



# PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV E SIDA - PEN V (2021 - 2025)



# FICHA TÉCNICA

**TÍTULO:** Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN V), 2021-2025

**AUTOR:** Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA

**COORDENAÇÃO:** Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA

**REVISÃO:** Agy Aly

**MAQUETIZAÇÃO:** Tatiana Pinto, Fundação Ariel Contra o SIDA Pediátrico

**IMPRESSÃO:**

**APOIO:** MISAU, ONUSIDA, USAID, PNUD e Fundação Ariel Contra o SIDA Pediátrico

**TIRAGEM:** 3.500 exemplares

**CNCS:** Av. 25 de Setembro 1008 8/9.andar – Maputo

[www.cncs.coc.mz](http://www.cncs.coc.mz)



# **PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV E SIDA - PEN V (2021 - 2025)**

# ÍNDICE

<b>LISTA DE FIGURAS</b>	III
<b>LISTA DE TABELAS</b>	III
<b>ABREVIATURAS</b>	V
<b>PREFÁCIO</b>	VIII
<b>SUMÁRIO EXECUTIVO</b>	IX
<b>1 INTRODUÇÃO</b>	1
<b>2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO</b>	3
2.1 Análise da epidemia do HIV	3
2.2 Progressos na implementação da resposta	7
<b>3 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PEN IV E RAZÕES PARA O NÃO ALCANCE DAS METAS</b>	8
3.1 Resultados da Avaliação do PEN IV	8
3.2 Razões que contribuíram para o não alcance das metas	10
<b>4 VISÃO E PRINCÍPIOS ORIENTADORES</b>	12
4.1 Visão	12
4.2 Princípios orientadores da Resposta	12
4.3 Factores críticos de sucesso da resposta	14
<b>5 PRIORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE RESPOSTA AO HIV</b>	16
<b>6 OBJECTIVOS GERAL E ESTRATÉGICO E RESULTADOS ESPERADOS DO PEN V</b>	18
6.1 Objectivo Estratégico 1: Reduzir novas infecções pelo HIV	19
6.2 Objectivo Estratégico 2: Reduzir as mortes relacionadas ao SIDA e melhorar o bem-estar da PVHIV	29
6.3 Objectivo Estratégico 3: Reduzir as barreiras sociais e estruturais para a prevenção, tratamento e mitigação do HIV	35
6.4 Objectivo Estratégico 4: Fortalecer a resposta ao HIV baseada nos princípios e abordagens dos direitos humanos para facilitar o acesso aos serviços	40
6.5 Objectivo Estratégico 5: Apoiar o maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias	48
6.6 Objectivo Estratégico 6: Alcançar uma resposta nacional à epidemia do HIV mais coordenada	51
6.7 Objectivo Estratégico 7: Fortalecer a informação estratégica para impulsionar o progresso em direcção ao alcance dos objectivos do PEN V	57
6.8 Objectivo Estratégico 8: Fortalecer os sistemas de saúde e comunitários	61
6.9 Objectivo Estratégico 9: Fortalecer a resposta ao HIV em situações de Emergências	67
<b>7 COMPONENTE DE COMUNICAÇÃO</b>	72
<b>8 CUSTEAMENTO E MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA O PEN V</b>	72
8.1 Análise situacional do financiamento para o HIV	73
8.2 Recursos estimados necessários para financiar o PEN V	76
<b>9 MONITORIA E AVALIAÇÃO</b>	79
<b>10 GLOSSÁRIO</b>	81
<b>11 REFERÊNCIAS</b>	84

# LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Prevalência do HIV por Sexo em adultos 15 - 49 anos, Moçambique	4
<b>Figura 2</b> Prevalência do HIV por Idades e Sexo, Moçambique IMASIDA 2015	4
<b>Figura 3</b> Prevalência do HIV entre a população geral e as populações-chave	6
<b>Figura 4</b> Incidência do HIV em Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens, Priorização Distrital	17
<b>Figura 5</b> Estrutura de coordenação multisectorial do CNCS	52
<b>Figura 6</b> Gastos em HIV e AIDS por fonte de financiamento, 2004-2018 (em USD milhões)	73
<b>Figura 7</b> Gastos em HIV em 2018 em comparação com o custo estimado do PEN IV, 2015-2020 (em USD milhões)	75
<b>Figura 8</b> Financiamento anual necessário para implementar o PEN V por objectivo estratégico	77
<b>Figura 9</b> Recursos necessários para a comunicação do PEN V em 2021-2025	78

# LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Prevalência do HIV em adultos 15-49 anos por província, IMASIDA 2015	5
<b>Tabela 2</b> Nível de desempenho do PEN IV na área programática	9
<b>Tabela 3</b> Grupos de províncias e sua contribuição para as novas infecções	22
<b>Tabela 4</b> Intervenções para a expansão da prevenção combinada do HIV baseada em evidências em áreas geográficas e populações prioritárias	24
<b>Tabela 5</b> Sectores prioritários para alavancar a prevenção primária do HIV	26
<b>Tabela 6</b> Intervenções para aumentar o conhecimento do seroestado em relação ao HIV e ligação com outros serviços	31
<b>Tabela 7</b> Intervenções para melhorar a ligação e retenção nos cuidados e tratamento das PVHIV diagnosticadas	32
<b>Tabela 8</b> Intervenções para aumentar a cobertura aos cuidados e tratamento e redução de perdas na cascata de cuidados	34
<b>Tabela 9</b> Intervenções para melhorar a qualidade de cuidados e resultados do tratamento	35
<b>Tabela 10</b> Intervenções para reduzir as barreiras sociais e estruturais para a Prevenção, Tratamento e Mitigação do HIV	39
<b>Tabela 11</b> Intervenções para fortalecer a resposta ao HIV baseada nos princípios e abordagens dos direitos humanos	46
<b>Tabela 12</b> Intervenções para apoiar o maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias	50
<b>Tabela 13</b> Intervenções para alcançar uma resposta nacional à epidemia do HIV mais Coordenada	56
<b>Tabela 14</b> Intervenções para fortalecer a informação estratégica	59
<b>Tabela 15</b> Intervenções para o fortalecimento dos sistemas de saúde	65
<b>Tabela 16</b> Intervenções para o fortalecimento dos sistemas comunitários	67
<b>Tabela 17</b> Intervenções para emergência e HIV	70
<b>Tabela 18</b> Síntese dos recursos financeiros necessários para alcançar os objectivos estratégicos do PEN V	89
<b>Tabela 19</b> Análise da Lacuna Financeira para Implementação do PEN V	95
<b>Tabela 20</b> Impacto e custos esperados dos cenários estimados.	105
<b>Tabela 21</b> Cobertura estimada na modelagem por área de intervenção por cenário	109

# ABREVIATURAS

<b>AMETRAMO</b>	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique	<b>MTSS</b>	Ministério do Trabalho e Segurança Social
<b>ATS</b>	Aconselhamento e Testagem em Saúde	<b>OCB</b>	Organização Comunitária de Base
<b>CDCS</b>	Conselhos Distritais de Combate ao SIDA	<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>CMAM</b>	Central de Medicamentos e Artigos Médicos	<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>CMMV</b>	Circuncisão Masculina Médica Voluntária	<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA
<b>CMSC</b>	Comunicação para Mudança Social e de Comportamento	<b>OBF</b>	Organização Baseada na Fé
<b>CNCS</b>	Conselho Nacional de Combate ao SIDA	<b>OSC</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>CPCS</b>	Conselhos Provinciais de Combate ao SIDA	<b>PC</b>	População Chave
<b>CNDH</b>	Comissão Nacional dos Direitos Humanos	<b>PEN</b>	Plano Estratégico Nacional
<b>CNJ</b>	Conselho Nacional da Juventude	<b>PEPFAR</b>	Iniciativa Presidencial dos Estados Unidos da América contra o SIDA
<b>COP</b>	Plano Operacional do País de PEPFAR	<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>COREM</b>	Conselhos das Religiões de Moçambique	<b>PID</b>	Pessoa que Injecta Drogas
<b>COV</b>	Crianças Órfãs e Vulneráveis	<b>PIMS</b>	Pacote Inicial Mínimo de Serviços
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários	<b>PIP</b>	Plano de Implementação Provincial
<b>CTA</b>	Confederação das Associações Económicas	<b>PIS</b>	Plano de Implementação Sectorial
<b>DCL</b>	Departamento Central de Laboratórios	<b>PLASOC-M</b>	Plataforma da Sociedade Civil para Saúde de Moçambique
<b>DPS</b>	Direcção Provincial da Saúde	<b>POC</b>	<i>Point of Care</i> (Local de Prestação de Cuidados)
<b>ESA</b>	Educação Sexual Abrangente	<b>PQG</b>	Plano Quinquenal do Governo
<b>FMI</b>	Fundo Monetário Internacional	<b>PPE</b>	Profilaxia Pós-Exposição
<b>GABINFO</b>	Gabinete de Informação	<b>PrEP</b>	Profilaxia Pré-Exposição
<b>GdM</b>	Governo de Moçambique	<b>PTV</b>	Prevenção da Transmissão Vertical

<b>GPCD</b>	Gabinete de Prevenção e Combate à Droga	<b>PVHIV</b>	Pessoas Vivendo com o HIV
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana	<b>VBG</b>	Violência Baseada no Género
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens	<b>RAHJ</b>	Rapazes Adolescentes e Homens Jovens
<b>ITS</b>	Infecção de Transmissão Sexual	<b>RAMJ</b>	Raparigas Adolescentes e Homens Jovens
<b>IDS</b>	Inquérito Demográfico em Saúde	<b>RHS</b>	Recursos Humanos para a Saúde
<b>IPAJ</b>	Instituto do Patrocínio e Assistência Jurídica	<b>SAAJ</b>	Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística	<b>SC</b>	Sociedade Civil
<b>INGD</b>	Instituto Nacional de Gestão e Redução do Risco de Desastres	<b>SDSR</b>	Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Saúde	<b>SE</b>	Secretariado Executivo
<b>MAEFP</b>	Ministério da Administração Estatal e Função Pública	<b>SE-CNCS</b>	Secretariado Executivo Conselho Nacional de Combate ao SIDA
<b>MCTES</b>	Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior	<b>SE-CPCS</b>	Secretariado Executivo Conselhos Provinciais de Combate ao SIDA
<b>MADR</b>	Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural	<b>SEJE</b>	Secretaria de Estado da Juventude e Emprego
<b>MARF</b>	Monitoria e Análise de Recursos Financeiros	<b>SERNAP</b>	Serviço Nacional Penitenciário
<b>MEGAS</b>	Medição de Gastos em SIDA	<b>SED</b>	Secretaria de Estado do Desporto
<b>MEF</b>	Ministério da Economia e Finanças	<b>SEETP</b>	Secretaria de Estado do Ensino Técnico Profissional
<b>MGCAS</b>	Ministério do Género, Criança e Acção Social	<b>SETSAN</b>	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde	<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>MINT</b>	Ministério do Interior	<b>SSR</b>	Saúde Sexual e Reprodutiva
<b>MINEDH</b>	Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano	<b>TARV</b>	Tratamento Antirretroviral
<b>MIREM</b>	Ministério dos Recursos Minerais	<b>TB</b>	Tuberculose
<b>MJCR</b>	Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos	<b>US</b>	Unidade Sanitária
<b>MTS</b>	Mulher Trabalhadora do Sexo		



# PREFÁCIO

O quinto Plano Estratégico Nacional (PEN V) tem como objectivo orientar a resposta ao HIV e SIDA no nosso país, para o período de 2021 - 2025, fornecendo uma visão e orientação clara a todas intervenientes.

A elaboração deste Plano baseou-se nas lições aprendidas na implementação dos anteriores planos e enfatiza uma abordagem multisectorial, assim como uma responsabilidade partilhada entre os sectores.

O PEN V é um documento inclusivo, que contou com o envolvimento de todos os actores da resposta ao HIV e SIDA, tanto no processo do seu desenvolvimento como na definição de prioridades e actividades-chave. Focaliza intervenções baseadas em evidências, direccionadas às populações prioritárias, assegurando que todos os moçambicanos sejam alcançados e o estigma e a discriminação sejam reduzidos para melhores resultados da resposta.

O PEN V está alinhado com o Programa Quinquenal do Governo 2020-2024 e com a Agenda de Desenvolvimento Nacional, posicionando a luta contra o HIV no âmbito do desafio mais ampla do desenvolvimento económico e social do nosso país. Estes esforços reforçam-se mutuamente: o progresso na redução do peso do HIV contribui para o desenvolvimento e este, por sua vez, melhora a nossa capacidade de abordar os factores económicos e sociais que contribuem para a propagação do HIV.

O Plano Estratégico Nacional reconhece a necessidade de garantir que a resposta seja abrangente, procurando abordar os vários factores que contribuem para as persistentes altas taxas de infecção, de doença e de morte.

Uma agenda de prevenção robusta é a chave e a base central deste Plano de 5 anos. É neste contexto que o PEN V mantém o foco nos cuidados médicos, na retenção e na adesão das pessoas infectadas ao tratamento.

O PEN V centra-se ainda na promoção da equidade no acesso aos cuidados e tratamentos, bem como no combate ao estigma e discriminação. Ao mesmo tempo, direcciona programas para as zonas do país e para os grupos populacionais com maior prevalência de infecções por HIV.

O PEN V está focalizado nas pessoas, reconhecendo que a epidemia não é apenas sobre vírus, mas também sobre as pessoas e a sociedade em que vivemos. Enfatiza uma resposta equitativa ao HIV e SIDA que garante que ninguém é deixado para trás.

O PEN V destaca a importância dos Planos de Implementação Provinciais e Sectoriais (Público, privado e sociedade civil) e da revitalização dos Conselhos de Combate ao SIDA. Devemos Capitalizar o processo de descentralização em curso no país para fortalecer a resposta a nível provincial, distrital e municipal. O investimento nas organizações da sociedade civil continua a ser fundamental, pois ajudará a preencher as lacunas existentes, trazer as necessidades e desafios específicos.

A implementação efectiva deste Plano exigirá o envolvimento de todos os actores - Governo, sector privado, sindicatos, sociedade civil, parceiros de cooperação e de desenvolvimento, instituições de pesquisa, comunidades locais, pessoas vivendo com o HIV. Populações vulneráveis e afectadas pela doença.

Vamos trabalhar juntos para garantir que o PEN V contribua, efectivamente para uma adequada resposta ao HIV e SIDA, e, por conseguinte, a redução do números de novas infecções.

Enquanto travamos a luta contra a pandemia do COVID-19, não devemos negligenciar o combate ao HIV e SIDA pois, esta luta, infelizmente, continua a ser uma das principais causas de doença e morte do nosso país.

**Carlos Agostinho do Rosário**



(Primeiro-Ministro e Presidente do CNCS)

# SUMÁRIO EXECUTIVO

## INTRODUÇÃO

O Plano Estratégico Nacional (PEN) de Resposta ao HIV e SIDA 2021-2025 é o quinto plano de Moçambique. Baseia-se no progresso alcançado até o momento, aborda as causas da epidemia e lacunas identificadas durante os últimos cinco anos e busca ampliar as melhores práticas para garantir que a qualidade e a inovação sustentem a prestação de serviços. O PEN V descreve a estrutura estratégica para uma parceria multissetorial visando acelerar, ainda mais, o progresso na redução das novas infecções pelo HIV e mortes relacionadas ao SIDA em Moçambique. As províncias desenvolverão planos de implementação provinciais específicos para o contexto local a fim de operacionalizar, com maior detalhe, os objectivos estratégicos e as acções recomendadas. Este processo descentralizado permitirá que as estratégias nacionais para o HIV sejam adaptadas às necessidades e condições específicas das províncias, distritos, municípios e comunidades. Os ministérios, o sector privado e a sociedade civil desenvolverão também os seus próprios planos de implementação sectoriais, todos alinhados com PEN V.

O PEN V visa articular um quadro estratégico que irá orientar a visão política e programática da resposta nacional ao HIV e SIDA para os próximos cinco anos (2021-2025); informar as partes interessadas a nível nacional, provincial, distrital, municipal e comunitário sobre as orientações estratégicas, e, por último, servir de enquadramento para coordenar e acompanhar a implementação das acções da resposta nacional ao HIV e SIDA.

## A SITUAÇÃO DE EPIDEMIA DO HIV

O país obteve ganhos importantes na resposta à epidemia do HIV, mas a resposta nacional precisa de ser acelerada para alcançar a meta de acabar com o HIV como ameaça à saúde pública até 2030. Moçambique tem a sexta prevalência do HIV mais alta do mundo e está na quarta posição em termos de novas infecções pelo HIV atrás da África do Sul, Nigéria e Rússia.

Em Moçambique, a taxa de prevalência nacional do HIV na população, de 15 a 49 anos, foi estimada em 13,2% em 2015. A carga do HIV varia amplamente de acordo com o local, idade e sexo e para as populações-chave e vulneráveis. As novas infecções pelo HIV reduziram de 160.000, em 2010, para 130.000, em 2019. A taxa de transmissão vertical reduziu de 28%, em 2010, para 14%, em 2019, contudo a meta de menos de 5% não foi alcançada. As raparigas adolescentes e mulheres jovens, bem como outras populações vulneráveis e populações-chave, continuam sendo as mais afectadas pela epidemia. Moçambique tem um dos maiores programas de tratamento do HIV do mundo, com 1,4 milhão de pessoas em tratamento até Dezembro de 2020. De acordo com a mesma estimativa, em 2019 ocorreram cerca de 51 mil mortes por SIDA, sendo: 42.400 (84%) de pessoas com mais de 15 anos, 8.100 (16%) de crianças menores de 14 anos.

## RUMO AO CONTROLO DA EPIDEMIA DO HIV: INTERVENÇÕES DE IMPACTO

No centro do PEN V está a estratégia de “foco para o impacto” usando as informações e conhecimentos mais detalhados até agora disponíveis. Enquanto a prevenção e os cuidados abrangentes serão fornecidos em todo o país, esforços intensificados e concentrados serão feitos nos distritos que têm o maior número de novas infecções e pessoas vivendo com o HIV (PVHIV). Nesses distritos de alta carga, os esforços redobrados basear-se-ão em fontes de dados inovadoras e detalhadas (como o mapeamento geoespacial) para identificar aqueles que estão em maior risco. O objectivo é a saturação dos serviços de prevenção e tratamento de alto impacto e esforços reforçados para abordar os factores sociais e estruturais que aumentam a vulnerabilidade à infecção. A nível nacional, mas especialmente dentro desses distritos de alta carga, as populações-chave e vulneráveis mais fortemente afectadas pela epidemia receberão um enfoque intensificado para capacitá-las, melhorar o acesso aos serviços e reduzir as barreiras para a utilização dos serviços. A abordagem do “foco para o impacto” representa uma forma nova e transformadora de obter reduções nas novas infecções e mortes relacionadas ao SIDA. De acordo com as evidências, haverá um

enfoque substancialmente mais forte em raparigas adolescentes e mulheres jovens, e em populações-chave e vulneráveis, não esquecendo rapazes adolescentes e homens jovens.

Para maximizar o impacto dos esforços, o PEN V introduz este enfoque mais intensificado e estratégico aos níveis provincial, distrital, municipal e comunitário. Haverá um maior enfoque na prevenção primária e em estratégias para abordar as causas sociais e estruturais de uma forma totalmente multisectorial. O sucesso recente de Moçambique em intensificar o programa de tratamento será complementado por um enfoque equivalente na melhoria da qualidade dos serviços e na redução das perdas de seguimento entre as pessoas que iniciam o tratamento. Reconhecendo que diferentes pessoas requerem diferentes abordagens de prevenção, serão ampliados modelos diferenciados de serviços para adaptar as intervenções às necessidades de cada pessoa, incluindo o uso aprimorado de serviços centrados na comunidade. A prioridade é garantir que os programas de tratamento sejam holísticos, atendendo às necessidades de saúde de cada pessoa, incluindo co-infecções e comorbidades. A necessidade de novas fontes inovadoras de financiamento é identificada. Uma prioridade mais alta é colocada na colheita e uso oportuno de dados de alta qualidade para orientar e informar programas e políticas.

Contrariamente aos progressos alcançados na componente de tratamento, o número de novas infecções continua alto. Assim, serão redobrados esforços para intensificar a abordagem de prevenção combinada do HIV, como forma de aumentar o impacto das diversas intervenções, que irão concorrer para reduzir significativamente o número de novas infecções.

Deste modo, serão realizadas acções concretas para melhorar o desempenho da resposta, sendo de destacar:

## **I. Intervenções de comunicação**

A realização de intervenções de comunicação para a mudança social e de comportamento, privilegiando as acções de sensibilização sobre o HIV através da realização de palestras e distribuição de folhetos informativos sobre o HIV, nas comunidades, escolas, igrejas e locais de trabalho. Será maximizado o uso dos órgãos de comunicação social, com enfoque nas rádios comunitárias, como local privilegiado para veicular informação e debates sobre o HIV nas línguas locais. Nas acções de resposta ao HIV e SIDA será intensificado o envolvimento dos administradores, chefes de postos e de localidades, líderes comunitários, religiosos, Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique (AMETRAMO) e pessoas de reconhecida influência na sociedade;

## **II. O incremento de acções que visam a retenção da rapariga na escola para poder completar o ensino secundário.**

A justificativa desta intervenção deve-se ao facto de as estimativas indicarem que em 2020, as raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ) foram responsáveis por 28.000 novas infecções pelo HIV no universo de 98.000 novas infecções em Moçambique, o que corresponde a 29% de todas as novas infecções, deixando claro que é preciso realizar acções de impacto que contribuirão para a redução de novas infecções no seio deste grupo.

Assim, será priorizada a realização de intervenções com vista a aumentar a retenção da rapariga na escola, porque as evidências mostram que o ingresso e retenção dos adolescentes e jovens, especialmente as raparigas, reduzem drasticamente a sua vulnerabilidade ao HIV. Quando os adolescentes e jovens permanecem na escola durante o nível secundário, o efeito protector da educação contra o HIV é mais pronunciado. Isso é particularmente verdadeiro para as raparigas que, a cada ano adicional da educação, ganham maior independência, estão melhor equipadas para tomar decisões que afectam a sua sexualidade e vida sexual, e têm maior potencial de ganhar renda – tudo o que as ajuda a permanecer seguras em relação ao HIV.

Para o aproveitamento máximo do potencial da retenção e conclusão do ensino secundário pelas raparigas, serão promovidas iniciativas que visam a retenção da rapariga na escola como, por exemplo, o Programa Eu Sou Capaz, da Secretaria de Estado da Juventude e Emprego, que tem como Patrona a Primeira Dama de Moçambique e outros programas existentes como Geração Biz, Viva+ e Dreams, que para além de disseminar informação importante sobre a educação sexual abrangente (ESA), incluindo a prevenção do HIV, incentiva a permanência da rapariga na escola até terminar o ensino secundário.

Também espera-se o maior envolvimento das lideranças locais administrativas, comunitárias, religiosas e tradicionais na mobilização para o ingresso e retenção dos adolescentes e jovens na escola, em particular para as raparigas.

Com a expansão de intervenções para as RAMJ espera-se até 2025: (i) Aumentar a proporção de raparigas que concluem o ensino secundário de 15%, em 2018, para 38%; (ii) Reduzir em 30% a proporção das RAMJ casadas ou em uniões que sofrem de violência física ou sexual de parceiro íntimo; (iii) Reduzir as novas infecções neste grupo em 75%.

## VISÃO, PRINCÍPIOS ORIENTADORES E FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Visão: Moçambique é um país onde novas infecções pelo HIV são raras e, quando ocorrem, todas as pessoas, independentemente de idade, sexo, orientação sexual, identidade de género ou condição socioeconómica, têm o acesso a cuidados de alta qualidade para terem vidas longas e saudáveis, livres de estigma e discriminação.

### Princípios orientadores

- Não à discriminação e à estigmatização
- Protecção dos direitos humanos e justiça de género
- Abordagem centrada na pessoa
- Não deixar ninguém para trás, especialmente populações marginalizadas
- Abordagem integrada e holística

### Factores críticos de sucesso

- Foco na comunicação para a mudança social e de comportamento
- Integração dos serviços de HIV, co-infecções, comorbidades com os serviços de saúde sexual e reprodutiva
- Sistemas de Saúde e Comunitários fortes
- Multi-sectorialidade
- Parcerias
- Sustentabilidade

**Objectivo geral:** Reduzir as novas infecções pelo HIV e mortes relacionadas ao SIDA abordando as desigualdades que impulsionam a epidemia, e eliminando o estigma e a discriminação.

## OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS E ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

### OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1

#### REDUZIR NOVAS INFECÇÕES PELO HIV

O PEN V visa reduzir as novas infecções pelo HIV em 50% de 130 mil, em 2019, para 65 mil, em 2025, incluindo a redução da transmissão vertical para menos de 5% e redução das novas infecções entre raparigas adolescentes e mulheres jovens em 75% de 37 mil, em 2019, para menos de 10 mil, em 2025.

#### Áreas prioritárias de intervenção:

- Expansão da prevenção combinada do HIV baseada em evidências em áreas geográficas e populações prioritárias;
- Aproveitamento de oportunidades através da criação de sinergias com outros sectores para a prevenção primária do HIV.

### OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2

#### REDUZIR AS MORTES RELACIONADAS AO SIDA E MELHORAR O BEM-ESTAR DA PVHIV

Moçambique registou progressos assinaláveis, mas muito mais precisa de ser feito para alcançar as metas 95-95-95 até 2030, isto é, 95% das pessoas vivendo com o HIV são diagnosticadas, 95% das pessoas diagnosticadas estão em tratamento e 95% das pessoas em tratamento alcançam a supressão viral.

#### Áreas prioritárias de intervenção:

- Aumento do conhecimento do seroestado em relação ao HIV e ligação com outros serviços;
- Melhoria da ligação e retenção nos cuidados e tratamento para as PVHIV;
- Expansão da cobertura dos cuidados e tratamento e redução de perdas na cascata de cuidados;
- Melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados do tratamento.

### OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3

#### REDUZIR AS BARREIRAS SOCIAIS E ESTRUTURAIS PARA A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E MITIGAÇÃO DO HIV

A redução da vulnerabilidade ao HIV bem como os esforços para reduzir as barreiras sociais e estruturais são fortemente afectados por factores específicos no ambiente sociocultural e económico. Portanto, uma abordagem multisectorial (dentro e fora do governo) para enfrentar os determinantes sociais e estruturais que aumentam o risco e a vulnerabilidade, está prevista para todos os moçambicanos, com particular atenção para as necessidades das raparigas adolescentes e mulheres jovens, e as populações-chave.

#### Áreas prioritárias de intervenção:

- Redução da pobreza e vulnerabilidade através da expansão da protecção social e oportunidades de emprego;
- Expansão de campanhas e programas de comunicação para a mudança social e de comportamento;
- Expansão de um pacote abrangente de intervenções através dos programas existentes como, por exemplo, Geração BIZ, Viva+, DREAMS, entre outros;
- Expansão de programas de fortalecimento económico para jovens, em particular nos distritos mais afectados;
- Promoção de mudanças de normas de género e prevenção, e resposta à violência baseada no género.

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4

### FORTALECER A RESPOSTA AO HIV BASEADA NOS PRINCÍPIOS E ABORDAGENS DOS DIREITOS HUMANOS PARA FACILITAR O ACESSO AOS SERVIÇOS

Em Moçambique o quadro jurídico é orientado por uma Constituição da República que garante um conjunto de direitos e estes são incorporados na resposta nacional ao HIV. Existem outros dispositivos legais e políticas de protecção dos direitos humanos no contexto do HIV cuja implementação precisa de ser aprimorada. Ainda persistem lacunas no atendimento por provedores de serviços e no acesso à resposta (reparação) legal para pessoas que sofrem estigma, discriminação e violação de direitos humanos. O objectivo é reduzir o estigma entre as pessoas que vivem com o HIV e populações-chave em pelo menos 50%, tendo a linha de base o ano de 2013.

#### Áreas prioritárias de intervenção:

- Implementação de programas para a eliminação do estigma e discriminação;
- Facilitação do acesso à justiça e reparação da violação dos direitos humanos;
- Promoção de um ambiente favorável que favoreça o gozo e proteja os direitos humanos, e evite o estigma e a discriminação.

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 5

### APOIAR O MAIOR ENVOLVIMENTO DAS PVHIV E OUTRAS POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS

Maior envolvimento das pessoas vivendo com o HIV e outras populações prioritárias consiste em garantir que as comunidades mais afectadas pelo HIV estejam envolvidas na tomada de decisões, implementação e monitoria do desempenho dos programas a todos os níveis de resposta.

#### Áreas prioritárias de intervenção:

- Capacitação das organizações de PVHIV e outras populações prioritárias;
- Envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias em processos de definição de políticas;
- Identificação da habilidade e empoderamento das PVHIV e outras populações prioritárias.

## OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6

### ALCANÇAR UMA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DO HIV MAIS COORDENADA

A liderança, a responsabilidade mútua e o comprometimento continuam sendo ingredientes essenciais para uma resposta bem-sucedida. O PEN V incidirá no fortalecimento de uma abordagem descentralizada que coloque os distritos no centro da prestação de serviços de qualidade em todos os sectores e ministérios. Os esforços para fortalecer as estruturas do CNCS deverão ser aumentados. A colaboração e cooperação entre os ministérios serão melhoradas. Os conselhos provinciais e distritais com todos os sectores (público, privado e da sociedade civil) representados, serão fortalecidos e a liderança nos distritos será mobilizada. O envolvimento do sector privado e dos sindicatos será aprofundado e os sectores da sociedade civil e redes comunitárias capacitados. A visão de liderança reflectida no PEN V requer a partilha transparente de informações essenciais sobre a epidemia e a resposta, bem como um diálogo inclusivo sobre o desempenho nacional e provincial.

### Áreas de intervenção prioritárias:

- Fortalecimento da capacidade do Secretariado Executivo do CNCS para executar plenamente o seu mandato;
- Melhoria da colaboração e cooperação entre os sectores público e privado, sociedade civil e parceiros;
- Fortalecimento da participação e liderança da sociedade civil;
- Desenvolvimento de planos de implementação provinciais e sectoriais;
- Reforçada mobilização de recursos domésticos para o financiamento da resposta ao HIV e SIDA.

### OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7

#### FORTALECER A INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA PARA IMPULSIONAR O PROGRESSO EM DIRECÇÃO AO CUMPRIMENTO DOS OBJECTIVOS DO PEN V

A monitoria e avaliação da saúde pública em Moçambique é feita através de sistemas de informação de rotina; sistemas de vigilância; pesquisa programática, epidemiológica e laboratorial. A capacidade será construída para melhorar a qualidade e o uso de dados para a tomada de decisão, a coordenação de informações estratégicas será alcançada e os resultados serão melhor disseminados.

### Áreas prioritárias de intervenção:

- Fortalecimento da capacidade de monitoria e avaliação para o seguimento eficaz do desempenho do PEN V;
- Garantia de sistemas de monitoria de rotina e não rotineiros harmonizados, oportunos e abrangentes para fornecer dados sobre o HIV de qualidade a todos os níveis (nacional, provincial, distrital e local);
- Estabelecimento da plataforma do HIV em tempo real integrada e multissectorial para fornecer actualizações sobre o desempenho do PEN.

### OBJECTIVO ESTRATÉGICO 8

#### FORTALECER OS SISTEMAS DE SAÚDE E COMUNITÁRIOS

Avanços foram feitos na expansão da prevenção primária, cuidados e tratamento e mitigação do HIV. Para sustentar os ganhos obtidos até o momento e aumentar ainda mais a resposta, o país precisa de fortalecer e integrar os sistemas de saúde e comunitários.

### Áreas prioritárias de intervenção:

- Garantia da disponibilidade de recursos humanos suficientes, competentes, motivados e equitativamente distribuídos;
- Fortalecimento do sistema de saúde a todos os níveis para a prestação de serviços do HIV integrados no pacote essencial de saúde;
- Fortalecimento do sistema comunitário a todos os níveis para a prestação de serviços de prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV.

Todos os anos, milhares de moçambicanos são afectados por crises humanitárias resultantes tanto de fenómenos naturais extremos como cheias e ciclones, quanto de origem humana (por exemplo, terrorismo). Uma proporção significativa de pessoas afectadas por essas crises vive com o HIV, e outra em alto risco de infecção pelo HIV. Tendo isso em consideração, o PEN V trás, pela primeira vez, uma abordagem do HIV e SIDA em situação de emergência.

#### **Áreas de Intervenção Prioritárias:**

- Consciencialização comunitária sobre o HIV e empoderamento das comunidades;
- Saúde – Implementação do Pacote Inicial Mínimo de Serviços recomendado pelas agências das Nações Unidas;
- Protecção contra a violação dos direitos humanos relacionados ao HIV;
- Coordenação e Gestão do Centro de Acomodação.

### **PLANO DE MONITORIA E AVALIAÇÃO**

Um plano de monitoria e avaliação foi elaborado, consistente com a “responsabilidade pelos resultados” sobre a qual a resposta de Moçambique ao HIV é construída. Usando linhas de base derivadas de evidências disponíveis, os indicadores para medir o progresso em direcção a cada um dos objectivos serão avaliados. Além de uma revisão final, uma avaliação intermediária das realizações será efectuada para permitir que as partes interessadas identifiquem onde as acções estão a funcionar, onde há falhas, e o que deve ser feito para colocar a resposta no caminho certo.

### **COMPONENTE DE COMUNICAÇÃO**

A comunicação é um dos factores críticos de sucesso. Ela é fundamental para produzir efeitos que conduzam às mudanças social e de comportamento, de forma a responder à diversidade linguística e de comportamentos. Diferentes abordagens de comunicação são tomadas em conta, dentro de uma visão compartilhada com outras estratégias do PEN V, identificando as populações-chave e vulneráveis, os seus comportamentos de risco, as mensagens-chave para cada um dos grupos específicos e os meios para a veiculação de mensagens.

### **ORÇAMENTO DO PEN V**

Para alcançar os objectivos estratégicos do PEN V será necessário um investimento de USD 3,64 mil milhões ao longo dos cinco anos da vigência do plano. O custo anual de implementação das actividades contidas no PEN V varia entre USD 623 milhões em 2021 e USD 841 milhões em 2025. Este montante indica que o financiamento da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique precisará de continuar na trajectória de crescimento que se verificou nas últimas décadas. A lacuna é de 922 milhões de USD.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 RAZÃO DO PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV E SIDA

O presente documento representa a quinta geração do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA (PEN V) de Moçambique, cuja finalidade é: (i) Articular um quadro estratégico que irá orientar a visão política e programática da resposta ao HIV e SIDA para os próximos cinco anos (2021-2025), com vista a acabar com o SIDA como uma ameaça à saúde pública em Moçambique até 2030; (ii) Informar as partes interessadas a nível nacional, provincial, distrital, municipal e comunitário sobre as orientações estratégicas a ter em conta na elaboração dos planos de implementação; e (iii) Servir de enquadramento para coordenar e monitorizar a implementação das acções de resposta ao HIV e SIDA dos diversos actores a todos os níveis.

O PEN V, como documento orientador, à semelhança dos anteriores, é um plano nacional, não apenas um plano do governo central. Os esforços do nível central são de importância vital, mas os objectivos do plano só podem ser alcançados mediante o envolvimento de todos os níveis (central, provincial, distrital e local), sectores (público, privado e sociedade civil) e os parceiros. É especialmente importante que as comunidades e organizações lideradas por elas desempenhem um papel activo na implementação deste plano.

## 1.2 METODOLOGIA

O PEN V foi desenvolvido por meio de uma análise aprofundada dos dados disponíveis, da implementação do PEN IV e das recomendações do Conselho Directivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) e um processo participativo envolvendo uma ampla gama de partes interessadas do governo (ministérios, instituições públicas tuteladas e subordinadas, governos provinciais e distritais); sociedade civil (organizações comunitárias de base e não governamentais, organizações baseadas na fé, redes de pessoas vivendo com o HIV, populações afectadas e pessoas singulares); sector privado e parceiros de cooperação.

Os principais aspectos do processo de desenvolvimento do PEN V incluem: (i) Criação do Comité Director – órgão encarregue de supervisionar todas as etapas do processo de elaboração do PEN V, de forma a garantir uma ampla contribuição das partes interessadas, nomeadamente, o Governo, a sociedade civil, o sector privado e parceiros; (ii) Comité de Coordenação, órgão com a missão de fazer a gestão do dia-a-dia do processo de elaboração do PEN V; (iii) Grupos Técnicos – discussão sobre resultados esperados e intervenções prioritárias, tendo em conta o maior impacto e maior custo-benefício; (iv) Participação dos cidadãos através da resposta ao inquérito online que foi respondido por um total de 611 pessoas distribuídas por todas as províncias do país; (v) Realização de duas consultas em todas as províncias e duas consultas nacionais. As seguintes constituências estiveram representadas nas consultas: sector público, sector privado, populações-chave e pessoas vivendo com o HIV (PVHIV), parceiros de implementação, parceiros de cooperação, profissionais de saúde e representantes das organizações comunitárias de base (OCB). Quer as consultas provinciais quer a consulta nacional foram orientadas para uma reflexão à volta dos sucessos, problemas e lições aprendidas durante a implementação do PEN IV e proposta de prioridades para o PEN V. As segundas consultas foram para a apresentação e discussão da proposta do PEN V; e (vi) Revisão de Pares do PEN V. Destaque particular deve ser dado às PVHIV e populações-chave que estiveram envolvidas em todos os momentos da formulação do PEN V, tendo sido incorporadas nos diferentes grupos temáticos incluindo no Comité Director.

O processo de custeamento das intervenções contidas neste plano foi interactivo com os membros dos diversos grupos técnicos de trabalho para identificar as metas de actividades, os seus custos relativos e os impactos esperados na resposta nacional ao HIV. Este custeamento também beneficiou de diversas iniciativas, inclusive a validação do relatório de Medição de Gastos em SIDA (MEGAS), uma pesquisa de custos unitários e uma modelagem do Avenir Health. As informações mais específicas sobre a metodologia do custeamento e o desenvolvimento de quatro cenários financeiros para otimizar o custo-benefício do PEN V podem ser encontradas no Livro 2.

### 1.3 CONTEXTO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PEN V

O PEN V será implementado num contexto influenciado por processos a nível internacional e global, mas também por transformações a nível interno.

A nível global, importa destacar o compromisso orientado para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável: no caso do HIV a meta 3.3 é acabar com o HIV como ameaça à Saúde Pública, e a meta 3.8 é alcançar a Cobertura Universal de Saúde, o acesso a serviços de saúde de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e acessíveis para todos. Por outro lado, o PEN V será implementado, pelo menos numa parte do período, num ambiente em que várias economias mundiais estarão a enfrentar uma crise económica como consequência dos efeitos da pandemia de COVID 19 e das medidas do seu controlo e contenção. Este cenário poderá afectar a perspectiva de disponibilidade de recursos financeiros para apoiar os habituais mecanismos de financiamento da resposta ao HIV.

A nível nacional o PEN V é implementado num contexto em que o país enfrenta os desafios dos efeitos da pandemia de COVID-19 que para além de afectar a componente financeira também tem reflexos na utilização dos serviços de saúde, pelas PVHIV e populações-chave. Um outro desafio do contexto nacional tem a ver com o clima de insegurança vivido em algumas regiões do país, que se traduz na deslocação de populações para novas áreas de acolhimento/residência, levando a desafios de continuidade da oferta de serviços, quer preventivos quer de cuidados e tratamento.

Outro factor importante ligado ao contexto, relaciona-se com o processo de descentralização em curso no país. Este processo representa uma oportunidade de expandir a participação das comunidades na gestão da resposta nacional ao trazer para o nível mais periférico a capacidade de decidir sobre a melhor forma de implementar estratégias contidas neste PEN V. O desafio será garantir uma descentralização efectiva e inclusiva em termos de recursos, e o envolvimento de todas as partes interessadas na resposta, com destaque para as PVHIV e outras populações prioritárias.

### 1.4 ALINHAMENTO COM ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS NACIONAIS E GLOBAIS

Políticas, Estratégias e Abordagens globais desenvolvidas pelas Nações Unidas, Programa Conjunto das Nações Unidas de combate ao SIDA (ONUSIDA) e Organização Mundial de Saúde (OMS), tais como Declaração Política das Nações Unidas sobre HIV, de 2016 [1], Estratégia 2016-2021 da ONUSIDA “No Caminho Rápido para Acabar com a SIDA” [2], Estratégia 90-90-90 da ONUSIDA e Estratégia Global do Sector de Saúde da OMS sobre o HIV 2016 – 2021 [3].

Políticas e Estratégias e Relatórios nacionais e sectoriais, tais como o Plano Quinquenal do Governo [4] e o Plano Estratégico do Sector de Saúde [5].



## 2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

### 2.1 ANÁLISE DA EPIDEMIA DO HIV

Moçambique, um país da África Austral, com cerca de 31 milhões de habitantes, dos quais 13 milhões com menos de 15 anos, sofre uma das maiores cargas mundiais de HIV e SIDA. O Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e SIDA (IMASIDA), em 2015, estimou uma prevalência de 13,2% em adultos de 15-49 anos, que representa um aumento em relação a 2009 (11,5%) [6].

Prevalência por sexo: Segundo a Figura 1, as mulheres são desproporcionalmente afectadas do que os homens e, portanto, são uma população vulnerável crítica a ser priorizada no PEN V. A disparidade é mais acentuada em raparigas adolescentes 15-19 anos, cuja prevalência é 4,3 vezes superior à dos seus pares rapazes (6,5% vs 1,5%), Figura 2.

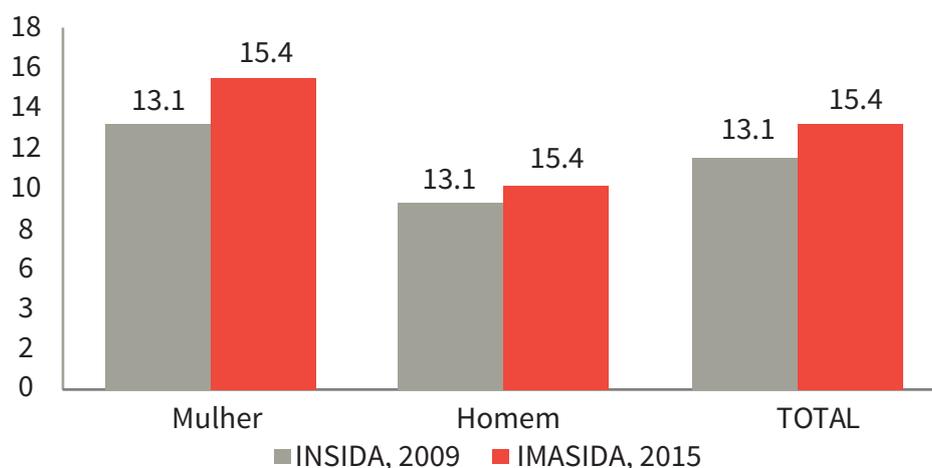


FIGURA 1: PREVALÊNCIA DO HIV POR SEXO EM ADULTOS 15 - 49 ANOS, MOÇAMBIQUE

Prevalência por idade: A prevalência é mais alta entre mulheres e homens com idades entre 35 e 39 anos, demonstrando a necessidade crescente de cuidados e tratamento do HIV por idade. Os dados mostram a necessidade de direccionar a prevenção do HIV nestas faixas etárias para reduzir a infecção resultante de casais discordantes e do sexo intergeracional/transaccional. A Figura 2 mostra a prevalência do HIV por idade.

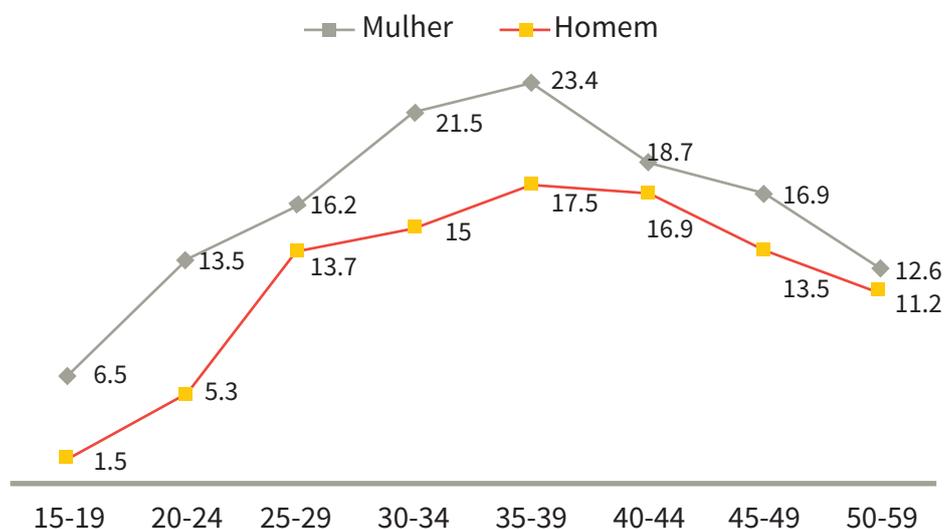


FIGURA 2 : PREVALÊNCIA DO HIV POR IDADES E SEXO, MOÇAMBIQUE IMASIDA 2015

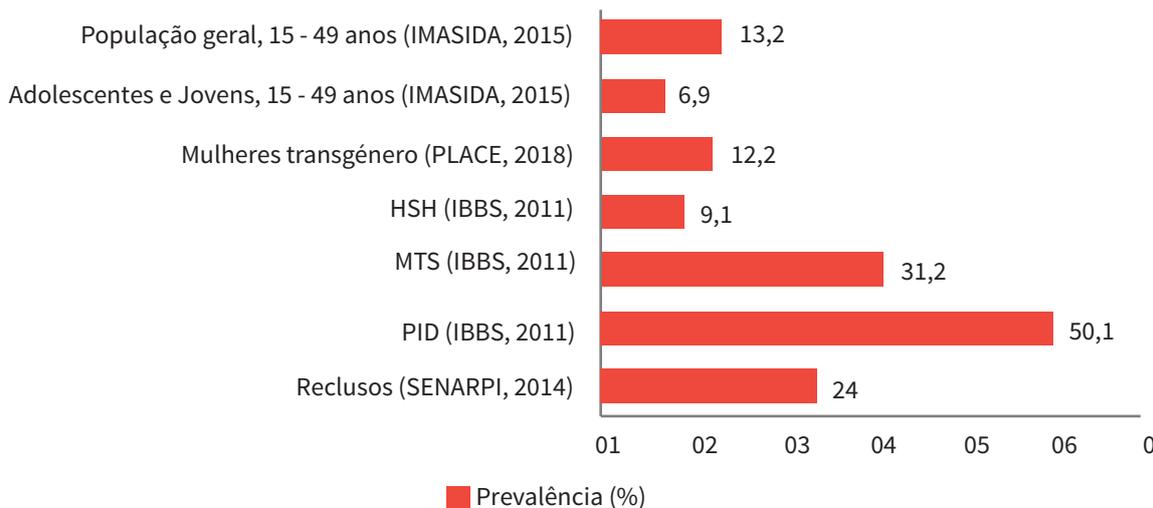
Prevalência entre adolescentes e jovens: Entre adolescentes e jovens de 15-24 anos, a probabilidade de serem infectados é maior entre as raparigas adolescentes e mulheres jovens (RAMJ) em comparação com rapazes adolescentes e homens jovens (RAHJ). A prevalência entre as RAMJ reduziu de 11,1%, em 2009, para 9,8%, em 2015, enquanto a prevalência entre os RAHJ permaneceu relativamente estável (entre 3,7% e 2,2%) no mesmo período. A prevalência entre adolescentes e jovens de 15 a 24 anos seria atribuída em grande medida a novas infecções, em oposição ao impacto do aumento da cobertura do tratamento entre os adultos.

Prevalência por província: Há uma variação substancial da prevalência do HIV por província, com Gaza (24,4%) tendo a prevalência mais alta, seguida de Maputo província (22,9%). As províncias de Tete e Nampula têm a prevalência do HIV mais baixa, de 5,2% e 5,7%, respectivamente. A prevalência aumenta da região norte para a região sul, mas o seu impacto em termos de pessoas que vivem com o HIV é equilibrado pelas diferenças da população por província. É necessário levar em consideração essas variações para desenvolver intervenções direccionadas geograficamente. As estimativas de prevalência, apresentadas na Tabela 1, podem ajudar a informar as prioridades para cada província.

**TABELA 1: PREVALÊNCIA DO HIV EM ADULTOS 15-49 ANOS POR PROVÍNCIA, IMASIDA 2015**

PROVÍNCIA	PREVALÊNCIA (%)
GAZA	24,4
MAPUTO PROVÍNCIA	22,9
MAPUTO CIDADE	16,9
SOFALA	16,3
ZAMBÉZIA	15,1
INHAMBANE	14,1
CABO DELGADO	13,8
MANICA	13,1
NIASSA	7,8
NAMPULA	5,7
TETE	5,2
NACIONAL	13,2

**Tipos de epidemia:** A epidemia do HIV em Moçambique não é homogénea. Algumas áreas geográficas (províncias e distritos) e alguns grupos populacionais como as RAMJ e populações-chave, têm altas taxas de transmissão do HIV que exigem enfoque direccionado para alcançar o impacto necessário. O PEN V inclui estratégias para direccionar as intervenções apropriadas às duas características da epidemia (geografia e população). A Figura 3 compara a prevalência na população geral, adolescentes e jovens e as quatro populações-chave do país: homens que têm sexo com homens (HSH), mulheres trabalhadoras do sexo (MTS), pessoas que injectam drogas (PID) e reclusos [7][8][9].



**FIGURA 3 : PREVALÊNCIA DO HIV ENTRE A POPULAÇÃO GERAL E AS POPULAÇÕES-CHAVE**

Novas infecções: Estima-se que em 2019, 2,2 milhões de pessoas viviam com o HIV em Moçambique. Um pouco mais de 130 mil pessoas de todas as idades foram infectadas pelo HIV, em 2019, o que corresponde a 360 novas infecções por dia, de acordo com as estimativas (Spectrum 2020). O número de novas infecções em adultos (15+ anos) reduziu de 130 mil, em 2010, para 120 mil, em 2019, uma redução de 8%. Ainda assim, regista-se uma redução de 35% na incidência da infecção; se em 2010, para cada 1.000 moçambicanos não infectados no início do ano, 7,2 terminaram o ano infectados, em 2020, esse número baixou para 4,7 (Spectrum 2020).

Mais de quatro quintos (89%) do total das novas infecções ocorreram em adultos (15+ anos), 51% entre mulheres (15 + anos) e 28% entre os RAMJ. As crianças (0-14 anos) contribuem com 11% de novas infecções. Os HSH contribuem com cerca de 0,2%, MTS com 5,2% e PID com 0,1%. Embora as MTS não contribuam de forma significativa directamente para as novas infecções, desempenham um papel importante na formação da ponte entre as populações-chave e a população em geral. Entre adultos de 15-49 anos, 54% das novas infecções ocorreram entre aqueles como mais de um parceiro por ano (Spectrum 2020).

Mortes: O número de mortes por SIDA, em 2019, foi estimado em 51 mil, sendo que 84% (ou 42.400 mortes) ocorreram entre pessoas com 15+ anos, 16% (8.100 mortes) em crianças menores de 14 anos (Spectrum, 2020). Houve um decréscimo no número de mortes em relação a 2010, quando se registaram 63 mil mortes.

Tamanho das populações-chave: As estimativas de 2019 indicam que o tamanho das populações-chave era de 153 mil (MTS - 96200, HSH - 38500, PID - 9900 e reclusos -18000) e as primeiras três representam 0,58% da população de Moçambique (Spectrum, 2020).

Co-infecção TB/HIV: A infecção por HIV foi identificada em 36% dos pacientes com tuberculose. Em 2019, 33.010 pacientes com a co-infecção TB/HIV iniciaram o TARV, sendo o maior número na Zambézia, Gaza e Sofala, com 42% do total (MISAU, 2020).

## 2.2 PROGRESSOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA RESPOSTA

Moçambique está na sua quinta geração do PEN desde que o primeiro foi aprovado em 2000, para o período 2000-2002. O PEN I representou o início da série de planos estratégicos que orientam a resposta nacional multisectorial ao HIV e SIDA e resultou na criação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA e o seu Secretariado Executivo. O PEN II, 2005-2009, consolidou os mecanismos e estruturas de coordenação e apoio à resposta nacional e deu os primeiros passos para a expansão do tratamento antirretroviral (TARV), iniciado em 2004. O PEN III (2010-2014) deu o passo decisivo para a expansão do TARV, e o PEN IV (2016-2020) contribuiu para a consolidação do TARV e lançou as bases para uma expansão adicional de acordo

com as novas directrizes de tratamento (Testar e Tratar da OMS) e implementação da Estratégia 90-90-90 da ONUSIDA. Além disso, as abordagens relacionadas à protecção dos direitos humanos e à abordagem dos factores sociais e estruturais foram incluídas ao longo dos PEN.

### **Sucessos ou progressos da implementação da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique:**

- Entre 2015 e 2019 foram distribuídos 373 milhões de preservativos, tendo sido 99 milhões em 2019;
- 1,5 milhão de moçambicanos fizeram circuncisão entre 2013 e 2019 e 390 mil em 2019;
- Até 2019, 77% das PVHIV conheciam o seu seroestado;
- Em 2019, 99% das mulheres grávidas conheceram o seu seroestado e 95% das positivas iniciaram o TARV;
- Em 2019, 95% das 1720 US do Serviço Nacional de Saúde forneciam o TARV;
- 1,3 milhão de pessoas estão em TARV era o segundo programa de TARV no mundo depois da África do Sul, em 2019;
- Adopção da estratégia 90-90-90 da ONUSIDA e a abordagem testar e iniciar da OMS em Agosto de 2016;
- As intervenções e políticas que respeitam os direitos humanos e um quadro jurídico favorável foram desenvolvidos e implementados;
- Consolidação da abordagem multisectorial e fortalecimento do papel do distrito na resposta ao HIV.

### **A epidemia do HIV em Moçambique é de grande dimensão, pelo que se colocam desafios importantes:**

- A prevenção primária do HIV está ficando para trás. Entre 2010 e 2019, o número de novas infecções pelo HIV em adultos (15+ anos) reduziu em apenas 8%;
- O número de novas infecções continua ser alto entre as RAMJ e populações-chave e em províncias e distritos específicos;
- A taxa de transmissão vertical deve ser reduzida;
- As intervenções de prevenção primária do HIV efectivas têm cobertura limitada e precisam de ser expandidas e a sua eficácia melhorada;
- A eficácia dos programas para lidar com os determinantes sociais e estruturais do risco do HIV, incluindo a pobreza, falta de emprego, desigualdade de género, violência baseada no género (VBG), normas de género desiguais e prejudiciais deve ser melhorada;
- O estigma e a discriminação devem ser minimizados;
- A abordagem multisectorial da resposta e engajamento das comunidades e organizações lideradas pela comunidade e pelas populações prioritárias precisa de ser melhorada;
- A mobilização de recursos domésticos para apoio à resposta nacional ao HIV e SIDA precisa de ser reforçada;
- A qualidade dos dados deve ser melhorada e demanda a prática e cultura de uso de dados para a tomada de decisões a todos níveis (nacional, provincial, distrital e local) e das unidades de saúde que precisam de ser reforçadas.

# 3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PEN IV E RAZÕES PARA O NÃO ALCANCE DAS METAS

## 3.1 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PEN IV

A Tabela 2 apresenta o desempenho da resposta preconizada no PEN IV, com foco nos seus objectivos e resultados esperados. Quanto ao financiamento do PEN IV, o montante mobilizado – acima de USD 500 milhões por ano – superou as estimativas inicialmente projectadas no documento por cerca de USD 80 milhões por ano da sua vigência [12]. Em 2017, por exemplo, a soma de recursos financeiros estimados pelo PEN IV chegou a USD 421.6 milhões enquanto os gastos reais daquele ano excederam USD 508 milhões. Mesmo que os recursos mobilizados tenham sido maiores do que o previsto, nem todos os objectivos do PEN IV foram alcançados, provavelmente por causa tanto de estimativas demasiadamente baixas no custeamento quanto de ineficiências na implementação.

**TABELA 2: NÍVEL DE DESEMPENHO DO PEN IV NA ÁREA PROGRAMÁTICA**

OBJECTIVO/RESULTADO DO PEN IV	LINHA DE BASE, ANO E FONTE DE DADOS	META (2020)	ALCANÇADO (FONTE DE DADOS)	VARIAÇÃO (%)
Reduzir o número de novas infecções pelo HIV em 50% de 2015 até 2020	130.000 (2014) ONUSIDA	60.000	98.000 (2020) ONUSIDA	25%
Reduzir a mortalidade relacionada ao HIV e SIDA em 49% até 2020	57.000 (2014) ONUSIDA	26.500	38.000 (2020) ONUSIDA	33%
Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV de 28% em 2015 para menos de 5% até 2020	28% (2014) ONUSIDA	5%	14% (2020) ONUSIDA	Não aplicável
Aumentar o conhecimento abrangente do HIV nos jovens de 15 a 24 anos para 75% em 2020	41% (2011, IDS)	75%	30%	27%
Aumentar a cobertura do uso do preservativo na última relação sexual entre pessoas que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses para 50% em 2020	27% (2011, IDS)	50%	Sem dados	Não aplicável
Aumentar a percentagem de homens circuncidados para 80% (15-49 anos) e 84% (15-29 anos) até 2020	51% (2015, IMASIDA)	80% (15-49 anos); 84% (15-29 anos)	Sem dados	Não aplicável
Alcançar 97% de mulheres grávidas com seroestado em HIV conhecido na consulta pré-natal	93% (2014, MISAU)	97%	99% (MISAU, 2019)	102%

OBJECTIVO/RESULTADO DO PEN IV	LINHA DE BASE, ANO E FONTE DE DADOS	META (2020)	ALCANÇADO (FONTE DE DADOS)	VARIAÇÃO (%)
Assegurar que 96% das mulheres grávidas HIV positivas em PTV recebam o TARV	87% (2014, MISAU)	96%	95% (MISAU, 2019)	89%
Aumentar a proporção de beneficiários do TARV para 81% dos elegíveis até 2020	67% (2014, MISAU)	81%	59% (MISAU, 2019)	73%
Aumentar a retenção nos cuidados e tratamento após três anos para 70% até 2020	52%	70%	67% (aos 12 meses) (MISAU, 2019)	96%

Os resultados da avaliação intermédia do PEN IV [13] e o balanço da implementação do PEN IV de 2019 confirmam, em grande parte, os progressos e desafios assinalados no capítulo anterior sobre a resposta ao HIV em Moçambique.

As consultas nacional e provinciais reportaram melhorias na implementação da resposta nacional ao HIV, especificamente nos seguintes aspectos:

- a. Foram realizados esforços para a criação de ambiente favorável;
- b. Houve melhorias no processo de coordenação e gestão da resposta com a institucionalização dos Conselhos Distritais de Combate ao SIDA (CDCS).

O esforço de resposta entre 2016 e 2020 foi complementado pela implementação, desenvolvimento e/ou actualização de vários documentos de estratégia, política, e directrizes técnicas. São de mencionar os seguintes:

- Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infecções de Transmissão sexual, 2018-2021;
- Directriz para a Integração dos Serviços de Prevenção, Cuidados e Tratamento do HIV e SIDA para a População-Chave no Sector da Saúde, 2016;
- Guião de Bolso: Tratamento Antirretroviral e Infecções Oportunistas do Adulto, Adolescente e Criança, 2016;
- Directriz para o Engajamento do Homem nos Cuidados de Saúde, 2018;
- Guião Orientador sobre Modelos Diferenciados de Serviços em Moçambique, 2018;
- Avaliação e Manejo de Pacientes com Tuberculose, Protocolos Nacionais, 2019;
- Guião das Actividades Colaborativas TB/HIV, 2019;
- Guião para a Auto-Testagem do HIV em Moçambique, 2019;
- Plano de Aceleração para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis 2018 – 2020;
- Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B, 2020-2024;
- Estratégia Nacional das Mães Mentoras e grupos de mães para mães;
- Guião orientador sobre o rastreio e manejo da sífilis na mulher grávida e no pós-parto, e seguimento da criança exposta e infectada por sífilis.

## 3.2 RAZÕES QUE CONTRIBUÍRAM PARA O NÃO ALCANCE DAS METAS

As principais razões que contribuíram para o não alcance das metas do PEN IV foram:

### 1. Limitada cobertura da prevenção combinada do HIV, particularmente entre as populações-chave e vulneráveis e em áreas mais afectadas pelo HIV

A prevenção combinada do HIV inclui intervenções comportamentais como, por exemplo, acções de sensibilização para a mudança de comportamento para a redução da vulnerabilidade a infecção pelo HIV; intervenções biomédicas como, por exemplo, a promoção e distribuição de preservativos masculino e feminino e profilaxia pré-exposição; e intervenções estruturais como, por exemplo, a retenção da rapariga na escola e eliminação do estigma e discriminação. A cobertura tem sido marcadamente baixa nas intervenções estruturais.

### 2. Persistência de desigualdades nos serviços de testagem e tratamento do HIV

Embora a proporção de PVHIV que conhecem o seu seroestado, tenha aumentado consideravelmente, tendo atingido 82% em 2020, apenas 1,4 milhão dos 2,1 milhões de PVHIV estavam em tratamento até finais de 2020. Persistem desigualdades em relação ao acesso aos cuidados e tratamento. Os homens, particularmente os jovens e adultos jovens, as populações-chave e as crianças de 0-14 anos apresentam níveis de cobertura do tratamento mais baixos. Apenas 56% das PVHIV tinham alcançado a supressão viral até Dezembro de 2020, o que quer dizer que 944 mil PVHIV não estavam suprimidas, portanto continuam a transmitir o vírus. Apenas 64% das crianças vivendo com o HIV estavam em tratamento até fim de Dezembro de 2020 e 11 mil crianças nasceram infectadas pelo HIV.

### 3. A intersecção de desigualdades - incluindo aquelas baseadas no estado de HIV, género, orientação sexual e identidade de género, nível de renda, uso de drogas, trabalho de sexo e encarceramento.

Ainda persistem barreiras sociais e estruturais tais como pobreza, desigualdades, acesso limitado à educação, incluindo e baixa retenção da rapariga na escola; desigualdades de género, normas de género prejudiciais e violência baseada em género (VBG) e acesso limitado ao emprego, em particular para os jovens, que aumentam a vulnerabilidade ao HIV. Um recente inquérito *online* realizado pelo CNCS[14], confirmou a existência de vários desafios sociais e estruturais para acabar com a epidemia do HIV até 2030 em Moçambique.

### 4. Níveis inaceitáveis de estigma e discriminação

Apesar dos esforços de todas as partes interessadas, ainda persistem níveis inaceitáveis de estigma e discriminação nas US e outras áreas do sector público como educação e justiça, nas famílias, comunidades e nos locais trabalho. O estigma e a discriminação são factores impulsadores das desigualdades no acesso aos serviços de prevenção, aconselhamento e testagem em saúde, cuidados e tratamento para as pessoas vivendo com o HIV ou pessoas em maior risco.

### 5. Sub-financiamento da resposta nacional

O sub-financiamento da resposta não só se traduziu em milhares de novas infecções e mortes relacionadas ao SIDA, como também aumentou as necessidades de recursos necessários para alcançar as metas. Os recursos domésticos para o financiamento foram limitados na vigência do PEN IV.

## **6. Escassez aguda de financiamento e limitada capacidade de resposta liderada pela comunidade, PVHIV, populações-chave e jovens**

O envolvimento da sociedade civil no geral e das PVHIV, populações-chave e jovens na resposta foi limitado devido à escassez de recursos financeiros e limitada capacidade técnica. Isto influenciou o seu engajamento na resposta em todas as suas dimensões nomeadamente na tomada de decisões, planificação, implementação e monitoria da resposta.

## **7. Fraca abordagem multisectorial**

Prevalece o desafio de garantir que todas as áreas do sector público, o sector privado e a sociedade civil elaborem e implementem planos operacionais alinhados com o PEN e tenham um plano de monitoria das actividades alinhado com o plano de monitoria do PEN. A resposta do sector público ao HIV, deveria ser parte dos planos económicos e sociais e estar devidamente orçamentada.



# 4. VISÃO E PRINCÍPIOS ORIENTADORES

## 4.1 VISÃO

Moçambique é um país onde novas infecções pelo HIV são raras e, quando ocorrem, todas as pessoas, independentemente de idade, sexo, orientação sexual, identidade de género ou condição socioeconómica, têm o acesso a cuidados de alta qualidade para terem vidas longas e saudáveis, livres de estigma e discriminação.

## 4.2 PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA RESPOSTA

A resposta nacional à epidemia do HIV é orientada pelos seguintes princípios:

### 1. Não à estigmatização e à discriminação

A resposta nacional ao HIV deve assegurar que nenhuma pessoa sofra qualquer tipo de estigma ou discriminação resultante do seu estado serológico, sua orientação sexual ou de género, sua crença religiosa, seu estado civil, seu local de residência, sua ocupação, que muitas vezes podem resultar em barreira para a utilização dos serviços por determinados grupos com especial destaque para as populações-chave. Uma percepção alta de estigma retarda a procura de cuidados por parte das pessoas infectadas pelo HIV [15]. Uma oferta de serviços personalizados e orientados para as pessoas com maiores necessidades constituem uma fórmula eficaz de vencer a epidemia, devendo ser considerada em todas as áreas de intervenção previstas neste plano[16].

### 2. Protecção dos direitos humanos e justiça de género

O sucesso da resposta nacional ao HIV e SIDA depende da protecção e promoção dos direitos daqueles que são socialmente excluídos, marginalizados e vulneráveis. O PEN V está ciente dessa realidade e está fundado (enraizado) numa abordagem baseada em direitos humanos e justiça de género[17].

### 3. Abordagem centrada na pessoa, Envolvimento, Participação e Responsabilidade Partilhada

Assegurar que a abordagem centrada nas pessoas destaque a importância de se responder às necessidades específicas e barreiras enfrentadas pelos indivíduos no acesso aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento e mitigação do HIV, com particular enfoque nos adolescentes e jovens, populações-chave e pessoas vivendo com o HIV.

As crianças, adolescentes – rapazes e raparigas – e seus tutores, PVHIV, MTS, HSH, populações de alta mobilidade e comunidades – com particular atenção às mulheres – devem ser consultados, envolvidos e participar no desenvolvimento, implementação, monitoria da resposta e prestação de contas sobre políticas e programas que os afectam, a fim de assegurar a relevância, adequação e apropriação dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento oferecidos.

### 4. Não deixar ninguém para trás, especialmente populações marginalizadas

A resposta deve assegurar que todas as pessoas, especialmente PVHIV, populações-chave e outras populações vulneráveis tenham a oportunidade de atingir o seu potencial de saúde integral. Os esforços para alcançar este princípio, por meio do engajamento e empoderamento significativos, a priorização de todas as populações e a remoção de barreiras à sua participação, resultarão numa maior inclusão. A garantia de acessibilidade aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento, deve ser continuamente aprimorada.

## **5. Abordagem integrada e holística**

A resposta nacional deve incluir o fornecimento de cuidados de saúde integrados que abranjam serviços de HIV e TB e outras doenças e estados de saúde associados, assegurando que o utente dos serviços encontre numa única secção da unidade sanitária (US) todo o cuidado que merece devido à sua condição. Além da integração de serviços necessária em ambientes de saúde, esforços adicionais são necessários para garantir a integração completa do sector de saúde e outros sectores. As US devem garantir o encaminhamento adequado e a ligação dos pacientes aos serviços sociais, e os decisores noutros sectores também devem ter como objectivo garantir que os seus programas sejam sensíveis ao HIV.

### **4.3 FACTORES CRÍTICOS DE SUCESSO DA RESPOSTA**

Para alcançar os nove objectivos estratégicos do PEN V e suas metas, sistemas de saúde e comunitários deverão ser fortalecidos para garantir a prestação de serviços e para que os programas sejam eficazes e eficientes. Os planos provinciais de implementação (PIP) deverão descrever especificamente as acções concretas para abordar estes factores críticos de sucessos.

#### **1. Foco na comunicação para a mudança social e de comportamento**

A comunicação eficaz é um elemento central e determinante facilitador de cada aspecto do PEN V. Comunicação para Mudança Social e de Comportamento (CMSC) ajuda os indivíduos a reduzir o HIV, comportamentos de risco, aumenta a demanda por serviços e apoia as pessoas a continuar engajadas nos serviços de HIV, e sigam ou cumpram com os regimes de prevenção e tratamento prescritos.

A CMSC é uma componente especialmente importante de uma resposta ao HIV eficaz agora, quando as evidências disponíveis mostram que a população em geral e os jovens em particular, estão menos informados sobre o HIV do que no passado e menos propensos a tomar medidas para reduzir os riscos e seguir os cuidados prescritos. Os níveis de estigma e discriminação reportados são associados a preconceitos, concepções erradas e tabus sobre o HIV.

A comunicação para a mudança social e de comportamento tem desempenhado um papel central nos esforços de prevenção do HIV desde o início da epidemia. O paradigma de prevenção combinada, que integra intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, oferece oportunidades para o emprego de abordagens de comunicação em saúde em todo o ciclo de cuidados contínuos [18]. A resposta Global à SIDA – Relatório do Progresso, 2016 [19] e os resultados das auscultações e do inquérito *online* – indicam a necessidade que existe de reforço das actividades de comunicação combinada devendo, de forma particular, privilegiar mensagens entre os grupos mais vulneráveis de se infectar ou de infectar os outros. Mensagens orientadas para grupos específicos, incluindo pessoas com deficiência, cobrindo as necessidades de prevenção, conhecimento do seroestado, adesão e retenção no tratamento bem como para o alcance da supressão viral deverão ser reforçada.

#### **2. Integração dos serviços de HIV, co-infecções, comorbidades e com serviços de saúde sexual e reprodutiva**

A integração da provisão dos serviços de saúde representa uma oportunidade para a optimização, eficiência, bem como um melhor acesso a estes. Oferecendo serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e de HIV, juntos melhoram o acesso aos serviços e fornecem um modelo para a prática de saúde pública centrada nos direitos e nas pessoas[20]. Os serviços de saúde têm vindo a buscar formas de oferta de serviços integrados em diferentes áreas que compõem o pacote de SSR, entretanto a priorização de uma maior integração tem o potencial de fazer com que mais RAMJ tenham o contacto com os serviços de HIV. Por outro lado, a combinação dos serviços de HIV com os serviços de co-infecções em especial com os serviços de Tuberculose, têm o potencial de levar a impactos importantes.

### **3. Sistemas de Saúde e Comunitário fortes**

Os sistemas de saúde e comunitários fortes são essenciais para atingir o objectivo global de acabar com a epidemia do HIV como ameaça à saúde pública até 2030. O sistema de saúde deve garantir o ambiente e condições propícias para o desenvolvimento e a implementação/oferta de serviços de qualidade, centrados na pessoa e continuados. Para o alcance de metas ambiciosas de saúde é necessário ter sistemas de saúde fortes, funcionais e inclusivos.

Os sistemas comunitários desempenham um papel chave na resposta e garantem a inclusão da participação das comunidades na identificação dos problemas, planificação, oferta e monitoria dos serviços de saúde [21].

Os recentes eventos (desastres naturais e actos de terrorismo) que afectaram e afectam, de forma severa, a estrutura de provisão dos cuidados de saúde, incluindo a oferta de serviços de prevenção e tratamento do HIV, sugerem, de forma inequívoca, a necessidade de ter sistemas resilientes capazes de alcançar, simultaneamente, resultados sustentáveis na prática de saúde pública e na prestação de serviços de saúde, bem como melhorar a sua preparação para emergências com destruição massiva de infra-estruturas e deslocamento das populações [22].

Durante a implementação do PEN V as respostas e organizações lideradas pelas comunidades serão fortalecidas através da implementação de um pacote básico de serviços multisectoriais para atender às necessidades dos membros das comunidades afectados pela epidemia do HIV.

### **4. Sustentabilidade**

As políticas, os programas e os serviços devem assegurar benefícios a longo prazo para a população. Para garantir a sustentabilidade, as capacidades dos provedores de serviços, bem como das comunidades e famílias, devem ser reforçadas. A mobilização e envolvimento crescentes das estruturas locais e líderes de opinião existentes, independentemente de financiamentos exteriores, devem, sob este princípio, ser assegurados como parte da solução para o reforço da sustentabilidade na prevenção, tratamento e mitigação dos efeitos do HIV. Ao mesmo tempo, torna-se imprescindível a definição de mecanismos de financiamento que possam diminuir a dependência e imprevisibilidade de fundos externos para a resposta nacional.

### **5. Multisectorialidade**

Este PEN privilegia e encoraja a implementação de intervenções eminentemente biomédicas dependentes do sector da saúde e, ao mesmo tempo e com o mesmo vigor, de intervenções comportamentais e estruturais orientadas para a redução das vulnerabilidades ao HIV e mitigação do seu impacto. Uma coordenação efectiva dos esforços de todos os actores envolvidos na resposta ao HIV e SIDA deve ser vista como chave para a efectiva complementaridade dos programas dos diferentes sectores e sucesso das intervenções.

### **6. Parcerias**

No contexto da implementação do PEN V, é encorajado o estabelecimento de acordos de colaboração entre instituições do sector público, parceiros de cooperação, sector privado, organizações não-governamentais e da sociedade civil, bem como os prestadores de serviços, com base no respeito mútuo, igualdade, responsabilidade partilhada e complementaridade, para contribuir e reforçar a implementação de políticas e programas de resposta nacional.

# 5. PRIORIZAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE RESPOSTA AO HIV

Num cenário em que vários factores influenciam a propagação da epidemia e com recursos limitados, a priorização das populações em alto risco, de áreas geográficas mais afectadas bem como das intervenções de impacto, baseadas em evidências e direitos humanos e facilmente ampliáveis, mostra-se importante.

O exercício de priorização geográfica para RAMJ identificou que 149 (92.5%) dos distritos possuem alta incidência do HIV (Figura 4). A distribuição geográfica da incidência do HIV foi combinada com a distribuição das intervenções destinadas a este grupo prioritário, tendo-se constatado que 62 distritos possuíam intervenções orientadas para as RAMJ, em 2019, o que representa 41.6% de cobertura de distritos de alta incidência .

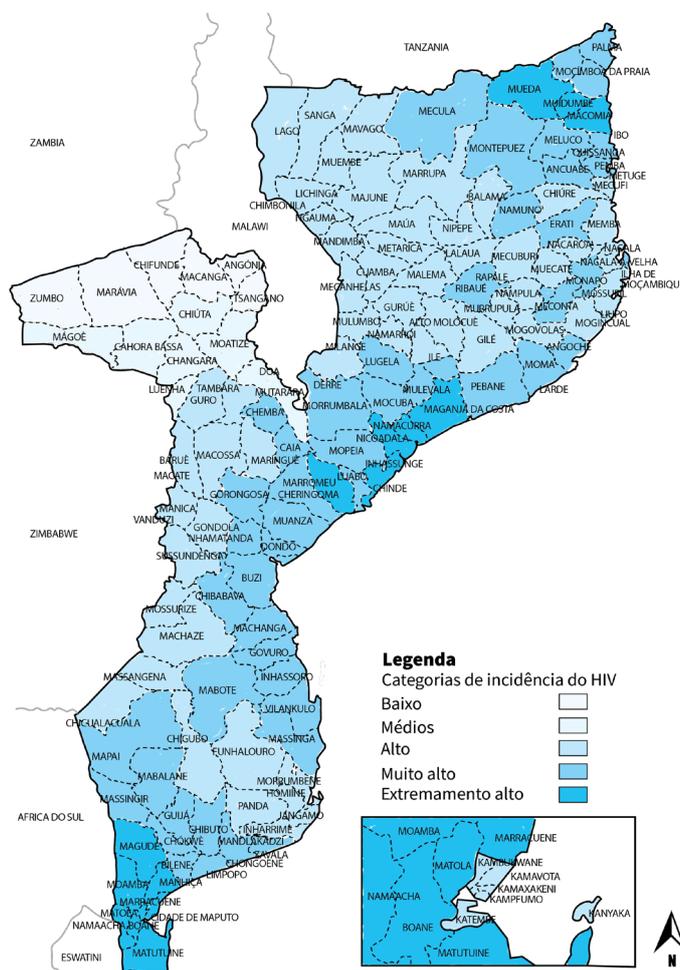
Figura 4 : Incidência do HIV em Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens, Priorização Distrital (Fonte: CNCS, UNAIDS 2020)

A compreensão da origem e focos de propagação da infecção nas populações prioritárias contribui para uma melhor priorização das intervenções por cada grupo populacional.

As intervenções de prevenção da transmissão vertical como a retestagem das mulheres grávidas e lactantes e o TARV universal para as mulheres grávidas e lactantes identificadas HIV positivas, devem continuar a ser priorizadas, beneficiando não só essas mulheres, mas também reduzindo drasticamente a transmissão vertical no país.

Para as raparigas adolescentes, de 15 a 19 anos, mais de 50% do risco ocorre em homens com mais de 20 anos. Intervenções como promoção do preservativo, circuncisão médica masculina voluntária (CMMV), profilaxia pré-exposição (PrEP), testagem para o HIV e tratamento antirretroviral, devem ser priorizados para rapazes, jovens (15 a 29 anos) e homens no geral, a fim de beneficiarem, indirectamente, as raparigas adolescentes e mulheres jovens.

A limitação da disponibilidade de recursos como referido anteriormente requer que sejam priorizadas as actividades que resultarão numa maior redução de novas infecções e mortes relacionadas ao HIV e uma melhor relação custo-benefício. O custeamento aponta que tais actividades incorporam um grande aumento no número de pessoas em TARV, uma ampliação na distribuição de preservativos, uma expansão nas actividades direccionadas às MTS e um aumento no número de homens submetidos à CMMV (de todas as idades, embora o maior efeito seja observado em homens adultos acima de 25 anos na modelagem).



# 6. OBJECTIVOS GERAL E ESTRATÉGICO E RESULTADOS ESPERADOS DO PEN V

**Objectivo geral:** Reduzir as novas infecções pelo HIV e mortes relacionadas ao SIDA abordando as desigualdades que impulsionam a epidemia, eliminando o estigma e a discriminação.

Este PEN pretende alcançar nove objectivos estratégicos descritos a seguir, sendo o maior foco a necessidade de redução de novas infecções por HIV bem como a redução de mortes relacionadas ao SIDA.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS DO PEN V	
Obectivo Estratégico 1	Reduzir novas infecções pelo HIV
Obectivo Estratégico 2	Reduzir mortes relacionadas ao SIDA e melhorar o bem-estar das PVHIV
Obectivo Estratégico 3	Reduzir as barreiras sociais e estruturais para a prevenção, cuidados e tratamento e mitigação do HIV
Obectivo Estratégico 4	Fortalecer a resposta ao HIV baseada nos princípios e abordagens dos direitos humanos para facilitar o acesso aos serviços
Obectivo Estratégico 5	Apoiar o maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias
Obectivo Estratégico 6	Alcançar uma resposta nacional à epidemia do HIV mais coordenada
Obectivo Estratégico 7	Fortalecer a informação estratégica para impulsionar o progresso em direcção ao cumprimento dos objectivos do PEN V
Obectivo Estratégico 8	Fortalecer os sistemas de saúde e comunitários
Obectivo Estratégico 9	Fortalecer a resposta ao HIV e SIDA em situações de emergências



## 6.1 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 1: REDUZIR NOVAS INFECÇÕES PELO HIV

### CONTEXTO

Há uma variação substancial das novas infecções pelo HIV por província, com cinco províncias (Zambézia, Nampula, Maputo província, Sofala e Cabo Delgado) das 11 províncias a contribuir com mais de três quartos (76%) das novas infecções pelo HIV, todas com mais de 10 mil novas infecções em 2019. A redução das novas infecções pelo HIV tem sido lenta. As novas infecções são impulsionadas por parcerias múltiplas entre relações sexuais heterossexuais, altas taxas de discordância, baixo uso do preservativo, baixa supressão viral e existências de barreiras sociais e estruturais. Moçambique ainda regista alta taxa de transmissão vertical, estimada em 14% [23], apesar de se terem alcançado altas coberturas de testagem em mulheres grávidas e acesso ao TARV para as mulheres grávidas e lactantes.

Para o controlo da epidemia em Moçambique é importante continuar a identificar as fontes de novas infecções pelo HIV e adequar estratégias de resposta focalizadas. Como ilustrado nas secções anteriores, apesar de Moçambique enfrentar uma epidemia generalizada, estão identificadas regiões geográficas bem como os grupos populacionais que mais contribuem com novas infecções no país, nomeadamente: RAMJ (15-24 anos) e as populações-chave.

## LACUNAS E DESAFIOS

A análise da resposta, em particular da componente de prevenção, mostra que o progresso na redução de novas infecções entre adultos (15+ anos) e em crianças (0-14 anos) foi consideravelmente lento. Os principais desafios e lacunas são:

- Redução de intervenções de comunicação para a mudança social e de comportamento (CMSC) que resultou em mudança mínima de comportamento sexual;
- Limitada e inconsistente disseminação de mensagens educativas sobre a redução do risco do HIV, como o atraso no início de relações sexuais, redução de parceiros e promoção de comportamentos mais seguros;
- Foco em intervenções biomédicas, mas com baixa cobertura (PrEP, preservativo, TARV);
- Escala limitada de intervenções comportamentais e estruturais, apesar das evidências de diferentes necessidades para as diferentes populações em risco;
- Baixo aproveitamento de oportunidades nos outros sectores-chave para aumentar a eficiência, abordar vulnerabilidades e criar sinergias para reduzir drasticamente novas infecções;
- Baixa prioridade do programa para abordar o estigma relacionado ao HIV e a discriminação contra PVHIV e VBG e contra populações-chave;
- Limitada promoção do preservativo e distribuição não orientada às necessidades das populações prioritárias;
- Baixo envolvimento masculino em intervenções para eliminar a transmissão de mãe para filho: planeamento familiar, consulta pré-natal e pós-parto e prevenção da transmissão de mãe para filho;
- Infecções pelo HIV significativamente altas entre as RAMJ e mulheres em idade reprodutiva e entrada tardia nos cuidados e tratamento de mulheres grávidas positivas.

## OPORTUNIDADES

As melhores maneiras de reduzir as novas infecções pelo HIV são: (i) garantir que as estratégias de prevenção mais eficazes sejam priorizadas e amplamente implementadas; (ii) direccionar recursos de prevenção do HIV para os locais com maior peso da doença e para as populações em maior risco de infecção; e (iii) garantir o diagnóstico precoce e ligação imediata aos cuidados e tratamento para aqueles diagnosticados com HIV.

## RESULTADOS ESPERADOS

1. Reduzido o número de novas infecções pelo HIV em 50%, de 100 mil em 2019 para 50 mil em 2025;
2. Reduzida a transmissão do HIV de mãe para filho de 14% entre 2019 para menos de 5% em 2025;
3. 95% das mulheres em idade reprodutiva têm as suas necessidades de HIV e saúde sexual e reprodutivas atendidas;
4. 95% das pessoas em risco da infecção pelo HIV têm acesso e usam opções de prevenção combinadas, apropriadas, priorizadas, centradas na pessoa e eficazes.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

### I. Expansão da prevenção combinada do HIV baseada em evidências em áreas geográficas e populações prioritárias

O PEN V merece priorização ao nível nacional com base nas estimativas provinciais. Dados específicos das províncias e os perfis de HIV a nível provincial fornecerão dados para a planificação, priorização, implementação de serviços de HIV, monitoria e alocação de recursos a nível provincial.

O PEN V prioriza a prevenção primária do HIV compreendendo aspectos comportamentais, biomédicos, estruturais, centrados nas pessoas e intimamente integrados constituindo os cinco pilares da prevenção [24]:

1. Intervenções orientadas para RAMJ e seus parceiros;
2. Intervenções orientadas para as populações-chave;
3. Circuncisão médica masculina voluntária;
4. Disponibilidade e utilização de preservativos;
5. Profilaxia pré-exposição.

### PRIORIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA EPIDEMIA

As províncias estão divididas para intervenções dirigidas e de alto impacto de acordo com a sua incidência (número de infecções em cada mil pessoas não infectadas). Uma província está no grupo de baixa incidência (0,1-0,9). Uma província está no grupo de média incidência (1,0-2,9) e as restantes nove (9) de alta incidência (3,0-9,9). Em cada província serão priorizados os distritos de acordo com a sua incidência (Tabela 3). Das 100 mil novas infecções pelo HIV ocorridas em 2019, 94% foram registadas nas províncias de alta incidência.

Províncias com alta incidência (9): Todas as intervenções de prevenção primária do HIV, cuidados e tratamento precisam de ser expandidas, garantido cobertura e qualidade máximas. Os principais factores de risco comportamentais, socioculturais e estruturais devem ser abordados.

Província com média incidência (1): A identificação e categorização das populações prioritárias com foco em populações-chave, RAMJ e PVHIV (casais serodiscordantes), mulheres em idade reprodutiva, grávidas e lactantes. Também é necessário um bom sistema de vigilância com foco nos pontos quentes.

Província com baixa incidência (1): A identificação de características específicas da província de Tete que podem aumentar a incidência de HIV no futuro nestes é obrigatória. São necessárias intervenções nas populações-chave. Intervenções estruturais e redução de estigma e discriminação são necessárias. Também é necessário um bom sistema de vigilância com foco nos pontos quentes.



**TABELA 3: GRUPOS DE PROVÍNCIAS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA AS NOVAS INFECÇÕES**

GRUPO	INCIDÊNCIA (POR 1000 PESSOAS NÃO INFECTADAS)	Nº DE PROVÍNCIAS	Nº NOVAS INFECÇÕES	TOTAL DA POPULAÇÃO (MILHÕES)	CONTRIBUIÇÃO PARA AS NOVAS INFECÇÕES
Alto (3,0-9,9)		9	94 600	24,4	93,7
Sofala	5,1		11 000		10,9
Zambézia	5,0		25 000		24,7
Cabo Delgado	4,4		10 000		9,9
Nampula	3,9		22 000		21,7
Gaza	3,6		4 800		4,7
Manica	3,3		6 300		6,2
Maputo <sup>1</sup>	3,2		11 000		10,8
Inhambane	3,1		4 500		4,4
Manica	3,6		7 000		5,4
Médio (1,0-2,9)		1	4 500	4,7	4,4
Niassa	2,4		4 500		4,4
Médio (1,0-2,9)		1	4 500	4,7	4,4
Tete	0,8		2 200		2,2

FONTE: SPECTRUM 2021 E CENSO 2017

<sup>1</sup>INCLUI A PROVÍNCIA DE MAPUTO E A CIDADE DE MAPUTO

## POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS

O risco de infecção pelo HIV não é igual para todas as populações. As populações são consideradas prioritárias por contribuírem de forma importante em termos de novas infecções ou por apresentarem um limitado acesso aos serviços disponíveis, devido à sua condição. As populações que contribuem desproporcionalmente com alto número de novas infecções em Moçambique são as seguintes:

Populações vulneráveis: São aquelas particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV, isto é, as que têm oportunidades desiguais, sujeitas a factores socioculturais, estruturais, económicos, políticos que lhes colocam mais susceptíveis de se infectarem ou de desenvolverem o SIDA.

- Raparigas adolescentes e mulheres jovens: Estas contribuem com até 28% de todas as novas infecções e são heterogéneas, fazem parte das populações-chave, casais serodiscordantes, PVHIV, estão dentro e fora da escola e em todas as áreas geográficas.
- Trabalhadores móveis e migrantes (incluindo o trabalhador mineiro, camionistas de longo curso, trabalhador sazonal nas indústrias extractivas, no garimpo, nas obras públicas e nas farmas): Estas populações têm especificidades geográficas e requerem intervenções dirigidas segundo as suas necessidades.
- Crianças e mulheres grávidas vivendo com HIV: A redução da transmissão vertical para menos de 5% e eventual eliminação é um dos resultados prioritários do PEN V. Todas as 4 frentes da estratégia de eliminação da transmissão vertical devem ser implementadas à escala nacional para atingir este objectivo, incluindo a prevenção de infecções pelo HIV nas RAMJ em idade reprodutiva.

- PVHS e casais serodiscordantes: Em 2019 havia 2,2 milhões de PVHIV. De acordo com IMASIDA 2015, 10% dos casais eram serodiscordantes (um parceiro negativo e outro positivo). Casais serodiscordantes contribuem significativamente para as novas infecções. Os casais serodiscordantes estão em todas as áreas geográficas.
- Raparigas entre os 10-14 anos: A evidência mostra que a prevalência do HIV começa a aumentar a partir dos 15 anos entre as raparigas. Desta forma, é necessário intervir mais precocemente em termos de prevenção primária, tomando em conta os contextos de normas sociais, práticas culturais e a idade.
- Crianças órfãs e vulneráveis da/na rua: São especialmente vulneráveis devido ao abuso e exploração aliados ao acesso limitado às condições básicas como alimentação, cuidados de saúde, cuidados por parentes, protecção, educação e habitação.
- Pessoas com deficiência: Apresentam limitado acesso aos serviços de prevenção, cuidado e tratamento, devido não só ao estigma e à discriminação, mas também às suas próprias limitações.
- Populações-Chave: São aquelas que devido a comportamentos de risco estão mais expostas e em maior risco de se infectarem pelo HIV. As populações-chave também enfrentam diversas barreiras legais, sociais e estruturais que dificultam o seu acesso a serviços de ordem diversa como também aumentam a sua vulnerabilidade ao HIV. Em Moçambique, elas incluem: HSH, MTS, PID, reclusos e pessoas transgénero.

**TABELA 4: INTERVENÇÕES PARA A EXPANSÃO DA PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM ÁREAS GEOGRÁFICAS E POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS**

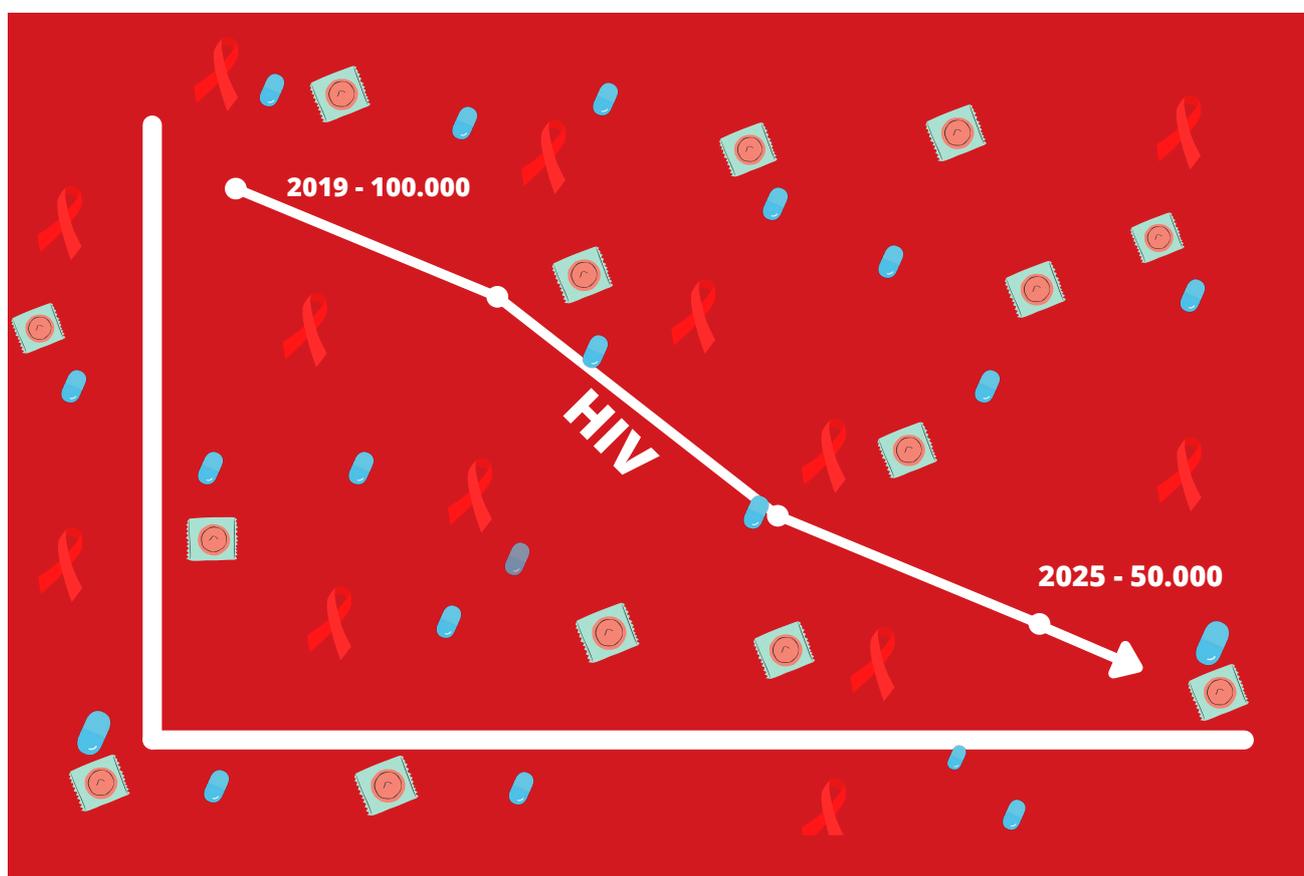
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS			
GRUPO	ACÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
População geral	<input type="checkbox"/>	Implementação da campanha de comunicação para mudança social e de comportamento	CNCS
	<input type="checkbox"/>	Implementação de campanha contra o estigma e discriminação	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Criação de demanda para o preservativo (masculino e feminino) e lubrificantes	Governos provinciais Parceiros Implementação Sociedade Civil
Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens (RAMJ)	<input type="checkbox"/>	ESA incluindo prevenção do HIV dentro e fora das escolas	CNCS
	<input type="checkbox"/>	Consciencialização sobre a vulnerabilidade e risco da infecção pelo HIV	MISAU MINEDH
	<input type="checkbox"/>	Educação de pares, incluindo a utilização de redes sociais e outras tecnologias tais como SMS BIZ, sobre ITS, HIV e saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SDSR) e para promover as medidas de prevenção (preservativo, CMMV, PrEP) e aconselhamento e testagem em saúde (ATS)	SEJE MGCAS Governos provinciais
	<input type="checkbox"/>	Expansão de intervenções baseadas em evidências como abordagem curricular nas aulas, Mundo Sem Segredos, Pacote Básico - Habilidades para a Vida, Geração/Rapariga BIZ, VIVA+, DREAMS	Parceiros Implementação OSC

INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS			
GRUPO	AÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
Populações-chave e outras populações vulneráveis	<input type="checkbox"/>	Intervenções de mudança de comportamento usando ferramentas e técnicas interpessoais específicas incluindo Braille e linguagem de sinal para compreensão do risco e apoiar a redução do risco	CNCS MISAU
	<input type="checkbox"/>	Alcance e contacto regulares com as populações-chave por meio da educação de pares, tratamento e apoio	Governos provinciais
	<input type="checkbox"/>	Promoção do uso do preservativo (masculino e feminino) e lubrificantes	Parceiros Implementação
	<input type="checkbox"/>	Educação de pares e aconselhamento sobre a redução de danos para PID	OSC
PVHIV e casais serodiscordantes	<input type="checkbox"/>	Implementar o pacote de prevenção positiva	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Oferecer serviços de educação de pares e de apoio para aumentar a consciência sobre o tratamento e direitos, bem como literacia para melhorar a adesão e retenção	CNCS Governos provinciais
	<input type="checkbox"/>	Implementar intervenções comportamentais baseadas em evidências e oferecer apoio para a revelação de resultados	Parceiros Implementação OSC
Crianças, mulheres grávidas e lactantes com HIV	<input type="checkbox"/>	Implementar grupos de apoio às mulheres grávidas e lactantes	MISAU MGCAS
	<input type="checkbox"/>	Fornecer serviços de apoio psicossocial	Parceiros de implementação OSC



INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS			
GRUPO	AÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
População geral	<input type="checkbox"/>	Fornecimento de preservativos masculinos e femininos e lubrificantes	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Oferta de serviços de atendimento às vítimas de VBG incluindo profilaxia pós-exposição (PPE)	CNCS
	<input type="checkbox"/>	Oferta de CMMV com foco nos rapazes dos 15 aos 29 anos e nas províncias de Tete, Manica e Zambézia	Governos provinciais
	<input type="checkbox"/>	Ligação dos que testam positivo aos cuidados e início imediato do tratamento	Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/>	Oferta de PrEP às populações prioritárias	OSC
Raparigas Adolescentes e Mulheres Jovens (RAMJ)	<input type="checkbox"/>	Expansão de Serviços Amigos de Adolescentes, Jovens e Cantos de Saúde Escolar	MISAU MINEDH Governos provinciais Parceiros de implementação OSC
	<input type="checkbox"/>	Oferta de serviços de rastreio de cancro, tratamento e educação sobre cancro cervical	
	<input type="checkbox"/>	Expandir o acesso aos serviços de SSR através da integração dos serviços de SSR com a prevenção do HIV, incluindo a oferta de anticonceptivos e preservativos e lubrificantes	
	<input type="checkbox"/>	Identificação e oferta de PrEP às RAMJ elegíveis (RAMJ em alto risco) como parte de um pacote abrangente	
	<input type="checkbox"/>	Provisão de serviços de ATS livres de estigma e discriminação	
	<input type="checkbox"/>	Rastreio e manejo de ITS nas USs	
	<input type="checkbox"/>	Provisão de cuidados e tratamento livres de estigma e discriminação incluindo serviços de apoio à retenção	
	<input type="checkbox"/>	Promoção da demanda de CMMV para os parceiros	
Populações-chave e outras populações vulneráveis	<input type="checkbox"/>	Provisão de insumos-chave de prevenção incluindo preservativos (masculino e feminino) e lubrificantes	MISAU Governos provinciais Parceiros de implementação OSC
	<input type="checkbox"/>	Rastreio e manejo de ITS nas US	
	<input type="checkbox"/>	Provisão de serviços de PrEP	
	<input type="checkbox"/>	Rastreio e manejo de vírus de papiloma humano entre MTS/HSH e hepatites B e C para PID	
	<input type="checkbox"/>	Expandir o pacote completo de redução de danos para PID	
	<input type="checkbox"/>	Fornecer serviços integrados de prevenção de ITS, HIV, tuberculose e hepatites virais para reclusos	
	<input type="checkbox"/>	Prover serviços de ATS livres de estigma e discriminação incluindo auto-teste	
	<input type="checkbox"/>	Provisão de cuidados e tratamento livres de estigma e discriminação incluindo serviços de apoio à retenção	
	<input type="checkbox"/>	Oferecer um pacote de atendimento a vítimas de violência contra populações-chave incluindo PPE	

INTERVENÇÕES BIOMÉDICAS		
GRUPO	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
PVHIV e casais serodiscordantes	<input type="checkbox"/> Oferecer ATS aos parceiros e famílias de todos os pacientes HIV positivos	MISAU
	<input type="checkbox"/> Fornecer TARV ao parceiro infectado e apoiar na adesão para alcançar a supressão viral	Governos provinciais
	<input type="checkbox"/> Fornecer PrEP ao parceiro não infectado	Parceiros de implementação
Mulheres grávidas e lactantes vivendo com HIV	<input type="checkbox"/> Oferecer PrEP às mulheres grávidas e lactantes em risco	MISAU
	<input type="checkbox"/> Implementar a estratégia de retestagem	Governos provinciais Parceiros de implementação
Adolescentes, homens jovens e adultos	<input type="checkbox"/> Promover a demanda e expandir o acesso à CMMV com foco nos homens jovens e adultos entre os 15 e 29 anos e nas províncias de Tete, Manica e Zambézia	MISAU
	<input type="checkbox"/> Promover a demanda e aumentar a disponibilidade de preservativos, fortalecendo e ampliando o marketing social e cadeia de abastecimento	CNCS SEJE SED
	<input type="checkbox"/> Prover auto-teste	OSC Parceiros de implementação



## INTERVENÇÕES ESTRUTURAIS

<input type="checkbox"/>	Rever e/ou desenvolver políticas que impactam positivamente na resposta ao HIV	CNCS MISAU MINEDH MGCAS SEJE Governos provinciais Parceiros de implementação OCB e ONG
<input type="checkbox"/>	Implementar campanhas de redução de estigma e discriminação	
<input type="checkbox"/>	Implementar programas de prevenção e resposta a VBG na comunidade e na escola	
<input type="checkbox"/>	Abordar a violência contra populações-chave através de mecanismos apropriados de resposta à crise	
<input type="checkbox"/>	Engajar os homens na sua função de prevenção do HIV e da transmissão vertical do HIV	
<input type="checkbox"/>	Abordar os factores socioculturais que impactam no empoderamento das RAMJ no controlo da sua saúde e exposição: redução das uniões prematuras, VBG	
<input type="checkbox"/>	Fortalecer a protecção dos direitos e empoderamento das populações-chave e vulneráveis	
<input type="checkbox"/>	Sensibilizar e engajar as comunidades e seus líderes tais como líderes comunitários e religiosos sobre populações-chave para a redução do estigma, discriminação e aumento da utilização de serviços	
<input type="checkbox"/>	Implementar programas de retenção da rapariga na escola	
<input type="checkbox"/>	Implementar programas de protecção social para famílias vulneráveis	
<input type="checkbox"/>	Assegurar o empoderamento económico das RAMJ através da formação vocacional e geração de renda com ligação a oportunidades de emprego	
<input type="checkbox"/>	Fortalecer políticas de resposta ao HIV no local de trabalho	
<input type="checkbox"/>	Expandir os centros comunitários de atendimento para as MTS, HSH e PID	

## II. Aproveitamento de oportunidades através da criação de sinergias com outros sectores para a prevenção primária do HIV

As intervenções de prevenção primária do HIV irão alavancar as oportunidades existentes nos outros sectores nos níveis provincial e nacional para implementar estratégias baseadas em evidências. O roteiro de prevenção vai fornecer intervenções detalhadas. Os sectores-alvo incluem: ensino geral, formação de professores, ensino superior, ensino técnico-profissional, juventude e desporto, função pública, trabalho e género e acção social, turismo, transporte e comunicações, defesa e segurança, justiça e finanças.

**TABELA 5: SECTORES PRIORITÁRIOS PARA ALAVANCAR A PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO HIV**

SECTORES	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Ensino geral, formação de professores, formação profissional, ensino técnico-profissional e ensino superior	<input type="checkbox"/> Implementar políticas de educação, directrizes e formação de professores que incluam informação apropriada à idade sobre o HIV e SDR	MINEDH MCTES SEETP SEJE Universidades Institutos CNCS MISAU
	<input type="checkbox"/> Aumentar o conhecimento sobre o HIV e seroestado em relação ao HIV, ITS e cancro do colo do útero entre os professores, estudantes e corpo técnico administrativo	
	<input type="checkbox"/> Melhorar o acesso a informações precisas sobre a sexualidade através da introdução (ou implementação) da ESA apropriada à idade no currículo escolar incluindo a prevenção do HIV	
	<input type="checkbox"/> Aumentar a disponibilização e o acesso aos serviços de saúde e insumos de saúde	
	<input type="checkbox"/> Desenvolver e implementar um protocolo de garantia de qualidade das acções de ESA e fazer a monitoria para garantir qualidade e fidelidade	
	<input type="checkbox"/> Promover programas de retenção da rapariga na escola, por exemplo, programas de protecção social (lancas escolares, material didáctico e uniformes escolares), pensos higiénicos e fonte de água nas escolas.	
	<input type="checkbox"/> Abordar o estigma e discriminação nas escolas, universidades e institutos	

SECTORES	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Juventude, Emprego e Desporto	<input type="checkbox"/> Fornecer ESA incluindo a prevenção do HIV fora das escolas	SEJE SED CNCS MISAU CNJ Federações desportivas
	<input type="checkbox"/> Fortalecer as capacidades económicas por meio de apoio ao acesso a mais educação, formação, emprego e actividades de auto-emprego	
	<input type="checkbox"/> Capacitar mulheres jovens, por meio de programas específicos (Incubadora de Empreendedorismo Juvenil, Fundo de Apoio às Iniciativas Juvenis, Programas Meu Kit Meu Emprego, Emprega e Eu Sou Capaz) para iniciar e/ou melhorar os seus próprios negócios	
	<input type="checkbox"/> Incentivar as empresas a apoiar o programa empoderamento juvenil e por meio de co-financiamento e oportunidades de emprego	
	<input type="checkbox"/> Fornecer material de informação, educação, comunicação e mensagens sobre a prevenção primária do HIV através da comunicação interpessoal, media de massa e media social para jovens fora da escola	
	<input type="checkbox"/> Integrar mensagens sobre prevenção do HIV, cuidados e tratamento e mitigação em eventos desportivos como a Semana Nacional do Desporto, Moçambola	
	<input type="checkbox"/> Usar figuras do desporto para a divulgação de mensagens sobre a prevenção do HIV, cuidados, tratamento e mitigação	
	<input type="checkbox"/> Divulgar mensagens sobre a prevenção primária do HIV nos recintos desportivos	
Função Pública, Trabalho e Segurança Social e Género, Criança e Acção Social	<input type="checkbox"/> Promover a inclusão social efectiva, sem espaço para estigma e discriminação	MAEFP MTSS MGCAS OSC Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Desenhar e/ou implementar instrumentos de protecção social “sensíveis ao SIDA”, em vez de “específicos ao SIDA” incluindo transferência de dinheiro, protecção das crianças órfãos e vulneráveis (COV) dos efeitos empobrecedores do HIV e SIDA	
	<input type="checkbox"/> Redução da lacuna de necessidade não satisfeita de pelo menos 3 serviços mínimos de apoio para COV garantindo apoio a pelo menos 500 mil COV	
	<input type="checkbox"/> Incorporar uma agenda transformadora que capacite as mulheres a aceder aos seus direitos em termos de herança, educação, acesso ao mercado de trabalho para proteger e mitigar o impacto do HIV e SIDA	
	<input type="checkbox"/> Expandir os programas de HIV e SIDA no local de trabalho nos sectores público e privado através do desenvolvimento, revisão e implementação de políticas	

SECTORES	ACÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
Transportes e Tecnologias de Informação e Comunicação	<input type="checkbox"/>	Usar os sistemas de transportes públicos para a difusão de mensagens sobre o HIV e distribuição de preservativos e lubrificantes	Associação dos Transportadores
	<input type="checkbox"/>	Promover uma campanha ousada de prevenção primária do HIV nos media para eliminar preconceitos, concepções erradas sobre o HIV	Municípios GABINFO
Justiça	<input type="checkbox"/>	Promover o acesso à igualdade e justiça social no contexto da violação de direitos específicos para a resposta ao HIV e SIDA	MJCR SER NAP
	<input type="checkbox"/>	Aumentar programas sobre o HIV e SIDA no Serviço Nacional Penitenciário	MISAU CNCS
Cultura, Turismo e Comércio	<input type="checkbox"/>	Requerer mensagens sobre a prevenção primária do HIV nos hotéis/pensões/residenciais, bares e restaurantes	CNCS MISAU
	<input type="checkbox"/>	Disponibilizar preservativos nos locais de hospedagem, bares e restaurantes	Sector Privado
Recursos Minerais e Energia	<input type="checkbox"/>	Promover a responsabilidade social corporativa no âmbito da mobilização de recursos domésticos para a resposta nacional ao HIV e SIDA	MIREM CNCS
	<input type="checkbox"/>	Promover o programa de saúde ocupacional incluindo a resposta ao HIV e SIDA no local de trabalho	
	<input type="checkbox"/>	Implementar o programa de HIV na mineração artesanal para os mineiros e as MTS	
Economia e Finanças	<input type="checkbox"/>	Apoiar na mobilização de recursos para a resposta nacional	Ministério da Economia e Finanças
	<input type="checkbox"/>	Fornecer os recursos financeiros para a resposta nacional ao HIV	
Informação	<input type="checkbox"/>	Apoiar na divulgação de mensagens sobre a prevenção primária do HIV, cuidados, tratamento e mitigação do impacto	GABINFO Órgãos de informação públicos e privados CNCS
Religião	<input type="checkbox"/>	Adaptar e realizar campanhas de prevenção primária do HIV sem estigma e discriminação	CNCS COREM
	<input type="checkbox"/>	Abordar a noção de cura do HIV através da fé como uma barreira ao tratamento e retenção nos cuidados	
	<input type="checkbox"/>	Participar na campanha nacional contra todas as formas de estigma e discriminação relacionadas com o HIV	
Todos os ministérios, secretarias de estado e instituições públicas	<input type="checkbox"/>	Fornecer recursos (humanos, financeiros, materiais e infra-estruturas) para as actividades do HIV no local de trabalho	Todos os ministérios e instituições públicas



## 6.2 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 2: REDUZIR AS MORTES RELACIONADAS AO SIDA E MELHORAR O BEM-ESTAR DA PVHIV

### CONTEXTO

O número de mortes relacionadas ao SIDA reduziu de cerca 63 mil, em 2010, para 51 mil, em 2019. Neste ano, 16% das mortes ocorreram em crianças de 0-14 anos, reflectindo desafios de cobertura do TARV nas crianças, qualidade de cuidados e alta taxa de transmissão vertical (14%). Em 2019, a ligação das PVHIV diagnosticadas aos cuidados e tratamento foi de 72%. No mesmo ano, a retenção aos 12 meses foi estimada em 67%. Nas mulheres grávidas a retenção foi de 65%. Foram registadas melhorias no rastreio da TB entre PVHIV, na integração com serviços de saúde reprodutiva e na monitoria da carga viral.

Até Setembro de 2020, 1.321.941 PVHIV, incluindo 81.635 crianças de 0-14 anos, estavam em TARV. A cobertura do TARV, no mesmo período, para adultos, era de 57%, e, para crianças, 56%. Em relação à cobertura do TARV, em adultos, as províncias de Cabo Delgado (30%), Sofala (41%), Maputo província (42%), Niassa (45%) e Nampula (50%) apresentam as coberturas mais baixas e, nas crianças, são as províncias de Maputo província (33%), Niassa (36%), Cabo Delgado (42%) Sofala (44%), Tete (49%), e Nampula (50%) que apresentam as coberturas mais baixas, todas abaixo das respectivas médias nacionais (MISAU, 2020).

### DESAFIOS E LACUNAS

As barreiras do sistema de saúde agravaram as lacunas ou desafios da cascata de cuidados desde o diagnóstico, ligação, início do tratamento, retenção e supressão viral. Estas incluem o acesso limitado e distribuição não equitativa dos serviços, recursos humanos escassos, mecanismos de referência e seguimento pouco eficazes, desafios da cadeia de logística e limitada infra-estrutura para o sistema de gestão de informação.

Diagnóstico e ligação aos cuidados: O diagnóstico tardio ou não diagnóstico e ligação sub-ótima aos cuidados é um desafio particularmente para homens, RAHJ e populações-chave. Para estas, as barreiras legais, estigma, discriminação e atitudes negativas dos provedores reduzem o acesso e uso dos serviços.

Cobertura de cuidados e tratamento: Há províncias e grupos populacionais (rapazes, homens, populações-chave) que apresentam baixa cobertura de TARV tanto para adultos como para crianças e baixa retenção. A situação é preocupante nas províncias de Cabo Delgado (31%), Sofala (41%), Maputo província (42%) e Nampula (51%) todas abaixo da média nacional de 57%. O rastreio da TB e o acesso ao tratamento profilático com isoniazida ainda precisam de ser melhorados. A integração sub-ótima do rastreio e manejo de outras co-infecções e das comorbidades resulta em perda na cascata de cuidados. As PVHIV experimentam o estigma e a discriminação que impactam na revelação, adesão e retenção, particularmente entre populações-chave e vulneráveis. As longas distâncias às US, particularmente nas zonas rurais, é outro desafio.

Qualidade de cuidados, tratamento e supressão viral: A qualidade de serviços, uso de sistemas electrónicos, uso de regimes otimizados (em particular para as crianças), uso de dados para a melhoria das intervenções a nível da US e monitoria da carga viral precisam de ser melhorados. A coordenação e apoio para a qualidade de cuidados por outros sectores como nutrição e segurança alimentar, serviços legais e sociais são limitados.

### OPORTUNIDADE

A melhor maneira de melhorar os resultados de saúde das PVHIV é reforçar o acesso e continuidade nos cuidados e tratamento com uma abordagem holística. Isso requer foco permanente na cascata de cuidados de HIV, garantindo o acesso a regimes otimizados, especialmente entre crianças e adolescentes, assim como o fortalecimento da capacidade dos provedores e dos sistemas de saúde e comunitários, apoiando cuidados coordenados abrangentes às PVHIV.

A necessidade de retenção nos cuidados e tratamento justifica a adoção de diversas intervenções, incluindo o envolvimento de PVHIV na promoção da adesão e retenção no tratamento. O manejo holístico inclui a necessidade de desenvolver e implementar um pacote para a identificação e manejo de doenças avançadas ligadas ao HIV que deve ter em conta a ocorrência frequente de infecções oportunistas, com destaque para a Tuberculose.

## RESULTADOS ESPERADOS:

1. Aumentada a proporção de PVHIV que conhecem o seu seroestado de 77%, em 2019, para 95%, em 2025;
2. Aumentada a proporção de crianças expostas com diagnóstico precoce de HIV de 71%, em 2019, para 95%, em 2025;
3. Aumentada a proporção de pessoas diagnosticadas ligadas aos cuidados e tratamento do HIV de 72%, em 2019, para 95%, em 2025;
4. Aumentada a cobertura do TARV para 95% em crianças, adolescentes e adultos;
5. Reduzido o número de mortes relacionadas ao SID em 50% (de 39 mil em 2019 para 19 mil em 2025);
6. Aumentada a supressão viral para 95% em crianças, adolescentes e adultos, incluindo mulheres grávidas e lactantes;
7. Reduzido o número de mortes relacionadas ao SIDA em 50% (de 51 mil em 2019 para 25 mil em 2025).

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

### I. Aumento do conhecimento do seroestado em relação ao HIV e ligação com outros serviços

O aconselhamento e testagem em saúde é o ponto crítico de entrada para os cuidados e tratamento assim como a prevenção do HIV. Mais de um quinto (23%) dos moçambicanos não conheciam o seus seroestados, em 2019. O diagnóstico precoce, o início e a retenção nos cuidados e tratamento são essenciais para a supressão viral e a redução de novas infecções.

**TABELA 6: INTERVENÇÕES PARA AUMENTAR O CONHECIMENTO DO SEROESTADO EM RELAÇÃO AO HIV E LIGAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS**

INTERVENÇÕES	AÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Adopção de estratégias de ATS para populações e áreas geográficas específicas	<input type="checkbox"/> Expandir a implementação do auto-teste com enfoque nas RAMJ, populações-chave, parceiros de MTS e homens no geral. Privilegiar universidades, institutos e escolas técnicas, locais de trabalho, mercados, penitenciárias	MISAU DPS Parceiros de implementação OSC
	<input type="checkbox"/> Implementar abordagens eficazes e de alto rendimento para populações e áreas específicas	
	<input type="checkbox"/> Expandir o aconselhamento iniciado pelo provedor em todas os sectores das US e assegurar a ligação aos cuidados e início do tratamento	
	<input type="checkbox"/> Oferecer o ATS aos parceiros e famílias de todos os pacientes HIV positivos através da abordagem caso índice.	
	<input type="checkbox"/> Fornecer serviços de ATS baseados na comunidade de rotina para populações vulneráveis e prioritárias	
	<input type="checkbox"/> Realizar o ATS baseado na comunidade à escala populacional em áreas de alta prevalência	
	<input type="checkbox"/> Implementar a re-testagem do HIV para mulheres grávidas e lactantes negativas no primeiro teste	
Fortalecimento de infra-estrutura e sistemas de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Fortalecer a infra-estrutura e capacidade de diagnóstico infantil precoce	MISAU Governos provinciais Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Expandir estratégias de diagnóstico inovadoras, incluindo Point of Care e auto-teste	
	<input type="checkbox"/> Investir no pessoal qualificado, segurança dos insumos e mecanismos de garantia de qualidade	
Oferta de ATS direcionado e integrado	<input type="checkbox"/> Oferta de ATS a casais e parceiros como opções de revelações compatíveis.	Governos provinciais MISAU CNCS OSC Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Provisão de pacotes integrados de ATS para incluir o rastreio da TB, serviços de planeamento familiar, rastreio de cancro do colo do útero, outros exames como tensão arterial e glicemia e outros serviços de redução de risco (ATS, preservativos e lubrificantes, rastreio de ITS) para populações prioritárias	
	<input type="checkbox"/> Sensibilizar indivíduos de alto risco, por exemplo, MTS para a realização de ATS regular	
	<input type="checkbox"/> Expandir a prevenção positiva com PVHIV	
Fortalecimento da ligação com cuidados e tratamento	<input type="checkbox"/> Utilizar navegadores para a ligação dos indivíduos diagnosticados dentro da US aos cuidados e tratamento	Governos provinciais MISAU CNCS OSC Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Utilizar navegadores para a ligação dos indivíduos diagnosticados na comunidade com as US e grupos de apoio	
	<input type="checkbox"/> Fortalecer o engajamento e liderança de redes de PVHIV e de outras populações prioritárias para a mobilização para a utilização e facilitação do acesso ao ATS.	

## II. Melhoria da ligação e retenção nos cuidados e tratamento para PVHIV

Estratégias de ATS eficazes e de alto rendimento dirigidas, tanto na US como na comunidade, serão utilizadas para aumentar a taxa de identificação de PVHIV. Embora a testagem seja necessária para ligar as PVHIV aos cuidados, o ponto de ligação e o subsequente acompanhamento são essenciais para a inscrição e retenção nos cuidados e tratamento. Identificar cada indivíduo em tratamento para o rastreo e acompanhamento será fundamental para reduzir as perdas na cascata de tratamento. As intervenções recomendadas para a ligação aos cuidados e tratamento de PVHIV diagnosticadas e início do tratamento são específicas e gerais em função da área geográfica e população beneficiária. Estas estratégias vão incluir: (i) O estabelecimento de um número único de identificação do paciente e de mecanismos de rastreo desde o ATS; e (ii) Melhoria das estratégias de mobilização de pares para o diagnóstico, inscrição e retenção nos cuidados e tratamento.

**TABELA 7: INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A LIGAÇÃO E RETENÇÃO NOS CUIDADOS E TRATAMENTO DAS PVHIV DIAGNOSTICADAS**

GRUPO POPULACIONAL	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Serviços de TARV no geral	<input type="checkbox"/> Reforçar a capacidade de gestão de pacientes nas US, particularmente aquelas com maior volume de pacientes	MISAU MINT/MJCR Redes de Farmácias Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Expandir a cobertura do TARV para alcançar mais PVHIV com enfoque nas províncias com baixas coberturas e nas populações-chave, homens e rapazes	
	<input type="checkbox"/> Melhorar a ligação das pessoas que testam positivo para o HIV ao início imediato do TARV	
	<input type="checkbox"/> Reforçar a literacia de tratamento para que o paciente fique mais consciente e se torne responsável pela sua adesão ao tratamento	
	<input type="checkbox"/> Revitalizar e expandir as abordagens comunitárias de apoio psicossocial com enfoque nas populações mais vulneráveis	
	<input type="checkbox"/> Expandir a distribuição do TARV em farmácias privadas e em toda a rede da FARMAC.	
	<input type="checkbox"/> Expandir a estratégia de distribuição comunitária de TARV através dos Agentes Polivalentes Elementares (APE) em todas as províncias	
	<input type="checkbox"/> Utilizar iniciativas e plataformas comunitárias para apoiar a ligação e a manutenção no tratamento das pessoas que são diagnosticadas a este nível.	
	<input type="checkbox"/> Expandir a implementação dos modelos diferenciados de serviços	
	<input type="checkbox"/> Estabelecer o número único de identificação do paciente e instrumentos e mecanismos de busca de abandono	
Crianças vivendo com o HIV	<input type="checkbox"/> Integrar os serviços de cuidados e tratamento nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil	MISAU Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Providenciar a educação de pares para os cuidadores e pais	

GRUPO POPULACIONAL	AÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
Adolescentes e jovens	<input type="checkbox"/>	Expandir os Serviços Amigos Saúde de Adolescentes e Jovens (SAAJ)	SEJE
	<input type="checkbox"/>	Utilizar o apoio de pares e as redes de adolescentes e jovens vivendo com o HIV para promover a retenção	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Utilizar tecnologia, incluindo redes sociais, para a educação e retenção nos cuidados e tratamento	Parceiros de implementação
Mulheres grávidas e lactantes	<input type="checkbox"/>	Integrar os serviços de cuidados e tratamento nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil	MISAU Parceiros de implementação
Populações-chave	<input type="checkbox"/>	Fortalecer as estratégias de mobilização de pares para diagnóstico, ligação, inscrição e retenção	MISAU Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/>	Fornecer serviços de ATS baseados na comunidade de rotina	
	<input type="checkbox"/>	Integração dos cuidados e tratamentos nos centros de atendimento comunitário	
	<input type="checkbox"/>	Extensão do horário de funcionamento dos serviços de TARV nas US	

### III. Expansão da cobertura dos cuidados e tratamento e redução de perdas na cascata de cuidados

Para o controlo da epidemia do HIV até 2030, o país deverá aumentar a cobertura do TARV de acordo com as diretrizes nacionais e a estratégia 95-95-95 da ONUSIDA. A expansão da cobertura vai aumentar o número de PVHIV em cuidados e tratamento, o que aumentará a carga sobre o sistema de saúde. As intervenções que fortalecem a prestação de uma variedade de serviços, incluindo educação, tratamento preventivo com cotrimoxol, para tuberculose, rastreio e manejo de outras co-infecções (hepatites virais) e infecções oportunistas, rastreio e manejo de comorbidades (diabetes, doenças cardiovasculares, cancro e doenças mentais) e acompanhamento para retenção a nível da comunidade, reduzirão a carga de atendimento nas US.

A retenção nos cuidados e tratamento a curto e longo prazos, precisará da identificação clara dos pontos de perdas de pacientes na cascata de cuidados, e abordagem nos pontos de prestação de serviços e, no nível provincial, e enfatizar que diferentes províncias precisarão de concentrar-se em diferentes populações (por idade, sexo, orientação sexual) dependendo da sua situação e desafios na cascata de cuidados, tratamento e motivos das perdas na cascata.

**TABELA 8: INTERVENÇÕES PARA AUMENTAR A COBERTURA AOS CUIDADOS E TRATAMENTO E REDUÇÃO DE PERDAS NA CASCATA DE CUIDADOS**

ÁREA DE INTERVENÇÃO/ GRUPO	AÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
Serviços de TARV no geral	<input type="checkbox"/>	Expandir as intervenções de prevenção da TB, hepatites virais, outras infecções oportunistas e comorbidades	MISAU  Governos provinciais  Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/>	Realizar treino integrado sobre o HIV em cascata para uma força de trabalho qualificada através de métodos e tecnologias inovadoras	
	<input type="checkbox"/>	Fornecimento de equipamento de rastreio e diagnóstico da TB, doenças não-transmissíveis (DNT), desnutrição, infecções oportunistas junto com os equipamentos para o HIV	
	<input type="checkbox"/>	Realizar o rastreio, profilaxia e manejo de co-infecções e início do TARV	
	<input type="checkbox"/>	Fortalecer a capacidade das US no manejo de PVHIV com doença avançada	
	<input type="checkbox"/>	Expandir o rastreio do cancro do colo uterino e fortalecimento de referência para o tratamento	
	<input type="checkbox"/>	Expandir o rastreio e manejo de doenças mentais, com destaque para a depressão, ansiedade, demência e outros transtornos cognitivos por uso de substâncias psicotrópicas	
	<input type="checkbox"/>	Expandir o rastreio e o manejo da diabetes, doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão	
	<input type="checkbox"/>	Expandir o apoio nutricional às PVHIV com desnutrição aguda moderada a grave	
	<input type="checkbox"/>	Prover educação nutricional a nível das US e da comunidade	
Crianças, adolescentes e jovens	<input type="checkbox"/>	Oferecer às mães e cuidadoras educação, literacia e capacitação sobre o HIV	MISAU  Governos provinciais  Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/>	Integrar cuidados e tratamento nos SAAJ	
	<input type="checkbox"/>	Promover a utilização de tecnologia e media social para facilitar a adesão e retenção	
	<input type="checkbox"/>	Padronizar a metodologia de revelação por e para adolescentes vivendo com o HIV	
Populações-chave	<input type="checkbox"/>	Expandir os serviços de cuidados e tratamento de HIV amigáveis para as populações-chave com mobilização e apoio de pares	MISAU  Governos provinciais  Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/>	Implementar uma campanha para a redução do estigma e a discriminação para aumentar o acesso aos cuidados e tratamento do HIV	

#### IV. Melhoria da qualidade dos cuidados e os resultados do tratamento

A melhoria da qualidade de cuidados e dos resultados de saúde abrange processos deliberados contínuos que envolvem uma análise de rotina e uso de dados de saúde e de programas e fortalecimento dos sistemas para atender às necessidades dos pacientes e do programa. O governo a todos os níveis e parceiros devem envidar esforços para rastrear e melhorar a qualidade dos cuidados e resultados de saúde das PVHIV.

**TABELA 9: INTERVENÇÕES PARA MELHORAR A QUALIDADE DE CUIDADOS E RESULTADOS DO TRATAMENTO**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Qualidade de cuidados e melhoria dos resultados de tratamento	<input type="checkbox"/> Fortalecer a capacidade das províncias e distritos para a monitoria da qualidade de cuidados e uso de dados dos cuidados para a tomada de decisão	MISAU CNCS Governos provinciais Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Implementar iniciativas de melhoria contínua da qualidade através da formação de provedores e uso de sistema electrónicos	
	<input type="checkbox"/> Desenvolver e implementar planos de vigilância, protocolos e pesquisas periódicas e análise de coorte	
	<input type="checkbox"/> Fortalecer os sistemas de logística e garantir a disponibilidade contínua dos produtos do HIV de qualidade no ponto de prestação de serviços	
	<input type="checkbox"/> Implementar a monitoria periódica de retenção e revelação – implementação de ciclos contínuos de melhoria de qualidade nas US que fazem o TARV	
Capacidade laboratorial	<input type="checkbox"/> Expansão da testagem da carga viral através de plataformas Point of Care (POC)	MISAU Governos provinciais Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Aumento do número de laboratórios com capacidade de processamento de amostra da carga viral	
	<input type="checkbox"/> Fortalecimento do transporte de amostras	
	<input type="checkbox"/> Expansão do software com o Disa Link para a recepção imediata de resultados na US	
	<input type="checkbox"/> Implementar sistemas para a garantia da qualidade e monitorizar a adesão aos protocolos laboratoriais	
Apoio da retenção na comunidade	<input type="checkbox"/> Promover a educação sobre o tratamento específico por idade e população na comunidade e em outros ambientes fora da US	CNCS MISAU Parceiros de implementação OSC
	<input type="checkbox"/> Promover o uso de tecnologia móvel e baseada no web para aumentar a adesão, retenção e opções de seguimento	
	<input type="checkbox"/> Expandir o uso de estratégias de apoio de pares para as PVHIV	



## 6.3 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 3: REDUZIR AS BARREIRAS SOCIAIS E ESTRUTURAIS PARA A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E MITIGAÇÃO DO HIV

### CONTEXTO

Em Moçambique, os factores relacionados com a pobreza e desigualdades continuam a representar desafios para uma resposta eficaz ao HIV. Especificamente a baixa renda, limitadas oportunidades de emprego, desigualdade de género, VBG, normas de género prejudiciais e baixo nível de escolaridade, têm moldado a maneira como a epidemia do HIV afecta as RAMJ, mulheres e as populações-chave, e também impactam no acesso e no comportamento da procura de serviços de saúde e na adesão aos tratamentos prescritos.

A taxa de pobreza a nível nacional no país é de 46,1%, sendo mais elevada na zona rural (50.1%) se comparada com a zona urbana (37,4%) [24], e estudos indicam que as famílias de baixa renda são mais vulneráveis ao HIV e outras doenças crónicas [25]. Factores sociais e estruturais como a pobreza, desigualdade, acesso inadequado à educação de qualidade, desigualdade de género, VBG e normas de género prejudiciais aumentam a vulnerabilidade ao HIV. As desigualdades limitam o poder e restringem as opções disponíveis para as RAMJ, que por sua vez as tornam mais vulneráveis à violência de género e violência do parceiro íntimo e aumenta a probabilidade de se envolverem em relações transacionais e de diferentes idades. Além disso, uma série de factores impedem os jovens de aceder aos serviços de prevenção, tratamento e cuidados do HIV, bem como outros serviços de SSR.

Durante a elaboração do PEN V, em resposta ao inquérito online, os participantes colocaram como uma prioridade muito alta a abordagem dos factores sociais e estruturais que aumentam o risco e a vulnerabilidade entre as RAMJ.

### DESAFIOS:

- Ainda é alta a frequência das relações desiguais de género, relacionadas à dependência socioeconómica das RAMJ e mulheres que aumentam a vulnerabilidade e risco ao HIV, e limitam o seu poder de decisão sobre o acesso aos serviços do HIV;
- Ainda persistem as normas e práticas de género prejudiciais;
- A VBG continua a ser uma preocupação e o seu impacto sobre o risco de infecção pelo HIV é bem conhecido;
- A escala e eficiência de intervenções para a redução de factores sociais e estrutura são limitadas;
- Moçambique elaborou e ratificou um conjunto leis e estratégias nacionais que protegem os direitos das mulheres e das raparigas, e o desafio está na sua implementação.

A menos que estes factores sociais e estruturais sejam abordados no contexto do controlo do HIV, as metas de saúde pública para o HIV não serão alcançadas e os ganhos obtidos não serão sustentáveis. Abordar estes factores exige não apenas uma acção específica por parte do sector da saúde, mas, ainda mais importante, a integração da saúde nos esforços de desenvolvimento mais amplos ou abrangentes.

## OPORTUNIDADES

Levando em consideração os principais desafios sociais e estruturais e seus impactos nos resultados da saúde, as seguintes oportunidades podem ser aproveitadas:

- Existência de uma Agenda Nacional de Desenvolvimento 2025;
- O PEN V é elaborado num momento em que o governo de Moçambique inicia um novo programa de governação – o Plano Quinquenal do Governo (PQG 2020-2024) –, e um número significativo de políticas e estratégias iniciaram um novo ciclo de implementação. Esta é uma oportunidade para reforçar os mecanismos de implementação das leis, políticas e estratégias nacionais para a redução da pobreza e desigualdades;
- A sociedade moçambicana está mais consciente sobre as desigualdades de género e seus efeitos sobre a saúde e a educação, e a necessidade de empoderamento económico e social das mulheres. Isto pode significar maior abertura e colaboração dos diversos actores locais na resposta;
- Moçambique tem um quadro legal avançado e ratificou várias convenções internacionais relacionadas aos direitos humanos e à igualdade de género. Isto significa que existem leis que, em teoria, formalizam a igualdade entre homens e mulheres em muitos sectores e áreas. Na prática, as mesmas precisam de ser implementadas e as mulheres e raparigas precisam de ter conhecimento dos seus direitos.

## RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentada a cobertura de pessoas elegíveis para a protecção social básica de 22%, em 2019, para 28%, em 2025;
2. Aumentada em 50% a proporção de beneficiários cobertos por programas de mudança social;
3. Reduzida em 30% a proporção das RAMJ (15-24 anos) casadas ou em união de facto que sofreram violência física ou sexual do parceiro íntimo nos últimos 12 meses ( IMASIDA 2015 – 15%);
4. Aumentada a proporção de raparigas que concluem o ensino secundário de 15%, em 2019, para 38% em 2025;
5. Aumentada a proporção de US acessíveis para pessoas com deficiência física em 25%, até 2025.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

A abordagem dos factores sociais e estruturais deve ser prioridade em todos os ministérios e integrada nos planos sectoriais. Cada ministério a nível nacional, provincial e distrital tem um papel a desempenhar no alcance dos objectivos e metas do PEN V, usando, em particular, oportunidades sectoriais para implementar intervenções que contribuam para a prevenção primária do HIV e abordar com os factores sociais e estruturais.

### I. Redução da pobreza e vulnerabilidade através da expansão da protecção social

Para reduzir a pobreza e o empobrecimento associado ao HIV, há uma necessidade de expansão da cobertura dos pacotes de protecção social para reduzir a proporção de famílias que experimentam uma perda catastrófica de renda devido ao HIV.

## II. Expansão de campanhas e programas de CMSC que constroem a resiliência de indivíduos, parentes e família

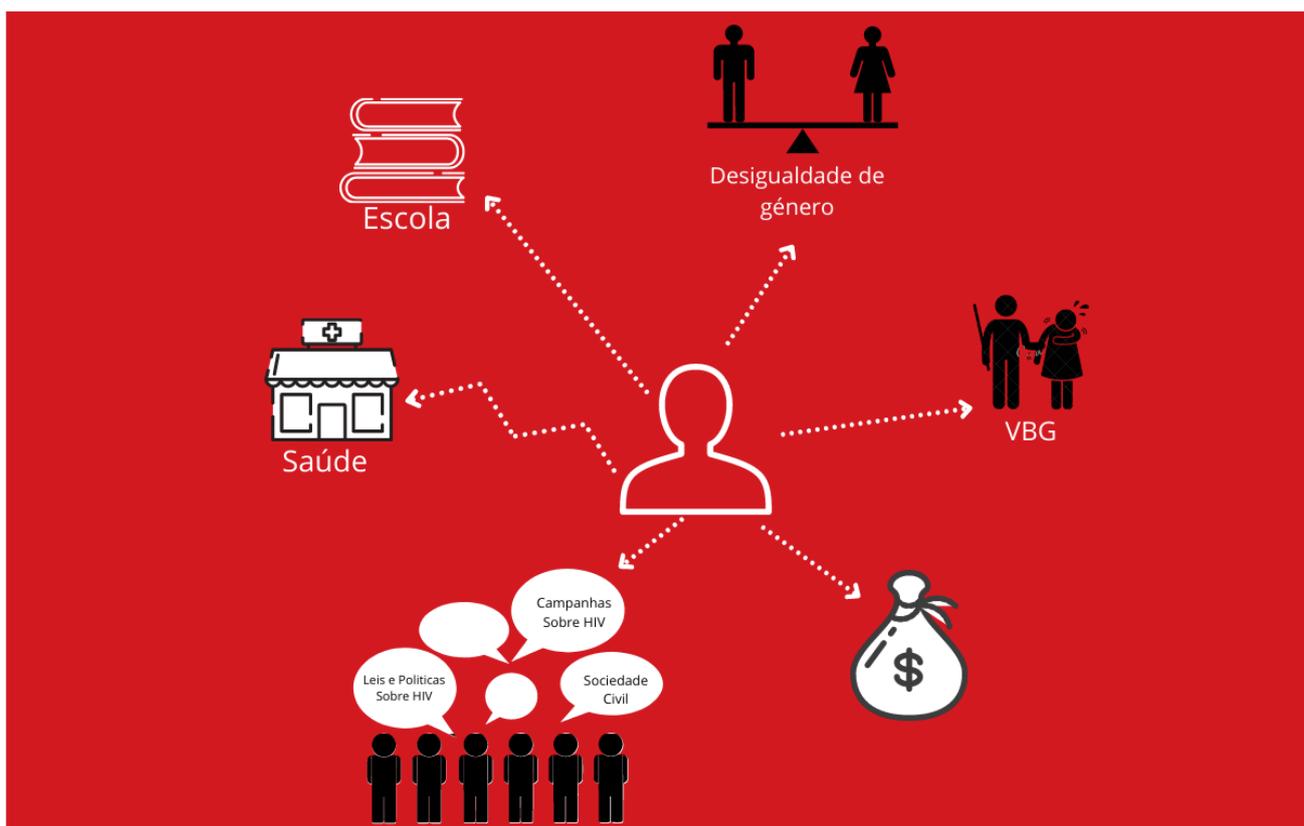
Estes enfocarão, entre outros, a mobilização e capacitação de indivíduos, famílias e comunidades; advocacia; desenvolvimento na primeira infância; apoio parental/ cuidador; prevenção da violência e abuso; manutenção de um comportamento de promoção da saúde; e facilitação da desconstrução das normas e papéis de género.

## III. Expansão do pacote abrangente de intervenções através dos programas de apoio às RAMJ

Existem programas que oferecem intervenções comportamentais e estruturais para aumentar o acesso à informação, serviços e apoio para a RAMJ. As intervenções biomédicas aumentam o acesso a informações e serviços de SSR por meio dos SAAJ e Cantos de Saúde Escolar. As intervenções comportamentais enfocam o aumento da mobilização e apoio da comunidade, mantendo as meninas na escola e acesso a grupos de pares e clubes. Também oferecem oportunidades de consciencialização e informação sobre género, VBG, uso de álcool e outras drogas, estigma e discriminação. As intervenções estruturais procuram aumentar o acesso a bolsas de estudo e outras formas de assistência para o acesso ao ensino superior e oportunidades de emprego, tutoria e estágios.

## IV. Promoção de mudanças das normas de género e prevenção da resposta à violência baseada no género

Embora reconhecendo que mudar normas de género e práticas culturais enraizadas é um processo longo e complexo, esforços para empoderar as RAMJ e mulheres e envolver os RAHJ e homens serão fortalecidos usando as iniciativas existentes. A implementação de um plano abrangente para lidar com a VBG é fundamental para colocar o país no trilho rumo ao controlo da epidemia até 2030 e tornar as comunidades seguras. A cobertura de programas e iniciativas será expandida e conectada ao nível local para atingir a escala suficiente. O treino de pessoal de saúde para a provisão de serviços para as RAMJ no geral e vítimas de VBG e sexual será reforçado.



**TABELA 10: INTERVENÇÕES PARA REDUZIR AS BARREIRAS SOCIAIS E ESTRUTURAIS PARA A PREVENÇÃO, TRATAMENTO E MITIGAÇÃO DO HIV**

ÁREA DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Redução da Pobreza e vulnerabilidade através da expansão da protecção social	<input type="checkbox"/> Expandir os pacotes de protecção social para reduzir a pobreza e a proporção de famílias que experimentam perda catastrófica de renda devido ao HIV	MGCAS
Expansão de campanhas e programas de CMSC	<input type="checkbox"/> Expandir as campanhas e programas de CMSC para a construção da resiliência de indivíduos, famílias e comunidades, relacionados com: prevenção da VBG e abuso sexual, prevenção de uniões prematuras, desconstrução de normas e papéis de género	MGCAS MISAU MINEDH SC incluindo ONG e OCB
Expansão do pacote abrangente de intervenções através de programas existentes	<input type="checkbox"/> Expandir os programas como Rapariga BIZ, Dreams com intervenções comportamentais, biomédicas já descritas e estruturais (expansão de acesso à bolsas e outras formas de assistência social, à bolsa de estudos para educação superior, oportunidades de emprego, tutoria e estágios)	
Promoção de mudanças das normas de género e prevenção e resposta à VBG	<input type="checkbox"/> Expandir os programas e iniciativas de prevenção e resposta à VBG e abuso sexual e divulgação dos mecanismos de denúncia	MGCAS MISAU
	<input type="checkbox"/> Treinar profissionais de saúde para atendimento da RAMJ no geral e as sobreviventes de violência de género	SC incluindo ONG e OCB
Implementação de programas de fortalecimento económico para adolescentes e jovens nos locais de maior incidência	<input type="checkbox"/> Fortalecer as capacidades económicas por meio do apoio ao acesso a mais educação, treino vocacional, oportunidades de emprego e empreendedorismo	MINEDH SEETP SEJE
	<input type="checkbox"/> Capacitar ou empoderar mulheres jovens, por meio de programas apropriados, para iniciar e melhorar os seus próprios negócios	
	<input type="checkbox"/> Incentivar as empresas para apoiar programas de empoderamento por meio de co-financiamento e oportunidades de emprego	



## 6.4 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 4: FORTALECER A RESPOSTA AO HIV BASEADA NOS PRINCÍPIOS E ABORDAGENS DOS DIREITOS HUMANOS PARA FACILITAR O ACESSO AOS SERVIÇOS

### CONTEXTO

Os artigos 89, 90 e 116 da Constituição da República de Moçambique garantem o direito à saúde para todos os cidadãos [28]. O Governo de Moçambique ratificou tratados e convenções globais e continentais sobre os direitos humanos.

Ao longo dos últimos anos tem sido implementadas várias iniciativas visando assegurar o gozo dos direitos humanos relacionados ao HIV. A Lei 19/2014 estabelece os direitos e deveres das PVHIV e do trabalhador ou candidato a emprego vivendo com o HIV. Esta lei também garante a testagem de crianças/adolescentes a partir dos 12 anos, independentemente do consentimento dos pais. Entre outros aspectos, o quadro legal moçambicano também protege contra a violência doméstica e sexual, e o Código Penal de 2015 removeu a criminalização de relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo e a prática de sexo comercial. A Estratégia Nacional sobre Drogas Ilícitas e Outras Substâncias Psicoactivas 2014-2023 menciona a implementação da redução de danos com base em evidências, criando espaço para mudanças nas políticas. Assim sendo, actualmente, a redução de danos está sendo implementada sob uma estrutura piloto, aceite pelas principais partes interessadas (MISAU, CNCS, Gabinete de Prevenção e Combate à Droga - GPCD). A Lei 3/97, de 13 de Março, está em revisão abrindo, assim, uma oportunidade para fortalecer a protecção dos direitos das PID e fortalecer a implementação de programas de redução de danos.

A avaliação de base para Moçambique, no âmbito do programa para reduzir as barreiras relacionadas com os direitos humanos, identificou que as PVHIV, as populações-chave e vulneráveis desconhecem muitas leis que protegem os seus direitos e têm acesso limitado a serviços de apoio jurídico para o seu cumprimento [31].

O estigma individual correlaciona-se negativamente com o teste do HIV entre os homens, enfatizando as dimensões de género do estigma. Em 2015, 20,7% das pessoas mantiveram atitudes discriminatórias em relação às PVHIV. Mais de 50% dos inquiridos no estudo do Índice do Estigma das PVHIV em 2013 reportaram a discriminação no ano anterior, e 10% evitaram procurar cuidados de saúde[29].

A avaliação recente do ambiente legal em Moçambique constatou que várias leis e políticas requerem reforço e/ou actualização para se alinharem e responderem aos actuais desafios, incluindo a Lei 19/2014 sobre o HIV, directrizes sanitárias, leis e políticas prisionais e a Lei 3/97 de controlo de drogas ilícitas.

### CONSTITUEM LACUNAS E DESAFIOS:

- O estigma deve ser reduzido, incluindo o estigma na família, na comunidade, nas US e na sociedade no geral, bem como o estigma internalizado para acelerar o impacto das intervenções;
- As barreiras que impedem as pessoas de aceder aos serviços devem ser removidas, em particular para mulheres, jovens, populações-chave e pessoas com deficiência;
- Persistem limitações na legislação e nas políticas de protecção que criam e/ou exacerbam as barreiras relacionadas aos direitos humanos e o género no acesso aos cuidados de saúde;
- Embora esforços estejam a ser desenvolvidos para a implementação da abordagem de redução de dano, a Lei 3/97 sobre o uso de drogas falha em fornecer um ambiente favorável e sensível ao género para programas de redução de dano;
- Apesar do sexo comercial não ser criminalizado, a legislação sobre o trabalho sexual não é clara levando a não protecção e algumas vezes à extorsão e chantagem das MTS pela Polícia;

- Existe um conhecimento e compreensão inadequados das leis de protecção entre as populações e os provedores de serviços e o acesso à justiça para a reparação de violações de direitos precisa de ser melhorado;
- Há necessidade de melhorar a implementação das leis, políticas e normas relacionadas ao HIV e garantir que todas as pessoas conheçam os seus direitos, e onde procurar reparação quando os direitos são violados.

## OPORTUNIDADE

As estratégias para proteger e promover os direitos humanos para permitir uma resposta forte, eficaz e equitativa serão alcançadas pela implementação das intervenções descritas abaixo. Essas intervenções são baseadas na orientação da ONUSIDA para o desenvolvimento de programas de direitos humanos no contexto do HIV [32].

1. Redução do estigma e discriminação;
2. Formação em direitos humanos e ética médica relacionados ao HIV para provedores de saúde e educadores incluindo ao nível comunitário;
3. Literacia legal ou jurídica (“conheça os seus direitos”);
4. Serviços jurídicos relacionados ao HIV, incluindo informações jurídicas, aconselhamento e representação, formas alternativas ou comunitárias de resolução de disputas;
5. Monitoria e reforma das leis, normas e políticas relacionadas com o HIV, incluindo a revisão do impacto das leis e da aplicação da lei na resposta ao HIV;
6. Sensibilização de legisladores e agentes da lei sobre questões ligadas a aspectos de resposta ao HIV e os aspectos de direitos humanos relacionados;
7. Redução da discriminação contra a mulher e RAMJ no contexto do HIV.

Alguns desses programas já estão sendo implementados e devem ser ampliados. Juntas, essas ações devem abordar o estigma interno e externo, facilitar o acesso à justiça e promover um ambiente que permita o gozo e protecção dos direitos humanos e legais, e evitar o estigma e a discriminação relacionados ao HIV.

## RESULTADOS ESPERADOS:

1. Reduzida em 75% a percentagem do estigma e discriminação relacionados ao HIV auto-reportados (56%, em 2013, para 14%, em 2025);
2. Reduzida a percentagem de VBG e sexual entre populações-chave e as PVHIV em 50%;
3. Aumentada a protecção dos direitos humanos e melhor acesso à justiça para as PVHIV, populações-chave, e outros grupos prioritários incluindo as RAMJ e os RAHJ;
4. Aumentada a proporção de PVHIV que procuraram serviços de justiça em face da violação dos seus direitos.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

As áreas prioritárias de intervenção resultam da combinação dos sete programas essenciais para abordar o estigma e a discriminação e aumentar o acesso à justiça. Estas áreas de intervenção vão continuar a dar resposta às barreiras de direitos humanos e de género aos serviços do HIV. Estas áreas de intervenção contribuem para a concretização de mais do que um objectivo com impacto positivo na utilização e na retenção nos serviços de saúde. Estes programas funcionam melhor quando implementados de forma combinada, por forma a que ocorra um apoio mútuo e, em consequência, uma maximização dos resultados.

### I. Redução do estigma e discriminação

A medição e a monitoria do estigma e da discriminação são vitais para fundamentar programas, baseados em dados concretos, destinados a reduzir o estigma, a discriminação e outras barreiras de direitos humanos no acesso aos serviços de saúde, bem como a melhorar a qualidade dos mesmos.

Os programas para reduzir o estigma e a discriminação devem abordar os indutores, os facilitadores e as manifestações de estigma e discriminação; devem envolver as pessoas afectadas na sua concepção, implementação e monitoria e avaliação; e devem ser ampliados até à escala necessária para fazer a diferença. As acções para a redução do estigma e da discriminação devem ser implementadas aos níveis estrutural, institucional, comunitário ou individual. Nesses termos serão implementadas acções a todos os níveis para maior impacto.

### II. Facilitação do acesso à justiça e reparação da violação dos direitos humanos

Essa área de intervenção prioritária inclui 3 programas, nomeadamente: (a) formação em direitos humanos e ética médica relacionados ao HIV para provedores de saúde; (b) literacia legal ou jurídica (“conheça os seus direitos”) e; (c) serviços jurídicos relacionados ao HIV, incluindo informações jurídicas, aconselhamento e representação, formas alternativas ou comunitárias de resolução de disputas.

Formação em direitos humanos e ética médica relacionados ao HIV para provedores de saúde: As US devem ser lugares exemplares em termos de acolhimento, aceitação, cuidados e apoio para as PVHIV e pessoas em risco da infecção pelo HIV. Porém, é frequente que os profissionais de saúde não tenham a formação, o conhecimento ou o apoio para providenciarem tais cuidados e aceitação. Estudos realizados demonstraram que, para reduzir o estigma e a discriminação nas US, é necessário lidar com o que foi identificado como as três causas “accionáveis” do estigma nos cuidados de saúde: “(1) falta de conhecimento sobre a forma que o estigma assume e os motivos pelos quais é nocivo; (2) receio de contacto casual resultante de um conhecimento incompleto acerca da transmissão do HIV; e (3) juízos de valor que associam as PVHIV a comportamentos impróprios ou imorais”.

Literacia legal ou jurídica (“conheça os seus direitos”): Os programas sobre direitos humanos e literacia jurídica capacitam as pessoas para conhecerem os seus direitos e as políticas e leis relevantes relacionadas com o HIV e para os converterem em exigências concretas relacionadas com o HIV. Estando cientes do seu direito à saúde, à não discriminação, à não violência, à privacidade, à igualdade de género e à SSR, as pessoas podem mobilizar-se em torno desses objectivos e defender cuidados de saúde não-discriminatórios, policiamento protector em vez de punitivo, uma cadeia de abastecimento fiável, protecção contra a VBG, integração dos serviços, igualdade nos direitos de custódia e de propriedade, etc. A literacia jurídica e sobre direitos capacita as populações-chave para monitorizar os aspectos da resposta ao HIV que são vitais para elas e para lidarem com as autoridades com base nos direitos que estão protegidos pelas leis e políticas locais. A literacia jurídica e sobre direitos é também uma componente importante do aumento do acesso à justiça, da responsabilização e monitoria social e do reforço dos sistemas comunitários.

Serviços jurídicos relacionados ao HIV, incluindo informações jurídicas, aconselhamento e representação, formas alternativas ou comunitárias de resolução de disputas: Os serviços jurídicos no contexto da resposta ao HIV podem ajudar as pessoas na resolução de vários problemas que afectam a sua saúde, os seus comportamentos de procura de saúde e o seu bem-estar geral. Tais problemas incluem: a discriminação nos serviços de saúde, no emprego, na habitação e nos direitos de propriedade e custódia; o comportamento policial ilegal que envolve o assédio, a detenção arbitrária e a violência contra as populações-chave; a excessiva generalização de procedimentos judiciais por consumo de drogas; os procedimentos judiciais baseados na orientação sexual; a negação de serviços durante a prisão efectiva e preventiva; e a violência contra as mulheres, incluindo a violência entre parceiros íntimos e a violação sexual. Os serviços jurídicos podem também ajudar as pessoas a aceder a serviços sociais. Os serviços jurídicos podem assumir muitas formas economicamente eficientes: assistência jurídica comunitária ou de pares, sensibilização de chefes tradicionais e religiosos, formas alternativas de mecanismos comunitários de contencioso, prestação de aconselhamento por meio da Internet, linhas directas de apoio jurídico e representação legal.

### **III. Promoção de um ambiente que possibilite e proteja os direitos humanos e legais e evite o estigma e a discriminação**

Essa área de intervenção prioritária inclui 2 programas nomeadamente: (a) sensibilização de legisladores e agentes da lei sobre questões ligadas a aspectos de resposta ao HIV e os aspectos de direitos humanos relacionados e (b) monitoria e reforma das leis, normas e políticas relacionadas com o HIV, incluindo revisão do impacto das leis e da aplicação das leis na resposta ao HIV.

Sensibilização de legisladores e agentes da lei sobre questões ligadas a aspectos de resposta ao HIV e os aspectos de direitos humanos relacionados: A elaboração e a aplicação das leis podem ser um enorme contributo para o apoio ao acesso a serviços de HIV e a protecção das pessoas vulneráveis a infecções ou que vivem com o HIV contra a discriminação e a violência. Porém, os legisladores, juizes, procuradores e agentes da polícia nem sempre compreendem como o vírus do HIV é transmitido ou as muitas formas que a vulnerabilidade pode assumir. Eles próprios podem ser fontes de estigma, discriminação e actos hostis. Por conseguinte, as intervenções visam: fornecer informação sobre a epidemiologia básica do HIV; mostrar como a lei e a sua aplicação podem ajudar ou prejudicar a resposta ao HIV e SIDA; e abordar o estigma, a discriminação e as práticas policiais ilegais que têm as populações chave como alvo. Estes programas podem assumir as formas de: (a) sensibilização sobre o HIV, o papel da lei e a aplicação de leis de protecção no contexto da resposta ao HIV; (b) desenvolvimento de políticas e práticas sobre o HIV no local de trabalho para a protecção dos legisladores e agentes policiais contra a infecção pelo HIV; (c) actividades conjuntas e diálogos comunitários mediados com PVHIV e populações-chave, inclusive sobre a aplicação de leis que prejudicam a resposta ao HIV; e (d) esforços para melhorar as políticas e práticas prisionais no que respeita ao acesso à prevenção, cuidados, tratamento e redução de danos do HIV nas prisões. Os programas podem ser dirigidos aos parlamentares, funcionários dos ministérios da justiça e do interior, juizes, procuradores, chefes religiosos e tradicionais, agentes da polícia e guardas prisionais.

Monitoria e reforma das leis, normas e políticas relacionadas com o HIV, incluindo a revisão do impacto das leis e da aplicação das leis na resposta ao HIV: Na resposta nacional ao HIV e SIDA, têm sido envidados esforços significativos, com alguns êxitos, para implementar políticas e leis que protejam as pessoas da discriminação e apoiem o seu acesso à prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV. Infelizmente, continuam a existir políticas e leis que retardam o acesso, prejudicam estratégias de saúde para o HIV comprovadas e discriminam as populações-chave (leis que criminalizam a posse de pequenas quantidades de drogas ou de equipamento para injeção destinado a uso pessoal). Ao contemplar programas para monitorizar ou reformar políticas, regulamentos e leis, é importante determinar se já foi efectuada ou se é necessário efectuar uma análise do quadro de políticas relacionadas com o HIV existentes. Tal análise pode ser útil para determinar que políticas, regulamentos ou leis devem ser sujeitos a reforma como prioridade. Os programas para monitorizar ou reformar leis implicam: a monitoria do impacto das políticas, das leis e dos regulamentos em termos de utilização e retenção dos serviços do HIV; a avaliação da medida em que as populações-chave têm acesso à justiça e à defesa de melhoramentos; o patrocínio da reforma das

leis ou das políticas; e o trabalho com parlamentares e os ministérios da saúde, da justiça, do género e do interior. Embora as leis constituam um poderoso sinal a respeito da aceitação ou rejeição social e legal das populações-chave, a reforma das leis pode ser um processo longo e difícil. A reforma dos regulamentos e das políticas pode ser mais rápida e ter um impacto mais imediato na vida das pessoas vulneráveis e que vivem com o HIV.

**TABELA 11: INTERVENÇÕES PARA FORTALECER A RESPOSTA AO HIV BASEADA NOS PRINCÍPIOS E ABORDAGENS DOS DIREITOS HUMANOS**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	SECTOR RESPONSÁVEL
Redução do estigma e da discriminação relacionados ao HIV entre as PVHIV ou populações-chave	<input type="checkbox"/> Desenvolver/actualizar e implementar planos para a revitalização de grupos de apoio baseados na comunidade	PLASOC-M CNCS
	<input type="checkbox"/> Treinar educadores de pares sobre o estigma e a discriminação	MISAU Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Implementar diálogos comunitários sobre o estigma e a discriminação relacionados com o HIV	PLASOC-M CNCS
	<input type="checkbox"/> Integrar acções contra o estigma em todos os programas para populações-chave e vulneráveis	Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Fortalecer as campanhas de redução do estigma no local de trabalho	MTSS CTA Sindicatos
	<input type="checkbox"/> Fortalecer as campanhas de redução do estigma nas escolas e integrar a educação sobre direitos humanos no contexto de HIV no currículo de ensino	MINEDH
	<input type="checkbox"/> Melhorar o treino de professores e orientação sobre os direitos dos adolescentes e jovens no contexto da SSR, HIV e direitos humanos e igualdade de género	MISAU MINEDH Parceiros de implementação
Direitos humanos e ética médica relacionados ao HIV para provedores de saúde e educadores incluindo ao nível comunitário	<input type="checkbox"/> Advogar pela inclusão de direitos humanos e ética em todos os programas de formação para o sector público	MISAU MCTES SEETP PLASOC-M
	<input type="checkbox"/> Conduzir programas de formação da polícia sobre direitos humanos e HIV	
	<input type="checkbox"/> Melhorar o treino, incluindo a formação inicial e a orientação para profissionais de saúde sobre direitos humanos e ética médica	
	<input type="checkbox"/> Sensibilizar os provedores de saúde e gestores sobre os seus próprios direitos humanos, habilidades e ferramentas necessárias para garantir que os direitos dos pacientes sejam respeitados	
	<input type="checkbox"/> Rever a carta do paciente para fortalecer a responsabilidade e os direitos de todas as pessoas na área da saúde	

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS		SECTOR RESPONSÁVEL
Melhorar a literacia legal sobre direitos humanos e leis relevantes para HIV	☐	Realizar programas de literacia legal para ensinar as PVHIV ou pessoas em risco do HIV sobre os direitos humanos e as leis e políticas nacionais relevantes para o HIV	OSC (em particular redes de PVHIV e populações chave)  CNDH
	☐	Implementar campanhas de consciencialização sobre direitos humanos e leis relacionadas com HIV usando todos os canais e tecnologias disponíveis	
	☐	Incorporar os direitos humanos em todos os programas para PVHIV, populações-chave e populações vulneráveis	
	☐	Treinar os agentes comunitários de saúde e educadores de pares em direitos humanos e literacia legal	
Reforçar a disponibilidade e o acesso aos serviços jurídicos para as PVHIV, populações-chave e vulneráveis	☐	Capacitar ONG e OCB para fornecer informação e referência em relação aos serviços legais	MJCR Ministério Público  IPAJ Ordem dos Advogados  OSC
	☐	Treinar assistentes jurídicos para lidar com violações de direitos, incluindo VBG para PVHIV, RAMJ, populações-chave e pessoas com deficiência	
	☐	Sensibilizar advogados e assistentes jurídicos para questões-chave de direitos humanos e igualdade de género para PVHIV, RAMJ, populações-chave, incluindo pessoas com deficiência, no contexto do HIV	
	☐	Sensibilizar líderes tradicionais e tribunais comunitários para respostas baseadas em direitos às violações dos direitos humanos contra PVHIV, RAMJ, populações-chave, incluindo pessoas com deficiência	
	☐	Fortalecer a ligação entre grupos comunitários e serviços de apoio jurídico para garantir o reforço das referências de violação dos direitos	
	☐	Colaborar com instituições que fornecem informações sobre serviços jurídicos	
	☐	Implementar linhas directas para a apresentação de queixas sobre violação dos direitos humanos relacionados com o HIV e fornecimento de informação sobre serviços legais	

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS		SECTOR RESPONSÁVEL
Monitorar a implementação de leis, regulamentos e políticas relacionadas ao HIV e identificar áreas para reforma	☐	Promover a aprovação e implementação de leis, regulamentos e diretrizes que proíbam a discriminação e apoiem o acesso à prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV	Sociedade Civil (PVHIV, sectores legais e de direitos humanos e todos os outros sectores) MJCR Ministério Público
	☐	Auditar as leis e as práticas de aplicação da lei para avaliar o impacto na resposta ao HIV	
	☐	Defender a reforma das políticas quando as lacunas forem identificadas	
	☐	Realizar a medição do estigma relacionado ao HIV por meio do Índice de Estigma em PVHIV e populações nas US e comunidades	Rede de PVHIV
	☐	Realizar uma pesquisa nacional de linha, base para documentar a magnitude e natureza das violações dos direitos humanos e disparidades de género no contexto do HIV	CNCS CNDH Parceiros
	☐	Apoiar a monitoria comunitária da implementação de leis, políticas e violações dos direitos humanos.	CNCS CNDH Rede de PVHIV
Sensibilização dos legisladores e dos fiscalizadores da lei	☐	Sensibilizar os parlamentares sobre a importância de respostas ao HIV baseadas em direitos humanos	CNCS
	☐	Rever a Lei do HIV 19/2014 para proteger, ainda mais, os direitos das PVHIV e outras populações prioritárias	Legisladores
	☐	Rever as leis e políticas que afectam as pessoas que usam drogas	GPCD
	☐	Treinar e sensibilizar os sectores de aplicação de leis sobre o HIV e as consequências da sua interpretação e implementação na prestação de serviços do HIV a populações prioritárias	Governo Central Ministério Público Tribunais CNCS
	☐	Aprovar o regulamento para a Lei 19/2014 do HIV para garantir a implementação e aplicação mais rigorosa da lei que as protege	MISAU CNCS
	☐	Treinar e sensibilizar os líderes tradicionais e tribunais comunitários	MJCR
	☐	Expandir os serviços do HIV para as prisões	CNCS Tribunais



## 6.5 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 5: APOIAR O MAIOR ENVOLVIMENTO DAS PVHIV E OUTRAS POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS

### CONTEXTO

O envolvimento de PVHIV e outras populações prioritárias no desenho, implementação e monitoria da resposta nacional tem crescido ao longo do tempo. Contudo, há espaço para o reforço deste envolvimento. Parte das PVHIV e de outras populações prioritárias fazem parte OCB e redes de organizações que actuam a nível das comunidades. Através destas organizações ou redes participam na prestação de serviços de prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV. Há mais organizações, rede de organizações de PVHIV e jovens em comparação com organizações de populações-chave.

Na resposta nacional tem havido um esforço para um maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias. As PVHIV e outras populações prioritárias participam em forma de coordenação, como são os casos do CNCS a todos os níveis e do Mecanismo de Coordenação do País do Fundo Global.

Constituem lacunas e desafios para um maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias:

- Défice da capacidade institucional das organizações e redes de PVHIV e outras populações prioritárias para que estas possam, de forma eficiente, aceder aos recursos e implementar actividades junto das suas constituências;
- Necessidade de empoderamento individual das PVHIV e outras populações prioritárias de forma a desempenhar um papel mais activo na resposta, ao contrário de uma participação mais passiva, apenas como simples beneficiárias das intervenções;
- A participação das PVHIV e outras populações prioritárias nos mecanismos de coordenação existentes precisa de ser reforçada.

### OPORTUNIDADE

As PVHIV e as outras populações prioritárias vivenciam directamente os factores que tornam os indivíduos e as comunidades vulneráveis à infecção pelo HIV – e uma vez infectados pelas doenças relacionadas ao SIDA e limitado o acesso aos serviços, o seu envolvimento no desenvolvimento e implementação de programas e na formulação de políticas melhora a relevância, aceitabilidade e eficácia dos programas. Experiências mostram que quando as comunidades estão envolvidas de maneira proactiva em garantir seu próprio bem-estar o sucesso é maior.

O maior envolvimento de PVHIV e outras populações prioritárias garante que as PVHIV e pessoas de alto risco sejam parceiros iguais e que se quebre o conceito simplista de "prestadores de serviços" (como aqueles que vivem sem o HIV ou não são de alto risco) e "receptores de serviços" (como aqueles que vivem com o HIV ou pessoas de alto risco).

O envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias é ainda mais urgente à medida que o país expande a sua resposta nacional ao HIV e SIDA para alcançar a meta de acesso universal a serviços de prevenção, cuidados e tratamento, e mitigação do HIV.

Os benefícios do maior envolvimento são amplos. Ao nível individual, o envolvimento pode melhorar a autoestima e aumentar a moral, diminuir o isolamento e a depressão, e melhorar a saúde através do acesso a melhores informações sobre cuidados e prevenção do HIV. Dentro das organizações, a participação das PVHIV e das populações prioritárias pode mudar as percepções e fornecer experiências e conhecimentos valiosos. Nos níveis social e comunitário, o envolvimento público das PVHIV e outras populações prioritárias pode acabar com o medo e o preconceito, mostrando os rostos das PVHIV e das populações-chave e demonstrando que são membros produtivos e colaboradores da sociedade [33]. Por outro lado, a participação activa das PVHIV pode fortalecê-las para lidar com situações adversas decorrentes da revelação do seroestado.

## RESULTADOS ESPERADOS:

1. Pelo menos 50% das organizações de PVHIV e outras populações prioritárias recebem apoio técnico directo do CNCS e CPCS;
2. Aumentada em 20% a proporção de organizações de PVHIV com recursos para a realização de actividades de resposta a vários níveis;
3. 50% das OCB de PVHIV e outras populações prioritárias capacitadas para a implementação de intervenções de resposta ao HIV;
4. Pelo menos 50% das OCB de PVHIV e outras populações prioritárias avaliadas em termos de prontidão para assegurar uma melhor resposta local ao HIV;
5. Assegurada a participação de PVHIV e outras populações-chave de criação ou revisão de políticas, leis e directrizes orientadas para as suas necessidades.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

Parceria com PVHIV e outras populações prioritárias para informar a tomada de decisões sobre os serviços de saúde, agenda de pesquisa que os afectam, e criação e revisão de políticas e programas que os impactam directamente são pilares importantes da resposta nacional ao HIV. Para assegurar um maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias na resposta e não apenas como agentes passivos para o período de vigência do P EN V, consideram-se prioritárias as seguintes intervenções:

### I. Capacitação de Organizações de PVHIV e outras populações prioritárias

Organizações e redes de PVHIV e outras populações prioritárias são fundamentais para o envolvimento significativo das populações que representam, no entanto, elas enfrentam muitos desafios. Estes incluem: fraca capacidade de gestão, limitadas habilidades técnicas, constrangimentos de financiamento, dificuldades em representar a diversidade de PVHIV ou outras populações prioritárias, a falta de documentação das suas histórias de auto-fortalecimento e uma falta de avaliação de sucessos e fracassos.

**TABELA 12: INTERVENÇÕES PARA APOIAR O MAIOR ENVOLVIMENTO DAS PVHIV E OUTRAS POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	AÇÕES PRIORITÁRIAS	SECTOR RESPONSÁVEL
Capacitação das Organizações lideradas pelas PVHIV e outras populações prioritárias	<input type="checkbox"/> Apoiar a criação e/ou o fortalecimento de organizações de PVHIV e outras populações prioritárias no atendimento às necessidades de governação, gestão, mobilização de recursos, responsabilização e capacitação do pessoal.	CNCS CPCS Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Fortalecer a capacidade PVHIV e outras populações prioritárias que se voluntariam para liderança em habilidades de falar em público e comunicação, na organização e condução da advocacia de políticas, diálogo e negociação, no desenho de programas e na monitoria e avaliação	
	<input type="checkbox"/> Apoiar programas de formação dirigidos aos membros das organizações de PVHIV e outras populações prioritárias	
	<input type="checkbox"/> Capacitar quadros de organizações de PVHIV e outras populações prioritárias na mobilização de recursos para actividades de resposta	
	<input type="checkbox"/> Treinar pelo menos 2 pontos focais em 50% das organizações comunitárias de PVHIV no desenho e implementação de um plano operacional de resposta ao HIV baseado no PEN V	
	<input type="checkbox"/> Desenvolver um conjunto de padrões de desempenho para avaliar a prontidão das organizações de PVHIV para implementar a resposta	
	<input type="checkbox"/> Apoiar as organizações de PVHIV no desenvolvimento de um plano de mudanças para resolver as lacunas de prontidão na resposta	
	<input type="checkbox"/> Apoiar as organizações de PVHIV na monitoria trimestral do seu desempenho em implementar a resposta	
Envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias em processos de definição de políticas e desenvolvimento e implementação de programas	<input type="checkbox"/> Assegurar que as PVHIV e outras populações prioritárias estejam representadas nos órgãos de tomada de decisão, a todos os níveis, no âmbito da resposta ao HIV e SIDA	CNCS Todos Sectores do Governo a todos os níveis
	<input type="checkbox"/> Garantir que as PVHIV, populações-chave e vulneráveis sejam envolvidas no processo de definição de políticas orientadas para a resposta ao HIV e SIDA através de um processo participativo extenso	
	<input type="checkbox"/> Garantir que as PVHIV, populações-chave e vulneráveis sejam envolvidas no desenvolvimento e implementação de programas de HIV	



## 6.6 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 6: ALCANÇAR UMA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DO HIV MAIS COORDENADA

### CONTEXTO

A implementação eficiente e eficaz do PEN V é um elemento essencial para o alcance dos seus objectivos. Isso requer uma liderança política e um compromisso da sociedade civil, do sector privado e dos parceiros de cooperação em trabalhar com o governo de forma coordenada e colaborativa.

O CNCS é o órgão central do Estado, encarregue de coordenar a resposta nacional ao HIV e SIDA. O CNCS foi criado pelo Decreto 10/2000, de 23 de Maio, que criou igualmente um Secretariado Executivo (SE), ao nível central, com respectivas representações ao nível provincial. A natureza, competências e estrutura foram actualizadas pelo Decreto 59/2017, de 3 de Novembro .

Para além das estruturas descritas no decreto acima referido (Figura 5), que constituem os principais mecanismos formais de coordenação, também foram criados o Fórum de Parceiros para coordenar, principalmente, as questões de financiamento a resposta e o Grupo de Referência de Prevenção, composto por todos os parceiros envolvidos em intervenções de prevenção, para a revitalização da prevenção primária do HIV. Também existem os grupos técnicos de trabalho liderados pelo CNCS e pelo MISAU.

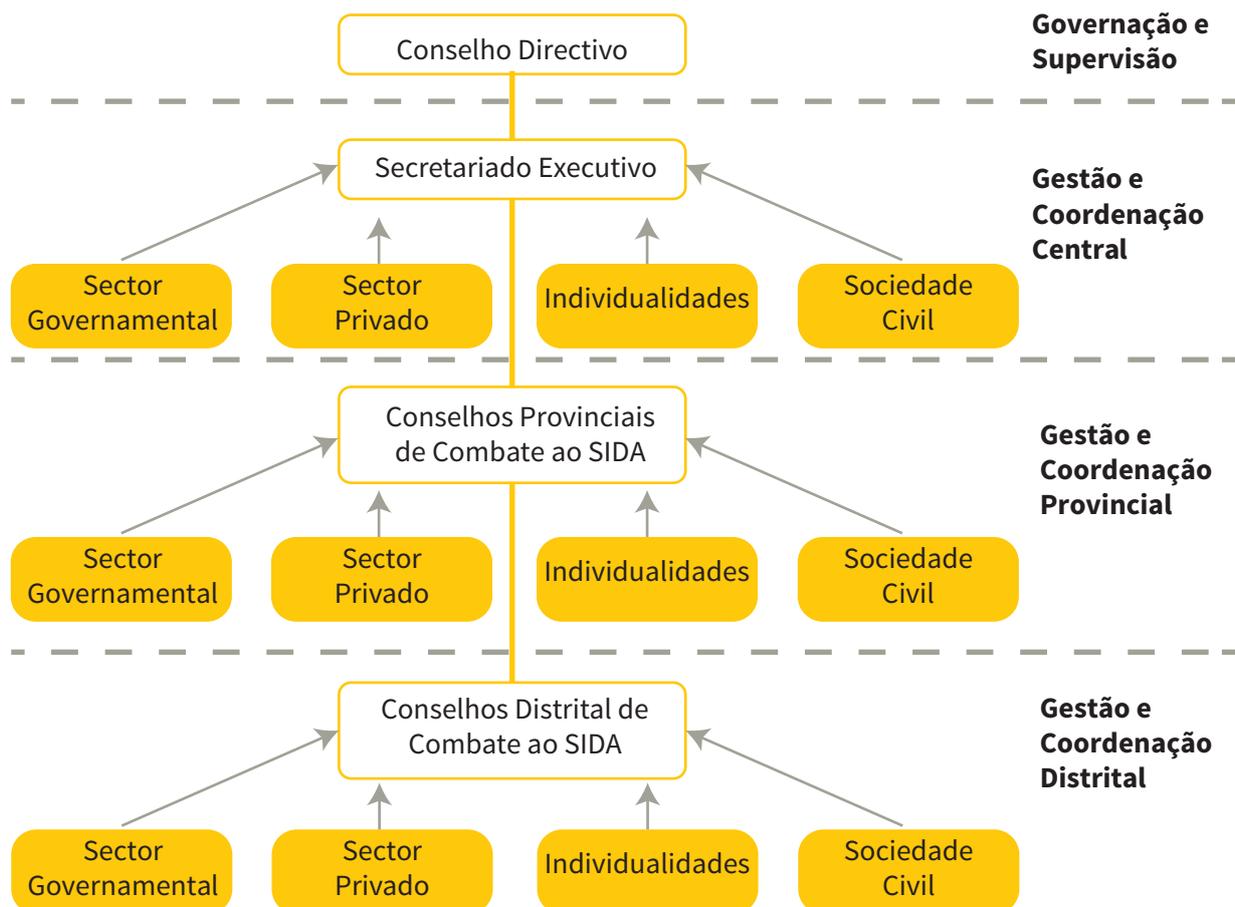


Figura 5 : Estrutura de coordenação multisectorial do CNCS

Os principais desafios de coordenação e gestão da resposta ao HIV e SIDA que merecerão atenção no âmbito deste plano são os seguintes:

- Limitada capacidade do Secretariado Executivo para executar plenamente o seu mandato, incluindo capacitação dos CPCS e CDCS;
- Um fraco funcionamento dos diversos mecanismos de coordenação estabelecidos a vários níveis;
- A coordenação multisectorial efectiva na resposta ao HIV e SIDA, também enfrenta dificuldades específicas na:
  - » Observância efectiva do princípio dos 3 uns pelos diversos actores da resposta nacional;
  - » Planificação e monitoria conjuntas e harmonizadas (minimizar a sobreposição de actores, a duplicação de esforços);
  - » Partilha efectiva e atempada de informação relevante (programática, financeira e outra) pelos diversos actores da resposta nacional a todos os níveis.
- Facilitação da elaboração do PIP e planos de implementação sectoriais (PIS).

## OPORTUNIDADE

Reconhecendo que tem havido melhorias na coordenação desde do lançamento do primeiro PEN, uma coordenação ainda maior é possível e essencial.

Em Moçambique existe uma forte liderança política ao mais alto nível, as partes interessadas têm o entendimento comum da importância de uma resposta bem coordenada na base do princípio dos três uns (Um plano estratégico acordado que fornece a base para coordenar o trabalho de todos os parceiros; Uma Autoridade Nacional de Coordenação da Resposta ao HIV e SIDA, com um mandato multisectorial de base ampla; Um Sistema de Monitoria e Avaliação acordado ao nível do país), para alcance do controlo da epidemia até 2030, uma resposta liderada pelo país e sustentável. Igualmente existe um instrumento de coordenação que é o PEN.

Por outro lado, existem estruturas de coordenação a todos os níveis (central, provincial e distrital) que devidamente capacitadas em termos de recursos humanos, materiais e técnicos podem melhorar a eficácia da coordenação e gestão da resposta.

Também existem parceiros de cooperação e parcerias internacionais que têm assegurado o financiamento da resposta e providenciado apoio técnico.

## RESULTADOS ESPERADOS:

1. Secretariado Executivo e Secretariados Provinciais têm 100% das posições previstas, no seu quadro de pessoal, devidamente preenchidas com pessoas qualificadas para as funções;
2. Os mecanismos de coordenação a todos os níveis realizam pelo menos 50% dos encontros planificados, com quórum para a tomada de decisões;
3. Todas as províncias têm planos de implementação, alinhados com o PEN V, e com o plano de monitoria actualizado, no mínimo, semestralmente;
4. Todos os ministérios-chave têm planos de implementação alinhados com o PEN V, plano de implementação provincial e mandato sectorial, e com o plano de monitoria, no mínimo, semestralmente;
5. A sociedade civil e o sector privado têm planos de implementação alinhados com o PEN V;

6. Desenvolvido e implementado o cartão de pontuação de responsabilidade do PEN V;
7. Assegurado o financiamento doméstico da resposta.

## **ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO**

As intervenções prioritárias visam fortalecer os Conselhos de Combate ao SIDA, a todos os níveis, para fornecer a coordenação e liderança eficazes de todas as partes interessadas na responsabilidade compartilhada para a implementação do PEN V e melhorar a colaboração e cooperação entre o governo, a sociedade civil, sector privado e parceiros de desenvolvimento.

### **I. Fortalecimento do Secretariado Executivo do CNCS**

O Secretariado Executivo do CNCS precisa de capacidade suficiente para executar plenamente o seu mandato, incluindo a capacitação dos CPCS e CDCS, fortalecimento da colaboração multisectorial, implementação do cartão de pontuação de responsabilidade e mobilização de recursos.

### **II. Fortalecimento das capacidades do Conselhos Provinciais e Distritais**

Para contribuírem na implementação do PEN V e no cumprimento dos seus objectivos e metas, a capacidade dos Conselhos Provinciais e Distritais deverá ser reforçada . Devem ser alocados recursos suficientes aos Conselhos Provinciais e Distritais e ao Secretariado Executivo do CNCS, para que possam cumprir todas as suas funções e atribuições. A participação dos sectores-chave do governo deverá ser otimizada a nível dos Conselhos Provinciais e Distritais. O trabalho de cada CPCS deverá ser custeado e financiado pela Secretaria de Estado/Conselho Executivo Provincial e seus parceiros.

### **III. Fortalecimento da participação e liderança da sociedade civil**

Será criado um Fórum da Sociedade Civil no CNCS para fortalecer o envolvimento e a liderança da sociedade civil a todos os níveis de resposta. Será desenvolvida uma estrutura para apoiar as respostas da sociedade civil e da comunidade, incluindo definições claras de papéis, abrangência, actividades e resultados.

### **IV. Fortalecimento do engajamento do sector privado**

Durante a implementação do PEN V serão desenvolvidos esforços específicos para aumentar o engajamento do sector privado nos CPCS e CDCS e alcançar o sector informal. Serão dados passos para melhorar a colaboração com provedores de saúde privados, incluindo as farmácias.

### **V. Engajamento dos sindicatos**

Os sindicatos serão engajados e o seu papel melhor definido para dar a sua plena contribuição e envolvimento. O compromisso da liderança sindical em elevar a importância do HIV e implementar programas nas suas estruturas levará o PEN V ao local de trabalho. Os compromissos do sector privado e dos sindicatos com PEN V devem ser formalizados através da Comissão Consultiva de Trabalho.

## **VI. Melhoria da colaboração e cooperação entre os sectores do governo aos níveis central e provincial**

O PEN V para ser bem sucedido precisa que todos os ministérios reconheçam o valor do papel único que podem desempenhar. Alcançar o controlo da epidemia até 2030, requer uma abordagem de todo o governo, com cada ministério, contribuindo de acordo com os mandatos ministeriais e coordenando e colaborando nos níveis do governo. O ministério que superintende a área de planificação, monitoria e avaliação deverá apoiar a implementação de intervenções relacionadas ao HIV, incluindo o desenvolvimento de uma estrutura de responsabilidade conjunta.

## **VII. Melhoria da colaboração e cooperação entre o governo, sociedade civil, sector privado e parceiros**

O sector privado, a sociedade civil e os parceiros de resposta ao HIV devem alinhar os seus planos operacionais com o PEN V para alimentar a implementação do PEN V e os PIP. Todos os CPCS e CDCS devem ser representação de sectores-chave, incluindo a sociedade civil, o sector privado, sindicatos e as PVHIV.

## **VIII. Fortalecimento da liderança local para a resposta ao HIV**

A nível municipal serão tomadas acções para garantir que os órgãos municipais trabalhem juntos da sociedade civil e do sector privado para institucionalizarem uma abordagem intersectorial e multisectorial. Os líderes tradicionais serão engajados a nível local, em particular para servir como defensores da mudança de comportamento e para facilitar a adopção de serviços de prevenção e cuidados e tratamento do HIV.

## **IX. Desenvolvimento de planos de implementação**

É vital converter as estratégias e actividades descritas no PEN V em planos de implementação ou planos operacionais. Os ministérios, províncias, distritos, sector privado e sectores da sociedade civil, todos desenvolverão os seus planos de implementação específicos alinhados com o PEN V. O modelo de plano de implementação para as províncias e ministérios está disponível no livro 2.

**TABELA 13: INTERVENÇÕES PARA ALCANÇAR UMA RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA DO HIV MAIS COORDENADA**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	AÇÕES PRIORITÁRIAS		SECTOR RESPONSÁVEL
Fortalecimento dos Conselhos de Combate ao SIDA a todos os níveis para fornecerem a coordenação e liderança eficazes a todas as partes interessadas na responsabilidade compartilhada para implementação do PEN V	<input type="checkbox"/>	Elaborar o quadro de pessoal do SE-CNCS, rever as descrições de tarefas e funções e preencher as posições previstas	CNCS MISAU
	<input type="checkbox"/>	Elaborar o quadro de pessoal dos CPCS, rever as descrições de tarefas e funções e preencher as posições previstas	
	<input type="checkbox"/>	Elaborar e implementar um plano orçamentado de desenvolvimento das competências principais no SE-CNCS e nos CPCS para executar plenamente o seu mandato	
	<input type="checkbox"/>	Implementar uma estratégia de engajamento do sector privado e dos sindicatos	CNCS Sector Privado
	<input type="checkbox"/>	Criar um Fórum da Sociedade Civil no CNCS para fortalecer o envolvimento e a liderança da sociedade	CNCS
	<input type="checkbox"/>	Criar ou fortalecer uma estrutura para apoiar as respostas da sociedade civil e da comunidade	SC
	<input type="checkbox"/>	Implementar a estrutura dos CNCS, CPCS e CDCS, e assegurar a representação de todas as partes interessadas	CNCS, Sector Público, Sector Privado, SC, Parceiros de Cooperação
	<input type="checkbox"/>	Fortalecer o funcionamento dos mecanismos de coordenação da resposta	
<input type="checkbox"/>	Desenvolver e implementar uma estrutura de responsabilidade, com um cartão de pontuação para monitorizar o desempenho		
Melhoria da colaboração e cooperação entre o governo, a sociedade civil, o sector privado e parceiros de desenvolvimento	<input type="checkbox"/>	Elaboração dos PIP alinhados com o PEN V	SE-CNCS SE-CPCS
	<input type="checkbox"/>	Elaboração dos PIS alinhados com o PEN V, os planos provinciais e mandato sectorial	
	<input type="checkbox"/>	Elaboração dos planos operacionais de implementação da sociedade civil e sector privado	
	<input type="checkbox"/>	Assegurar a plena participação dos ministérios relevantes nos CPCS e CDCS	



## 6.7 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 7: FORTALECER A INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA PARA IMPULSIONAR O PROGRESSO EM DIRECÇÃO AO ALCANCE DOS OBJECTIVOS DO PEN V

### CONTEXTO

A produção de informação estratégica para a gestão da resposta nacional ao HIV e SIDA envolve vários actores, mecanismos e processos. O balanço do PEN IV constatou avanços nesta área com destaque para a produção de informação estratégica resultante de: monitoria anual das actividades do sector de saúde, apresentando a cobertura dos serviços dentro das US bem como actividades realizadas na comunidade; monitoria de actividades apoiadas pelos parceiros e implementadas pelas ONG e OCB; actualização de estimativas do HIV; estimativas provinciais do HIV (Spectrum); estimativas distritais de HIV actualização dos ficheiros Goals; elaboração dos perfis provinciais; e elaboração e actualização das estimativas da população-chave (PC) ;

A resposta nacional é influenciada pela disponibilidade de dados de qualidade em tempo útil para uma tomada de decisão efectiva baseada em evidências. Isso reforça a necessidade de fortalecer a capacidade da M&A a todos os níveis para gerar e usar informação estratégica para a tomada de decisões.

A M&A da resposta nacional continua a depender de uma variedade de sistemas; fontes de dados, sistemas de rotina, recolha periódica e comparação, que são apoiados e mantidos por várias partes interessadas. O sistema de vigilância do HIV em Moçambique tem sido caracterizado por um conjunto de pesquisa de nível nacional (Inquérito de Indicadores de SIDA e Inquérito Demográfico e de Saúde) e ronda de vigilância epidemiológica do HIV em US. Os dados destas fontes são usados para analisar tendências na incidência e prevalência do HIV e no comportamento. Inquéritos Comportamentais e Biológicos Integrados têm sido conduzidos em várias cidades para rastrear comportamentos de risco relacionados ao HIV e a carga do HIV e SIDA nas populações-chave e vulneráveis. Os sistemas de rotinas, estabelecidos em todos o país, são uma importante fonte de informação estratégica para a monitoria e avaliação da resposta nacional ao HIV.

### DESAFIOS

Apesar dos avanços ainda persistem alguns desafios:

- Deficiente abordagem estratégica de coordenação, apropriação e uso significativo de dados para a tomada de decisões e planificação entre as várias partes interessadas, vários níveis e sectores;
- Necessidade de uma informação mais completa, sistemática e atempada da evolução da resposta nacional a todos os níveis e nos sectores público e privado e sociedade civil;
- Necessidade de uma informação mais holística que cubra não só a componente de cobertura e acesso aos serviços, mas também que monitoriza a disponibilidade e utilização dos recursos;
- Os dados programáticos disponíveis para a monitoria de rotina dos programas e os dados de vigilância sentinela usados na modelagem da análise de tendências não são sensíveis o suficiente para detectar adequadamente as tendências emergentes da epidemia;
- As capacidades analíticas a nível provincial e distrital são limitadas e precisam de ser fortalecidas para atender com eficácia as necessidades de dados estratégicos nesses níveis;
- A apropriação do nível provincial e o reconhecimento da importância de um sistema de monitoria e avaliação eficaz e eficiente ainda precisam de ser estabelecidos e/ou fortalecidos.

## OPORTUNIDADE

A informação estratégica corresponde à informação colectada com o objectivo de informar as decisões de políticas e programas. O axioma “Conheça sua epidemia, conheça sua resposta” caracteriza a informação estratégica necessária para a resposta ao HIV. Ele reconhece que a epidemia e seus contextos diferem de local para local. Assim, saber quem são as pessoas ou grupos populacionais afectados, como eles foram infectados e onde estão, é crucial para projectar respostas que sejam adaptadas e que possibilitem o alcance das pessoas com maiores necessidades. Por sua vez, a monitoria dessa resposta é essencial para maximizar a sua eficácia e custo-benefício [34].

A implementação deste PEN deverá assentar num processo de monitoria e avaliação sistemática e contínua, orientada para o fornecimento de informação para acção dos decisores políticos, gestores, provedores de serviços, utilizadores dos serviços e comunidade em geral.

## RESULTADOS ESPERADOS:

1. Promovida e fortalecida a apropriação e responsabilidade multisectorial do sistema de M&A;
2. Reforçada a capacidade de gerar e usar dados disponíveis de forma eficaz para monitorizar o desempenho do PEN V;
3. Aumentada a disponibilidade de informação estratégica para informar a resposta a todos os níveis: central, provincial e distrital;
4. Avaliações de meio-termo e final independentes realizadas e resultados disseminados;
5. Cartão de responsabilidade anual desenhado e conduzido;
6. Reforçada a Plataforma do HIV do Observatório Nacional de Saúde e criados centros de informação de M&A a nível provincial para fornecer um pacote de informações abrangente sobre os principais indicadores PEN V para a tomada de decisão;
7. Agenda de pesquisa aprovada e iniciada a sua implementação.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

À medida em que os sistemas de M&A de rotina se expandem e se tornam mais acessíveis, a prioridade será focalizada na melhoria da qualidade dos dados, demanda e uso de dados para a tomada de decisões a todos os níveis e nas US e comunidades. Isso só será possível com apropriação e apoio para o sistema de M&A do HIV, garantia de qualidade de dados a todos os níveis incluindo a nível sectorial e financiamento adequado para as actividades de M&A. As seguintes acções são recomendadas no âmbito do PEN V:

**TABELA 14: INTERVENÇÕES PARA FORTALECER A INFORMAÇÃO ESTRATÉGICA**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	SECTOR RESPONSÁVEL
Fortalecimento da capacidade de M&A para o seguimento do desempenho do PEN V e a tendência epidémica do HIV a todos os níveis	<input type="checkbox"/> Realizar uma avaliação da capacidade de M&A e desenvolver e implementar um plano de capacitação a todos os níveis (nacional, provincial e distrital)	CNCS
	<input type="checkbox"/> Fortalecer o Grupo Técnico de Monitoria do HIV a nível nacional e estabelecer e/ou fortalecer Grupos Técnicos de Monitoria do HIV a nível provincial	MISAU
	<input type="checkbox"/> Desenvolver directrizes, ferramentas e procedimentos operacionais padrão abrangentes para os sistemas de M&A de HIV	Parceiros de cooperação
	<input type="checkbox"/> Capacitar todos os técnicos de M&A de nível central e provincial na análise e disseminação de dados	Governos provinciais
	<input type="checkbox"/> Elaborar e implementar o Plano de M&A (nível provincial)	Todos os sectores implementadores da resposta
	<input type="checkbox"/> Implementar financiamento sustentável para as actividades planificadas de M&A de HIV	
Produção de dados e informação sistemática sobre a epidemia e resposta	<input type="checkbox"/> Reforço do registo e recolha de dados sobre a resposta à epidemia	CNCS INE
	<input type="checkbox"/> Produção de estimativas anuais	
	<input type="checkbox"/> Actualização regular do repositório de custos unitários (secção 8)	
	<input type="checkbox"/> Produção de pelo menos 1 MEGAS	
	<input type="checkbox"/> Implementação da estratégia de vigilância do HIV, incluindo vigilância baseada nos casos	MISAU CNCS
	<input type="checkbox"/> Elaborar e disponibilizar ferramentas de colecta de dados para indicadores importantes que actualmente não possuem dados, com foco nos dados de comunidade;	
	<input type="checkbox"/> Fortalecimento de sistemas de informação em saúde SISMA	MISAU
	<input type="checkbox"/> Fortalecer a disseminação e o uso de dados	
	<input type="checkbox"/> Expandir a análise geo-espacial (GIS) para avaliar a concordância entre a carga do HIV e a alocação de serviços	CNCS MISAU
	<input type="checkbox"/> Mapeamento de PC, análise anual de estimativa de tamanho de PC	CNCS
	<input type="checkbox"/> Realizar inquéritos periódicos na população para avaliar a situação da epidemia bem como os impactos da resposta nacional	CNCS INE MISAU
	<input type="checkbox"/> Implementar a garantia de qualidade de dados a todos os níveis;	MISAU CNCS

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	SECTOR RESPONSÁVEL
Fortalecer a utilização da informação para a tomada de decisões	<input type="checkbox"/> Fortalecer o Observatório Nacional de Saúde, Plataforma do HIV	MISAU INS
	<input type="checkbox"/> Fortalecer a capacidade de análise e produção de melhores produtos de comunicação	CNCS MISAU INS
	<input type="checkbox"/> Implementar mecanismos de partilha de dados entre sistemas produtores de dados visando fortalecer o SIS	CNCS
	<input type="checkbox"/> Garantir uma estrutura de coordenação funcional para o Sistema de Informação, especialmente os grupos de trabalhos técnicos	MISAU
Garantir sistemas de monitoria de rotina e não rotineiros harmonizados, oportunos e abrangentes para fornecer dados do HIV de qualidade a todos os níveis	<input type="checkbox"/> Fortalecer a gestão de dados de M&A do HIV a todos os níveis: nacional, provincial e distrital	CNCS MISAU INS INE Parceiros de implementação OSC
	<input type="checkbox"/> Harmonizar e criar ligações entre as ferramentas de colecta de dados e as bases de dados	
	<input type="checkbox"/> Realizar auditorias e verificações periódicas da qualidade dos dados	
	<input type="checkbox"/> Conduzir a supervisão de M&A	
	<input type="checkbox"/> Aumentar a cobertura da vigilância e pesquisas em andamento do programa do HIV	
	<input type="checkbox"/> Honrar as obrigações de relatórios do HIV globais, regionais e nacionais	
	<input type="checkbox"/> Fortalecer os sistemas de informação sobre o HIV de rotina e não rotineiros	
Estabelecer a plataforma do HIV em tempo real integrada e multisectorial para fornecer actualizações sobre a responsabilidade da resposta à epidemia do HIV	<input type="checkbox"/> Estabelecer um sistema multisectorial de programação do HIV baseado na web para o gerenciamento de dados	MISAU INS Governos Provinciais
	<input type="checkbox"/> Promover a demanda de dados e o uso de informações estratégicas do HIV para informar a política e a programação	
	<input type="checkbox"/> Desenvolver e implementar a agenda de avaliação do PEN V	
	<input type="checkbox"/> Criar e fortalecer Centros de Informação de M&A de nível nacional e municipal	
	<input type="checkbox"/> Elaborar e aprovar a agenda de pesquisa sobre a resposta	



## 6.8 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 8: FORTALECER OS SISTEMAS DE SAÚDE E COMUNITÁRIOS

### CONTEXTO

#### Sistema de Saúde

O Plano Estratégico do Sector de Saúde 2014-2019 (2024) e o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (2016-2025) indicam que o sistema de saúde é caracterizado pela falta de pessoal adequadamente treinado, distribuição desigual de pessoal de saúde, geograficamente; baixa motivação do pessoal, liderança fraca e financiamento inadequado.

O relatório do inventário sobre a disponibilidade e prontidão dos serviços realizado em 2018 indica uma disponibilidade de menos de 1 (0,57) US por cada 10.000 habitantes sendo a cidade de Maputo com um rácio de 0.33 e o mais alto em Niassa com 1,03 por cada 10.000 habitantes [35]. O inquérito em referência mostra variações entre as províncias bem como a disponibilidade dos vários elementos avaliados quanto à prontidão de serviços de HIV. No geral, 99% das US têm capacidade de diagnóstico de HIV em adultos e menos de 1% têm para as crianças. Apenas, 25% tem uma disponibilidade de exames gerais como hemograma completo.

Há uma integração inadequada de serviços de HIV nos centro de saúde, incluindo a saúde materno-infantil e serviços de SSR a todos os níveis. Os investimentos sustentados em sistemas de saúde, especialmente recursos humanos, infra-estruturas e sistemas farmacêuticos e laboratoriais, são ainda insuficientes para os desafios existentes. Os programas e políticas de prevenção e tratamento que se seguem também precisam de ser mais sensíveis às necessidades das populações pobres e prioritárias, incluindo populações-chave.

Para além do mencionado, o sistema de saúde caracteriza-se por ligações e referências fracas e descoordenadas; fraca colaboração e coordenação entre o sector público e o privado e dentro de cada sector, falta de capacidade de planificação e monitoria, incluindo a análise de dados, e o uso de informações estratégicas.

Actualmente, o Sistema Nacional de Saúde enfrenta desafios nos diferentes componentes constituintes:

- No que concerne à disponibilidade dos recursos humanos para a saúde (RHS), em média existiam 6 profissionais de área específica de saúde por cada 10.000 habitantes. Estes recursos humanos permanecem insuficientes para a demanda imposta pela necessidade de prevenção e de cuidados e tratamento do HIV.
- As infra-estruturas da rede sanitária permanecem insuficientes para garantir uma assistência num ambiente adequado e de privacidade. A título de exemplo, apenas 61% das US apresentavam condições de privacidade auditiva e visual.
- Um desafio geral que se coloca, é, como o sistema nacional de saúde pode beneficiar dos investimentos para a operacionalização das intervenções relacionadas ao HIV e, ao mesmo tempo, oferecer uma estrutura e ambiente adequados para a expansão rápida e sustentada da resposta ao HIV.
- Moçambique, à semelhança do que acontece a nível global, está enfrentando a pandemia da COVID 19. Esta perturbou os processos normais de provisão de serviços de saúde, o acesso e bem como a utilização destes serviços. Se por um lado no início, o medo da possível infecção pelo vírus SARS COV 2, levou as pessoas a evitar as US, por outro lado o aumento de pessoas que necessitam de ser observadas e internadas nos serviços de saúde resultam num desvio de atenção de outras situações clínicas incluindo os cuidados e tratamento aos doentes com HIV. Esta realidade coloca, de forma evidente, a importância de sistemas de saúde resilientes que possam sobreviver a choques.
- A integração de serviços de HIV e outros serviços em especial serviços de SSR, co-infecções e comorbidades, ainda é um desafio e precisa de ser melhorada.

## Sistemas Comunitários

As comunidades e as organizações lideradas por elas, muitas vezes, são o ingrediente que falta para a superação dos obstáculos e acelerar o progresso de resposta nacional ao HIV: elas prestam serviços essenciais, alcançam aqueles que muitas vezes não são cobertos pelo sistema de saúde, realizam a monitoria dos serviços, promovem a responsabilidade pelos resultados, defendem as mudanças necessárias e informam os esforços para fazer com que os serviços sejam verdadeiramente centrados nas pessoas. Para preencher a lacuna, os sistemas comunitários requerem o envolvimento e engajamento total das comunidades como líderes e parceiros essenciais na resposta ao HIV e precisam de um investimento financeiro suficiente para as suas iniciativas e integração total no âmbito da resposta nacional [36]. Os sistemas comunitários envolvem todos os actores incluindo os líderes comunitários e religiosos, outras pessoas influentes na comunidade, os provedores comunitários de saúde, os conselheiros e activistas leigos, os grupos de autoajuda, entre outros. Os líderes comunitários, a sociedade civil local, as organizações lideradas pela comunidade jogam um papel importante na geração da demanda e utilização de serviços [37].

## LACUNAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS COMUNITÁRIOS

- Fracas liderança e estrutura de governação das OCB;
- Recursos financeiros, humanos e materiais inadequados limitam a capacidade técnica e programática das OCB. A maior parte do financiamento em apoio aos programas e actividades de HIV das OCB é proveniente de fontes externas, portanto, muitas vezes inadequado e/ou imprevisível;
- Falta de capacidade para planificar e monitorizar os seus programas, dados de baixa qualidade e capacidade limitada para usar informações estratégicas;
- Aligação entre intervenções a nível comunitário e o sistema de saúde formal precisa de ser melhorada;
- Falta de ferramentas de M&A para a avaliação das intervenções comunitárias;
- Capacidade de monitoria liderada pela comunidade dos serviços de saúde nas US e nas comunidades precisa de ser estabelecida e/ou melhorada;
- O limitado envolvimento dos líderes comunitários nas intervenções de saúde prejudicam a mobilização da comunidade.

## OPORTUNIDADE

Moçambique tem demonstrado um compromisso notável com a Cobertura Universal de Saúde. Esta é uma das prioridades expressas na Política Nacional de Saúde e no Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) 2014-2019 (2024), que coloca como um dos seus pilares a necessidade de expansão dos serviços, para mais cobertura e mais qualidade bem como um enfoque especial nos grupos mais vulneráveis [38]. O sector possui também um conjunto de outros documentos estratégicos com implicação na gestão de pacientes com HIV [39][40][41].

Moçambique adopta na sua Política Nacional de Saúde a abordagem dos cuidados de saúde primários como chave para o alcance da cobertura universal e utilização dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, os sistemas comunitários são considerados como uma prioridade para uma resposta mais robusta ao HIV. Decorre um processo nacional de revitalização do subsistema comunitário de saúde envolvendo a liderança ao mais alto nível no país o que abre espaço para um maior foco nestes sistemas durante a implementação do PEN V.

## RESULTADOS ESPERADOS

1. Incrementada a cobertura de RHS disponíveis para a prevenção, cuidados e tratamento do HIV a vários níveis, com destaque para os cuidados de saúde primários (CSP);
2. Incrementada a proporção de US com condições de privacidade no atendimento de pacientes;
3. Todos os serviços que oferecem testagem de HIV são certificados por pelo menos uma vez por ano por um painel de proficiência;
4. Todos os serviços que oferecem cuidados e tratamento para o HIV são avaliados externamente pelo menos uma vez por ano, em linha com a Directriz Nacional de Melhoria de Qualidade dos Cuidados e Tratamento para o HIV e SIDA;
5. Reforçada a disponibilidade de medicamentos (manter a taxa de rotura de medicamentos sentinela para o HIV em menos de 10% em todas as US que oferecem o TARV), reagentes e outros consumíveis a nível das US;
6. Aumentada a capacidade de monitoria da carga viral dos pacientes em TARV;
7. Reforçado o acesso aos recursos financeiros pelas OCB no âmbito da sua capacitação para a resposta;
8. Reforçadas as capacidades dos actores comunitários para a resposta comunitária ao HIV.

O PEN V, visa contribuir para a construção de sistemas de saúde e comunitários resilientes, fortes e sustentáveis para a prestação de serviços de HIV a todos os níveis por meio de abordagens, acções e intervenções de sistemas de saúde e comunitários específicos para apoiar a resposta ao HIV.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

### **I. Provisão de recursos humanos suficientes, competentes, motivados e equitativamente distribuídos para a prestação de serviços de HIV integrados no pacote essencial de serviços**

O sistema de saúde de Moçambique enfrenta uma escassez de RHS qualificados e competentes. Outros desafios de RHS identificados incluem a distribuição não equitativa de profissionais de saúde geograficamente, altos níveis de atrito e condições de trabalho desfavoráveis. Especificamente para a resposta ao HIV, a disponibilidade de pessoal adequado, tecnicamente competente e qualificado nas US de nível primário é identificada como um desafio-chave para a implementação deste plano.

### **II. Fortalecimento do sistema de prestação de serviços de saúde nos níveis nacional e provincial**

Com o aumento contínuo das intervenções de HIV e na ausência do fortalecimento correspondente das estruturas de prestação de serviços, a qualidade dos serviços de HIV fica comprometida. A maioria das PVHIV não consegue aceder aos cuidados e tratamento devido ao estigma e discriminação, despesas de transporte proibitivas e/ou distância à US. O número de US que preenchem os padrões básicos/mínimos para a prestação de serviços de HIV é pequeno e há baixa criação de demanda por serviços de HIV devido aos altos níveis de estigma no sistema de saúde.

### **III. Melhorar o acesso e o uso racional de produtos e tecnologias essenciais de qualidade para a prevenção, tratamento e serviços de assistência ao HIV.**

Os produtos e tecnologias de saúde são componentes essenciais de um sistema de saúde forte. No contexto do programa de HIV, os produtos de saúde que apoiam a prestação de serviços de HIV incluem medicamentos antirretrovirais e medicamentos para o tratamento de infecções oportunistas, testes rápidos de HIV, reagentes para CD4 e carga viral e preservativos.

A gestão eficaz de medicamentos e produtos médicos é uma parte importante de um sistema de saúde de alta qualidade. Embora tenham sido registadas melhorias, os sistemas de aquisição e gestão de cadeia de abastecimentos e infra-estrutura e equipamentos laboratoriais ainda precisam de ser fortalecidos para responder à demanda do programa de HIV e de outras doenças endémicas. Os sistemas de garantia de qualidade laboratorial e supervisão do sistema laboratorial ainda são fracos.

As rupturas periódicas de produtos de HIV, sistemas de distribuição ineficientes devido a desafios de transporte, espaço de armazenamento limitado e más condições de armazenamento nos depósitos a nível provincial e das US são outros desafios.

**TABELA 15: INTERVENÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Disponibilização de recursos humanos suficientes, competentes, motivados e equitativamente distribuídos	<input type="checkbox"/> Investir na formação em serviço dos recursos humanos para a saúde, com destaque ao nível CSP	Governos provinciais
	<input type="checkbox"/> Recrutamento e retenção de RHS para o HIV, em conformidade com o Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS	MISAU MGCAS
	<input type="checkbox"/> Investir na formação pré-serviço dos recursos humanos para a saúde e acção social	MEF MCTES
Fortalecimento os sistemas de prestação de serviços de saúde a todos os níveis para a prestação de serviços de HIV integrados no PECS	<input type="checkbox"/> Assegurar a disponibilidade de painéis de proficiência de testagem a todos os níveis	MISAU Governos provinciais Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Assegurar a realização de avaliações internas e externas de desempenho na oferta de cuidados e tratamento do HIV	
	<input type="checkbox"/> Aumentar a capacidade nacional para oferecer a monitoria da carga viral	
	<input type="checkbox"/> Expandir a cobertura de US com capacidade de realização de testes laboratoriais gerais nas US	
	<input type="checkbox"/> Reforçar a capacidade de gestão da cadeia de distribuição dos medicamentos inculindo a quantificação de necessidades, elaboração de plano de procura, gestão de stocks a todos os níveis.	
	<input type="checkbox"/> Fortalecer o sistema integrado de referenciamento das amostras.	
	<input type="checkbox"/> Fortalecer o sistema de vigilância laboratorial	
<input type="checkbox"/> Expandir a capacidade de infra-estruturas para oferecer comodidade e confidencialidade no atendimento de pacientes nas US com destaque a nível dos CSP		

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS		RESPONSABILIDADE
Melhorar o acesso e o uso racional de produtos e tecnologias essenciais de qualidade para a prevenção, tratamento e serviços de assistência ao HIV	☐	Promover a previsão e quantificação oportunas e o planeamento periódico de aquisição/distribuição de produtos para o HIV	MISAU Programa CMAM DCL  Parceiros de implementação
	☐	Fortalecer a gestão de produtos de HIV e monitoria de cadeias de abastecimento aos níveis provincial e da US	
	☐	Promover a eficiência na aquisição de produtos de HIV	
	☐	Apoiar na melhoria da infra-estrutura para a distribuição eficaz e armazenamento apropriado de produtos de HIV a todos os níveis	
	☐	Promover práticas adequadas de prescrição e uso racional de produtos de HIV	
	☐	Desenvolver um sistema de monitoria robusto para facilitar a colheita e transmissão oportuna de dados sobre consumos e ruptura de stock de produtos de HIV que é integrado ao SIS-MA	
	☐	Fornecimento de equipamentos de diagnóstico de HIV adequados e funcionais (VL, CD4) que são bem mantidos (contratos de serviço) e adopção de novas tecnologias que estiverem disponíveis	
☐	Rever e fortalecer os sistemas laboratoriais para o diagnóstico e monitoria eficazes do TARV, especialmente para a carga viral		

### I. Fortalecimento do sistema de prestação de serviços comunitários a todos os níveis para a prestação de serviços de prevenção, cuidados e tratamento e mitigação do HIV

Organizações baseadas na comunidades (incluindo OSC/OBF/ONG) e liderança comunitária desempenham um papel crítico não só na apropriação da resposta à epidemia, mas também na abordagem das causas profundas da vulnerabilidade ao HIV, incluindo relações de género desiguais, práticas culturais prejudiciais, estigma e discriminação, e violência contra as populações-chave.

Tendo em consideração o papel central que as comunidades e organizações lideradas e baseadas nas comunidades, OSC, OBF e ONG desempenham na resposta nacional para o alcance do controlo da epidemia até 2030, os programas comunitários serão fortalecidos durante a vigência do PEN V por meio das seguintes acções recomendadas:

**TABELA 16: INTERVENÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS COMUNITÁRIOS**

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADE
Fortalecimento dos sistemas comunitários para a prestação de serviços de prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV	<input type="checkbox"/> Fortalecer a governação e liderança para acções de saúde comunitária a todos os níveis	CNCS PLASOC-M OSC Parceiros de cooperação Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/> Fortalecer a capacidade institucional, técnica e financeira das OCB para a implementação de acções e serviços comunitários de HIV a todos os níveis	
	<input type="checkbox"/> Estabelecer padrões para orientar a implementação e práticas da comunidade, incluindo um pacote comunitário integrado, abrangente e de qualidade para prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV, e assistência ao HIV	
	<input type="checkbox"/> Reforçar o papel das lideranças locais nas intervenções de resposta ao HIV a nível das suas comunidades	
	<input type="checkbox"/> Treinar os APE na provisão de serviços de prevenção, cuidado e tratamento do HIV	
	<input type="checkbox"/> Fortalecer a capacidade das OCB na monitoria da resposta liderada pela comunidade	



## 6.9 OBJECTIVO ESTRATÉGICO 9: FORTALECER A RESPOSTA AO HIV EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIAS

### CONTEXTO

Pela sua localização geográfica, Moçambique é propenso e vulnerável a ser atingido por eventos extremos da natureza, como ciclones e cheias com efeitos devastadores na vida das comunidades, bem como na rede de oferta de serviços de saúde [42]. A experiência recente que o país enfrentou foram os ciclones Idai e Kenneth, que afectaram, respectivamente, as regiões centro e norte do país, com destaque para as províncias de Sofala e Cabo Delgado. A nível da comunidade, estes desastres naturais resultaram na perda de vidas humanas, e também na deslocação massiva das populações em busca de locais mais seguros. Estima-se que 230.000 pessoas foram deslocadas das suas zonas de residência como consequência destes ciclones [43]. Simultaneamente, a destruição decorrente destes desastres levou à perda de muitos pertences das populações, e também destruição de US.

Outro espectro de emergência que o país enfrenta neste momento tem a ver com o clima de insegurança vivido nas zonas centro e norte do país, com destaque para a província de Cabo Delgado, como consequência do terrorismo. Esta situação tem resultado em deslocação massiva de pessoas das suas zonas de residência para os distritos e províncias vizinhas.

### DESAFIOS

É importante notar que a crise humanitária como consequência dos desastres naturais e da insegurança conduz:

- À deslocação das pessoas para áreas de acomodação, aumenta a insegurança alimentar, a pobreza e a vulnerabilidade ao HIV, e afecta negativamente a vida das PVHIV. As desigualdades de género existentes podem ser exacerbadas, tornando as mulheres e adolescentes mais vulneráveis ao HIV [44];
- À destruição da rede sanitária ou à movimentação de pessoas para áreas de acolhimento o que coloca em risco o acesso destas a informações sobre a prevenção do HIV, preservativos ou serviços de PTV;

- À verificação, nas zonas de acolhimento das pessoas deslocadas, de uma limitação para responder às necessidades de cuidados e tratamento;
- Ao aumento do risco de novas infecções entre as populações mais vulneráveis com destaque para as RAMJ;
- Ao aumento da insegurança alimentar e nutricional.

O risco acrescido de ocorrência de emergência, reforça a necessidade de serviços de saúde resilientes, capazes de se adaptarem rapidamente e de garantir a continuidade da provisão de serviços, quer de prevenção quer de cuidados e tratamento, e ainda garantir a protecção dos mais vulneráveis nessas situações.

## OPORTUNIDADE

Moçambique possui entidades do Governo com responsabilidade de coordenação da acção de preparação, resposta e mitigação dos efeitos das emergências. A inclusão deste capítulo dentro do PEN V vai servir de instrumento de coordenação das várias partes interessadas na gestão da emergência e de definição de responsabilidades de cada um dos sectores envolvidos. Por outro lado, a existência de guiões internacionalmente testados e funcionais facilitam a adopção de soluções para a realidade do país.

## RESULTADOS ESPERADOS

1. Assegurado o pré-posicionamento de kits para a prevenção, cuidados e tratamentos em regiões propensas à emergência;
2. Alcançadas pelo pacote de intervenções de prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV, pessoas que se encontram em situação de crise humanitária;
3. Assegurada a continuidade de provisão de serviços mesmo em situações de emergência;
4. Assegurada a prevenção e mitigação de VBG entre as vítimas da crise humanitária, especialmente entre RAMJ.

## ÁREAS PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

As principais intervenções devem ser multissectoriais, começando no início da emergência e continuadas em todas as fases de resposta humanitária. As intervenções de resposta ao HIV devem ser integradas na planificação de emergência a nível nacional, provincial, distrital e local. Estas devem incluir: (i) indicação do papel e responsabilidade dos actores-chave antes da emergência; e (ii) descentralização de stock de medicamentos e insumos de prevenção como preservativos e testes.

### I. Consciencialização sobre o HIV e empoderamento comunitário

A prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV bem-sucedidos exigem a consciencialização dos indivíduos e das comunidades sobre o risco de infecção e a compreensão de como viver positiva e saudavelmente com a doença. Em contextos de crise humanitária (desastres naturais ou conflitos), as pessoas podem ser mais vulneráveis ao HIV, mas, ao mesmo tempo, as informações sobre o HIV e as medidas de prevenção e os cuidados e tratamento podem não ser uma grande prioridade na comunidade. Medidas simples para aumentar a consciencialização sobre os direitos e onde aceder os serviços de prevenção e tratamento do HIV, e para capacitar as comunidades a fornecerem o apoio necessário, podem ajudar a minimizar os efeitos negativos da crise.

## **II. Saúde**

O sector da saúde tem responsabilidades acrescidas em situação de emergência. Participa no salvamento de vidas e fornece serviços de promoção de saúde e prevenção de doenças. No âmbito do HIV, o sector da saúde deve realizar acções para a prevenção da transmissão do HIV e fornecer cuidados e apoio às PVHIV na fase inicial e posterior da resposta.

A redução da transmissão do HIV é um componente do pacote inicial mínimo de serviços (PIMS) para a saúde reprodutiva em emergências. O PIMS descreve as acções necessárias para responder às necessidades prioritárias de saúde reprodutiva para salvar vidas das populações, incluindo PVHIV, na fase inicial de uma emergência. Além da redução da transmissão do HIV, o PIMS inclui a prevenção do excesso de morbimortalidade neonatal e materna, a prevenção e o manejo clínico da violência sexual e as actividades de coordenação e planeamento como acções mínimas críticas.

## **III. Protecção**

A protecção visa garantir que todos (independentemente da idade, sexo ou condição social) possam gozar dos seus direitos em condições de igualdade, com segurança e dignidade, incluindo em tempos de deslocamento interno. Um esforço e uma preparação bem coordenados são essenciais para fornecer protecção e assistência às pessoas deslocadas. Uma abordagem baseada nos direitos humanos é fundamental para qualquer resposta eficaz ao HIV em situações de emergência, pois ajuda a reduzir a vulnerabilidade ao HIV e o estigma, e a discriminação contra as PVHIV e populações-chave.

## **IV. Segurança alimentar, nutrição e apoio à subsistência**

As crises humanitárias levam à insegurança alimentar. Em países com alta prevalência de HIV, as reservas alimentares podem estar já enfraquecidas pelo impacto do HIV, tornando-as assim mais vulneráveis aos impactos das crises humanitárias. A insegurança alimentar tem sido associada ao comportamento sexual de alto risco para o HIV, especialmente para as RAMJ. A assistência alimentar e o apoio de subsistência especialmente para mulheres e crianças, reduzem a vulnerabilidade para o HIV [44].

## **V. Coordenação e gestão do centro de acomodação**

A integração do HIV na coordenação e gestão do centro pode ajudar a prevenir a transmissão do HIV e a defender os direitos humanos das PVHIV, populações vulneráveis e populações-chave. A inclusão de um objectivo estratégico sobre a resposta ao HIV em situações de emergência vai fortalecer a coordenação e gestão no que tange ao HIV, garantindo a participação da comunidade e mecanismos de mobilização.

**Tabela 17:** Intervenções para emergência e HIV

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	AÇÕES RECOMENDADAS		SECTOR RESPONSÁVEL
Conscientização sobre o HIV e empoderamento das comunidades	<input type="checkbox"/>	Estabelecer uma equipa de conscientização sobre o HIV e de apoio comunitário	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Disseminação de mensagens de prevenção do HIV usando os canais apropriados	Parceiros de Implementação
Saúde - Implementação do Pacote Inicial Mínimo de Serviços (PIMS)	<input type="checkbox"/>	Prevenção da transmissão do HIV em ambiente de serviços de saúde	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Reforço das medidas de biossegurança incluindo a gestão do lixo infeccioso em todas as actividades clínicas e preventivas	
	<input type="checkbox"/>	Assegurar a disponibilidade e distribuição dos preservativos de qualidade	CNCS
	<input type="checkbox"/>	Provisão da PPE para casos de exposição ocupacional e não ocupacional incluindo vítimas de violência baseada no género e abuso sexual	MISAU
	<input type="checkbox"/>	Manejo de infecções sexualmente transmitidas	
	<input type="checkbox"/>	Implementar acções de prevenção da transmissão vertical	
	<input type="checkbox"/>	Provisão de cuidados e tratamento para pessoas com doenças relacionadas ao HIV	
	<input type="checkbox"/>	Assegurar a provisão do TARV aos doentes com necessidade de tratamento	
	<input type="checkbox"/>	Provisão do pacote de cuidados e apoio às populações de alto risco	
	<input type="checkbox"/>	Assegurar que as populações-chave tenham acesso às medidas preventivas e aos cuidados de HIV	CNCS MISAU
Protecção	<input type="checkbox"/>	<p>Proteger contra violações de direitos humanos relacionadas ao HIV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar alegações de violações de direitos humanos relacionadas ao HIV;</li> <li>• Garantir a prestação de serviços de HIV que respeitem os direitos humanos;</li> <li>• Estabelecer protecção para as raparigas adolescentes e mulheres jovens;</li> <li>• Prevenir e responder à exploração e abuso sexual.</li> </ul>	MGCAS MJCR CNDH CNCS Governos provinciais
	<input type="checkbox"/>	Proteger a população da VBG	
	<input type="checkbox"/>	Proteger órfãos, crianças não acompanhadas, separadas e outras crianças e jovens vulneráveis	

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ACÇÕES RECOMENDADAS		SECTOR RESPONSÁVEL
Segurança alimentar, nutrição e apoio à subsistência	<input type="checkbox"/>	Direccionar e distribuir assistência alimentar para as comunidades e famílias afectadas pelo HIV	INGD
	<input type="checkbox"/>	Integrar o HIV em programas existentes de assistência alimentar e apoio de subsistência	
	<input type="checkbox"/>	Introduzir medidas específicas para proteger/adaptar os meios de subsistência de famílias afectadas pelo HIV e apoiar a produção agrícola	MADR
	<input type="checkbox"/>	Assegurar uma nutrição adequada para as PVHIV vulneráveis	SETSAN MGCAS MISAU Parceiros de implementação
	<input type="checkbox"/>	Responder às necessidades específicas de mulheres grávidas e lactantes vivendo com o HIV bem como às das suas crianças	
Coordenação e Gestão do Centro	<input type="checkbox"/>	Estabelecer mecanismos de coordenação e serviços sensíveis ao HIV no centro de acomodação	INGD
	<input type="checkbox"/>	Integrar o HIV na coordenação e gestão do centro	CNCS

# 7. COMPONENTE DE COMUNICAÇÃO

Na implementação do PEN V, no contexto moçambicano caracterizado pela multiplicidade linguística e padrões diversificados de comportamento face à epidemia, a comunicação deverá ser a estratégia fundamental para produzir efeitos que conduzam à mudança social e de comportamento. De forma a responder à diversidade linguística e de comportamento, diferentes abordagens de comunicação devem ser tomadas em conta, dentro de uma visão compartilhada com outras componentes do PEN V, identificando as populações prioritárias, os seus comportamentos de risco e as mensagens-chave para cada um dos grupos das populações prioritárias.

Em termos operacionais, a abordagem da comunicação deverá assentar nos objectivos estratégicos do PEN V, nomeadamente: Comunicação para a redução de novas infecções; Comunicação para a redução das mortes relacionadas ao SIDA; Comunicação para reduzir as barreiras sociais e estruturais para a prevenção, cuidados, tratamento e mitigação do HIV; Comunicação para a eliminação do estigma e discriminação, redução de VBG e protecção de direitos humanos no contexto do HIV; e Comunicação para apoiar o maior envolvimento dos PVHIV e outras populações prioritárias.



# 8. CUSTEAMENTO E MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA O PEN V

As estratégias e os objectivos enumerados no presente PEN V só se materializarão com a mobilização de recursos financeiros suficientes. Este custeamento e análise da mobilização de recursos serve tanto para estimar os recursos financeiros necessários e as potenciais fontes de financiamento quanto para orientar a priorização das intervenções consideradas como as mais importantes na resposta nacional ao HIV e SIDA no período da vigência do PEN V. O CNCS, como entidade governamental coordenadora dessa resposta, liderou os esforços conjuntos que permitiram o desenvolvimento do presente custeamento com o intuito de facilitar o cumprimento do objectivo global que visa acabar com a epidemia do HIV como ameaça à saúde pública até 2030.

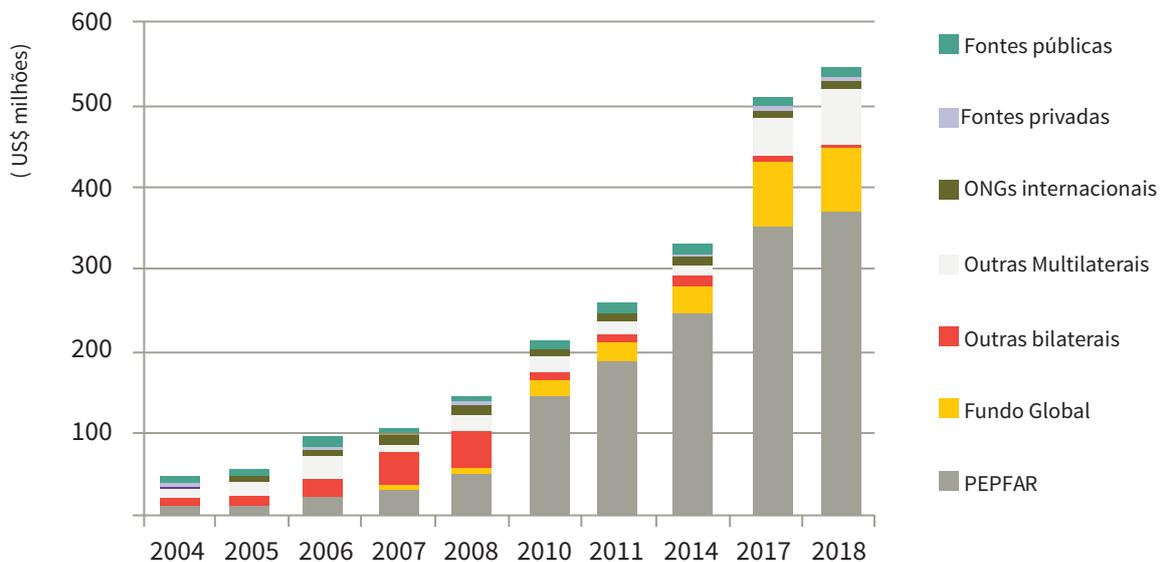
## 8.1 ANÁLISE SITUACIONAL DO FINANCIAMENTO PARA O HIV

### RESUMO DA SITUAÇÃO MACROECONÓMICA

Dados do Fundo Monetário Internacional (FMI) indicam que o PIB deverá cair 0,5% em 2020 devido, em grande parte, à ruptura económica global com a pandemia de COVID-19 [45]. O FMI projecta que o PIB de Moçambique irá recuperar entre 2021 e 2025, e o crescimento económico anual aumentará a uma taxa crescente de 2,1% em 2021 para 11% em 2025. Embora Moçambique tenha muitos desafios económicos, esse crescimento esperado do PIB, juntamente com aumentos projectados nas receitas públicas como proporção do PIB (de 25,1% em 2021 a 30,0% em 2025), podem criar algum espaço fiscal para gastos internos adicionais na resposta à epidemia de HIV – investimentos que, por sua vez, poderão provocar benefícios económicos de longo prazo.

### ANÁLISE DOS GASTOS EM HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

A Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) dos anos 2017-2018, realizada em 2020, mostra que as despesas na resposta ao HIV em Moçambique aumentaram significativamente desde 2004 para chegar a USD 545 milhões em 2018 [12]. Observa-se um crescimento médio anual de 18% entre 2014 e 2017. Os gastos totais com o HIV aumentaram 7% de 2017 a 2018 (Figura 6). O gasto médio de HIV em 2018 foi de USD 19 por habitante e USD 248 por PVHIV.



Fonte: [12]

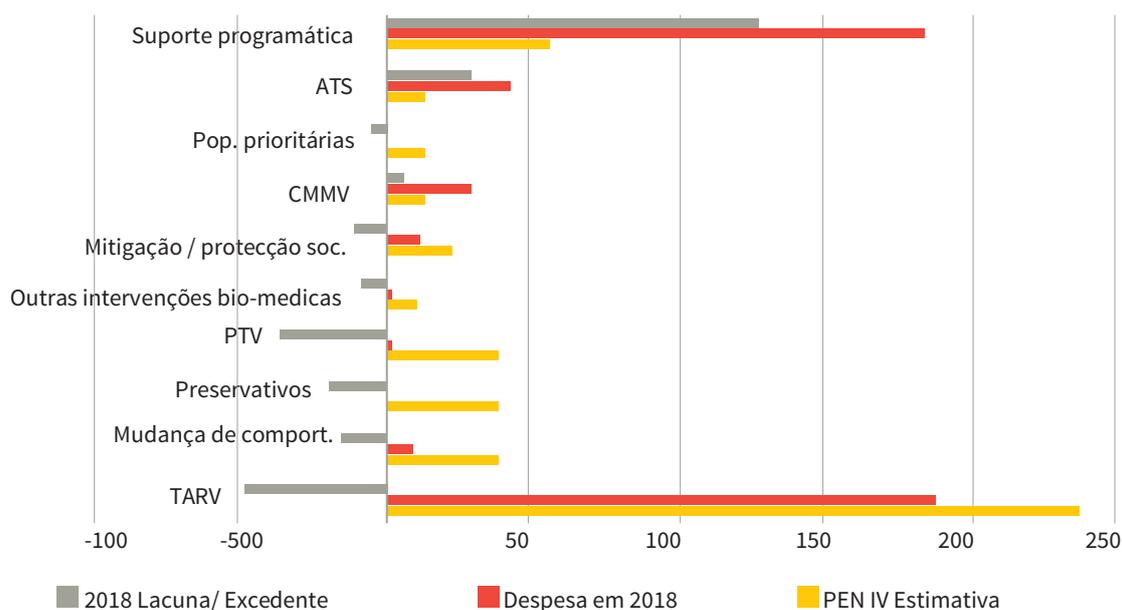
**Figura 6 :** Gastos em HIV e AIDS por fonte de financiamento, 2004-2018 (em USD milhões)

Os gastos financeiros do Governo de Moçambique (GdM) na resposta ao HIV atingiram USD 12,1 milhões em 2018, o que representou 2% dos gastos totais com o HIV [12]. Da mesma forma, as contribuições do sector privado foram limitadas. Todavia, é importante sublinhar que o GdM disponibilizou, em 2019, fora do escopo da MEGAS mais recente, USD 10 milhões para atender à lacuna de medicamentos e reagentes para HIV [46][47].

Moçambique tem tido muito sucesso na mobilização de volumes cada vez maiores de recursos externos para apoiar a sua resposta ao HIV; aliás, 97% do financiamento do HIV veio de entidades internacionais. Particularmente, em 2018, 82% do financiamento do HIV no país proveio do Governo dos Estados Unidos e do Fundo Global de Combate ao HIV, Tuberculose e Malária [12].

Em 2018, a maior proporção de gastos com HIV (51%) foi alocada para cuidados e tratamento, enquanto 13% destinou-se a esforços de prevenção [12]. O fortalecimento do sistema de saúde e as actividades de coordenação e gestão da resposta ao HIV absorveram 34% do gasto total com HIV, enquanto 2% destinou-se para a protecção social (incluindo o apoio às COV).

Durante a elaboração do PEN IV, projectou-se USD 460 milhões como custos financeiros necessários para a implementação do plano no ano 2018; os gastos reais naquele ano ascenderam a USD 545 milhões com lacunas ou excedentes de financiamento para áreas específicas [12]. Os gastos relacionados às intervenções de ATS e CMMV, por exemplo, ultrapassaram as projecções dos custos; o suporte programático excedeu as projecções em triplo (Figura 7). No entanto, no mesmo período de cinco anos, gastou-se menos dinheiro com TARV, PTV, protecção social e preservativos do que o PEN IV projectou gastar. As discrepâncias nos gastos podem ser devidas a custos subestimados ou superestimados no PEN IV, especialmente para a cobertura do TARV para PVHIV, ou devido às eficiências alocativas. Os gastos com o TARV, por exemplo, talvez se expliquem por reduções nos preços dos medicamentos e gastos menores do que o projectado em monitoria laboratorial durante o período do PEN IV. A MEGAS também revelou que, em 2017-2018, não havia actividades para reduzir os danos do PID ou para desenvolver sinergias entre implementadores da resposta ao HIV [12].



Fonte: [12]

**Figura 7** : Gastos em HIV em 2018 em comparação com o custo estimado do PEN IV, 2015-2020 (em USD milhões)

## PERSPECTIVA DE FINANCIAMENTO DE 2021 A 2025

O GdM comprometeu-se a investir cada vez mais recursos nos programas de combate ao HIV, à tuberculose e à malária assim como no fortalecimento dos sistemas de saúde [46][47].

O Fundo Global já alocou um investimento considerável para a resposta ao HIV no período de 2021-2023, no total de USD 573 milhões. Este investimento representa um aumento substancial do compromisso anterior para o período de 2018-2020. Importa sublinhar que 15% da alocação para as subvenções 2021-2023 do Fundo Global será sujeito a investimentos de cofinanciamento adicionais nos programas das doenças ou em sistemas de saúde por parte do GdM [46]. Sabe-se que os recursos potenciais do Fundo Global para Moçambique a partir do ano 2024 serão comunicados só no fim do ano 2022, porém, o presente custeamento pressupõe um financiamento contínuo do Fundo Global nos últimos dois anos do PEN V baseado no nível médio anual do investimento de 2021-2023. No entanto, destaca-se que existem incertezas sobre os recursos futuros do Fundo Global, nomeadamente no tocante à dependência dos financiamentos a partir de 2024, de compromissos que a organização fará com um número limitado de doadores bilaterais no final do ano 2022.

Por seu lado, o PEPFAR aumentou os seus compromissos para resposta ao HIV em Moçambique no seu Plano Operacional do País 2020 (COP20) [47]. O maior parceiro internacional na resposta moçambicana ao HIV alargou o seu investimento de USD 329 milhões (nível da COP 19) para USD 378 milhões para o ano 2020. No custeamento do presente PEN V presume-se que os financiamentos anuais do PEPFAR e as áreas de investimento permanecerão estáveis ao longo da vigência do plano, conforme as projecções no COP 20.

## Conclusão da análise situacional do financiamento para o HIV

Em suma, o financiamento da resposta ao HIV em Moçambique caracteriza-se por pontos fortes, em particular uma capacidade de mobilizar recursos externos para financiar a resposta ao HIV, inclusive um investimento substancial no TARV. Todavia, os recursos internos restritos, tanto do sector público como do privado, comprometem a sustentabilidade da resposta ao HIV no país. Há também uma necessidade de financiamento maior da prevenção primária do HIV para populações prioritárias e na população geral,

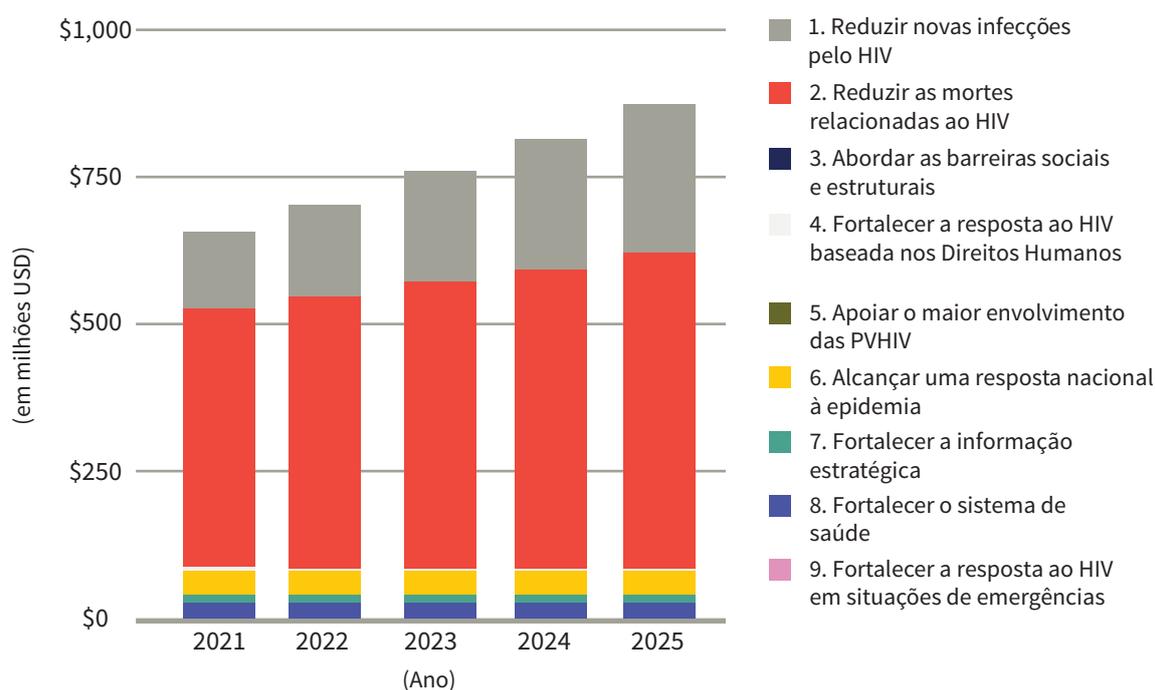
de outros sectores além do sector da saúde e da resposta comunitária. Por fim, questões relacionadas à eficiência da resposta devem ser exploradas mais detalhadamente para otimizar o uso dos recursos disponíveis.

## 8.2 RECURSOS ESTIMADOS NECESSÁRIOS PARA FINANCIAR O PEN V

### RESULTADOS DO CUSTEAMENTO

O custo necessário para alcançar os objectivos do PEN V ascende a USD 3,6 mil de milhões ao longo do período de 2021 a 2025. O custo anual de implementação do PEN V estima-se variar entre USD 623 milhões em 2021 e USD 842 milhões em 2025, com um crescimento anual médio de 3%, aquém do crescimento verificado em anos anteriores devido ao aumento considerável de investimento no primeiro ano do PEN V. Em média, o custo anual para implementar o PEN V representa 4,3% do PIB projectado.

As actividades para o objectivo estratégico 1: Reduzir novas infecções pelo HIV representam 26,4% dos custos totais do PEN V. A maior parte (61,0%) dos recursos necessários para a implementação do PEN V destinam-se ao financiamento do objectivo estratégico 2: Reduzir as mortes relacionadas ao SIDA e melhorar o bem-estar das PVHIV. As actividades para o objectivo estratégico 6: Alcançar uma resposta nacional à epidemia do HIV mais coordenada representa 5,6% dos custos totais. Os restantes objectivos estratégicos absorverão, em conjunto, 7,1% dos recursos financeiros necessários do PEN V (Figura 8).

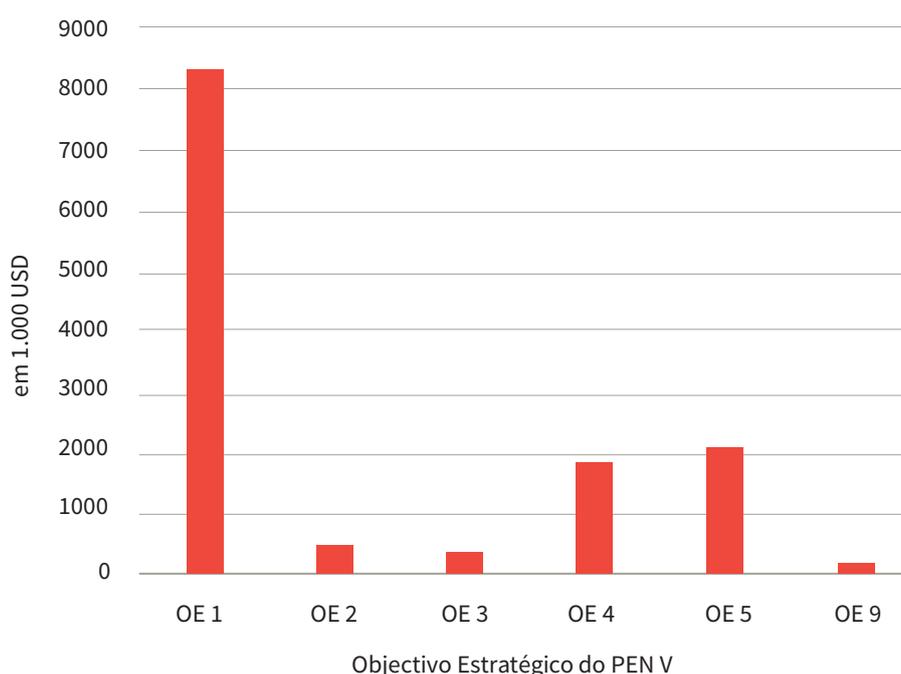


**Figura 8:** Financiamento anual necessário para implementar o PEN V por objectivo estratégico

Os custos ligados ao objectivo estratégico 1 ascendem a USD 961 milhões ao longo dos cinco anos. As actividades no âmbito deste objectivo abrangem a prevenção combinada, incluindo intervenções dirigidas às populações prioritárias e programas para as RAMJ. Espera-se também realizar 3 milhões de circuncisões médicas masculinas entre 2021 e 2025. Este número de circuncisões constitui um salto do nível prévio e, por isso, a CMMV representa 4,8% dos custos totais do PEN V. Ademais, o custo deste objectivo estratégico inclui a distribuição e promoção de preservativos e lubrificantes (sobretudo para os adolescentes) e a PTV para prevenir novas infecções.

Dado o papel crítico dos cuidados e tratamento do HIV para evitar a morte, melhorar o bem-estar das PVHIV e reduzir novas infecções, as metas do PEN V para o aumento do TARV são ambiciosas. Assim, os custos relacionados ao objectivo estratégico 2 chegam a USD 2,2 mil milhões ao longo dos cinco anos do PEN V. Deste montante, o TARV equivale a 86,5% dos custos do objectivo (52,8% do custo total do PEN V). Dados internos do MISAU estimam que 1,4 milhões de PVHIV estavam em tratamento em Moçambique em 2020. O PEN V visa tratar mais de 1,75 milhões de PVHIV – incluindo 135.805 crianças – com medicamentos de primeira ou segunda linha no primeiro ano de implementação, ampliando o nível de tratamento para mais de 2 milhões de PVHIV até 2025. Isto constituirá um aumento de 25% no número de pacientes no primeiro ano do PEN V. Este investimento em TARV também renderá benefícios em termos de redução de novas infecções, especialmente uma ampliação na cobertura do TARV para homens com mais de 25 anos (para mais detalhes, vide Livro 2). Além do aumento esperado no número de pessoas em TARV, o alto custo dos cuidados e tratamento do HIV no PEN V inclui recursos para intervenções que visam apoiar a adesão ao TARV para maximizar a supressão da carga viral. Outras intervenções para reduzir as mortes relacionadas ao SIDA incluem a profilaxia e o tratamento da tuberculose para as PVHIV, cuja provisão programa-se para mais de 1 milhão de PVHIV ao longo dos cinco anos, e o tratamento de co-infecções, tal como hepatites, cujas sequelas se manifestam após anos, e infecções oportunistas. Ademais, este objectivo estratégico inclui os custos ligados ao teste de HIV (5,7% do custo total do PEN V).

Os custos pertinentes à comunicação, que se distribuem entre diversos objectivos estratégicos de acordo com o assunto abordado, totalizam cerca de USD 23 milhões ao longo da vigência do PEN V (Figura 9).



**Figura 9** : Recursos necessários para a comunicação do PEN V em 2021-2025

Em comparação ao PEN IV, o PEN V enfatiza mais as intervenções que abordam tanto as barreiras sociais e estruturais que as populações-chave, as RAMJ enfrentam, quanto a inclusão substancial das comunidades na concepção de projectos e prestação de serviços. Embora parte deste foco estratégico represente uma maneira diferente de executar programas (por exemplo, a criação de políticas que apoiam uma participação inclusiva na liderança de programas relativos ao HIV), estas actividades não incorrem necessariamente em grandes custos directos. O PEN V, portanto, prevê recursos dedicados para permitir o progresso nesses objectivos. Para tanto, o objectivo estratégico 3: Reduzir as barreiras sociais e estruturais para a prevenção,

tratamento e mitigação do HIV visa investir USD 3 milhões ao longo dos cinco anos, enquanto o objectivo estratégico 4: Fortalecer a resposta ao HIV baseada nos princípios e abordagens dos direitos humanos para facilitar o acesso aos serviços custará USD 20 milhões. O objectivo estratégico 5: Apoiar o maior envolvimento das PVHIV e outras populações prioritárias exigirá USD 13 milhões.

Os custos tocantes às actividades de gestão e administração do PEN V, que constam do objectivo estratégico 6: Alcançar uma Resposta Nacional à Epidemia do HIV mais Coordenada, estimam-se em USD 202 milhões (que representam 5,6% do custo total do PEN V). Fundamentaram-se estes custos numa análise das despesas de suporte programático incorridas durante o PEN IV.

O planeamento operacional e a monitoria e avaliação do PEN V fazem parte do Objectivo Estratégico 7: Fortalecer a informação estratégica para impulsionar o progresso em direcção ao cumprimento dos objectivos do PEN V, que se projecta custar USD 78 milhões (2,2% do custo total) ao longo dos cinco anos. O custo do Objectivo Estratégico 8: Fortalecer os sistemas de saúde e comunitários estima-se em USD 143 milhões, representando 3,9% do custo total do PEN V. O Objectivo estratégico 9: Fortalecer a resposta ao HIV e SIDA em situação de emergências representa a parte menor do custo, totalizando USD 1,2 milhão ao longo dos cinco anos, o que corresponde a 0,03% dos custos totais. Os orçamentos sumário e detalhado, e as bases concernentes à sua elaboração podem ser encontradas no Livro 2.

## **Panorama de Financiamento**

As perspectivas de financiamento para o PEN V, construídas com base no COP20 do PEPFAR, nas Subvenções do Fundo Global 2021-2023, no Plano Económico e Social do Ministério da Saúde, bem como no relatório da MEGAS 2017-2018, apontam para um volume de recursos financeiros inferior aos recursos necessários para atingir as metas programáticas e objectivos do PEN V, com défice financeiro de cerca de USD 922 milhões ao longo dos cinco anos de vigência do PEN V (Livro 2). Com base nas despesas supracitadas por área de resposta ao HIV, esta lacuna financeira compõe-se de USD 604 milhões na prevenção do HIV, particularmente em relação à promoção e distribuição de preservativos e lubrificantes e CMMV, USD 245 milhões no tratamento do HIV e USD 48 milhões na gestão e coordenação da implementação do PEN V. Para fazer o melhor uso do financiamento do PEN V, priorizaram-se as actividades que ofereçam a maior redução de novas infecções e mortes relacionadas ao SIDA (Livro 2).

# 9. MONITORIA E AVALIAÇÃO

## GENERALIDADES

O ponto de partida para a monitoria e avaliação do PEN V é um quadro que, de forma resumida, mostra as relações entre os investimentos a fazer na resposta (isto é, recursos) e os efeitos de mais alta intensidade e consequências (isto é, impactos) nos beneficiários (Figura 10). Alguns dos recursos necessários já existem, por exemplo, directrizes de tratamento do HIV; outros recursos deverão ser produzidos, por exemplo, instrumentos de monitoria comunitária.

O quadro de desempenho apresentado no plano da monitoria e avaliação fornece indicações sobre por quem, como e quando serão medidos os efeitos esperados na resposta nacional. Não há uma relação linear entre os elementos apresentados em cada coluna. As matrizes de referência de indicadores incluem mais detalhes sobre o código, tipo, numerador e denominador, frequência de reporte e marcos.

## MONITORIA E AVALIAÇÃO PROGRAMÁTICA

Para cada objectivo estratégico estão identificados indicadores de desempenho pormenorizados no plano da monitoria e avaliação.

Um componente cuja operacionalização será um desafio no PEN V é a monitoria comunitária; esta vai depender do aprimoramento em curso do sistema de informação de saúde comunitária, o qual vai conter os mecanismos e ferramentas necessários para a comunidade estar a par da situação local da resposta.

## MONITORIA E AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um elemento chave na resposta, o PEN V dará mais foco à monitoria de todos os efeitos deste elemento sobre os implementadores e sobre os beneficiários da resposta. Entre os efeitos a monitorizar constam os produtos e os resultados. O plano de comunicação cobre parte considerável dos efeitos a monitorizar.

## MONITORIA E AVALIAÇÃO FINANCEIRA

Estão previstos dois processos para a monitoria financeira do PEN V, nomeadamente a Monitoria e Análise de Recursos Financeiros (MARF), com periodicidade anual e a Medição de Gastos em SIDA (MEGAS), esperando-se uma medição na vigência deste PEN. Além destes dois processos, o PEN V pretende estabelecer um repositório de todos os custos unitários relativos à resposta ao HIV em Moçambique. Tal repositório facilitará o planeamento de novas actividades, a gestão de intervenções em andamento e a análise da eficiência de programas prévios e futuros.

# 10. GLOSSÁRIO

A lista de definições incluídas nesta secção foi compilada na base do Guião de Terminologia da ONUSIDA 2015 [48].

**Barreiras** são obstáculos, factores que impedem os indivíduos e comunidades de adoptarem comportamentos e normas sociais para resolver um problema. Existem vários níveis de barreiras. Exemplos de barreiras individuais: crenças, atitudes e hábitos ligados ao uso do preservativo; barreiras sociais: desigualdades de género reduzem o poder das raparigas decidirem sobre o uso do preservativo; barreiras estruturais: falta de stock de preservativos na US.

**Beneficiários** são indivíduos, grupos ou organizações que é suposto beneficiarem de uma intervenção. Termos relacionados: público-alvo; grupos-alvo.

**Campanha multimédia** é uma série de produtos e intervenções de comunicação orientadas para alcançar uma determinada mudança, por exemplo, aumentar o número de pessoas que conhecem o seu estado serológico. Pressupõe o uso de uma combinação de formatos e canais de comunicação.

**Canal de comunicação** refere-se aos meios seleccionados para divulgar mensagens-chave e os produtos de comunicação (por exemplo: televisão, rádio, redes sociais, e outras).

**Comunicação integrada** significa a harmonização e alinhamento de tudo o que é comunicado relacionado com o PEN V para garantir que todas as acções e intervenções falem uma só voz (ou seja, comuniquem as mesmas mensagens e tenham uma identidade comum, tenham o mesmo entendimento sobre os assuntos, contribuam para os mesmos objectivos, independentemente do formato de conteúdo ou canal usado).

**Comunicação interpessoal** é a interacção entre pessoas, contacto frente a frente para informar ou aconselhar, por exemplo.

**Comunicação para mudança de comportamento** promove mensagens personalizadas, avaliação de risco pessoal, maior diálogo e um maior senso de propriedade da resposta pelo indivíduo e pela comunidade. É desenvolvida por meio de um processo interactivo, e suas mensagens e abordagens usam uma combinação de canais de comunicação para encorajar e manter comportamentos positivos e saudáveis.

**Facilitadores**, em oposição às barreiras, são os factores que encorajam e criam condições propícias para a mudança comportamental e social. Existem vários níveis de facilitadores. Exemplos de facilitadores individuais: receio de se infectar por HIV; facilitadores sociais: redução de mitos sobre o preservativo; facilitadores estruturais: acesso fácil e discreto a preservativos.

**Género** refere-se aos papéis, comportamentos, responsabilidades sociais que a sociedade espera dos homens e das mulheres.

As **populações-chave** são grupos definidos de pessoas que, devido a comportamentos específicos de alto risco, estão em maior risco de HIV independentemente do tipo de epidemia ou contexto local. Além disso, frequentemente têm questões legais e sociais relacionadas aos seus comportamentos que aumentam sua vulnerabilidade ao HIV.

**Populações vulneráveis** são grupos de pessoas particularmente vulneráveis ao HIV, infecção em certas situações ou contextos, como adolescentes (particularmente raparigas adolescentes na África Subsaariana), órfãos, crianças de rua, pessoas com deficiência e trabalhadores migrantes.

**Homens que fazem sexo com homens** refere-se a todos os homens que se envolvem em actividades sexuais e/ou relações românticas com outros homens.

**Objectivos de comunicação** são as mudanças que se pretende alcançar com a Comunicação para a Mudança Social e Comportamental. Dizem respeito a audiências específicas e contribuem para os objectivos estratégicos e metas do PEN V.

**Pessoas que injectam drogas** referem-se a pessoas que injectam substâncias psicotrópicas (ou psicoactivos) para fins não médicos. Essas substâncias incluem, mas não estão limitados a, opióides, estimulantes do tipo anfetamina, cocaína, hipnosedantes e alucinogénios. A injeção pode ser por via intravenosa, intramuscular ou subcutânea.

**Programas de Prevenção Combinada** são programas baseados em direitos e em evidências que usam uma combinação de intervenções comportamentais biomédicas e estruturais, priorizadas para atender as necessidades actuais de prevenção do HIV de determinados indivíduos e comunidades, de modo a ter o maior impacto sustentado na redução de novas infecções.

**Pré-teste** significa a avaliação qualitativa do entendimento, percepção e identificação da audiência sobre mensagens e materiais de comunicação dirigidos a ela.

**Mulheres Trabalhadoras do sexo:** são as que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, seja regular ou ocasionalmente.

**Redes sociais** são plataformas ou páginas da internet onde se estabelecem relações e interacções entre diferentes públicos (exemplos: Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp).

**Transgénero** é um termo genérico para pessoas cuja identidade e expressão de género não está em conformidade com as normas e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo atribuído para eles no nascimento; inclui pessoas que são transexuais, transgéneros ou outro género não conforme. Pessoa transgénero pode se identificar-se como transgénero, mulher, homem, trans-mulher ou trans-homem ou transsexual. A alta vulnerabilidade e necessidades de saúde específicas de pessoas trans necessitam de um status e uma abordagem independente na resposta global ao HIV.

# 11. REFERÊNCIAS

1. UN General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. New York. 2016;17020: 1–27. doi:10.1093/oxfordhb/9780199560103.003.0005
2. UNAIDS. Fast Track Ending the AIDS Epidemic by 2030. 2014.
3. WHO. GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS 2016–2021 [Internet]. 2016. doi:10.1055/s-2007-970201
4. Conselho de Ministros. PROGRAMA QUINQUENAL DO GOVERNO 2020-2024. 2020.
5. Ministério da Saúde (MISAU). Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014 - 2019. MAPUTO; 2014.
6. Instituto Nacional de Saúde, Estatística IN de. Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/ SIDA em Moçambique (IMASIDA). Maputo; 2015.
7. Nalá R, Cummings B, Horth R, Inguane C, Benedetti M, Chissano M, et al. Men Who Have Sex with Men in Mozambique: Identifying a Hidden Population at High-risk for HIV. AIDS Behav. 2015;19: 393–404. doi:10.1007/s10461-014-0895-8
8. INS, MISAU, PEPFAR, CDC, UCSF, Pathfinder I. The Integrated Biological and Behavioral Survey Among Female Sex Workers , Final Report [Internet]. 2012. Available: <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5224/1/UPS-QT03885.pdf>
9. INS, MISAU, PEPFAR, PATHFINDER, UCSF, UNIDOS, ITECH U. The Integrated Biological and Behavioral Survey Among People Who Inject Drugs , Final Report. 2014;
10. MISAU. Anuário Estatístico de Saúde 2019 [Internet]. 2020. Available: <http://www.misau.gov.mz/index.php/anuarios-estatistico>
11. MISAU. Ponto de Situação do HIV / SIDA - Moçambique 2019. 2020.
12. CNCS. Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) para o período de 2017 a 2018 em Moçambique. 2020.
13. CNCS, MISAU. Relatório da avaliação conjunta do Plano Estratégico e Operacional do Programa Nacional da Tuberculose 2014 - 2018, do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2016 - 2020 e do estabelecimento da linha de base das Hepatites virais em Moçambique. Maputo; 2019.
14. CNCS. Inquérito Online sobre a Resposta ao HIV e SIDA em Moçambique. Maputo; 2020.
15. Gesesew HA, Gebremedhin AT, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: A systematic review and metaanalysis. PLoS One. 2017;12: 1–16. doi:10.1371/journal.pone.0173928
16. UNAIDS. Communities at the Centre Defending Rights, Breaking Barriers, Reaching People with HIV Services. Global Aids UPDATE 2019 [Internet]. UNAIDS. 2019. Available: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-global-AIDS-update\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf)
17. The Global Fund. Scaling up Programs to Reduce Human Rights- Related Barriers to HIV and TB Services [Internet]. 2019. Available: [https://www.theglobalfund.org/media/8721/crg\\_humanrightsbaselineassessmentindonesia\\_report\\_en.pdf?u=637165999520000000](https://www.theglobalfund.org/media/8721/crg_humanrightsbaselineassessmentindonesia_report_en.pdf?u=637165999520000000)
18. Tomori C, Risher K, Limaye RJ, Van Lith LM, Gibbs S, Smelyanskaya M, et al. A role for health communication in the continuum of HIV care, treatment, and prevention. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014;66: 306–310. doi:10.1097/QAI.0000000000000239
19. CNCS. Resposta Global à SIDA Relatório do Progresso, 2016 MOÇAMBIQUE. CEUR Workshop Proceedings. Maputo; 2016.

20. UNAIDS. Sexual and reproductive health and rights and HIV. 2019. doi:10.1057/978-1-137-42724-3\_27
21. Sacks E, Morrow M, Story WT, Shelley KD, Shanklin D, Rahimtoola M, et al. Beyond the building blocks : integrating community roles into health systems frameworks to achieve health for all. 2019; 1–12. doi:10.1136/bmjgh-2018-001384
22. Nuzzo JB, Meyer D, Snyder M, Ravi SJ, Lapascu A, Souleles J, et al. What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards ? Results from a scoping review. BMC Public Health. BMC Public Health; 2019; 1–9. Available: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7707-z>
23. Ministério da Saúde. Relatório Anual 2018 das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA [Internet]. Maputo; 2019. Available: <http://www.misau.gov.mz/index.php/relatorios-aneais>
24. Ministério da Economia e Finanças. Pobreza e Bem Estar em Moçambique, IOF 2014/2015. 2016.
25. Burke M, Gong E, Jones K. Income Shocks and HIV in Africa. Econ J. 2014;125: 1157–1189. doi:10.1111/econj.12149
26. Igulot P, Magadi MA. Socioeconomic Status and Vulnerability to HIV Infection in Uganda : Evidence from Multilevel Modelling of. Hindawi Aids Res Treat. Hindawi; 2018;2018. doi:10.1155/2018/7812146
27. Trujillo A, Mak M. Economic context and HIV vulnerability in adolescents and young adults living in urban slums in Kenya: a qualitative analysis based on scarcity theory. AIDS Behav. 2018;21: 2784–2798. doi:10.1007/s10461-017-1676-y.Economic
28. Centro dos Direitos Humanos - Faculdade de Direito. Relatório Inicial de Avaliação do Ambiente Jurídico em Moçambique. 2020.
29. Fundo Global. Avaliação de Referência – Moçambique Expansão dos programas para remover as barreiras relacionadas com os direitos humanos nos serviços de HIV e TB. 2018.
30. UNICEF. UNICEF Annual Report 2015: Mozambique [Internet]. 2015. Available: [https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Yemen\\_2015\\_COAR.pdf](https://www.unicef.org/about/annualreport/files/Yemen_2015_COAR.pdf)
31. The Global Fund. Baseline Assessment-Mozambique - Scaling up Programs to Reduce Human Rights-Related Barriers to HIV and TB Services. 2018.
32. UNAIDS. Fast-Track and human rights: Advancing human rights in efforts to accelerate the response to HIV [Internet]. 2017. Available: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2895\\_Fast-Track\\_and\\_human\\_rights\\_Print.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2895_Fast-Track_and_human_rights_Print.pdf)
33. UNAIDS. The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA) [Internet]. 2015. Available: [https://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299\\_policy\\_brief\\_gipa.pdf](https://data.unaids.org/pub/briefingnote/2007/jc1299_policy_brief_gipa.pdf)
34. WHO. CONSOLIDATED STRATEGIC INFORMATION FOR HIV IN THE HEALTH SECTOR [Internet]. 2015. Available: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf?sequence=1)
35. MISAU. SARA 2018 - Inventário Nacional. Maputo; 2020.
36. UNAIDS. Prevailing Against Pandemics. 2020.
37. UNAIDS. HIV prevention 2020 road map [Internet]. 2017. Available: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/hiv-prevention-2020-road-map\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf)
38. MISAU. Plano Estratégico do Sector da Saúde 2014 - 2019. 2015.

39. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2016-2025. 2016.
40. MISAU. Plano Estratégico da Logística Farmacêutica. 2014.
41. MISAU. DIRECTRIZ NACIONAL DE MELHORIA DE QUALIDADE DOS CUIDADOS E TRATAMENTO PARA HIV E SIDA. 2015.
42. Instituto Nacional de Gestão de Calamidades. Plano director para a redução do risco de desastres 2017-2030. 2017.
43. CNCS. Modes of HIV Transmission , Mozambique 2018. 2020.
44. UNAIDS and Inter-Agency Standing Committee. Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings (2010 revision) [Internet]. 2010. Available: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc1767\\_iasc\\_doc\\_en\\_3.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_3.pdf)
45. Fundo Monetário Internacional. Perspectiva Económica Mundial – Moçambique, Outubro de 2020. [Internet]. 2020 [cited 10 Oct 2020]. Available: [https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP\\_RPCH@WEO/MOZ?zoom=MOZ&highlight=MOZ](https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/MOZ?zoom=MOZ&highlight=MOZ)
46. Ministério da Economia e Finanças. Carta No 153/GM/MEF/2020: Alocação financeira do Fundo Global para o País no período 2021 – 2023. 2020.
47. PEPFAR. Mozambique Country Operational Plan COP 2020 Strategic Direction Summary [Internet]. 2020. Available: <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/07/COP-2020-Mozambique-SDS-FINAL.pdf>
48. UNAIDS. UNAIDS TERMINOLOGY GUIDELINES. 2015.
49. MISAU. Relatório da revisão do sector de saúde. 2012.
50. Schwartländer B, Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. *Lancet*. 2011;377: 2031–2041. doi:10.1016/S0140-6736(11)60702-2
51. Posse M. Custos Unitários: Intervenções não - biomédicas de Prevenção do HIV, Resultados Parcelares. 2020.
52. Bank W. Costs of Scaling HIV Program Activities to a National Level in Sub-Saharan Africa : Methods and Estimates ACT africa. 2001;
53. Leibowitz AA, Harawa N, Sylla M, Hallstrom CC, Kerndt PR. Condom distribution in jail to prevent HIV infection. *AIDS Behav*. 2013;17: 2695–2702. doi:10.1007/s10461-012-0190-5
54. Haacker M, Fraser-Hurt N, Gorgens M. Effectiveness of and Financial Returns to Voluntary Medical Male Circumcision for HIV Prevention in South Africa: An Incremental Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS Med*. 2016;13: 1–19. doi:10.1371/journal.pmed.1002012
55. Meyer-Rath G, van Rensburg C, Chiu C, Leuner R, Jamieson L, Cohen S. The per-patient costs of HIV services in South Africa: Systematic review and application in the South African HIV Investment Case. *PLoS One*. 2019;14: 1–15. doi:10.1371/journal.pone.0210497
56. Dent AJ, Kripke K, Hawry T, Gaspar N, Cuoto A, Chicucue N, et al. Modeling the Impact and Cost-Effectiveness of Oral Pre-Exposure Prophylaxis ( PrEP ) in Mozambique Methods ( continued ) Results ( continued ) Results ( continued ) Results. 2018; 2018.

57. Bautista-Arredondo S, Sosa-Rubi SG, Opuni M, Contreras-Loya D, Kwan A, Chaumont C, et al. Costs along the service cascades for HIV testing and counselling and prevention of mother-to-child transmission. *Aids*. 2016;30: 2495–2504. doi:10.1097/QAD.0000000000001208
58. Prescott TL, Phillips G, DuBois LZ, Bull SS, Mustanski B, Ybarra ML. Reaching adolescent gay, bisexual, and queer men online: Development and refinement of a national recruitment strategy. *J Med Internet Res*. 2016;18: 1–13. doi:10.2196/jmir.5602
59. Patel AR, Kessler J, Braithwaite RS, Nucifora KA, Thirumurthy H, Zhou Q, et al. Economic evaluation of mobile phone text message interventions to improve adherence to HIV therapy in Kenya. *Med (United States)*. 2017;96: 1–9. doi:10.1097/MD.0000000000006078
60. UNAIDS. UNAIDS Country Overview - Mozambique [Internet]. 2019 [cited 22 Oct 2020]. Available: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique>
61. WHO. The Paradigm Shift: Global Plan To End Tb:2018-2022. *Stop TB*. 2019; 1–180. Available: [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPR\\_2018-2022\\_Digital.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPR_2018-2022_Digital.pdf)
62. Terris-Prestholt F, Kumaranayake L, Ginwalla R, Ayles H, Kayawe I, Hillery M, et al. Integrating tuberculosis and HIV services for people living with HIV: Costs of the Zambian ProTEST Initiative. *Cost Eff Resour Alloc*. 2008;6: 1–13. doi:10.1186/1478-7547-6-2
63. Vassall A. Benefits and costs of the Tuberculosis Targets for the Post-2015 Development Agenda. 2014; Available: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
64. Vassall A. The Costs and Cost-effectiveness. 2009; 129.
65. Hecht R, Hiebert L, Spearman WC, Sonderup MW, Guthrie T, Hallett TB, et al. The investment case for hepatitis B and C in South Africa: Adaptation and innovation in policy analysis for disease program scale-up. *Health Policy Plan*. 2018;33: 528–538. doi:10.1093/heapol/czy018
66. Marston L, Kelly GC, Hale E, Clements AC, Hodge A, Jimenez-Soto E. Cost analysis of the development and implementation of a spatial decision support system for malaria elimination in Solomon Islands. *Malar J*. 2014;13: 1–9. doi:10.1186/1475-2875-13-325







