo de eliminação da Hepatite B como uma ameaça à Saúde Pública até 2030.

O nosso maior valor é a vida. Ao ajudar todas as crianças a nascerem livres do HIV, Sífilis e Hepatite B, estamos a dar-lhes a oportunidade de realizar o pleno potencial das suas vidas.

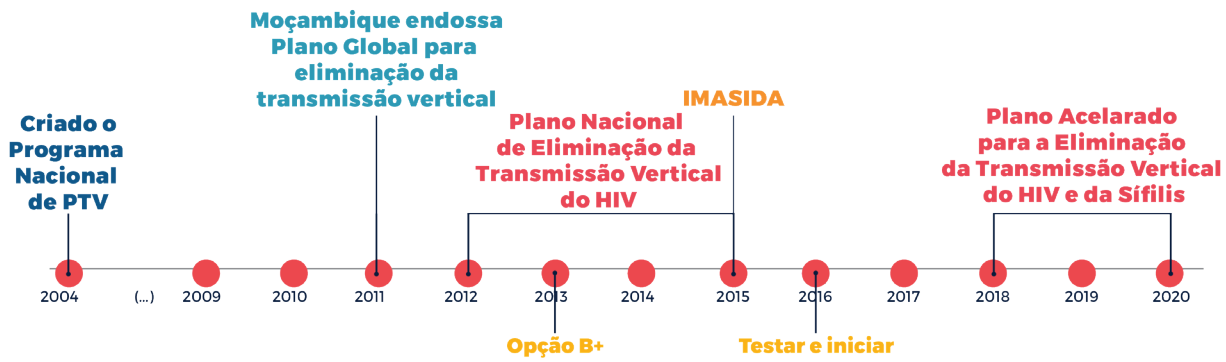
Maputo, 10 de Janeiro de 2020
A Ministra da Saúde

Dra. Nazira Kajimo Vali Abdula

1. Antecedentes

Epidemia do HIV em Moçambique: Com uma população estimada em cerca de 30 milhões de pessoas [1], Moçambique enfrenta o desafio de uma epidemia generalizada do HIV. O inquérito IMASIDA [18] estimou em 2015 que a prevalência do HIV era de 13,2 % (15,1% nas mulheres, 10,2% nos homens), com variações geográficas significativas que vão de 5,2 % na província de Tete a 24,4 % em Gaza. Em finais de 2018, havia 1.21, m/2.562 pacientes activos em TARV (55% do total das pessoas que vivem com o HIV (PVHIV) [2].

Em 2016, Moçambique adoptou a estratégia "Testar e Iniciar" (expansão concluída até finais de 2018) e as metas 90-90-90 da ONUSIDA. Uma avaliação recente [3] revelou que as principais lacunas situam-se no primeiro e terceiro 90, em que apenas 57% das PVHIV conhecem o seu estado e 59% dos pacientes em TARV com supressão viral. Dados de 2018 [2] indicam que a retenção aos 12 meses em adultos em Moçambique corresponde a 68% (70% em adultos). Relativamente à Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), o programa nacional começou em 2004. Em 2011, o país endossou o Plano Global para eliminação de novas infecções em crianças e manter as suas mães vivas. Foi elaborado um Plano Nacional em 2012 destinado a eliminação da transmissão vertical do HIV para o período 2012-2015, com dois objectivos principais: aumentar a cobertura do TARV na PTV para 90% e reduzir a Transmissão de Mãe para Filho (TV) para menos de 5%. Embora os dois objectivos não tivessem sido alcançados, registou-se um progresso considerável durante a implementação do Plano, especialmente no que diz respeito à testagem e cobertura do TARV nos Cuidados Pré-natais (CPN) e na cobertura do Diagnóstico precoce infantil (DPI). Foi adoptada a Opção B+ em 2013 e foi expandida desde essa altura, abrangendo 97% das unidades sanitárias que oferecem PTV em finais de 2018. Em 2018 foi aprovado um Plano de Aceleração para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis 2018-2020, como um documento de política de transição para nortear a implementação da PTV, enquanto o plano actual está a ser elaborado. O plano foi alinhado com as metas globais para eliminação das duas doenças e incluiu actividades em quatro áreas estratégicas: prevenção primária, diagnóstico, cuidados e tratamento para as mulheres grávidas / lactantes HIV+ e crianças expostas e monitoria e avaliação.



2. Análise da situação

2.1. Serviços de SMI

Os serviços de SMI contribuíram significativamente para a redução da mortalidade infantil em Moçambique (a taxa de mortalidade em menores de 5 anos era de 72 por 1.000 nascimentos vivos em 2017 [4], de 96 em 2011, Inquérito Demográfico de Saúde [IDS] 2011), em parte devido à expansão da rede de sanitária (até 1.639 US em 2017, 88% das quais são centros de saúde) e ao impacto de intervenções específicas (vacinação, redes mosquiteiras, entre outros) [5]. A redução da mortalidade materna e neonatal foi mais lenta, uma vez que ambas estão associadas à qualidade dos cuidados no parto e pós-parto, tendo sido identificado como o principal desafio dos serviços de SMI no país, apesar do aumento do número de partos institucionais (47% em 2003. [IDS]; 82,7% em 2017 [6]). O maior uso de contraceptivos e a priorização de adolescentes (incluindo a expansão dos SAAJ) são outras realizações fundamentais alcançadas nos últimos anos.

Todavia, o acesso as CPN não melhorou consideravelmente nos últimos anos, de acordo com os dados dos inquéritos demográficos de saúde (55% das mulheres completaram quatro ou mais consultas CPN em 2015 [IMASIDA] versus 53% no IDS 2003). O acesso as CPN, assim como os partos institucionais e outros indicadores de SMI estão fortemente associados ao grau de escolaridade, ao nível socioeconómico e ao local de residência [18]. Na saúde infantil, dois terços de crianças dos 12-23 meses desse inquérito receberam todas as vacinas correspondentes à sua idade (com a vacina Pentavalente e Sarampo a atingir mais de 80% de cobertura). A anemia foi reconhecida como uma condição prevalente em crianças menores de 5 anos (com mais de um terço das que foram testadas durante o inquérito com anemia moderada ou grave).

A proposta de Caso de Investimento da "Global Financing Facility" (GFF-IC) identificou em Moçambique, vários obstáculos importantes para a implementação de intervenções de grande impacto na SMI [5]. Entre eles destacam-se as seguintes:

- A fraca procura de cuidados pré-natais e de partos institucionais;
- Atrasos no tratamento de complicações obstétricas;
- Capacidade limitada e fraca supervisão dos profissionais em US remotas;
- Escassez de pessoal (especialmente enfermeiras de SMI) e de consumíveis e equipamento nas US;
- Fraca comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes;
- Organização inadequada dos cuidados infantis, incluindo a curta duração e a limitação do conteúdo da maior parte das consultas de "criança sadia" e as perdas entre estas e as consultas de criança "em risco"
- Conhecimento insuficiente dos protocolos de Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI)

De um modo geral, o GFF-IC priorizou dois tipos de estratégias, dependendo da concentração da população e da cobertura dos serviços de SMI: melhorar a referência e a qualidade dos serviços de cuidados de emergências obstétricas e neonatais e aumentar a alocação de Agentes Polivalentes Elementares (APE) e equipas móveis.

2.2 HIV

Prevenção: O último relatório da ONUSIDA [7] coloca Moçambique como um dos países da África Subsaariana com o menor uso reportado do preservativo. Dados do IMASIDA 2015 indicam que apenas 28% das mulheres com parceiros múltiplos no ano anterior usaram o preservativo na última relação sexual. Nos homens, essa percentagem é ainda mais baixa (24%). Menos de um terço dos homens que pagam para ter relações sexuais usaram o preservativo na última relação sexual, com a percentagem a reduzir em relação aos inquéritos anteriores (34% no IDS 2011, 30% em 2015). Tal como os relatórios da ONUSIDA [13] destacam, o uso do preservativo a nível mundial é particularmente reduzido nas mulheres com baixo nível de escolaridade e renda mais baixa, o que representa um fracasso na tentativa de garantir a equidade no acesso e uso do preservativo (dados do IMASIDA confirmam esta tendência em Moçambique, com apenas 13% das mulheres no quintil mais baixo de saúde e 11% das mulheres sem escolarização a usar o preservativo). A Profilaxia Pré-Exposição (PreP) foi utilizada em Moçambique em casais serodiscordantes e em populações chave da Província da Zambézia num projecto-piloto e será estendido para as províncias de Nampula e Manica, embora persistam preocupações em relação à adesão a profilaxia.

TV do HIV: Moçambique situa-se entre os países com o número mais elevado de novas infecções pelo HIV em crianças, sendo que a grande maioria resulta da transmissão vertical (mais de 16.000 novas infecções de crianças devido à TV em 2018, de acordo com a Spectrum [8], que representa cerca de 11% de todas as novas infecções no país). O enfoque na Eliminação da TV do HIV em Moçambique iniciou em 2011. O Plano Nacional para eliminação da transmissão vertical 2012-2015 incluiu uma meta de reduzir a taxa de TV para menos de 5%. As estimativas de TV do Spectrum no país mostraram que a transmissão vertical reduziu significativamente desde 2011, mas nunca baixou para menos de 10%. A estimativa da taxa de TV em 2018 foi de 15% (Spectrum 2018. v 5.756). (Figura 1A)

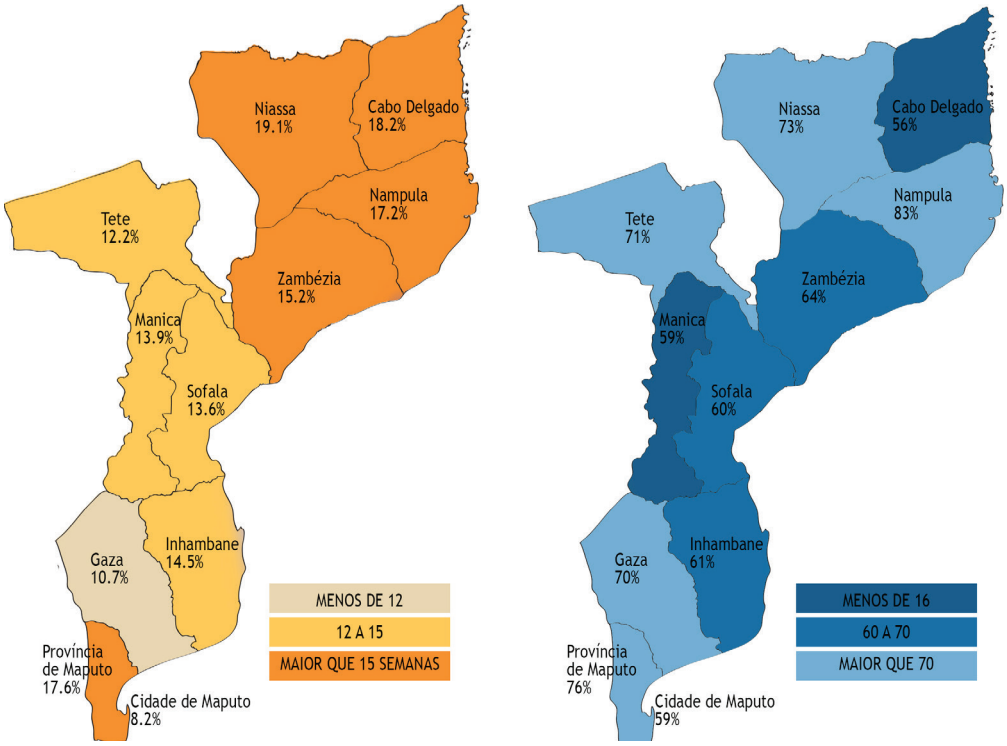
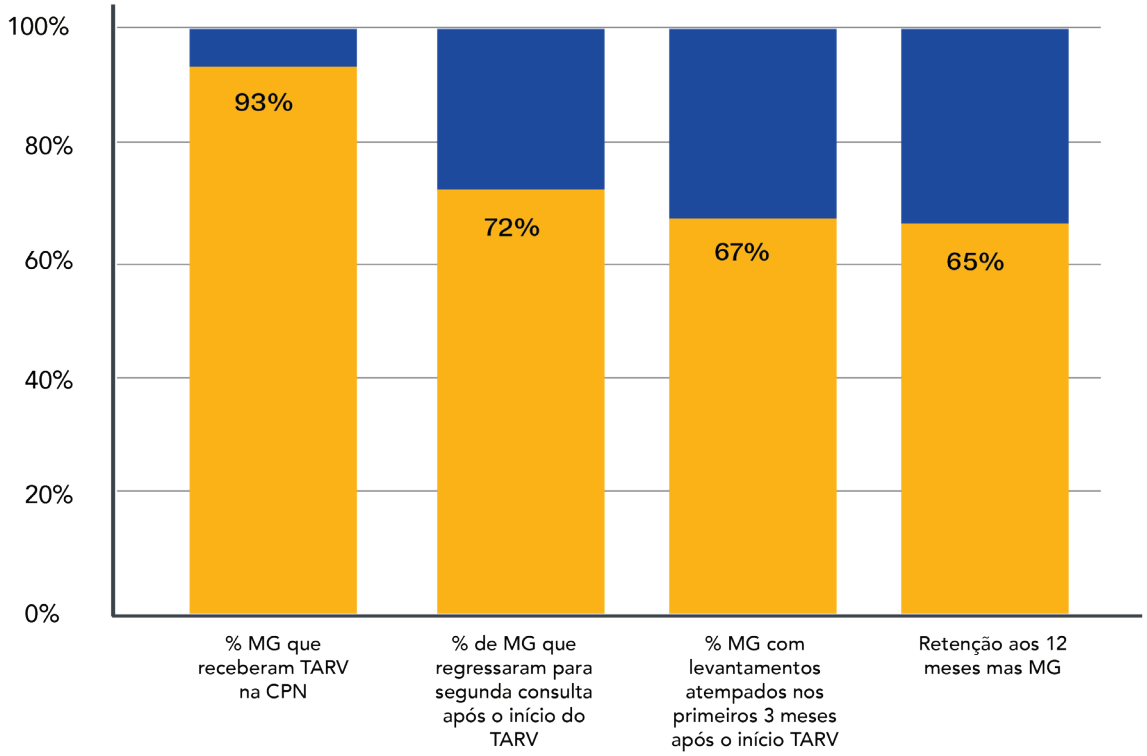


Figura 1. A. Estimativa da taxa de TV, incluindo lactantes por província. [Fonte: Spectrum 2018. Estimativa da taxa de transmissão final, incluindo o período de amamentação] B: retenção aos 12 meses no TARV nas mulheres grávidas 2018 [(Fonte: PEPFAR dados semestrais Janeiro-Junho de 2018]

Os últimos dados disponíveis [2] em 2018 mostram que 98% das mulheres na CPN tinham conhecimento do seu seroestado em relação ao HIV e 93% receberam tratamento anti-retroviral (TARV), com quase metade delas já em TARV a entrada na CPN (Figura 2), uma percentagem que aumentou consistentemente nos últimos anos (38% em 2016, 44% em 2017). Um por cento das mulheres HIV+ nas CPN aínda está no regime da "Opção A". Esta situação é mais frequente em algumas províncias (8% das mulheres grávidas na província do Niassa e 4% de Inhambane ainda se encontravam nesses regimes em 2018).

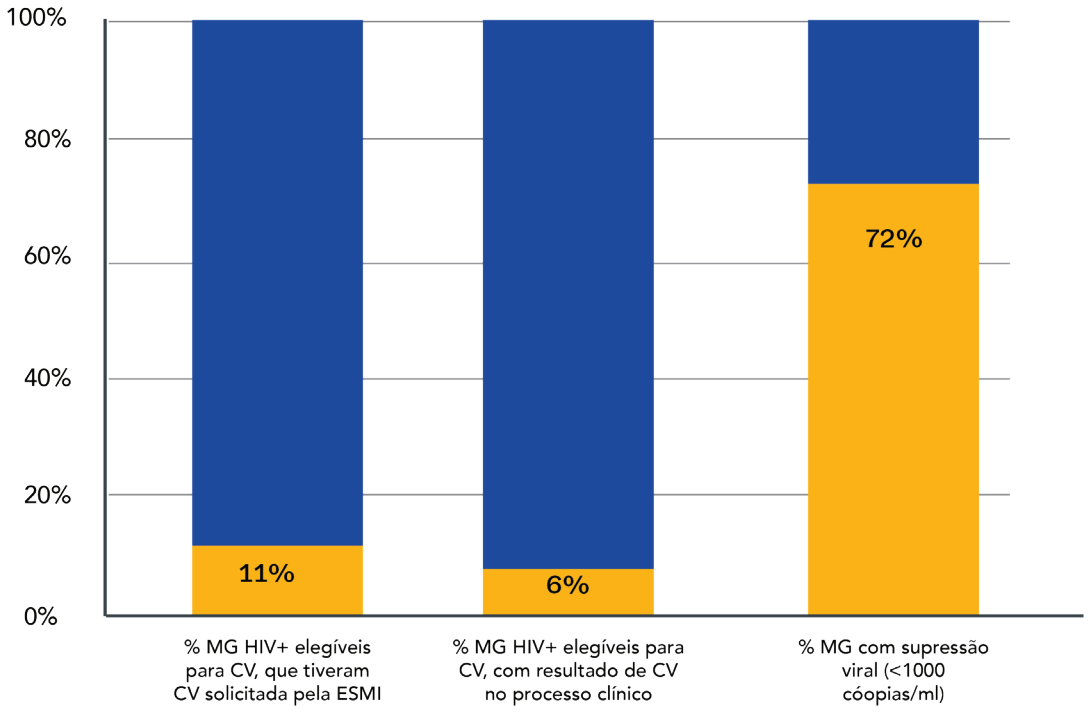
A análise da adesão e retenção precoce no TARV é crucial para se entender os desafios da TV em Moçambique. Foram elaborados vários indicadores, a maioria dos quais reportava um subconjunto de unidades sanitárias com um volume elevado de pacientes em TARV, apoiados pelo PEPFAR como parte das suas actividades de "retenção precoce" na PTV. Isto inclui a percentagem de mulheres grávidas que regressou para uma 2ª consulta ou para fazer o 2º levantamento de ARV dentro de um período de 33 dias após o início do TARV e a percentagem de mulheres grávidas que acabavam de iniciar o tratamento, tendo efectuado três levantamentos de medicamentos nos primeiros 3 meses após o início do TARV. O primeiro indicador foi de 72% em meados de 2018 e o segundo foi de 67% para o mesmo período, [24], destacando a situação da fraca adesão logo após o início do TARV durante a gravidez (Figura 2). A pesquisa realizada em Moçambique nos últimos anos também identificou que as mulheres grávidas iniciavam o TARV nas consultas pré-natais como um grupo de alto risco por não atingirem a supressão viral [9, 10]. A retenção aos 12 meses das mulheres que iniciaram TARV durante a gravidez foi de 65% (vs. 70% geral para PVHIV adultos em Moçambique) em 2018 [12], registando-se diferenças consideráveis entre as províncias (Figura 1.B)



Fonte: Indicador 1,4: Relatório HIV 2018. MISAU; Indic 2,3: Dados de 82 US que notificam dados para uma melhor monitoria da retenção precoce. T3 Moçambique PEPFAR. Maio de 2018

Figura 2: Adesão e Retenção Precoce das Mulheres Grávidas HIV+ em TARV nas CPN. 2018

No que diz respeito à monitoria da Carga Viral (CV), a directriz nacional publicada em 2015 considera as mulheres grávidas e lactantes (MGL) como um grupo prioritário na expansão da testagem da CV e recomenda que todas as MGL HIV+ devem fazer o teste de CV 3 meses após o início do TARV. Dados recolhidos da estratégia de Melhoria de Qualidade (MQ) do Programa Nacional do HIV em Maio de 2018 mostravam que apenas 11% de todas as mulheres grávidas elegíveis (há pelo menos 3 meses em TARV) tinham uma requisição de CV e apenas 6% receberam o resultado da CV 3 a 6 meses após o início do tratamento com ARV [12]. Entre elas, a supressão viral [CV<1.000 cópias/ml] foi de 72% em 2018. (Figura 3). Comparativamente a 2017, registou-se um aumento no número de testes realizados (de 8.883 em 2017 para quase 11.000 a partir de Janeiro até Setembro de 2018) e na percentagem da supressão viral (era de 64% em 2017). Por província, ainda se registam diferenças significativas (Maputo Província, Maputo Cidade e Gaza, acima de 75%; Cabo Delgado, Nampula, menos de 60% [43]).



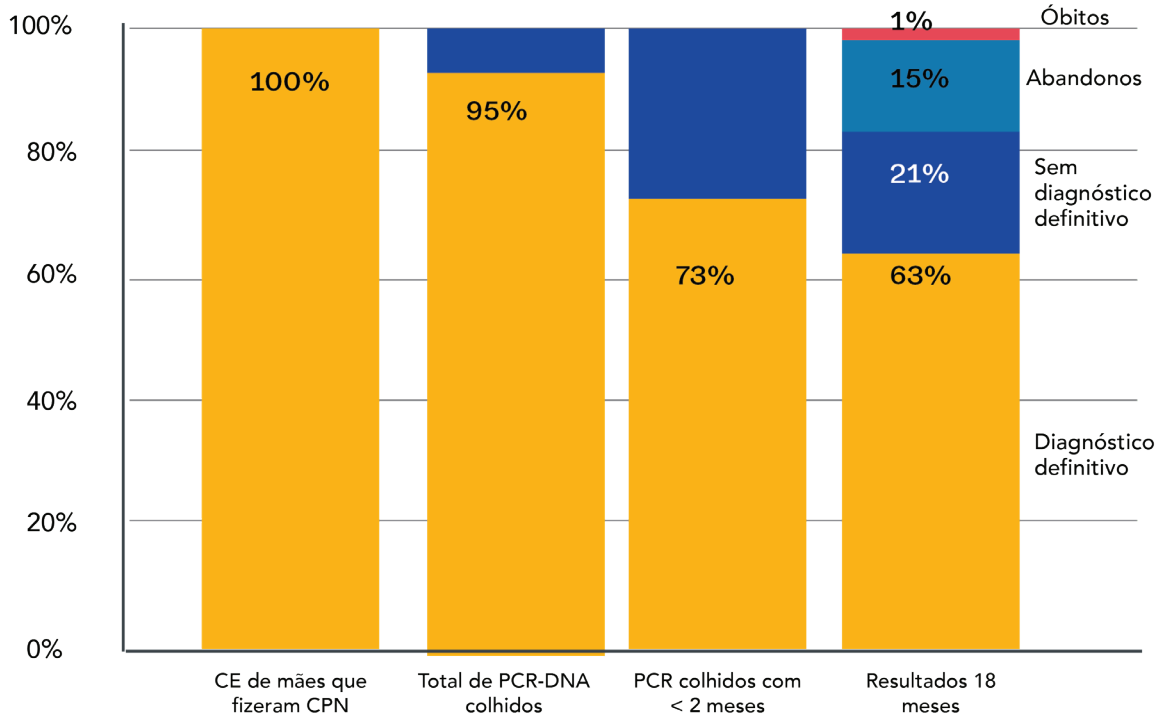
Fonte Indicadores: 1,2: Programa de Melhoria de Qualidade. Dados de 465 US. Maio de 2018;. 3: DCL. Dados de Janeiro-Setembro de 2018

Figura 3: Cascata da Carga Viral CPN 2018

O seguimento da TV durante o período de amamentação (depois da PCR feita em crianças expostas) é fraco no país, apesar do enfoque dos relatórios e estudos da ONUSIDA [13] sobre o risco de TV no período de amamentação [14]. As directrizes nacionais recomendam que as mulheres lactantes devem fazer um novo teste de CV três meses após o parto e depois anualmente, se a CV for indetectável aos 3 meses (o que implicaria ter dois testes de CV durante o período de amamentação, partindo do pressuposto de uma duração da amamentação de 18-24 meses), mais um teste rápido do HIV à criança exposta aos 9 e 18 meses de idade (ou dois meses após o desmame). Neste momento, não é possível apurar o grau de implementação desse seguimento, que é negativamente afectado pela fraca cobertura da testagem da CV durante a gravidez e pela falta de monitoria com testes rápidos do HIV para as crianças expostas na cascata de DPI reportada de forma rotineira.

Um último elemento a ser tomado em consideração na cascata da PTV refere-se às mulheres seronegativas que são infectadas durante a gravidez ou no pós-parto. Esta também constitui uma área de preocupação nos documentos da ONUSIDA, uma vez que existem agora evidências sólidas de que a infecção pelo HIV é acrescida nesses dois períodos [15].

No Diagnóstico Precoce Infantil, os dados de 2018 [2] demonstram que 73% das crianças expostas da mãe que foi às consultas pré-natais (CPN) fizeram o teste com PCR nos primeiros dois meses de idade (a nível da população, esta percentagem é de 58%) e esta percentagem aumenta para 95% de um modo geral, incluindo os testes feitos após os dois meses de dade. Todavia, os dados mensais da coorte de CCR em 2018 mostraram que mais de um terço das crianças expostas não tinham um diagnóstico definitivo aos 18 meses (Figura 4). A taxa de positividade da PCR referente ao DPI foi de 8% em menos de 2 meses (Figura 5) e de 17% nas que fizeram o teste entre os 2-9 meses de idade em 2018 [2]. Os dados desagregados reportados pelo PEPFAR no período compreendido entre Janeiro e Junho de 2018 mostram que os resultados – nas crianças nascidas de mulheres que frequentaram as CPN – referentes à cobertura dos testes de DPI nos primeiros 2 meses são melhores nas unidades sanitárias com equipamentos de Tecnologia Simplificada de Diagnostico (TSD) comparativamente aos que se referem às amostras de Dried Blood Spot (DBS) para os laboratórios provinciais (75% vs. 70%). O mesmo se aplica à percentagem de positivos ligados aos cuidados (92% versus 84%) nos dois tipos de unidades mencionados. Persistem diferenças geográficas, com as províncias do Norte e Centro (Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Sofala, Tete, Zambézia) a reportarem uma menor cobertura do DPI nos primeiros dois meses de dade (64% vs. 79% para o resto do país no primeiro semestre de 2018), assim como uma menor ligação aos cuidados (85% vs. 91% no mesmo período).
77



Fonte: Indic 1-3: Relatório semestral HIV MISAU; Indic 4: Dados mensais CCR 2018

Figura 4: Cascata do Diagnóstico Precoce Infantil 2018

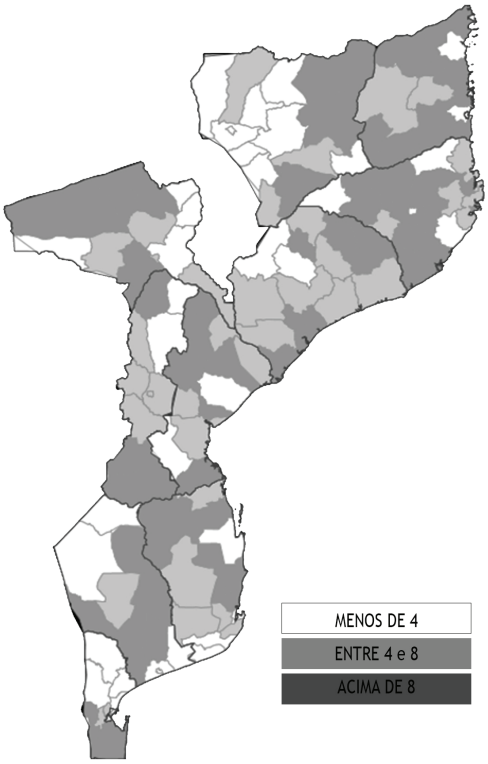


Figura 5: Taxa de positividade por distrito da PCR feita nos primeiros 2 meses em crianças expostas que frequentam a CCR (Fonte: dados mensais CCR Jan-Set de 2018)

De um modo geral, a análise de dados da situação da TV do HIV em 2018 em Moçambique mostra o seguinte:

1. O acesso a testagem do HIV nas CPN é muito elevado

2. As mulheres grávidas já em TARV a entrada representam cerca de 50% de todas as mulheres grávidas actualmente em tratamento nas CPN

3. As mulheres grávidas que iniciaram o TARV durante a gravidez ou amamentação apresentam o risco mais elevado de abandono (e ocorre logo após o início). A adesão durante os primeiros 3 meses de TARV não é óptima em pelo menos um terço das pacientes

4. A monitoria da carga viral não é feita na grande maioria das mulheres grávidas e lactantes HIV+ em Moçambique. Para uma pequena percentagem com resultados disponíveis, a supressão viral ainda está longe dos 90%

5. Não são feitos esforços no sentido de monitorar a situação da adesão / supressão viral durante a amamentação, apesar de evidências de que metade das infecções ocorre nesse período.

6. Novas evidências do risco elevado de transmissão do HIV para as mulheres no final da gravidez / pós-parto exigem um reforço das políticas existentes no país para retestar as mulheres seronegativas durante a gravidez e o pós-parto

7. As diferenças geográficas estão presentes a todos os níveis da cascata de Eliminação da Transmissão Vertical (ETV).

As visitas de supervisão as US, realizadas pelo Programa Nacional de Controle de ITS,HIV/SIDA, são fundamentais para se entender os desafios dos serviços de PTV em todo o país. Os relatórios dos últimos dois anos constataram que, de um modo geral, a testagem e o início do TARV nas CPN estavam bem organizados e foram eficazes, a PTV estava totalmente integrada nos serviços de Saúde Materno-Infantil (SMI) e a abordagem de "Paragem única" tinha sido implementada. As roturas de estoque não eram comuns e raramente afectavam os ARV, kits de testes do HIV ou os kits de PCR DNA. A existência e o funcionamento de grupos de apoio comunitário, incluindo grupos de Mães Mentoras, são diferentes de província para província e de US para US e dependem do apoio dos parceiros de implementação. O envolvimento dos parceiros do sexo masculino (testagem, grupos de adesão) era variável entre as US, mas registava-se uma ênfase clara nas visitas de supervisão e nas reuniões com as autoridades sanitárias provinciais para fortalecer esta estratégia. O mesmo aplica-se ao apoio psicossocial.

Em geral, a avaliação da monitoria da CV em pacientes com HIV durante essas visitas constatou que se situava numa fase inicial ou nem sequer tinha iniciado na maior parte das unidades sanitárias, em que a recolha de amostras não era implementada e existiam lacunas na formação do pessoal da saúde e na disseminação dos algoritmos. O processo de identificação, rastreio e retorno aos cuidados das mulheres grávidas e lactantes com perda de seguimento do TARV revelou várias lacunas e parecia que funcionava apenas numa pequena percentagem de unidades sanitárias.

Uma avaliação de meio-termo do Plano Estratégico Nacional 2015-2019 (PEN IV) [3], levada a cabo em Novembro de 2018, identificou a expansão dos serviços do HIV e de pessoas em TARV, assim como a disponibilidade de produtos e de directrizes actualizadas como as principais realizações. A fraca retenção de pacientes em TARV, a elevada taxa de TV e a escassez de recursos domésticos, com um investimento seriamente inadequado na Prevenção, foram aspectos identificados como principais desafios. A análise das tendências referentes às três principais metas do Plano (reduzir a transmissão vertical para menos de 5%, reduzir a incidência do HIV em 30% e reduzir a mortalidade pelo HIV em 40%) concluiu que nenhuma delas seria alcançada até 2019, esperando-se reduções na incidência e mortalidade pelo HIV no período de 2013-2019 de cerca de 25% em ambos casos.

HIV e Adolescentes: A nível global, 1,6 milhões de adolescentes viviam com o HIV em 2018 e o progresso registado nesta faixa etária é mais lento em termos de Prevenção, Cuidados e Tratamento e de redução da mortalidade. Em Moçambique, 130.000 adolescentes viviam com o HIV em 2018 [16]. Os inquéritos nacionais do HIV [18] mostram que o conhecimento abrangente sobre a prevenção do HIV (28% em adolescentes dos 15-19 anos em 2015, não tendo se registado melhorias desde o IDS de 2011) e o conhecimento do seroestado em relação ao HIV (apenas 12% dos rapazes adolescentes e 33% das raparigas adolescentes de 15-19 anos sexualmente activos indicaram que fizeram o teste nos dois meses anteriores) é reduzido nos adolescentes. Todavia, o uso do preservativo era mais elevado nesta faixa etária (39-42% na última relação sexual versus 26-29% para todas as idades). Uma análise secundária dos dados do IMASIDA [19] constatou um menor risco de infecção pelo HIV em raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ) de 15-24 anos com um parceiro sexual, maior nível de escolaridade e religião muçulmana. Ainda no que diz respeito à prevenção do HIV, um estudo realizado recentemente sobre o auto-teste oral em Moçambique no seio dos adolescentes da faixa etária de 16-20 anos constatou uma elevada aceitabilidade deste teste, juntamente com uma grande procura de aconselhamento adequado [19].

Quanto aos cuidados e tratamento, uma pesquisa recente realizada em Moçambique constatou um registo tardio e piores resultados – incluindo incumprimento e morte – em adolescentes e jovens (especialmente do sexo masculino) HIV+ [21], assim como lacunas significativas em termos de testagem nesta faixa etária [22]. Dados do PEPFAR em Moçambique indicam uma menor retenção ao TARV aos 12 meses em adolescentes (58% na faixa etária 15-19 anos; 64% na faixa 10-14 anos) comparativamente à população HIV+ em geral (67%) [23].

Especificamente para as adolescentes grávidas HIV+, um estudo realizado em Moçambique a um grande grupo de mulheres que iniciaram o TARV como Opção B+ [10] constatou que a faixa etária dos 15-19 anos apresenta um risco acrescido de abandono. Dados notificados mensalmente dos serviços de SMI em Moçambique em 2018 mostraram que 23% das mulheres grávidas que recebem cuidados pré-natais tinham 15-19 anos no momento do registo.

2.3 Sífilis

Estudos levados a cabo em Moçambique nas últimas duas décadas constataram uma prevalência da Sífilis em mulheres em idade reprodutiva entre 0,3% e 12% [24, 26, 27,28] e nas mulheres grávidas entre 4,9% e 10,9% [26,29,31]. Em dois estudos [27,28] realizados na mesma unidade sanitária – SAAJ do Hospital Central de Maputo – com um intervalo de sete anos, constatou-se uma redução na prevalência em mulheres jovens (2,3% para 0,3%). Pode ser encontrada uma tendência semelhante ao analisar os dados notificados pelo país à OMS quanto à percentagem de pessoas positivas para a Sífilis que frequentaram as CPN no período de 2008-2017 [30], com uma prevalência mediana anual de 6,4% no período de 2008-2012 e 4,1% no período 2013-2017.

Historicamente, a Sífilis Congénita foi analisada em vários estudos realizados em Moçambique, em especial tendo em conta o seu efeito nos nados mortos. Embora um estudo realizado no início da década de 90 [32] em Maputo tenha constatado retrospectivamente que 42% das mulheres com morte fetal no 3° trimestre tinham Sífilis (versus 12% nos controlos), um outro realizado em 2011 em Tete [31] não encontrou qualquer associação entre o risco de nados mortos e o estado de Sífilis durante a gravidez (provavelmente devido a um melhor manejo pré-natal da infecção pela Sífilis).

Dados contidos em relatórios anuais do Programa Nacional do ITS-HIV/SIDA [2] mostram um aumento significativo na testagem da Sífilis nas CPN (46% das mulheres grávidas que vão às CPN fizeram o teste em 2014, 78% em 2018), com uma prevalência que se manteve estável em 4-5% (Cabo Delgado constitui uma excepção, com uma prevalência de 9-11% nos últimos anos). A cobertura da testagem varia imenso em todo o país, com as províncias do Niassa, Nampula e Zambézia a alcançarem menos de 75% e Maputo Província e Maputo Cidade a atingirem mais de 95% das mulheres que fizeram o teste da Sífilis nas CPN em 2018 (Figura 6). A cobertura do tratamento da Sífilis, com três doses de Penicilina Benzatínica, foi de 75% em 2018.

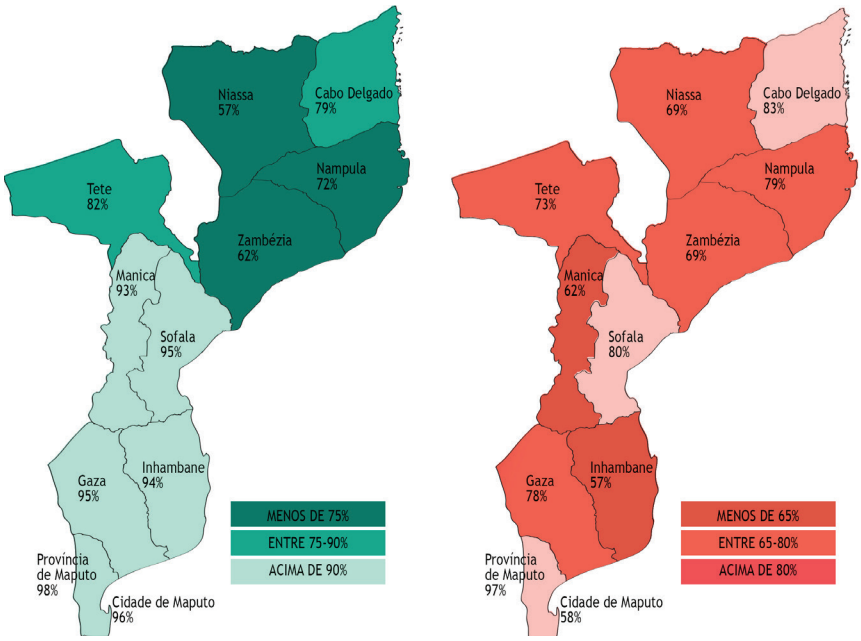


Figura 6:

A: Cobertura da testagem da Sífilis por província 2018;

B: Cobertura do tratamento da Sífilis entre as que tiveram resultado positivo nas CPN 2018

2.4 Hepatite B

Os dados epidemiológicos sobre a Hepatite B são limitados em Moçambique. Um estudo realizado em 2009-2011 numa clínica para jovens em Maputo constatou uma prevalência de 12,2% [33]. Contudo, dados recentes obtidos do Banco de Sangue e de um estudo da MSF no Hospital do Chamanculo entre mulheres grávidas constatou uma prevalência de cerca de 3,5-4%. Um estudo de modelagem realizado em finais de 2018 pelo Center for Disease Analysis Foundation (CDAF), estimou que a prevalência do antígeno de superfície da Hepatite B (HBsAg) em Moçambique situava-se entre 5,0% e 8,7% em 2017, com base em opinião especializada e na revisão da literatura.
No que diz respeito ao Carcinoma Hepatocelular (CHC), os dados também são escassos. Foram diagnosticados 336 casos no Hospital Central do Maputo (HCM) no período 2015-2017, sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino, situados na faixa etária de 21-40 anos. Num estudo retrospectivo sobre as tendências do cancro em Maputo [34], o cancro do fígado foi identificado como o terceiro mais comum entre indivíduos do sexo masculino.

Uma avaliação da situação da Hepatite B em Moçambique, levada a cabo por uma equipa chefiada pela OMS em Novembro de 2018 [3], constatou que existem algumas estratégias e políticas de prevenção no país, incluindo a vacinação contra a HB [3 doses como parte da vacina Pentavalente, sem incluir a dose da vacina para recém-nascidos], com uma cobertura acima dos 95% e protocolos de transfusão de sangue / segurança de injecções. A testagem da HB só estava disponível no Banco de Sangue e numa consulta de especialidade no HCM, não havendo nenhum programa nacional de triagem ou tratamento. As principais recomendações da avaliação incluíram a elaboração de um Plano Estratégico Nacional da Hepatite Viral, a introdução da dose da vacina da HB para recém-nascidos, a utilização das plataformas point of care (POC - ponto de atendimento) NAT (ex. GeneXpert) para a expansão do diagnóstico e tratamento e a aquisição de produtos, incluindo a monoterapia com TDF.

O modelo da CDAF acima mencionado estimou que se não houvesse nenhuma mudança nas actuais políticas de tratamento e prevenção do VHB, a prevalência reduziria de 2,0 milhões de infecções (prevalência de 6,9%) em 2017 para 1,8 milhões infecções (prevalência de 4,3%) até 2030 e o número de mortes por causas hepáticas, da incidência CHC e da cirrose descompensada aumentaria em 50-65%. Num cenário de uma dose da vacina ao nascimento para recém-nascidos a começar em 2022 – e a atingir uma cobertura de 95% um ano mais tarde – seriam evitados 29.500 casos agudos e 25.400 crónicos do VHB até 2050 e a prevalência no seio de crianças de cinco anos reduziria para 0,15% até 2030. Se o tratamento antiviral fosse introduzido para todas as mães HBsAg+ (independentemente da carga viral), seriam evitados 47.400 casos agudos e 40.700 crónicos do VHB até 2050 e a prevalência em crianças de cinco anos reduzira para 0,09% até 2030.

No cenário mais provável de implementação da dose da vacina ao nascimento para recém-nascidos em Moçambique, a começar depois de 2022, não seriam constatadas quaisquer mudanças na prevalência em crianças de cinco anos antes de 2028 no modelo da CDAF (com uma redução na prevalência a começar um pouco mais cedo se os antivirais também fossem implementados para todas as mães HBsAg+).

3. Contexto

3.1 Quadro de Políticas

A nível Global, o Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique 2020-2024 está alinhado com:

- Estrategia de *Start Free, Stay Free, AIDS Free*: Um quadro super acelerado para acabar com o SIDA em crianças, adolescentes e mulheres jovens até 2020
- Orientação global sobre os critérios e processo de validação: eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e Sífilis, OMS 2017
- Estratégias Sectoriais Globais sobre o HIV, ITS e Hepatite Viral 2016-2021, OMS
- A nível nacional, o Plano baseia-se e foi alinhado com os seguintes Planos:
  - » Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019
  - » Plano Estratégico Nacional de resposta ao HIV 2015-2019 (PEN IV)
  - » Plano Estratégico de Aceleração do Tratamento e Prevenção do HIV para Moçambique 2013-2017
  - » Plano de aceleração, 2018-2020
  - » Plano de Acção Estratégico para a Prevenção e Controlo de ITS 2018-2021

3.2 Princípios Orientadores

O Plano baseia-se nos seguintes princípios:

- Direitos humanos: as estratégias, actividades e serviços incluídos neste Plano devem ser implementados de uma forma que proteja e respeite os Direitos Humanos dos seus beneficiários;
- Igualdade de género: o Plano deve fazer parte de um esforço a longo prazo de combater as normas culturais que mantêm a desigualdade de género. O Plano apoia igualmente um maior envolvimento de parceiros do sexo masculino durante a gravidez e a primeira infância, com o esforço comum de proteger a saúde do recém-nascido;
- Equidade: prevenir infecções no recém-nascido contribuirá para o ideal de equidade de saúde: dar a todos uma oportunidade justa de realizar o seu pleno potencial de saúde;
- Envolvimento da sociedade civil: as mulheres em idade reprodutiva (em especial as que vivem com o HIV) e seus parceiros, os principais beneficiários deste Plano, devem estar envolvidos na elaboração, implementação e monitoria do Plano.

3.3 Estratégias globais do momento para ETV do HIV, Sífilis e Hepatite B

Baseando-se, em parte, no legado do Plano Global de eliminação de novas infecções pediátricas pelo HIV no contexto dos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável, em 2016 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou três novas estratégias de saúde global da OMS sobre o HIV, infecções de transmissão sexual e hepatite. Estas estratégias apelavam aos Estados Membros e à OMS que trabalhassem em conjunto rumo às metas de zero novas infecções pelo HIV em crianças até 2020, eliminação da Sífilis Congénita como uma ameaça à Saúde Pública até 2030 e prevalência inferior a 0,1% de HBs Ag em crianças até 2030.

O esforço coordenado baseou-se no facto de que os tipos de intervenções necessários para prevenir a TV do HIV eram semelhantes aos necessários para prevenir a transmissão vertical da Sífilis e da Hepatite B, o que tornou uma abordagem integrada altamente

viável (ver a Caixa 1).

No caso do HIV e da Sífilis, a OMS também publicou em 2014 directrizes sobre os critérios e processos com vista a TV como um problema de Saúde Pública. Na segunda edição desse documento, foram definidos novos critérios para reconhecer países muito afectados que não atingiram as metas de eliminação, mas estão no "caminho da eliminação". Esta certificação é organizada num sistema de 3 níveis (ouro, prata, bronze), com indicadores de impacto e processo associados.

Várias regiões desenvolveram quadros para coordenar os esforços nacionais com vista à tripla eliminação e até agora, onze países (nenhum deles é muito afectado por qualquer das duas doenças) tinham sido validados por atingirem a eliminação da TV.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde de Moçambique decidiu juntar-se a esta iniciativa global integrando a eliminação da transmissão vertical da Sífilis e da Hepatite B como parte do novo Plano para eliminação da TV do HIV.

Prevenir a TV da Sífilis e da Hepatite B
Porque é importante e o que podemos fazer?

SÍFILIS:

- Mais de 50% das gravidezes em mulheres com Sífilis activa resultarão em nados mortos, morte neonatal precoce, baixo peso à nascença ou infecção neonatal grave. O risco de TV da Sífilis é maior em mulheres com Sífilis Precoce e ocorre normalmente entre as 16-28 semanas de gravidez;
- A triagem sistemática através de teste não-treponémico na primeira consulta pré-natal (de preferência antes das 16 semanas) e, de novo, no 3° trimestre para as negativas e tratamento imediato com pelo menos uma dose de Penicilina Benzatinica 2,4 M UI reduz significativamente o risco de TV da Sífilis [36];
- O caso de vigilância é definido nos documentos de orientação da OMS para a eliminação [35] e considera como casos de Sífilis Congénita (SC) todos os partos (incluindo os nados mortos) nascidos de mulheres com uma serologia positiva da Sífilis não tratada E todos os partos e crianças <2 anos com evidências laboratoriais ou clínicas de Sífilis Congénita.

HEPATITE B:

- A transmissão da Hepatite B (HB) logo no início da vida está associada a um maior risco de infecção por Hepatite B Crónica (HBC). A TV da HB ocorre essencialmente na altura do parto. O risco é acrescido nas mulheres com uma elevada replicação viral do VHB (normalmente HBe Ag positivo), que pode transmitir a infecção aos seus recém-nascidos em até 90% dos casos [41];
- A OMS recomenda que se ofereça o teste de HBsAg a todas as mulheres grávidas na CPN, assim como aos parceiros em contextos com uma prevalência de HBC > 2%. Para melhorar o acesso nos casos em que a capacidade laboratorial é limitada, recomenda-se o uso do teste rápido de diagnóstico (TRD). Não é necessário fazer um teste de confirmação;
- A primeira dose da vacina da Hepatite B no recém-nascido (dentro de 24 h) é largamente reconhecida como a estratégia mais eficaz de prevenção da TV da HB. O actual calendário de vacinação em Moçambique (aos 2, 3 e 4 meses) não previne a transmissão vertical da HB;
- As recomendações actuais de se iniciar o tratamento antiviral em pacientes com HBC inclui o diagnóstico da cirrose ou uma combinação de resultados laboratoriais (incluindo VHB DNA, ALT e plaquetas) acima de limites específicos;
- Foram usados antivirais (especialmente Tenofovir) para prevenir a TV em mulheres grávidas com HBC, mas a actual recomendação limita-se às mulheres com carga viral elevada (VHB DNA > 200.000 UI/ml) [37];
- As Directrizes actuais da OMS sobre a Hepatite B não incluíram uma recomendação formal sobre o uso de TDF para a prevenção da TV devido a evidências limitadas e ao acesso restrito a carga viral do VHB em países de baixa e media renda. Espera-se para breve a nova orientação da OMS sobre esta matéria.

4. Visão, Metas e objectivos

VISÃO:

Um Moçambique livre da transmissão vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B

METAS:

- Cobertura de Consulta Pré-natal (pelo menos uma consulta): ≥ 90%
- Cobertura de testagem de HIV e Sífilis na mulher grávida: ≥ 90%
- Cobertura de TARV na mulher grávida : ≥ 90%
- Cobertura de tratamento da sífilis na mulher grávida: ≥ 90%

OBJECTIVOS PRINCIPAIS

(a serem alcançados a nível da população até 2024)

1. Reduzir a transmissão vertical do HIV para menos de 5%

2. Reduzir a incidência de novas infecções pediátricas pelo HIV devido à transmissão vertical do HIV para menos de 750 casos por 100.000 nascimentos vivos

3. Reduzir a incidência da Sífilis Congénita para menos de 750 casos por 100.000 nascimentos vivos

4. Reduzir a prevalência do HBsAg em crianças de 5 anos para menos de 0,5%

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS E RESULTADOS ESPERADOS

ÁREA ESTRATÉGICA	ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS	RESULTADOS ESPERADOS
Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) do HIV	1. Aumentar as intervenções biomédicas para a prevenção primária do HIV e das ITS 2. Promover a paternidade responsável em casais que vivem com o HIV 3. Manter sempre as mulheres em idade reprodutiva (MIF) com carga viral indetectável 4. Garantir que as crianças expostas ao HIV sejam diagnosticadas e iniciem o TARV o mais rápido possível	• Atingir uma cobertura de testagem 95% para o HIV em MG • Atingir 90% de cobertura TARV em MG HIV+ • Atingir uma cobertura de 50% de colheita de CV em MG e ML HIV+ em TARV • Atingir 90% de supressão viral em MG/L em TARV
Eliminação da TV da Sífilis	5. Prevenir a sífilis congénita através do fortalecimento da cadeia de distribuição e da prestação de serviços	• Atingir uma taxa de cobertura de 90% de testagem para Sífilis em MG • Atingir uma cobertura de 90% de tratamento para Sífilis na MG
Eliminação da TV da Hepatite B	6. Implementar as intervenções mais eficazes com vista a reduzir a TV da hepatite B priorizando a sustentabilidade	• Iniciar a implementação e conseguir a cobertura da vacinação contra o vírus Hep B à nascença em mais de 90% • Atingir uma cobertura de 3ª dose de 90% na vacinação durante a infância
Áreas transversais	7. Prestar serviços de SMI de qualidade 8. M&A: maior uso, focado nos resultados e diferença geográficas	• Atingir uma cobertura de CPN de 95%

5. Orientações estratégicas

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 1: EXPANSÃO DAS INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS PARA A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO HIV E ITS

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar a aceitação, disponibilidade e o uso do preservativo para a prevenção do HIV em mulheres em idade reprodutiva	Implementar a campanha Nacional de Comunicação com vista a promover o uso do preservativo	
	Fortalecer a distribuição do preservativo nas comunidades	Fortalecer a cadeia de distribuição do preservativo em coordenação com o CNCS (tomando em consideração o mapeamento de novos pontos de distribuição)
		Aumentar o envolvimento dos Agentes Polivalentes Elementares (APE), educadores de pares, ACS, activistas do programa Geração BIZ, MM) na distribuição do preservativo
		Envolver MM como parte desta estratégia de distribuição do preservativo na comunidade (parte do esforço com vista a evitar a estigmatização de MM, caso se esteja a trabalhar com mulheres HIV+)
		Aumentar os pontos de distribuição direccionados às mulheres (mercados, lojas) para garantir a acessibilidade
		Garantir que a distribuição do preservativo seja feita em todas as actividades de saúde na comunidade
		Combater as barreiras legais / culturais relacionadas com o acesso ao preservativo nas escolas secundárias, em diálogos com os conselhos de escola, adolescentes e outros actores do sistema de Educação
	Reforçar a educação sanitária sobre a promoção do preservativo a todos os níveis nos centros de saúde (CS)	Realizar Cursos de reciclagem para os conselheiros, MM, APE sobre a promoção do preservativo
		Realizar Formação em trabalho de profissionais de saúde sobre estratégias de comunicação para melhorar a aceitação do uso do preservativo
	Fortalecer as aquisições / cadeia de distribuição para garantir a satisfação da demanda	

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
2. Aumentar o uso da PrEP em mulheres em risco de infecção pelo HIV, garantindo a adesão	Oferecer PrEP a mulheres grávidas (MG) seronegativas com parceiro HIV+ durante a gravidez / pós-parto	Avaliar o impacto na infecção pelo HIV (e adesão) das actividades de PrEP realizadas em locais específicos para casais serodiscordantes, PC (Populações Chave) e adolescentes e jovens adultos para orientar a expansão
	Avaliar o uso da PrEP noutros grupos com base em evidências actuais do estudo randomizado controlado feitos no nosso contexto	
3. Prevenir novas infecções pelo HIV/ Sífilis e hepatite durante a gravidez e pós-parto	Integrar mensagens sobre o risco acrescido de infecção pelo HIV para mulheres grávidas e lactantes (MGL) seronegativas e como preveni-la no aconselhamento pós-testagem, conversas sobre a saúde nas US e acompanhamento nas consultas regulares pré-natais, CCS, SAAJ	Realizar formações em trabalho sobre o risco acrescido de infecção por HIV em MG/L para enfermeiros, conselheiros, AMG/TMG, ênfase durante a mentoria / supervisão
	Reforçar a testagem dos parceiros do sexo masculino para identificar casais serodiscordantes	
	Garantir uma abordagem abrangente para casais serodiscordantes (seronegativos do sexo feminino) durante a gravidez / pós-parto, incluindo preservativos, PrEP, se estiver disponível, início imediato do TARV pelo parceiro	
	Reforçar a retestagem do HIV durante a gravidez e a amamentação	Monitorar a retestagem nas consultas pré-natais e CCS durante a supervisão e apoio técnico
		Alterar as Directrizes Nacionais a fim de alargar a recomendação da retestagem de 3 em 3 meses durante o período pós-parto
		Considerar testes de diagnóstico combinados do HIV/Sífilis/ Hepatite B nos cuidados pré-natais,
4. Aumentar o grau de sensibilização em relação à prevenção de ITS e Sífilis	Reforçar as mensagens sobre a prevenção de ITS nas unidades sanitárias e na comunidade, incluindo escolas	Garantir a disponibilidade de materiais de IEC para prevenção de ITS na comunidade, incluindo escolas e outros locais de grande concentração de adolescentes (SMS BIZ, cantinhos escolares)
		Realizar Formações para APE e professores na prevenção de ITS e Sífilis

5. Aumentar o financiamento nos programas de Prevenção, incluindo a promoção do preservativo	Advocacia (através de organizações da sociedade civil coordenadas pelo CNCS) para aumentar os fundos domésticos e atrair parceiros / grupos de pesquisa interessados na prevenção	

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 2: PROMOVER A PATERNIDADE RESPONSÁVEL EM CASAIS QUE VIVEM COM O HIV

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar participação do parceiro em questões de saúde da mulher e criança e da família no geral	Reforçar o engajamento masculino	Implementar a estratégia de engajamento masculino (MISAU)
2. Aumentar o número de mulheres HIV+ com supressão viral antes de engravidarem	Introduzir mensagens sobre a relação entre a carga viral (CV) e a transmissão vertical no aconselhamento oferecido às mulheres HIV+ nos Serviços de SMI, PF e TARV	Garantir que as mensagens também estejam direccionadas aos parceiros do sexo masculino.
	Reforçar a literacia do tratamento a nível das unidades sanitárias e das comunidades sobre a importância da CV na PTV	
	Garantir o aconselhamento sobre a CV antes da gravidez nos protocolos de aconselhamento	
3. Reduzir as necessidades não atendidas de PF	Incluir a CV como critério para o planeamento da gravidez	
	Reforçar a integração do PF noutras áreas de cuidados incluindo serviços TARV oferecendo aconselhamento e disponibilizando métodos de longa duração e reversíveis	Realizar Formação, mentoria e supervisão dos provedores de saúde em integração do PF e do HIV
		Fortalecer a colecta e notificação de dados
	Promover a protecção dupla	Promover o uso de preservativo junto com outros métodos modernos de PF

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 3: MANTER SEMPRE AS MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA (MIR) COM SUPPRESSÃO VIRAL

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar o número de mulheres adolescentes e jovens HIV+ que são diagnosticadas antes da gravidez	Incrementar a testagem do HIV nos SAAJ, garantir o início do tratamento ARV e serviços de PF	Realizar formações para provedores de saúde em matéria do pacote de SAAJ
		Realizar sessões de educação para os adolescentes sobre a testagem do HIV, PF e outros serviços disponíveis nos SAAJ
	Reforçar a implementação do pacote de Reforcar a implementacao de um pacote de servicos para raparigas adolescentes e mulheres jovens nas US sem SAAJ. nas unidades sanitárias sem SAAJ	
	Criar demanda para testagem do HIV nas escolas secundárias	Reforçar a ligação entre o aconselhamento na escola (cantinhos de aconselhamento) e a testagem nos SAAJ
		Referir adolescentes e jovens estudantes para aconselhamento e testagem nas US
	Aumentar a testagem do HIV entre os jovens fora da escola	Organizar a testagem em eventos direccionados aos jovens e adolescentes
2. Melhorar a gestão do HIV das MIR fora dos serviços de SMI	Reforçar a coordenação entre os serviços de SMI e TARV na US	Garantir a transição suave entre os serviços de CCR e de TARV para as mulheres com alta após o diagnostico definitivo da criança (incluindo o acompanhamento da paciente na primeira consulta nos serviços de TARV)
		Discutir com a paciente as diferentes opções de MDS disponíveis antes da transferência da clínica de SMI para o TARV
		Colocar um médico da US para apoiar os serviços de SMI na interpretação e acompanhamento dos casos com CV alta e de gestão difícil
		IIncluir tecnicos de medicina geral nas formacoes em materia de SMI organizadas para as ESMI
	Aumentar o nível de apoio prestado aos serviços de TARV na US	
	Aumentar a testagem da CV para as MIR nos serviços de TARV	Considerar as MIR como um grupo prioritário para a monitoria da CV nos Serviços de TARV
		Definir metas por unidade sanitária para os testes de CV feitos às MIR nos Serviços de TARV

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
3. Aumentar o número de mulheres HIV+ com monitoria da CV durante a gravidez e amamentação	Reforçar as mensagens sobre a monitoria da CV e o seu significado para a PTV no aconselhamento às grávidas e lactantes seropositivas nos SAAJ, CPN, CCR e PF	Integrar a monitoria da CV no conteúdo do aconselhamento dos conselheiros, MM. Incluir nos cursos de reciclagem / supervisão
	Oferecer monitoria da CV a todas as mulheres grávidas e lactantes elegíveis na SMI	Simplificar o cronograma de testagem da CV (considerar a sincronização com a testagem de DPI das crianças expostas: 1 m, 9 m, 18 m)
		Integrar a cobertura do teste de CV e os indicadores de carga viral indetectável durante a gravidez no Plano de M&A do HIV
		Garantir que o teste de CV seja pedido na primeira consulta pré-natal, independentemente da data do teste anterior para as mulheres em TARV na inscrição
		Continuar o uso de indicadores sobre a cobertura da CV pelo directriz de MQ
		Realizar a revisão periódica dos processos clínicos para identificar mulheres grávidas elegíveis que não fizeram o teste de CV
	Reduzir o tempo desde a recolha das amostras até à disponibilidade de resultados (tempo de retorno de resultado) durante a ida à consulta	Fazer o levantamento das áreas com um tempo de retorno de resultado prolongado e coordenar com o DCL para expandir o DISA-LINK
		Implementar estas actividades através de intervenções da Directriz de Melhoria de Qualidade nas unidades sanitárias
		Usar as sms printer para enviar os resultados da CV dos laboratórios provinciais ou central
	Eliminar gradualmente a testagem do CD4 (excepto a linha de base)	Implementar orientações para a eliminação gradual da testagem do CD4 e divulgar através através de formações e materiais de apoio, a serem usados na US
	Notificar os dados sobre toda a cascata de testagem da CV e da carga viral indetectável a nível da unidade sanitária	
	Eliminar completamente os regimes da Opção A nas CPN,	
4. Reduzir o número de mulheres em falência terapêutica que permanecem na primeira linha do TARV	Simplificar o processo de diagnóstico da falência virológica e mudar para a 2ª linha	Rever o algoritmo de CV para retirar a necessidade do 2º teste para as mulheres grávidas com CV> 1000 cópias, se estiver em TARV de longa duração e tiver uma boa adesão
		Passar para um processo mais descentralizado de pedido de mudança para o TARV de 2ª linha, para decisões tomadas a nível do distrito ou da unidade sanitária

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
5. Melhorar a retenção no TARV durante a gravidez e amamentação	Reforçar a implementação do pacote de APSS da SMI	Realizar formação e mentoria do pessoal da SMI em matéria do pacote de APSS/PP
	Alargar o programa de mães mentoras	Concluir o pacote de formação nacional, incluindo os indicadores centrados nos resultados para a M&A
		Promover a Integração de outros familiares que possam desempenhar um papel na revelação diagnostica e adesão de MG/L ao TARV (ex.: sogras)
		Formação de Formadores a nível provincial para alargar a estratégia de MM
	Expandir os serviços SAAJ, incluindo cuidados de TARV	Expandir os SAAJ com serviços de TARV a todas as unidades sanitárias de grande volume
		Operacionalizar a abordagem "Paragem Única" nos serviços SAAJ
		Avaliar o impacto nos resultados de TARV nos adolescentes através da desagregação de dados clínicos de pacientes com HIV, ou Pesquisa Operacional
	Usar os dados sobre a retenção/ CV a nível das unidades sanitárias para monitorar o progresso das intervenções	Expandir os SAAJ com serviços de TARV a todas as unidades sanitárias de grande volume
	Remover as barreiras registadas na prestação de serviços que possam afectar a retenção	Operacionalizar a abordagem "Paragem Única" nos serviços SAAJ
		Avaliar o impacto nos resultados de TARV no seio dos adolescentes através da desagregação de dados clínicos de pacientes com HIV, ou Pesquisa Operacional
6. Prevenir a transmissão vertical (TV) durante o período pós-parto	Integrar informação sobre o risco de TV durante o período de amamentação nas mensagens de aconselhamento das enfermeiras de SMI, conselheiras, MM	Realizar mentoria clínica / supervisão sobre os critérios e a importância da repetição do teste do HIV durante a gravidez / pós-parto para mulheres seronegativas
		Realizar mentoria clínica / supervisão sobre a importância da realização do teste rápido aos 9, 18 m para o criança exposta e CV pós-parto após 3 m para a mãe HIV+
	Fortalecer a monitoria da PTV durante o período de amamentação	Reforçar a notificação de crianças expostas com o teste rápido efectuado (e positividade) aos 9, 18 meses e incluir essa informação na cascata geral do Diagnostico Precoce Infantil (DPI)
	Usar profilaxia reforçada (NVP 12 semanas + AZT 6 primeiras semanas) para as crianças expostas	Realizar Formação e mentoria do pessoal da SMI sobre a profilaxia reforçada

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 4: GARANTIR QUE AS CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV SEJAM DIAGNOSTICADAS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar a cobertura de DPI na população	Reforçar o papel das MM / conselheiros leigos para aumentar a ligação CPN-Maternidade-CPP-CCR	Aumentar a criação de grupos de Mães Mentoras, incluindo mensagens sobre a importância do DPI e seguimento na CCR
		Reforçar as mensagens essenciais das MM antes da alta da Maternidade e na CPP sobre a importância do DPI e seguimento na CCR
	Aumentar a capacidade de identificação de crianças expostas noutros pontos de entrada da US e na comunidade	Reforçar a identificação e referência das crianças expostas para a CCR, CCS/PAV, triagem usando as estratégias actuais de ligação (lembretes da ficha da criança, acompanhamento, cartões de ligação e algoritmos de testagem para a elegibilidade à testagem do HIV)
		Reforçar o papel das Parteiras Tradicionais (PT) para referirem mulheres HIV+ ao parto institucional e quando tal não for possível, após o parto para a profilaxia e DPI
	Fortalecer o rastreio activo das crianças expostas com perda de seguimento	Rastrear as mães HIV+ identificadas e registadas na CPN, CPP ou Maternidade que não frequentam a CCR através das MM e outros actores comunitários incluindo APE
2. Aumentar o diagnóstico do HIV nas crianças infectadas após o PCR negativo inicial	Monitorar a cascata do DPI até ao diagnóstico definitivo e à alta da criança da CCR	Criar novos indicadores na CCR (crianças expostas com teste rápido aos 9 meses) e resultados do testes aos 9 m e 18 m como parte da cascata do DPI
	Aumentar o número de crianças expostas com diagnóstico definitivo	Realizar Educação contínua aos cuidadores sobre o diagnóstico e tratamento do HIV ao longo da cascata
	Garantir o funcionamento dos equipamentos TSD de DPI POC no CS (reposição de equipamento, manutenção, consumíveis, etc.)	

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 5: PREVENIR A SÍFILIS CONGÉNITA ATRAVÉS DO FORTALECIMENTO DA CADEIA DE DISTRIBUIÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar a cobertura da Testagem e Tratamento da Sífilis em MIR (Mulheres em Idade Reprodutiva)	Aumentar o grau de sensibilização e capacitação a nível comunitário para a prevenção da TV da Sífilis	Capacitar os membros dos Comités de Saúde em actividades de prevenção da TV da Sífilis e disponibilizar material de IEC
		Integrar actividades de prevenção da TV da Sífilis e disponibilizar material de IEC nos Comités de Saúde
		Incluir actividades de prevenção da TV da Sífilis e disponibilizar material de IEC para as mães mentoras relacionadas com a sífilis
	Aumentar a testagem e tratamento da Sífilis em MIR, incluindo adolescentes e jovens antes da gravidez	Realizar triagem clínica de ITS nos SAAJ, PF
		Realizar a testagem da Sífilis, sempre que for indicado nos SAAJ e PF
		Realizar sessões de sensibilização em relação à importância do rastreio para as MIR na comunidade (palestras sobre a saúde, rádios comunitárias)
	Garantir a qualidade do aconselhamento e testagem da Sífilis	Realizar Formação em trabalho sobre o aconselhamento e testagem da Sífilis para as enfermeiras de SMI e conselheiras
		Imprimir e distribuir materiais de apoio para o aconselhamento e testagem da Sífilis
		Integrar a Sífilis no pacote de mentoria para o aconselhamento e testagem
2. Zero rupturas de estoque dos produtos destinados à testagem, tratamento e seguimento da Sífilis em mulheres grávidas e crianças expostas	Garantir estoque suficientes de testes de Sífilis, melhorando crucialmente a notificação do consumo a nível das unidades sanitárias	Formação em trabalho para enfermeiras de SMI, supervisão intensiva a nível distrital / provincial sobre gestão de estoque
		Realizar Verificação periódica das ferramentas de consumo e processos clínicos para identificar discrepâncias
	Garantir estoque adequados de antibióticos para o tratamento da Sífilis	Incluir a cobertura de testagem da Sífilis nas metas anuais de Melhoria de Qualidade (MQ)

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
3. Identificar e tratar casos de Sífilis congénita em crianças expostas à Sífilis	Integrar o seguimento das crianças expostas à Sífilis na CCR	Implementar novas directrizes sobre a gestão das crianças expostas à Sífilis na CCR
		Formar profissionais de saúde em novas directrizes sobre a manejo de crianças expostas à Sífilis
	Integrar o seguimento / rastreamento das crianças expostas à Sífilis nas actuais actividades realizadas nas US e na comunidade	Realizar rastreamento activo de crianças expostas à Sífilis e não registados na CCR pelas MM
	Garantir o tratamento de casos de Sífilis Congénita	Disseminar as directrizes e realizar acções de formação em trabalho
	Integrar a eliminação da Sífilis na formação e nas actividades de M&A na SMI	Desenvolver um pacote de formação sobre as novas actividades de eliminação da PTV e manejo da Sífilis Congénita
		Incluir o conteúdo das novas directrizes e recomendações nos curriculos dos centros de formação pessoal de saúde
		Formar enfermeiras e outro pessoal em SMI (nas novas directrizes referentes à Sífilis Congénita, em especial o diagnóstico do CS, de acordo com as definições de casos de vigilância e seguimento das crianças expostas à Sífilis na CCR
ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 6: IMPLEMENTAR AS INTERVENÇÕES MAIS EFICAZES PARA REDUZIR A TV DA HEPATITE B, PRIORIZANDO A SUSTENTABILIDADE		
1. Integrar a dose à nascença da Hepatite B no calendário de vacinação	Coordenar com o PAV para avançar no processo de inclusão da vacina de Hepatite B no calendário de vacinação e no financiamento para iniciar a implementação o mais rápido possível	Apresentar a proposta de inclusão da vacina de Hepatite B no calendário de vacinação ao Grupo Técnico do PAV e ao ("Comité de peritos de imunização") para se obter uma recomendação positiva
		Preparar um pedido de financiamento ao GAVI com a proposta de inclusão da vacina de Hepatite B no calendário de vacinação (a ser submetido para a nova estratégia, que arranca em 2020) ou encontrar formas alternativas de financiamento

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
2. Iniciar a testagem com HBsAg nas CPN assim que estiver disponível um pacote básico de prevenção, diagnóstico e tratamento da Hepatite B na população em geral	Elaborar um Plano Estratégico Nacional da Hepatite Viral	Verificar a possibilidade de financiamento doméstico, iniciar um diálogo com doadores / parceiros internacionais
	Garantir financiamento para o diagnóstico e tratamento da Hepatite B (incluindo requisitos laboratoriais e TDF (Tenofovir) para os que cumprem os requisitos para o início do tratamento) antes da implementação da triagem de HBsAg nas CPN	
	Implementação progressiva da testagem de HBsAg nas CPN (e na CCR para as crianças expostas à Hep B)	
	Administrar a vacina de Hep B para todo o pessoal que trabalha nas unidades sanitárias, em paralelo com a implementação da triagem sistemática da HB nos serviços de SMI	
3. Avaliar a relação custo-eficácia no contexto de Moçambique de uso de antivirais na prevenção da TV da HB	Analisar as evidências existentes – tomando em consideração o custo da avaliação laboratorial da elegibilidade – do início de TDF no terceiro trimestre para prevenir a TV em mulheres grávidas HBsAg+	Considerar a expansão progressiva, começando pelas unidades sanitárias de grande volume e capacidade de realização dos testes laboratoriais necessários
4. Integrar a eliminação da Hepatite B na formação e actividades de M&A na SMI	Elaborar material de formação para a triagem / testagem / diagnóstico / gestão / referência de mulheres grávidas HBsAg+	Formar enfermeiras de SMI das unidades sanitárias onde a testagem / diagnóstico / tratamento da HB é alargado nas novas recomendações para mulheres grávidas com HBsAg+
		Formar conselheiros, MM (e também outros activistas e APE nas áreas de cobertura) das unidades sanitárias em que a testagem / diagnóstico / tratamento estarão disponíveis para incluir mensagens chave apresentadas durante as palestras nos CS e na comunidade
	Integrar os indicadores da eliminação HB nas ferramentas existentes (registos das CPN e CCR, relatórios mensais da unidade sanitária e indicadores de PTV)	Orientar os profissionais de saúde na recolha e interpretação de novos indicadores
	Realizar um inquérito nacional sobre a prevalência da Hepatite B em menores de 5 anos para ser usado como linha de base para a Eliminação da HB	

ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 7: FORNECER SERVIÇOS DE SMI DE QUALIDADE

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
1. Aumentar a cobertura da CPN	Aumentar o grau de sensibilização da comunidade sobre a importância dos cuidados pré-natais	Promover educação dos líderes comunitários, as parteiras tradicionais (PT) e as associações de mulheres através de palestras de saúde para divulgar estas mensagens sobre a importância dos cuidados pré-natais
		Usar as rádios comunitárias para divulgar mensagens sobre a importância dos cuidados pré-natais
		Envolver os parceiros na disseminação de mensagens sobre a importância dos cuidados pré-natais em locais que registam uma grande concentração de homens
	"Mapear" o problema da fraca cobertura das CPN (usando dados de rotina da assiduidade nas CPN vs. gravidezes esperadas por distrito e dados do IMASIDA sobre a assiduidade nas CPN)	
	Avaliar questões ligadas à acessibilidade às unidades sanitárias e apresentar estratégias, a serem incluídas nos planos anuais (construção de novas US, unidades móveis, tarifas de transporte)	
	Reportar a cobertura exacta das CPN	Rever o processo de geração de estimativas de números de gravidezes esperadas na população anualmente para calcular a cobertura das CPN, em coordenação com o programa de SMI e outros
2. Iniciar as consultas pré-natais mais cedo, logo no início da gravidez	Garantir a disponibilidade de testes de Gravidez gratuitos em CPN e incluir nas directrizes para efeitos de implementação e usá-los para um início mais cedo dos cuidados pré-natais	
	Reforçar a importância do início precoce dos cuidados pré-natais para se ter uma gravidez saudável nas palestras de saúde a nível das unidades sanitárias e da comunidade	

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
3. Fortalecer a componente de PTV na estrategia de MQ	Uso dos comites de MQ para discussao de indicadores de PTV	Garantir participacao da ESMI nas reuniões (comités de serviços clínicos) para avaliar o progresso do plano de acção que está a acontecer em todas as unidades sanitárias
		Usar as reuniões para discutir novas questões que afectam a qualidade de serviço de PTV, analisá-los e definir soluções
		Incluir em todos os planos de MQ a nível das US a organização de sessões clínicas para discutir casos de PCR positivo e identificar fracassos no processo
ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA 8: M&A: MAIOR UTILIZAÇÃO, FOCADA NOS RESULTADOS E NAS DIFERENÇAS GEOGRÁFICAS		
1. Aumentar a partilha de dados e análise conjunta de dados entre o PNC ITS,HIV/SIDA e o PEPFAR a nível central	Partilha regular de informação exaustiva e detalhada entre Programa Nacional do HIV e o PEPFAR e outros parceiros	Organizar reuniões conjuntas periódicas Programa Nacional do HIV e PEPFAR e outros parceiros para analisar / entender melhor as implicações programáticas dos dados e planificar em conjunto
	Abordar a questão das discrepâncias nos resultados dos mesmos indicadores (trabalhando no Grupo Técnico (GT) ou noutros fóruns)	
2. Aumentar o uso e a apropriação dos dados a nível periférico	Padronizar o processo de análise de dados, em coordenação com os parceiros provinciais, garantindo que todos os níveis estejam envolvidos (US, distrito, província)	
	Prestar apoio para a análise de dados a nível das unidades sanitárias	
	Verificar se as reuniões de análise de dados contidos nos relatórios mensais são realizadas em todas as unidades sanitárias e são orientadas com o intuito de melhorar a implementação das actividades	

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS	ACTIVIDADES
3. Integrar metas para a tripla eliminação no Plano de M&A do HIV e garantir a avaliação anual das metas incluídas no Plano de Tripla Eliminação	Chegar a acordo sobre um processo simples e viável para calcular cada uma das metas de Eliminação usando dados anuais de rotina ou fáceis de obter	
	Reportar com recurso às ferramentas existentes (por exemplo: Relatório Anual)	
	Integrar a análise / discussão das metas anuais do Plano de Tripla Eliminação em workshops de PTV organizados por razões operacionais / programáticas	

6. Áreas transversais

6.1 Comunidade

Os Comités de Saúde são estruturas independentes responsáveis pelas actividades de saúde nas comunidades na área de cobertura de uma unidade sanitária. O seu apoio (orçamento, formação) depende, em grande medida, dos planos dos parceiros de implementação e há a necessidade de melhorar a coordenação com estes na execução das actividades comunitárias. As rádios comunitárias são consideradas um órgão de informação com a maior penetração em Moçambique. A utilização geral pelos Serviços Distritais de Saúde dos intervalos livres alocados à educação sanitária nestas rádios é adequada, mas devem ser exploradas mais oportunidades de utilização de publicidade paga no contexto de campanhas nacionais ou na disseminação de novas mensagens de saúde destacadas neste Plano.

As Mães Mentoras (MM) tornaram-se um dos elementos fundamentais na estratégia comunitária, especialmente no que diz respeito à prevenção da TV do HIV. Existe também a percepção nos provedores de saúde que teve um impacto na retenção no TARV que em estratégias anteriores (talvez mais focadas na formação de actores comunitários, sem uma ligação forte com as unidades sanitárias) não conseguiram. O nível de implementação do programa MM é heterogéneo em todo o país e nem sempre está relacionado com as necessidades reais (ex.: percentagem de TV na província ou retenção entre mulheres grávidas), mas sim ao compromisso dos parceiros de implementação provincial ou com outros factores. Existe também a necessidade de desenvolver uma componente de M&A não centrada nas actividades realizadas, mas sim nos resultados obtidos (incluindo a retenção e a supressão da CV antes e depois da implementação do programa MM).

6.2 Adolescentes

Os serviços de prevenção e testagem do HIV, assim como de ETV – e em alguns casos serviços de TARV – para adolescentes e jovens são prestados em algumas unidades sanitárias em locais específicos designados SAAJ (Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens). O objectivo desta abordagem amiga dos jovens é ultrapassar as barreiras que os adolescentes enfrentam para ter acesso aos serviços de saúde e – no caso de indivíduos HIV+ – para melhorar a adesão ao TARV. Os desafios verificados em termos de recursos humanos e de infra-estrutura limitam a expansão deste modelo, assim como a escassez de dados para medir o seu impacto, uma vez que os resultados dos SAAJ são combinados com os dados de SMI e notificados em conjunto a nível das unidades sanitárias.

A disponibilização a nível das comunidades de testagem do HIV (e a distribuição de preservativos) aos adolescentes é uma questão controversa em Moçambique, em especial nas escolas secundárias (apesar de um quadro jurídico que não exige o consentimento parental nessa idade). As actuais actividades destinadas aos adolescentes nas escolas incluem palestras sobre saúde, "professores amigos" e apoio de educadores de pares, com referência aos SAAJ para a testagem do HIV e outros serviços.

Uma outra intervenção significativa relacionada com o HIV e adolescentes em Moçambique é a "Geração BIZ", um programa que conta com o apoio do UNICEF e outros parceiros,

cujo foco incide na Saúde Reprodutiva e na prevenção do HIV em adolescentes jovens. O programa lançou em 2017 a plataforma "SMS-BIZ", com o objectivo de melhorar o acesso à informação compreensiva e personalizada sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e a prevenção do HIV através de SMS (mais de 230.000 adolescentes e jovens foram registados no sistema em Junho de 2019).

O programa PEPFAR DREAMS será expandido a nove distritos de Moçambique no ano fiscal 2018, focado na expansão dos serviços amigos dos jovens, no aumento de educadores de pares em grupos de apoio, na prestação de apoio aos parceiros para a revelação em casais discordantes e na incorporação da distribuição comunitária do TARV nas brigadas móveis de prestação de serviços existentes.

6.3 Cadeia de Distribuição / Farmácia:

A revisão de meio-termo do PEN IV constatou, como aspectos positivos nesta área, a disponibilidade de medicamentos para o HIV na Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM), a existência de um sistema do controlo do inventário manual e informatizado e modalidades de transporte aceitáveis para a distribuição de produtos e capacidade de armazenamento em quatro armazéns de distribuição regionais (Maputo, Matola, Beira e Nampula), assim como a transição para novos medicamentos para o tratamento de HIV (incluindo DTG e ATV/r), assim como novas formulações pediátricas e a eliminação gradual de regimes antigos, em conformidade com as recomendações da OMS.

No entanto, a persistência de um sistema de seguimento do consumo dos pacientes em papel, com problemas de qualidade de dados e a interrupção da cadeia de distribuição a causar rotura de estoques de alguns produtos, foram aspectos identificados como lacunas a serem corrigidas. As recomendações que também serão cruciais para a implementação de Plano incluíram as seguintes:

- Acelerar o processo de migração para um único sistema electrónico de seguimento do consumo dos pacientes
- Garantir o financiamento adequado e sustentável de produtos de saúde, com o envolvimento do MISAU e parceiros
- Acelerar a implementação do actual Plano Estratégico da Logística Farmacêutica (PELF).

6.4 Recursos Humanos

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (PDRHS) define cinco prioridades, nomeadamente reduzir o peso da Malária, TB e HIV e reduzir a mortalidade materna e neonatal, com uma visão de Recursos Humanos para a Saúde (RHS) competentes, disponíveis e distribuídos equitativamente para a prestação de serviços de qualidade à comunidade. O rácio de médicos e enfermeiros (incluindo enfermeiras de SMI) por 100.000 habitantes era de 55 em Moçambique em 2015, longe das recomendações da OMS. A meta definida para 2025 para este rácio no PDRHS é de 66. Especificamente em relação às enfermeiras de SMI, o PDRHS definiu uma meta de 7.543 até 2025 (de 5.159 em 2015), o que correspondia a um aumento de 46% em termos absolutos, mas representando apenas 63% das necessidades estimadas para o país.

Em relação aos RHS, o GFF-IC propõe a revisão do curriculum de formação das enfermeiras de SMI, incluindo a melhoria em áreas recentemente abrangidas pela formação continua (para reduzir o absentismo), a distribuição e colocação de enfermeiras de SMI de modo

a incluir critérios de volume de trabalho e visitas de supervisão mais "formativas", acompanhadas por visitas de mentoria de "pares" [5].

O GFF-IC estimou uma necessidade de mais 2.000 enfermeiras de SMI até 2021 com base numa demanda acrescida de PF e no crescimento populacional, que é consistente com a previsão do PDRHS. No que diz respeito à fraca motivação dos profissionais de saúde, a proposta era incluir incentivos não monetários, nomeadamente melhorias na distribuição, supervisão e formação especializada. O Plano Acelerado 2013-2017, juntamente com a integração de novos graduados no sistema de saúde, propôs o aumento da carga de trabalho do pessoal de saúde existente e uma maior transferência de tarefas, muito embora uma pesquisa recente levada a cabo em Moçambique e noutros países indique limitação nestas duas estratégias [38].

Uma nova abordagem introduzida nas províncias de Gaza e Nampula em regime piloto na última década é o Financiamento Baseado no Desempenho (FBD). O modelo incluía vinte e um indicadores incentivados (incluindo alguns relativos à PTV), com subsídios às unidades sanitárias / pessoal pago de acordo com o seu desempenho. Uma avaliação [39] do programa piloto constatou que os indicadores da PTV e dos cuidados pré-natais situavam-se entre os que tinham melhor resposta ao FBD. A resposta ao FBD não se registou em todos os indicadores e levou tempo até se poder observar o impacto (mas logo que foi conseguido, teve a tendência de persistir ao longo do tempo) e os profissionais de saúde não priorizaram os indicadores apenas com base no "valor" associado ao indicador, mas sim ao esforço total, ao custo e à probabilidade de sucesso.

6.5 Laboratório

Os serviços laboratoriais são essenciais nos cuidados do HIV e serão cruciais para expandir a eliminação da transmissão vertical da Sífilis e Hepatite B. A recente revisão de meio-termo do PEN IV constatou, como aspectos positivos, a introdução e implementação dos testes rápidos do HIV, equipamento TSD para o DPI e plataformas de CV, a rápida adopção de políticas para alcançar as metas 90/90/90 e a rastreio sistemático do HIV e Sífilis nas CPN. Entre os desafios, a revisão aponta para o sistema de transporte de amostras (inadequado e não monitorado aos níveis mais baixos do sistema de saúde), para a biossegurança nos laboratórios e para a não implementação do auto-teste do HIV. As principais recomendações incluíam a elaboração de um Plano Estratégico dos Laboratórios, a validação de um guião operacional de transporte e a expansão da controle de Qualidade Externa de todos os testes usados.

Um dos principais desafios dos últimos anos tem sido o aumento da demanda da testagem da CV, que pôs sob pressão o sistema laboratorial ainda em desenvolvimento. Está em curso a elaboração de um plano de distribuição de equipamento de CV para finalizar a colocação estratégica de mais máquinas de CV. A expansão do sistema DISA Link, que permite que as unidades sanitárias tenham acesso online aos resultados da CV, é também crucial para a expansão da monitoria da CV. Até finais de 2019, 16 laboratórios e 152 unidades sanitárias estarão ligados a esta rede. Com a distribuição em 2018 de mais de duzentas máquinas de TSD para o DPI – em conjunto com o equipamento DPI convencional – a capacidade de testagem a nível do país está bem acima das necessidades actuais.

Considerando o número de diferentes testes rápidos a serem realizados nas CPN no âmbito do Plano de Tripla Eliminação, um aspecto interessante é a possibilidade de usar

testes de diagnóstico "Multiplex", que têm o potencial de aumentar a cobertura da testagem da Sífilis e da Hepatite B, assim como de simplificar as aquisições e a logística dos testes. Neste momento, apenas um teste multiplex (Teste Rápido de Diagnóstico Duplo HIV/Sífilis) foi pré-qualificado pela OMS. A avaliação, pela OMS, do desempenho da pré-qualificação [44] deste TRD observou uma sensibilidade final de Sífilis de 87%, com uma especificidade de 99,5%, salientando que um resultado do teste da sífilis reactivo pode representar uma infecção actual ou tratada no passado – já que a componente de Sífilis do teste é um teste treponémico diferente da RPR normalmente usada em Moçambique. A recomendação provisória da OMS foi confirmar todos os resultados positivos da sífilis através de um teste de RPR ou avançar para tratar, se não houver histórico prévio de tratamento (com o risco de aumentar a complexidade do algoritmo com um segundo teste de confirmação ou sobre-tratar os pacientes com Sífilis tratada anteriormente). Actualmente, estão a ser desenvolvidos outros testes multiplex duplos e triplos (incluindo HBsAg).

A implementação do Plano aumentará a demanda dos serviços de laboratório:

- A testagem da CV para o HIV terá de ser aumentada em relação à actual cobertura muito baixa registada nas mulheres grávidas / lactantes. A redução dos números das amostras da PCR do DPI enviadas aos laboratórios centrais (após a colocação de máquinas TSD a nível das unidades sanitárias) pode contribuir para compensar a procura acrescida de testagem de CV nesses laboratórios.
- Também se espera um maior número de testes laboratoriais associados à implementação de programas para o diagnóstico, avaliação, tratamento e prevenção da Hepatite B Crónica (incluindo testes de HBsAg, titulação da RPR, DNA do VHB e outros). Torna-se necessário formular uma estratégia para integrar tais testes no sistema de saúde.

6.6 Financiamento da Saúde

O financiamento da saúde em Moçambique depende imenso dos doadores internacionais que historicamente têm contribuído com a grande maioria dos recursos usados na resposta ao HIV. O Relatório Global de Monitoria do SIDA 2017 indica que as despesas com o HIV em 2016 totalizaram $330 milhões. O PEPFAR e o Fundo Global (GFATM) são os principais financiadores da resposta ao HIV, sendo responsáveis por cerca de 88 por cento das despesas com o HIV em 2016. As despesas governamentais foram responsáveis por $8,5 milhões dos custos do programa (sem incluir salários e benefícios aos provedores de serviços do HIV/SIDA, farmacêuticos, técnicos de laboratório ou outros profissionais de saúde), aproximadamente 2,5 por cento do total da despesa com o HIV [40].

Cem por cento dos ARV durante o próximo período de implementação do GFATM 2018-2020 serão mobilizados pelos doadores, principalmente pelo GFATM (74 por cento) e pelo PEPFAR (26 por cento). O país também depende substancialmente dos doadores, em particular do Governo dos EUA, para a aquisição de outros produtos para o programa do HIV, tais como reagentes (carga viral (CV) e Diagnostico Precoce Infantil (DPI). Os compromissos do Governo para os próximos dois anos não vão alterar este panorama de forma significativa, agravando um défice de financiamento existente (especialmente para o TARV), que ultrapassa os 100 milhões USD para os próximos dois anos.

As decisões programáticas no sentido de expandir as actuais actividades de TV do HIV e da Sífilis ou de iniciar programas com vista a controlar / eliminar novas doenças devem tomar em consideração este contexto e priorizar o financiamento a longo prazo (incluir o aumento da contribuição interna) como prioridade.

7. Monitoria e avaliação

A orientação da OMS para a validação da ETV do HIV e Sífilis define três indicadores de impacto e cinco de processo (com metas específicas para cada categoria do Caminho para a Eliminação). Tais metas devem ser alcançadas e mantidas durante pelo menos um ano, no caso das metas de Impacto e dois anos para as metas de Processo para serem elegíveis à validação. No que diz respeito à Hepatite B, a Estratégia Global de Saúde da OMS para Hepatite Viral 2016-21 define várias metas de impacto e cobertura de serviços. A Secção 7.1 inclui a definição, a linha de base para Moçambique e metas anuais (em alguns casos desagregadas por Província) de todos os principais objectivos e resultados esperados definidos na Secção 3.

Em relação à TV do HIV, há uma necessidade percebida de mudar o foco de M&A. A testagem e o início do TARV nas CPN e cobertura da PCR precoce têm concentrado os esforços do programa e alcançaram resultados notáveis. No entanto, sanar pequenas lacunas remanescentes nos estágios iniciais da cascata não mudará drasticamente as taxas actuais de transmissão vertical. É necessário prestar mais atenção à retenção e supressão viral de mulheres grávidas e lactantes que se encontram em TARV e estender a monitoria para todo o período de amamentação.

Os parceiros do PEPFAR já iniciaram esse processo através de uma monitoria reforçada da retenção precoce em US de grande volume. Estes dados devem ser partilhados de uma forma mais sistemática com o Programa Nacional do HIV a nível central e periférico. A monitoria da CV também deve ser alargada. A carga viral é a forma mais precisa de identificar o risco de TV a nível individual e também de avaliar a adesão – e a qualidade geral dos cuidados – a nível das unidades sanitárias e distrital.

A revisão de meio-termo será agendada para 2022 para avaliar a implementação do Plano com base na realização das metas referentes a 2021 (detalhadas na secção 7.1 e correspondentes aos Objectivos Principais e Resultados Esperados, indicados na secção 4). A avaliação final analisará se o país alcançou o nível bronze no Caminho para a Eliminação do HIV e Sífilis em 2024, bem como a meta intermédia da TV com vista a eliminação da Hepatite B como uma ameaça à Saúde Pública em 2030.

7.1 Indicadores e metas de Impacto e Processo

NOME	Taxa de TV do HIV	
META 2024	< 5%	
FÓRMULA	Estimativa da Spectrum	A Orientação da OMS sobre a validação diz que alta cobertura do DPI (>80%) é "necessária para a provisão de dados suficientes sobre os resultados nas crianças para determinar a TV e as taxas de casos da população"
LINHA DE BASE	14%	2017

METAS ANUAIS

	LINHA DE BASE 2017	2020	2021	2022	2023	2024
MAPUTO CIDADE	9%	7%	6%	5%	5%	4%
SOFALA	14%	10%	8%	7%	5%	4%
TETE	15%	10%	9%	7%	6%	4%
MAPUTO PROV.	18%	12%	10%	8%	6%	4%
NAMPULA	14%	10%	8%	7%	5%	4%
ZAMBÉZIA	16%	11%	9%	7%	6%	4%
MANICA	12%	9%	7%	6%	5%	4%
NIASSA	17%	11%	10%	8%	6%	4%
INHAMBANE	13%	9%	8%	6%	5%	4%
CABO DELGADO	15%	11%	9%	7%	6%	4%
GAZA	11%	8%	7%	6%	5%	4%
TOTAL	14%	10%	8%	7%	5%	4%

NOME	Taxa de casos de novas infecções pediátricas pelo HIV devido à TV por 100.000 nados vivos	
META 2024	<750	
FÓRMULA	N: # novos casos de HIV pediátrico devido à TV / D: Estimativa de # nados vivos na população (N/D) x 100.000	N: Spectrum D: Gravidezes na população * taxa de nados mortos (2,84% Moçambique 2009)
LINHA DE BASE	(17.787/1.549.203) x 100.000= 1.148 casos por 100.000 nados vivos	Dados MISAU 2017, Spectrum # casos novos de HIV pediátrico devido à TV: 17.787 # Gravidezes na população: 1.594.487 (ver fórmula acima) Taxa de nados mortos: 2,84% (Moçambique 2009)
METAS ANUAIS	2019: 1.032 2021: 916 2023: 800 2024: 740	

NOME	Taxa de casos de Sífilis Congénita (SC) por 100.000 nados vivos	
META 2024	<750	
FÓRMULA	N: # casos de Sífilis Congénita / D: Estimativa do # de nados vivos na população (N/D) x 100.000	N: com base na definição de casos de vigilância global (=Total de casos de Sífilis em MG estimado na população [prevalência de CPN * # Gravidezes na população] - Casos tratados) D: # Gravidezes população * taxa de nados mortos
LINHA DE BASE	(43.435/1.549.203) x 100.000= 2.804 casos por 100.000 nados vivos	Dados MISAU 2017 Prevalência de CPN: 4,6% # Gravidezes na população = # mulheres registadas CPN / cobertura de CPN (IMASIDA 2015: % mulheres que receberam cuidados pré-natais) =1.487.656 /0,933 =1.594.487 Casos tratados: 29.765 Taxa de nados mortos: 2,84% (Moçambique 2009)
METAS ANUAIS	2021: 1.624 2023: 1034 2024: 740	

NOME	Prevalência de HBsAg em crianças de 5 anos	
META 2024	<0,5%	Modelagem da CDAF
FÓRMULA		
LINHA DE BASE	Inquérito nacional por definir	
METAS ANUAIS	N/A	As mudanças na prevalência da HBsAg em crianças de 5 anos em consequência da implementação da dose da vacina para recém-nascidos implicarão cerca de 4-5 anos até serem notadas, de acordo com o modelo da CDAF (com redução na prevalência a começar um pouco mais cedo se os antivirais também fossem implementados para todas as mães HBsAg+)

NOME	Cobertura da testagem do HIV em mulheres grávidas	
META 2024	> 90%	
FÓRMULA	N: # mulheres grávidas que fizeram o teste do HIV nas CPN D: # Gravidezes na população (N/D) X 100	N: SISMA D: IMASIDA
LINHA DE BASE	(1.444.017/1.594.487) x 100= 91% Cobertura da Testagem do HIV 2017	2017 # Mulheres grávidas que fizeram teste do HIV nas CPN: 1.444.017 # Gravidezes na população: 1.594.487 (ver a fórmula acima)
METAS ANUAIS	2021: 95% 2023: 97% 2024: 98%	

MAPUTO CIDADE	98%
SOFALA	96%
TETE	89%
MAPUTO PROV.	95%
NAMPULA	89%
ZAMBÉZIA	76%
MANICA	91%
NIASSA	96%
INHAMBANE	97%
CABO DELGADO	94%
GAZA	100%
TOTAL	91%

NOME	Cobertura do TARV de mulheres grávidas HIV+
META 2024	> 90%
FÓRMULA	N: # Mulheres grávidas em TARV nas CPN D: # Mulheres grávidas HIV+ estimadas na população SISMA D: Prevalência do HIV nas CPN * # Gravidezes estimadas na população
LINHA DE BASE	104.612/ 132.508 = 79% 2017 # Mulheres grávidas em TARV nas CPN: 104.612 Prevalência do HIV nas CPN: 8,3% # Gravidezes na população: 1.594.487 (ver a fórmula acima)

METAS ANUAIS

	LINHA DE BASE 2017	2020	2021	2022	2023	2024
MAPUTO CIDADE	95%	97%	98%	99%	100%	100%
SOFALA	86%	89%	90%	91%	92%	93%
TETE	84%	87%	88%	89%	90%	91%
MAPUTO PROV.	89%	92%	93%	94%	95%	96%
NAMPULA	75%	83%	86%	88%	91%	94%
ZAMBÉZIA	69%	78%	81%	84%	87%	91%
MANICA	80%	86%	88%	90%	92%	94%
NIASSA	72%	81%	84%	87%	90%	93%
INHAMBANE	53%	69%	75%	80%	86%	91%
CABO DELGADO	83%	86%	87%	88%	89%	91%
GAZA	96%	97%	98%	98%	99%	100%
TOTAL	79%	85%	87%	89%	91%	93%

NOME	Cobertura da testagem do HIV em mulheres grávidas	
META 2024	>50%	
FÓRMULA	N: # MG que têm um resultado de CV no seu processo clínico 3-6 meses após o início do TARV D: # MG elegíveis para o teste de CV (> 3 m em TARV)	Fonte: MQ (como parte dos indicadores recolhidos duas vezes por ano)
LINHA DE BASE	272/4.730= 6%	Maio de 2018 (dados obtidos em 465 US, usando uma amostra de 20 processos por local)
METAS ANUAIS	2020: 15% 2021: 20% 2022: 30% 2023: 40% 2024: 50%	

NOME	Supressão viral em mulheres grávidas	
META 2024	>=90 %	
FÓRMULA	N: Número total de resultados de CV Rotina dos testes solicitados nas CPN durante o ano com o Resultado > 1.000 cp/ml D: Número total de resultados de CV Rotina dos testes solicitados nas CPN durante o ano	Fonte: Departamento Central de Laboratórios do MISAU
LINHA DE BASE	7.794/10.866 = 72%	Janeiro – Setembro de 2018

METAS ANUAIS

	LINHA DE BASE 2018	2020	2021	2022	2023	2024
MAPUTO CIDADE	78%	82%	84%	86%	88%	90%
SOFALA	70%	77%	80%	83%	87%	90%
TETE	68%	75%	79%	83%	86%	90%
MAPUTO PROV.	86%	87%	88%	89%	89%	90%
NAMPULA	59%	69%	75%	80%	85%	90%
ZAMBÉZIA	72%	78%	81%	84%	87%	90%
MANICA		67%	73%	79%	84%	90%
NIASSA	67%	75%	79%	82%	86%	90%
INHAMBANE		67%	73%	79%	84%	90%
CABO DELGADO	56%	67%	73%	79%	84%	90%
GAZA	76%	81%	83%	85%	88%	90%
TOTAL	79%	83%	84%	86%	88%	90%

NOME	Cobertura da testagem da Sífilis em mulheres grávidas	
META 2024	>90 %	
FÓRMULA	N: # mulheres grávidas que fizeram o teste da Sífilis nas CPN D: # Gravidezes na população (N/D) X 100	N: SISMA D: IMASIDA
LINHA DE BASE	(1.069.585/1.594.487) x 100= 67%	2017 # Mulheres grávidas que fizeram o teste da Sífilis nas CPN: 1.069.585 # Gravidezes na população: 1.594.487 (ver a fórmula acima)

METAS ANUAIS

	LINHA DE BASE 2017	2020	2021	2022	2023	2024
MAPUTO CIDADE	94%	97%	98%	99%	100%	100%
SOFALA	92%	96%	97%	98%	99%	100%
TETE	77%	84%	86%	89%	91%	93%
MAPUTO PROV.	92%	96%	97%	98%	99%	100%
NAMPULA	55%	71%	76%	81%	86%	91%
ZAMBÉZIA	40%	62%	69%	77%	84%	91%
MANICA	86%	90%	92%	94%	96%	98%
NIASSA	54%	70%	75%	81%	86%	91%
INHAMBANE	93%	96%	97%	98%	99%	100%
CABO DELGADO	72%	81%	85%	88%	91%	94%
GAZA	93%	96%	97%	98%	99%	100%
TOTAL	67%	77%	81%	84%	88%	91%

NOME	Cobertura de tratamento da Sífilis em mulheres grávidas	
META 2024	>90 %	
FÓRMULA	N: # mulheres grávidas que fizeram o tratamento da Sífilis nas CPN D: Total casos de MG com Sífilis estimados na população (N/D) X 100	N: SISMA D: Prevalência Sífilis CPN *# Gravidezes na população
LINHA DE BASE	29.765/(4,6%*1.594.487)=41%	2017 # Mulheres grávidas que fizeram o tratamento da Sífilis nas CPN: 29.765 Prevalência Sífilis CPN: 4,6% # Gravidezes na população: 1.594.487 (ver a fórmula acima)

METAS ANUAIS		LINHA DE BASE 2017	2020	2021	2022	2023	2024
	MAPUTO CIDADE	42%	63%	70%	77%	84%	91%
	SOFALA	49%	67%	73%	79%	85%	91%
	TETE	34%	58%	67%	75%	83%	91%
	MAPUTO PROV.	67%	77%	81%	84%	88%	91%
	NAMPULA	33%	58%	66%	74%	83%	91%
	ZAMBÉZIA	28%	55%	64%	73%	82%	91%
	MANICA	49%	67%	73%	79%	85%	91%
	NIASSA	38%	61%	68%	76%	83%	91%
	INHAMBANE	42%	63%	70%	77%	84%	91%
	CABO DELGADO	49%	67%	73%	79%	85%	91%
	GAZA	51%	68%	74%	79%	85%	91%
	TOTAL	41%	62%	69%	77%	84%	91%

NOME	Cobertura de CPN (pelo menos uma consulta)
META 2024	> 90%
FÓRMULA	N: # mulheres grávidas registadas nas CPN D: # Gravidezes na população (N/D) X 100
LINHA DE BASE	(1.487.656/1.594.487) x 100= 93% # Mulheres registadas nas CPN: 1.487.656 # Gravidezes na população: 1.594.487 (ver a fórmula acima)

Cobertura de CPN 2015	
MAPUTO CIDADE	98%
SOFALA	97%
TETE	92%
MAPUTO PROV.	94%
NAMPULA	93%
ZAMBÉZIA	80%
MANICA	92%
NIASSA	99%
INHAMBANE	99%
CABO DELGADO	97%
GAZA	100%
TOTAL	93%

METAS ANUAIS	
	2021: 96% 2023: 97% 2024: 98%

7.2 Indicadores adicionais

Hepatite B

- Prevalência de HBsAg em menores de 5 anos (inquérito nacional)
- Cobertura da 3ª dose de vacinação (populacional)
- Cobertura da dose da vacina para recém-nascidos (populacional)
- Número de mulheres grávidas que fizeram o teste de HBsAg nas CPN
- Número de Parceiros que fizeram o teste de HBsAg nas CPN
- Número de mulheres grávidas que fizeram o teste de HBsAg com resultado positivo
- Número de mulheres grávidas referidas para posterior avaliação e tratamento do CHB (OU com amostra recolhida para VHB-DNA)
- Número de Crianças expostas que fizeram o teste de HBsAg na CCR aos 9 meses
- Número de Recém-nascidos que receberam a dose da vacina da HB para recém-nascidos na Maternidade (dentro de 24 h)

Sífilis

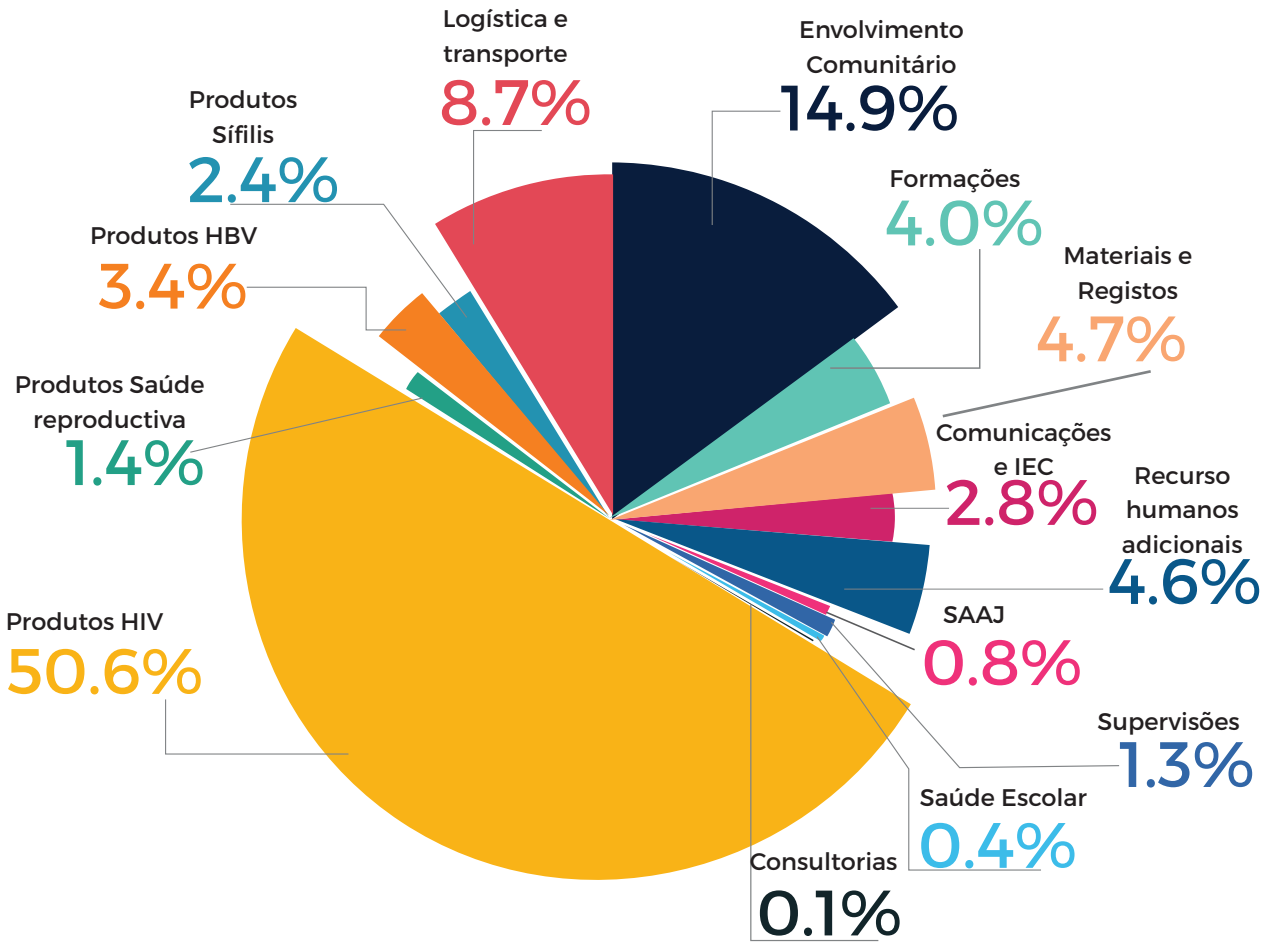
- Número de Nados Mortos na Maternidade
- Número de Nados Mortos na Maternidade de mães com serologia da sífilis positiva
- Número de pares Mãe / Criança com RPR quantitativa recolhida na Maternidade
- Número de Crianças Expostas à sífilis registadas na CCR
- Número de casos (clínicos ou serológicos) de SC diagnosticados na CCR
- Número de casos de SC diagnosticados na CCR referidos para internamento e tratamento

Número de mulheres com estado desconhecido em relação à sífilis que fizeram o teste da RPR na Maternidade

- Número de mulheres grávidas com serologia positiva para a Sífilis que receberam pelo menos uma dose de Penicilina Benzatina)

8. CUSTEAMENTO DO PLANO

	2020	2021	2022	2023	2024	Total	Distribuição
Envolvimento Comunitário	11,268,111	11,974,560	13,347,649	13,471,775	13,599,624	63,661,720	14.9%
Formações	3,189,102	3,447,227	3,506,614	3,377,293	3,439,294	16,959,529	4.0%
Materiais e Registos	3,446,176	3,907,221	3,942,616	4,436,783	4,184,253	19,917,049	4.7%
Comunicações e IEC	2,061,200	2,503,016	2,546,600	2,592,032	2,079,394	11,782,242	2.8%
Recurso humanos adicionais	1,267,020	2,534,040	5,068,080	5,656,360	5,299,240	19,824,740	4.6%
SAAJ	0	805,000	805,000	805,000	835,000	3,250,000	0.8%
Supervisões	996,388	1,046,207	1,097,505	1,150,401	1,206,957	5,497,458	1.3%
Saúde Escolar	220,000	722,181	267,424	272,773	278,228	1,760,606	0.4%
Consultorias	77,250	309,000	51,500	77,250	25,750	540,750	0.1%
Produtos HIV	37,994,156	39,895,256	42,557,401	45,586,800	49,876,776	215,910,388	50.6%
Produtos Saúde reproductiva	324,253	1,103,851	1,378,668	1,654,760	1,659,037	6,120,569	1.4%
Produtos HBV	753,033	1,893,626	2,803,143	4,060,794	5,006,021	14,516,617	3.4%
Produtos Sífilis	1,641,474	1,806,700	1,980,655	2,284,852	2,356,302	10,069,983	2.4%
Logística e transporte	6,075,473	6,673,451	7,731,916	7,991,759	8,767,698	37,240,298	8.7%
Total USD	**69,313,637**	**78,621,337**	**87,084,771**	**93,418,632**	**98,613,573**	**427,051,950**	**100.0%**



	Envolvimento Comunitário		Formações
	Materiais e Registos		Comunicações e IEC
	Recurso humanos adicionais		Produtos Sífilis
	Produtos HBV		Saúde Escolar
	Consultorias		Produtos HIV
	Produtos Saúde reproductiva		Supervisões
	SAAJ		Logística e transporte

9. Bibliografia

1. Plano de Aceleração para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, 2018-2020

2. Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, 2012-2015

3. UN Population Division estimates 2018 for Mozambique: 30,528.673

4. Relatório Anual 2018. PNC ITS-HIV/SIDA. Disponível em http://www.misau.gov.mz/index.php/relatorios-anuais

5. WHO led Mozambique PEN IV midterm review and Viral Hepatitis baseline assessment 1 -15 Nov 2018. Preliminary findings

6. Dados do UNICEF disponíveis em https://data.unicef.org/country/moz/]

7. Global Funding Mechanism in Support of all Women and all Children. Investment case proposal 2017

8. Anuário Estatístico 2017. Instituto Nacional de Estatística.

9. Communities at the center. UNAIDS. Global AIDS Update 2019 https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update

10. Spectrum modeling results 2018 (version 5.756)

11. Retention in care of HIV-infected pregnant and lactating women starting ART under Option B+ in rural Mozambique. Llenas-García et al. Trop Med Int Health. 2016 Aug;21(8):1003-1012

12. Uptake And Retention In Care of Pregnant Women Starting Option B+ In Maputo. Karajeanes et al. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). February 13–16, 2017 .Seattle, Washington. Abstract Number: 766

13. PEPFAR semiannual data 2018. Personal communication

14. Data on performance of indicators collected by the PMQ in May 2018 from 465 facilities. Personal communication

15. Start Free Stay Free AIDS Free. 2017 progress report. UNAIDS

16. Frequency of Viremic Episodes in HIV-Infected Women Initiating Antiretroviral Therapy During Pregnancy: A Cohort Study. Myer et al. CID 2017;64(4):422–7

17. Acquisition per sex act is elevated in late pregnancy and postpartum. Thomson et al. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI). March 4–7, 2018 | Boston, Massachusetts. Abstract Number: 45

18. https://data.unicef.org/topic/hivaids/adolescents-young-people

19. https://www.unicef.org/mozambique/en/stories/young-sms-counsellors-mozambique-share-their-stories

20. IMASIDA. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA. Instituto Nacional de Saúde 2015

21. Determinantes da Infecção por HIV em Meninas Adolescentes e Mulheres Jovens entre 15 e 24 anos em Moçambique. Dorlim, U et al. Jornadas Nacionais Saúde. Moçambique 2018. Abstract 50

22. Aceitabilidade e Viabilidade do auto Teste do HIV em Adolescentes no Distrito de Ancuabe Idiovino, R et al. Jornadas Nacionais de Saúde. Abstract 143

23. Poor retention and care-related sex disparities among youth living with HIV in rural Mozambique Ahonkhai et al. Abstract TUPDD0101. 9th IAS Conference on HIV Science, 23-26 July 2017 | Paris, France

24. Low antiretroviral therapy coverage among adults, especially young men, living with HIV in a southern Mozambican district with high HIV incidence. Auld et al. Abstract WEPEC173. 21st International AIDS Conference (AIDS 2016).Durban, South Africa | July 18-22, 2016

25. PEPFAR semiannual data Retention. 1st semester 2018

26. PEPFAR Q3 report FY 2018. Data from Oct 2017-May 2018

27. High HIV prevalence and incidence among women in Southern Mozambique: Evidence from the MDP microbicide feasibility study. Mocumbi S. PLoS One. 2017 Mar 28;12(3 2017.

28. Prevalence and risk factors of sexually transmitted infections and cervical neoplasia in women from a rural area of southern Mozambique. Menéndez C. Infect Dis Obstet Gynecol. 2010. Epub 2010 Jul 11.

29. Low prevalence of HIV and other sexually transmitted infections in young women attending a youth counselling service in Maputo, Mozambique. Melo J. Trop Med Int Health. 2008 Jan;13(1):17-20

30. Incidence of HIV and the prevalence of HIV, hepatitis B and syphilis among youths in Maputo, Mozambique: a cohort study.Viegas E. PLoS One. 2015 Mar 23;10 (3)

31. Syphilis, gonorrhoea and chlamydial infection among women undergoing legal or illegal abortion in Maputo. Machungo F. Int J STD AIDS. 2002 May;13(5):326-30.

32. Disponível em http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1359STI?lang=en

33. Prevalence of sexually transmitted infections in women attending antenatal care in Tete province, Mozambique. Luján J. S Afr Med J. 2008 Jan;98(1):49-51.

34. Syphilis seroprevalence among pregnant women and its role as a risk factor for stillbirth in Maputo, Mozambique. Folgosa E. Genitourin Med. 1996 Oct;72(5):339-42.

35. Incidence of HIV and the prevalence of HIV, hepatitis B and syphilis among youths in Maputo, Mozambique: a cohort study. Viegas. PLoS One. 2015 Mar 23;10(3)

36. Trends in Cancer Incidence in Maputo, Mozambique, 1991–2008. Lorenzoni et al, PLoS ONE 10(6): e0130469. doi:10.1371/journal.pone.0130469

37. Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination Of Mother-To-Child Transmission of HIV and Syphilis. Second Edition. WHO 2017

38. WHO Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). 2016; Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis WHO 2017

39. Tenofovir to Prevent Hepatitis B Transmission in Mothers with High Viral Load. Pan et al, N Engl J Med 2016;374:2324-34

40. Health facility factors and quality of services to prevent mother-to-child HIV transmission in Côte d'Ivoire, Kenya, and Mozambique. Rustagi et al. Int J STD AIDS. 2017 July ; 28(8): 788–799

41. The effect of a performance-based financing program on HIV and maternal/child health services in Mozambique-an impact evaluation. Rajkotia et al. Health Policy Plan. 2017 Dec 1;32(10):1386-1396

42. PEPFAR Country Operational Plan 2018

43. WHO Guidelines on Hepatitis B and C testing 2017; WHO Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with Chronic Hepatitis B infection 2015

44. Risk factors for stillbirths in Tete, Mozambique. Geelhoed et al. Int J Gynaecol Obstet. 2015 Aug;130(2):148-52

45. Data on VL testing from MCH 2017-2018 (DCL.) Personal communication

46. WHO Information Note on the Use of Dual HIV/Syphilis Rapid Diagnostic Tests (RDT). January 2017

unicef