



REPÚBLICA de MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO da SAÚDE



Roteiro Rumo à Eliminação do Cancro do Cancro do Colo do Útero em Moçambique



2023-2030

Ficha Técnica:

Título: Roteiro Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique: 2023-2030

Ministério da Saúde:

Av. Eduardo Mondlane/Salvador Allende, Maputo: www.misau.gov.mz

Ministro da Saúde de Moçambique: S. Excia. **Prof. Doutor Armindo Daniel Tiago** Vice-

Ministro da Saúde de Moçambique: S. Excia. Prof. Doutor Ilesh Vinodrai Jani

Director Nacional de Saúde Pública: Dr. Quinhas Fernandes

Directora Nacional Adjunta: Dra Maria Benigna Matsinhe da Maia

PARCEIROS E INSTITUIÇÕES COLABORADORAS:

PARCEIROS:

- The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)
- Center for Disease Control and Prevention (CDC)
- United States Agency for International Development (USAID)
- Organização Mundial da Saúde (OMS)

INSTITUIÇÕES/ORGANIZAÇÕES:

M.D. Anderson, Jhpiego, CCS, EGPAF, ICAP, FGH, ARIEL, ECHOMoz

Versão Revista em Fevereiro de 2025

Autores	Colaboradores
Sheila Uamba Tualufo	Marilena Urso
Celina Mate	Páscoa Zualo Wate
Celeste Amado	Susana Magaia
Januário Timaquela	Odete António
Cesaltina Lorenzoni	Salomé Baptista
Verónica Reis	Eudóxia Filipe
Maria da Luz Velho Vaz	Gisela Azambuja
Ernestina David	Carlos Massavanhane Junior
Carlos Amade	Cesarino Jaime Tivane
Yara Cumbi	Clésio Romão Henrique
Rosita Paulo	Raquel Mahoque
Jessica Cowan	Maria Iolanda Litsur
Della Mercedes	Carla Nhassengo
Zurnaid Bay	Lisete Mualeia Chume
Argentina Wate	Graciete Sinela
Hermínio Nhaguiombe	Neusa Alaudino
Pinto Manhiça	Odete António
Maria de Deus	Revisão Técnica e Gráfica
Maira Marra	Grupo Técnico do CACUM
Aventura Cardoso	MD Anderson
Ricardina Rangeiro	Maria da Luz Velho Vaz
Dércia Changule	
Muanda Pinho	
Eunice Mondlane	
Isabel Guilamba	
Jorge Sixpencer	
Janete Guibunda	
Benedita Bié	
Virgínia Saldanha	
Manuel Fernando Cotiro	
Celeste Sebastião	
Maria Grazia Lain	
Leilo Albano	
Elia Ferreira	
Alexandre A. Uaeca	
Magdalena Bravo	
Matilde Júlio	



Prefácio:

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o Cancro do Colo do Útero (CCU) representa, a Nível Global, o quarto cancro mais comum nas mulheres, estimando-se cerca de 604.127 novos casos e 341.831 mortes apenas em 2020, ou seja, em 2020 no mundo, a cada 2 minutos uma mulher perdeu a vida por causa de um CCU.

Estimativas de 2020, mostram que cerca de 20% dos novos casos e 22% das mortes por CCU ocorreram no Continente Africano, com Taxas de Incidência e Mortalidade de respetivamente, 26 e 18 por 100.000 Mulheres, representando 117.000 novos casos e 77.000 mortes. Para agravar esta situação, a alta incidência e feminização do HIV/SIDA em África, aumentam sobremaneira o risco para a mulher africana.

Moçambique está incluído nos 10 Países do Mundo com as taxas mais altas, de Novos Casos e de Mortes de Mulheres por CCU. Segundo o GLOBOCAN para 2020, o CCU foi o mais comum entre as mulheres moçambicanas com ≥ 25 Anos, representando 40,4% do total de novos casos e 39% do total das mortes por todos os tipos cancros. Neste grupo de mulheres estima-se que só em 2020 ocorreram 5.325 novos casos, 3.850 óbitos e um total de 8.216 casos ativos de CCU (cumulativos de 5 anos: 2016-2020).

Felizmente, esta situação pode ser radicalmente mudada, pois de todos os cancros conhecidos, este é o único que pode ser prevenido se for precocemente diagnosticado e tratado nas fases de pré-cancro. Em 2020 a OMS lançou a “Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do CCU como Problema de Saúde pública”, que estabelece que todos os países devem atingir o marco de “4 novos casos de CCU por 100.000 Mulheres” de forma que a eliminação seja possível. Como parte dos 194 países que endossaram estes esforços, Moçambique tem a responsabilidade de garantir a operacionalização do seu compromisso e contribuir para eliminar o Cancro do Colo do Útero no mundo.

Moçambique iniciou em 2009 o Programa Nacional de Prevenção e Controle do Cancro do Colo do Útero e da Mama, e em 2021, introduziu a vacina contra o HPV nas meninas de 9 anos. No entanto, o caminho a percorrer até à eliminação do CCU ainda é longo. O Governo está seriamente comprometido em assegurar a operacionalização efetiva do seu compromisso. Este Roteiro Nacional representa uma etapa importante na longa jornada que se tem pela frente. Tem-se plena consciência dos desafios, mas existe a determinação necessária para os superar e, em conjunto com os Parceiros de Desenvolvimento, acreditamos que estamos no caminho certo para que um dia Moçambique se possa orgulhar e celebrar a eliminação de uma doença que tem ceifado vidas de mulheres moçambicanas... nossas mães, irmãs, esposas e filhas.

O nosso maior valor é a VIDA!

O Ministro da Saúde



Prof. Doutor Armindo Daniel Tiago

Agradecimentos:

O Ministério da Saúde expressa o seu profundo agradecimento a todos os Parceiros e Organizações que assumiram o compromisso de apoiar o Governo de Moçambique, e que através da sua assistência técnica e suporte financeiro a esta instituição, têm tornado possível, desde 2009, a introdução e implementação a nível nacional de serviços de saúde para o rastreio e tratamento de lesões precursoras do CCU e para o rastreio do Cancro da Mama.

O desenvolvimento deste Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do CCU em Moçambique, representa um marco importante para o nosso País, e expressa o culminar de todos os esforços, que conjuntamente temos empreendido, para reduzir o fardo do CCU em Moçambique. Assim, ao PEPFAR, CDC, USAID, OMS, MD Anderson, Jhpiego, CCS, EGPAF, ICAP, FGH, ARIEL, ... e a todos os outros parceiros, que de alguma forma, contribuíram para o desenvolvimento deste Roteiro Nacional, o nosso

Muito Obrigado!

"Através de intervenções baseadas em evidências e com uma boa relação custo-benefício, incluindo a vacinação de meninas contra o vírus do papiloma humano, rastreio e tratamento de lesões pré-cancerosas e melhoria do acesso ao diagnóstico e tratamento de câncros invasivos, podemos eliminar o Câncer do Colo do Útero como um Problema de Saúde Pública, e torná-lo uma doença do passado."

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus

Diretor-Geral

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ÍNDICE:

	Pág.
Ficha Técnica	03
Prefácio	07
Agradecimentos	09
Lista de Figuras, Tabelas, Gráficos e Infográficos	13
Abreviaturas e Acrónimos	15
Sumário Executivo	17
Cap. I. Cancro do Colo do Útero: Contexto a Nível Global	22
Cap. II. Moçambique: Perfil Demográfico, Social e de Saúde	25
Cap. III. Moçambique: Sistema Nacional de Saúde	27
Cap. IV. Cancro do Colo do Útero: Contexto a Nível Nacional	29
4.1: Dimensão do Cancro do Colo do Útero em Moçambique:	29
4.2: Prevenção e Controlo do CCU em Moçambique:	30
4.2.1: Estabelecimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama - CACUM:	30
4.2.2: Análise da Situação Atual e Principais Resultados da Componente de Prevenção e Controlo do CCU:	32
4.3: Prevenção e Controlo do CCU em Moçambique: Principais Desafios e Oportunidades	39
4.4: Porquê um Roteiro Nacional para a Eliminação do CCU em Moçambique?	39
Cap. V. Roteiro Nacional para a Eliminação do CCU em Moçambique:	41
5.1: Inserção nas Principais Políticas, Estratégias e Planos Nacionais do MISAU e do Governo	41
5.2: Níveis, Abordagens e Principais Componentes para a Prevenção Primária e Secundária do CCU	42
5.3: Quadro de Resultados:	43
5.3.1: Visão, Direção Estratégica Global, Finalidade e Pilares Estratégicos	43
5.3.2: Áreas de Intervenção e Resultados Esperados por Pilar Estratégico	44
5.4: Principais Ações Estratégicas por Resultado Esperado:	46
Pilar Estratégico N° 1: Ambiente Nacional de Políticas, Estratégias e Recursos Favorável à Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional.	46
Pilar Estratégico N° 2: Envolvimento e Participação Ativa da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e Intervenientes-Chave na Implementação do Roteiro Nacional.	47
Pilar Estratégico N° 3: Prestação de Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero – com foco na Qualidade e Cobertura das Intervenções.	48
Pilar Estratégico N° 4: Fortalecimento do Sistema de Informação, Monitoria, Avaliação e Geração de Evidências, como plataformas para assegurar um Processo Informado e Atempado de Tomada de Decisões.	49

Pilar Estratégico N° 5: Adequação das Infraestruturas e Garantia da Disponibilidade consistente de Bens e Produtos para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência de Qualidade.	50
5.5: Operacionalização do Roteiro Nacional: Aspectos-Chave	51
5.6: Processo para Monitoria e Avaliação do Roteiro Nacional:	52
5.6.1: <i>Processo Geral e Mecanismos para Monitoria e Avaliação do Roteiro:</i>	52
5.6.2: <i>Indicadores-Chave e Metas: 2025-2030</i>	53
Cap. VI. Custos para a Implementação do Roteiro Nacional:	60
6.1: Processo de Custeamento do Roteiro	60
6.2: Custos por Pilar Estratégico, Rubricas Orçamentais e Níveis de Gestão/Implementação	61
6.3: Mobilização de Recursos	64
Referências/Bibliografia Consultada:	65

Lista de Figuras, Tabelas, Gráficos e Infográficos

Lista de Figuras:

Pág.

Figura N°1:	Estimativa das Taxas de Incidência e Mortalidade do Cancro do Colo do Útero a Nível Global em 2020. GloboCan, 2022	22
Figura N°2:	Estimativa do N° Total de Casos de CCU por 100.000 Mulheres ≥ 25 Anos: 2020. GloboCan, 2022	22
Figura N°3:	Estimativa do N° de Mortes por CCU em 2040: comparação com a Estimativa de 2020. GloboCan, 2022	22
Figura N°4:	Intervenções-Chave Recomendadas para a Prevenção, Tratamento e Controlo do CCU que devem ser prestadas ao longo do Ciclo da Vida	24
Figura N°5:	Impacto da Vacinação contra o HPV e do Rastreio na Eliminação do CCU: uma análise de modelagem comparativa em 78 Países de baixa e média renda	24
Figura N°6:	Moçambique: Localização Geográfica e Divisão Administrativa	25
Figura N°7:	Moçambique: Pirâmide Etária: 2022	25
Figura N°8:	Níveis, abordagens e componentes Iniciais para a Prevenção Primária e Secundária do CANCRO do COLO do ÚTERO em Moçambique: 2020-2021	32
Figura N°9:	Níveis, abordagens e componentes Iniciais para a Prevenção Primária e Secundária do CANCRO do COLO do ÚTERO em Moçambique: 2023-2030	42

Lista de Tabelas:

Lista de Tabelas do Sumário Executivo

Tabela SE01:	Principais Intervenções Técnicas a serem implementadas de 2023 a 2030	18
Tabela SE02:	PREVENÇÃO PRIMÁRIA do CaCU - Vacinação contra o HPV	18
Tabela SE03:	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA do CaCU - RASTREIO do CaCU com Teste de DNA-HPV	19
Tabela SE04:	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA do CaCU - RASTREIO de LESÕES PRECURSORAS do CaCU com VIA	19
Tabela SE05:	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA - TRATAMENTO ABLATIVO e EXCISIONAL das LESÕES PRECURSORAS do CaCU	20
Tabela SE06:	Estimativa do Orçamento necessário Por Linhas Orçamentais de 2025 a 2030	21

Lista de Tabelas do Corpo do Documento

Tabela N°1:	MOÇAMBIQUE - Níveis e Tendências de Indicadores de Saúde selecionados	26
Tabela N°2:	MOÇAMBIQUE – Rede de Unidades Sanitárias em 2022 (Fonte: MISAU – DPC)	27
Tabela N°3:	MOÇAMBIQUE - Resumo das Estatísticas do Cancro – todas as Idades -: GloboCan 2022 – Dados de 2020	29
Tabela N°4:	Comparação das Estatísticas Básicas do Cancro do Colo do Útero em Moçambique com as várias Regiões do Mundo (GloboCan 2022 – Dados de 2020)	29
Tabela N°5:	Total de Profissionais de Saúde de Categorias Seleccionadas e N° Total que foi Capacitado no âmbito do Programa de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU (MISAU/SPS, Junho 2022)	34
Tabela N°6:	N° de Profissionais de Saúde de Categorias Seleccionadas Capacitado em Áreas Técnicas no âmbito do Programa de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU (MISAU/SPS, Junho 2022)	34
Tabela N°7:	Vacinação contra HPV (MISAU, SIS-MA: Novembro 2021 a Junho 2022)	34
Tabela N°8:	RESUMO: Dados e Indicadores-Chave da Prevenção Secundária do CCU - Níveis e Tendências. (MISAU: Módulo Básico e SIS-MA: 2012-2021)	37
Tabela N°9:	RESUMO: Dados e Indicadores-Chave da Prevenção Secundária do CCU – Serviços de Referência – Patologia Cervical. (MISAU: SIS-MA: Outubro de 2021 a Junho de 2022)	38

Tabela Nº 10:	Principais Ações Estratégicas recomendadas pela OMS para a Implementação de uma Estratégia Nacional Rumo à Eliminação do CCU	40
Tabela Nº 11.1:	Indicadores-Chave e Metas Anuais: Prevenção Primária do CaCU – Vacinação contra o HPV	55
Tabela Nº 11.2:	Indicadores-Chave e Metas Anuais: Prevenção Secundária do CaCU – Rastreio com Teste de DNA-HPV	56
Tabela Nº 11.3:	Indicadores-Chave e Metas Anuais: Prevenção Secundária do CaCU – Percentagem Anual e Cobertura de Mulheres Rastreadas com VIA	57
Tabela Nº 11.4:	Indicadores-Chave e Metas Anuais: Prevenção Secundária do CaCU – Estimativas do Nº e Percentagens Anuais de Mulheres Tratadas com Tratamento Ablativo e Excisional com BASE nos Dados de 2024	58
Tabela Nº 12:	RESUMO: Expansão dos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU: Metas Anuais: 2021/2022 - 2030	59
Tabela Nº 13:	Custos Anuais do Roteiro Nacional por Pilar Estratégico: 2025-2030	61
Tabela Nº 14.1:	Custos Anuais do Roteiro Nacional por Rubricas Orçamentais e Níveis de Gestão/Implementação: 2025-2028	62
Tabela Nº 14.2:	Custos Anuais do Roteiro Nacional por Rubricas Orçamentais e Níveis de Gestão/Implementação: 2029-2030 e Total 2025-2030	63

Lista de Gráficos:

Gráfico Nº1:	MOÇAMBIQUE: Evolução do Efetivo de Recursos Humanos para a Saúde: 2019-2020	27
Gráfico Nº2:	MOÇAMBIQUE: Estimativa do Número de Novos Casos e Mortes por CCU em 2040	30
Gráfico Nº3:	Cascata das Unidades Sanitárias que Prestam Serviços Básicos de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU, por tipo de Serviço Prestado. MISAU/SPS, Junho 2022	33
Gráfico Nº4:	Cascata das Unidades Sanitárias que Prestam Serviços de Referência para Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU. MISAU/SPS, Junho 2022	33
Gráfico Nº5:	Percentagem de US que dispõem dos Elementos Indicativos para Prestar Serviços Básicos de Prevenção e Controlo do CCU: País = 721 US (MISAU/SARA, 2018)	36
Gráfico Nº6:	Percentagem de US que dispõem dos Elementos Indicativos para Prestar Serviços Básicos de Prevenção e Controlo do CCU por Província (MISAU/SARA, 2018)	36

Lista de Infográficos:

Infográfico SE01	RESUMO: Quadro de Resultados do Roteiro Nacional	17
Infográfico Nº1:	Pilares para o Reforço dos Sistemas de Saúde (OMS, 2010)	39
Infográfico Nº2:	Inserção da Estratégia Nacional Rumo à Eliminação do CCU no Quadro das Políticas, Estratégias e Planos Nacionais do MISAU e do Governo	41
Infográfico Nº3:	Intervenções/Ações Chave do Plano Nacional de Controlo do Cancro: 2019-2029	41
Infográfico Nº4:	Pilares e Prioridades do Plano Estratégico do Sector da Saúde: 2020-2024	42
Infográfico Nº5:	RESUMO: Operacionalização da Estratégia Nacional: 2022-2030	51
Infográfico Nº6:	Etapas para a Monitoria e Avaliação da Estratégia Nacional: 2022-2030	53
Infográfico Nº7:	Etapas do Processo de Custeamento do Roteiro Nacional	60
Infográfico Nº8:	Etapas a serem seguidas para o desenvolvimento e implementação do Plano de Mobilização de Recursos	64

ABREVIATURAS e ACRÓNIMOS:

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMM	Associação Médica de Moçambique
AMOG	Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas
APARMO	Associação das Parteiras de Moçambique
APE	Agente Polivalente Elementar
B&P	Bens e Produtos
B&PM	Bens e Produtos Médicos
CACUM	Programa Nacional de Prevenção e Controle do Cancro do Colo do Útero e da Mama
CaMama	Cancro da Mama
CCC	Comité de Coordenação Conjunta
CCU	Cancro do Colo do Útero
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
COMSA	Sistema de Vigilância de Eventos Vitais
CS	Centro de Saúde
DepPCD	Departamento de Prevenção e Controle de Doenças
DepSF	Departamento de Saúde Familiar
DepSMC	Departamento de Saúde da Mulher e Criança
DHS/IDS	Inquérito Demográficos e de Saúde (Demographic and Health Survey)
DNAF	Direção Nacional de Administração e Finanças
DNAM	Direção Nacional de Assistência Médica
DNF	Direção Nacional de Farmácia
DNFPS	Direção Nacional de Profissionais de Saúde
DNRH	Direção Nacional de Recursos Humanos
DNPS	Direção Nacional de Saúde Pública
DoD	Departamento de Defesa dos Estados Unidos (United States Department of Defense)
DPC	Direção de Planificação e Cooperação
DPS	Direção Provincial de Saúde
ESMI	Enfermeira de Saúde Materna e Infantil
GoV	Governo
GT	Grupo Técnico
GTC	Grupo Técnico de Coordenação
HD	Hospital Distrital
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Provincial
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HR	Hospital Rural
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IEC&GD	Informação, Educação, Comunicação e Geração de Demanda
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Malária e SIDA

INE	<i>Instituto Nacional de Estatística</i>
KIT	<i>Carga-Tipo</i>
LEEP	<i>Loop Electrosurgical Excision Procedure OU Procedimento de Excisão Electrocirúrgica com Ansa Diatérmica</i>
MCHIP	<i>Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil da USAID</i>
MCSP	<i>Programa de Sobrevivência Materna e Infantil da USAID</i>
MICS	<i>Multiple Indicator Cluster Surveys</i>
MISAU	<i>Ministério da Saúde</i>
OGE	<i>Orçamento Geral do Estado</i>
OMS	<i>Organização Mundial da Saúde</i>
PAV	<i>Programa Alargado de Vacinação</i>
PBMRs	<i>Países de Baixa e Média Renda</i>
PEPFAR	<i>Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (United States President's Emergency Plan for AIDS Relief)</i>
PES	<i>Plano Económico e Social</i>
PESOE	<i>Plano Económico, Social e de Orçamentação do Estado</i>
PESOD	<i>Plano Económico, Social e de Orçamentação do Distrito</i>
PESOP	<i>Plano Económico, Social e de Orçamentação da Província</i>
PESS	<i>Plano Estratégico do Sector da Saúde</i>
PNDNT	<i>Plano Estratégico Nacional para as Doenças Não Transmissíveis</i>
PrS	<i>Profissionais de Saúde</i>
PTs	<i>Parteiras Tradicionais</i>
RBSS	<i>Reunião Bianual do Sector da Saúde</i>
RepDCDCa	<i>Repartição de Doenças Cardiovasculares, Diabetes e Cancro</i>
RepSSR	<i>Repartição de Saúde Sexual e Reprodutiva</i>
RHS	<i>Recursos Humanos para a Saúde</i>
SARA	<i>Health Services Availability and Readiness</i>
SDSMAS	<i>Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social</i>
SE	<i>Sumário Executivo</i>
SIS	<i>Sistema de informação para Saúde</i>
SIS-MA	<i>Sistema de Informação para a Saúde, Monitoria e Avaliação</i>
SISTAF	<i>Sistema de Administração Financeira do Estado</i>
SMI	<i>Saúde Materna e Infantil</i>
SNS	<i>Serviço Nacional de Saúde</i>
SPO	<i>Subsistema de Planificação e Orçamentação do Governo</i>
SPS	<i>Serviços Provinciais de Saúde</i>
SR-PF/SMNIA+N	<i>Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Neonatal, Infantil, Adolescentes e Nutrição</i>
SWAp	<i>Sector Wide Approach</i>
UNFPA	<i>Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da População</i>
US	<i>Unidade Sanitária</i>
USAID	<i>US Agency for International Development</i>
VIA	<i>Visualização do Colo do Útero com Ácido Acético</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Sumário Executivo:

O CCU é o quarto cancro mais frequente na mulher a nível global, com uma Taxa de Incidência de 25,3 e uma Taxa de Mortalidade de 13,9 por 100.000 mulheres ≥ 25 Anos, representando respetivamente um número estimado de 604.127 novos casos e 341.831 mortes apenas em 2020. O HPV é a causa principal de pelo menos 98% dos CCU. No entanto, considerando a via de transmissão e a história natural do HPV, as evidências indicam que as mulheres que vivem com HIV são 6 vezes mais propensas a desenvolver CCU em comparação com as mulheres sem HIV, mostrando que cerca de 5% dos casos do CCU estão diretamente relacionados com o HIV, os quais recaem desproporcionalmente nas mulheres mais jovens. Porém, este é um dos raros cancros que pode ser prevenido se diagnosticado precocemente e tratado nas suas fases de pré cancro. Assim, em Maio de 2018 a OMS lançou um “Apelo para a Ação” visando a Eliminação do CCU a Nível Global como um problema de Saúde Pública, definindo a meta de ≤ 4 Novos Casos por 100.000 mulheres para todos os países, de forma que a sua eliminação seja alcançada.

Com Taxas de Incidência e Mortalidade Padrão Específicas Ajustada à Idade por 100.000 Mulheres ≥ 25 anos estimadas em 93,2 e 72,5 respetivamente, Moçambique faz parte dos 10 Países do Mundo com as estimativas mais altas para o CCU, representando um fardo para o país que chega a ser maior do que a média dos países de baixa renda de relativamente 45,3 e 33,3 (GloboCan 2020). De acordo como GLOBOCAN, em 2020 o CCU foi o cancro mais comum que afetou as mulheres moçambicanas com ≥ 25 Anos, representando 40,4% do total de novos casos e 39% do total das mortes por todas as causas de cancro neste grupo de mulheres, estimando-se que em só 2020 ocorreram cerca de 5.325 novos casos, 3.850 óbitos e um total de 8.216 casos ativos deste tipo de cancro (cumulativos de 5 anos: 2016-2020). Mantendo-se os esforços atuais de resposta à situação do CCU, em 2040 o N° de Novos Casos e de Mortes em Mulheres irá aumentar em Moçambique em cerca de 95,1% (10.388 novos casos) e 95,6% (7.532 mortes). Como resposta, Moçambique desenvolve este Roteiro Nacional com o propósito de rever, reforçar e atualizar as intervenções que têm vindo a ser implementadas desde 2010 para a prevenção do CCU, de forma a colocar o país no rumo certo para a Eliminação do CCU. O infográfico a seguir apresenta um sumário do “quadro de resultados” do Roteiro Nacional, o qual está alicerçado nas Diretrizes Globais da OMS.

Infográfico SE01: RESUMO do QUADRO de RESULTADOS do ROTEIRO NACIONAL

ROTEIRO RUMO à ELIMINAÇÃO do CANCRO do COLO do ÚTERO em MOÇAMBIQUE

VISÃO

O Cancro do Colo do Útero Eliminado como um Problema de Saúde Pública em Moçambique

(Menos de 4 Novos Casos de CCU em 100.000 Mulheres por Ano)

Direcção Estratégica Global 1

PREVENÇÃO PRIMÁRIA CANCRO do COLO do ÚTERO

Até 2030 atingir a Meta: **90%** de Meninas até aos 15 Anos completamente Vacinadas contra o HPV

Direcção Estratégica Global 2

RASTREIO das LESÕES PRECURSORAS CANCRO do COLO do ÚTERO

Até 2030 atingir a Meta: **70%** de Rastreio de Mulheres com um Teste de Alto Desempenho aos 35 anos de Idade e novamente aos 45 anos de Idade

Direcção Estratégica Global - 3

TRATAMENTO das LESÕES PRECURSORAS CANCRO do COLO do ÚTERO

Até 2030 atingir a Meta: **90%** das Mulheres identificadas com Doença Cervical recebem tratamento (90% das Mulheres com Lesões pré-cancerosas 90% das Mulheres com cancro invasivo geridas adequadamente)

Finalidade

Reduzir e Morbimortalidade pelo Cancro do Colo do Útero, garantindo o Acesso a Serviços de Qualidade para Prevenção da Infecção pelo HPV, Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero

Pilar Estratégico Nº 1:

Ambiente Nacional de Políticas Estratégicas e Recursos Favoráveis Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional

Pilar Estratégico Nº 2:

Envolvimento e Participação Activa da Comunidade Sociedade Civil Outros Sectores do Governo e Intervenientes-Chave na Implementação do Roteiro Nacional

Pilar Estratégico Nº 3:

Prestação de Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero – com foco na Qualidade e Cobertura das Intervenções

Pilar Estratégico Nº 4:

Fortalecimento do Sistema de Informação, Monitoria, Avaliação e Geração de Evidências como plataformas para assegurar um Processo Informado e Atempado de Tomada de Decisões

Pilar Estratégico Nº 5:

Adequação das Infraestruturas e Garantia da Disponibilidade consistente de Bens e Produtos para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência de Qualidade

Para cada “**Pilar Estratégico**” foram identificadas “**áreas de intervenção, principais resultados por área de intervenção, e ações estratégicas-chave por resultado**”, tendo como base os achados, discussões e decisões consensuadas após uma análise exaustiva da situação atual dos esforços, resultados atingidos, boas práticas, desafios e problemas enfrentados durante os 12 anos de implementação do Programa Nacional do CACUM. Para garantir uma implementação harmonizada do Roteiro Nacional foi desenvolvido um “**guião de apoio à operacionalização do Roteiro Nacional**” com a finalidade de:

Assegurar uma planificação e orçamentação integrada e padronizada do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero, através do alinhamento das intervenções-chave por Pilar Estratégico, a serem consertadas com as várias Direções Nacionais a Nível do MISAU (alinhamento horizontal), e das intervenções-chave a serem implementadas pelos vários Níveis de Gestão/Prestação de Serviços (alinhamento vertical), com o propósito de garantir uma implementação encadeada das Diretrizes do Roteiro de forma a alcançar os Resultados e Metas estabelecidas.

A Tabela SE01 apresenta as intervenções técnicas realizadas até início de 2022 e, as “principais intervenções técnicas” que serão implementadas de 2023 a 2030, seguindo as novas recomendações da OMS na sua 2ª Edição das Diretrizes para o Rastreio e Tratamento de Lesões Pré-Cancerosas do CCU, divulgada em Julho de 2021.

Tabela SE01: Principais Intervenções Técnicas a serem implementadas de 2023-2030	
Principais Intervenções Técnicas realizadas até 2022:	Principais Intervenções Técnicas a serem realizadas de 2023-2030:
PREVENÇÃO PRIMÁRIA:	
1. Informação, Educação e Comunicação (IEC) para a Saúde a Nível Comunitário	1. IEC a Nível Comunitário, Escolas e Locais de Trabalho visando a mudança social e individual de comportamentos; 2. Nível Institucional Vacinação das Meninas 9-14 Anos com a Vacina do HPV;
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA:	
Rastreio:	Rastreio:
1. Idade do Rastreio: todas as Mulheres (HIV+ e HIV-): 25 – 54 anos de idade;	1. Idade do Rastreio: i) Mulheres da população em geral: 25 aos 49 anos; ii) Mulheres HIV+: dos 20 aos 49 anos de idade;
2. Rastreio com VIA: para todas as mulheres da população em geral e as mulheres HIV+ dentro das idades definidos;	2. Rastreio com VIA: para todas as mulheres da população em geral e as mulheres HIV+ dentro das idades definidos;
3. Realização de Colposcopia (e biópsia se necessário) a todas as mulheres com lesões pré-cancerosas >75% do colo do útero e/ou que penetrem no canal endocervical, ou cuja JEC não é visível;	3. Rastreio com HPV (ou outro Teste de Alto Desempenho): i) Mulheres da população em geral: 1 teste de 10 em 10 anos – 1º teste aos 30 anos; ii) Mulheres HIV+: 1 teste de 5 em 5 anos – 1º teste aos 25 anos;
	4. Realização de Colposcopia (e biópsia se necessário) a todas as mulheres com lesões pré-cancerosas >75% do colo do útero e/ou que penetrem no canal endocervical, ou cuja JEC não é visível;
Tratamento:	
1. Tratamento de lesões pré-cancerosas <75% do colo do útero que não penetrem no canal cervical: tratamento com Crioterapia ou Termoablação;	
2. Tratamento de lesões pré-cancerosas >75% do colo do útero e/ou que penetrem no canal endocervical, ou cuja JEC não é visível: LEEP ou outro tratamento cirúrgico como conização;	

Nas Tabelas a seguir são apresentados os Principais Indicadores de Resultados e respetivas Metas a serem alcançadas de 2024 a 2030 (1).

Tabela SE02									
PREVENÇÃO PRIMÁRIA do CaCU - Vacinação contra o HPV									
Nº	Indicador		Metas Nacionais Anuais						
			Linha de Base	2025	2026	2026	2028	2029	2030
1	Cobertura de Meninas dos 9-14 Anos Vacinadas contra o HPV (1 Dose)	%	2024 = 57,2%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%
		Nº	1 684 045	2 795 138	2 656 276	2 623 402	2 580 882	2 541 264	2 524 378
NOTAS:		1.	Para os Denominadores foram utilizadas as Projeções do INE por Idades Simples.						
		2.	Devido ao número de vacinas disponíveis o MISAU iniciou a vacinação contra o HPV em Novembro de 2021 apenas nas meninas que completaram 9 anos. Considerando a disponibilidade prevista de vacinas a partir de 2025, anualmente serão vacinadas todas as meninas que completam 9 anos, e todas as meninas de 10 a 14 anos que não tenham sido vacinadas nos anos anteriores, visando atingir uma Cobertura Anual de 95%.						

¹ Consultar as Notas na página N° 55 sobre a revisão das Metas em relação ao documento inicial aprovado em 2023

Tabela SE03

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA do CaCU - RASTREIO do CaCU com Teste de DNA-HPV										
Nº	Indicador		Metas Nacionais Anuais							Notas:
% Anual de Mulheres Testadas com HPV em relação às Mulheres Rastreadas na Consulta de CACUM			L.B:2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
2.1.1	Com 1 Teste Mulheres HIV Positivas	%	11,0%	14,0%	17,0%	20,0%	23,0%	26,0%	29,0%	
		Nº	47 566	69 160	92 378	119 548	151 228	188 049	230 722	
	Com 2 Testes Mulheres HIV Positivas	%						6,6%	8,7%	Mulheres HIV+ que fizeram o 1 Teste respectivamente em 2024 e 2025
		Nº						47 566	69 160	
2.1.2	Com 1 Teste Mulheres HIV-	%					3,0%	8,0%	13,0%	Só Mulheres HIV-
		Nº					32 047	94 006	168 035	
2.1.3	% Anual de Mulheres HIV+ e HIV- Rastreadas com 1 Teste de DNA-HPV	%					10,6%	14,9%	19,1%	Inclui todas as Mulheres HIV+ e HIV-
		Nº					183 276	282 055	398 757	
NOTAS:		1.	O Grupo Alvo Anual são as Metas estipuladas de Mulheres rastreadas na Consulta de CACUM (Mulheres HIV+, e Mulheres HIV-)							
		2.	Para as Mulheres HIV+ de 2025 a 2030 foi adicionado 3% anual à percentagem de Mulheres HIV+ que fizeram 1 Teste de HPV em 2024							

Cobertura de Mulheres Testadas com HPV			L.B:2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Notas:
2.1.4	Com 1 Teste Mulheres HIV Positivas	%	5,0%	11,8%	20,5%	31,3%	44,4%	60,1%	78,5%	Só Mulheres HIV+
		Nº	47 566	116 726	209 104	328 652	479 880	667 930	898 652	
	Com 2 Testes Mulheres HIV Positivas	%						4,3%	10,2%	Mulheres HIV + que fizeram o 1 Teste respectivamente em 2024 e 2025
		Nº						47 566	116 726	
2.1.5	Com 1 Teste Mulheres HIV-	%					0,8%	2,9%	6,7%	Só Mulheres HIV-
		Nº					32 047	126 053	294 088	
2.1.6	Cobertura de Mulheres HIV+ e HIV- Rastreadas com 1 Teste de DNA-HPV	%					9,7%	14,7%	21,5%	Inclui todas as Mulheres HIV+ e HIV-
		Nº					511 928	793 983	1 192 740	
NOTAS:			1.	O Grupo Alvo são as Mulheres de 25 a 49 Anos (dados fornecidos pelo INE da população total de mulheres de 25 a 49 anos por idades simples)						
			2.	Para a estimativa de Mulheres HIV+ na população de Mulheres dos 25 aos 49 anos, foram utilizadas as Taxas de Prevalência do HIV nas Mulheres, por Grupos de Idade, fornecidas pelo INSIDA 2021						
			3.	Mulheres HIV Positivas: 1 Teste de HPV aos 25 e depois de 5 em 5 anos até aos 49 anos (testes seguintes aos 30, 35, 40, 45, 49 anos)						
			4.	Mulheres HIV Negativas: 1 Teste de HPV aos 30 e depois de 10 em 10 anos até aos 49 anos (testes seguintes aos 40, 49 anos)						

Tabela SE04

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA do CaCU - RASTREIO de LESÕES PRECURSORAS do CaCU com VIA									
Nº	Indicador		Metas Nacionais Anuais						
			Linha de Base	2025	2026	2026	2028	2029	2030
2.2.1	Percentagem Anual e Nº de Mulheres dos 25-49 Anos Rastreadas para Lesões Precursoras do CaCU com Teste de VIA (Visualização do Colo do Útero com Ácido Acético)	%	2024 = 25,2%	26,9%	28,7%	30,6%	32,8%	35,1%	37,6%
		Nº	1 178 716	1 296 588	1 426 246	1 568 872	1 725 761	1 898 338	2 088 172
2.2.2	Cobertura de Mulheres dos 25-49 Anos Rastreadas para Lesões Precursoras do CaCU com Teste de VIA (Visualização do Colo do Útero com Ácido Acético)	%	2024 = 25,2%	40,8%	57,0%	60,9%	65,2%	69,8%	74,8%
		Nº	1 178 716	1 967 454	2 835 065	3 118 573	3 430 432	3 773 478	4 150 828
NOTA:		1.	Anualmente existe um número de Mulheres que são HIV- e VIA- que estão cobertas com o Teste de VIA, as quais só devem repetir o Teste de VIA de 3/3 anos						

Tabela SE05

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA - TRATAMENTO ABLATIVO e EXCISIONAL das LESÕES PRECURSORAS do CaCU								
Nº	Indicador	Metas Nacionais Anuais						
		Linha de Base	2025	2026	2026	2028	2029	2030
2.3.1	% e Nº Anual de Mulheres com Lesões Precursoras do CaCU Elegíveis para Tratamento Ablativo (Crio/Termo) que receberam tratamento	%	2024 = 91,7%	92%	92%	92%	92%	92%
		Nº	107 596	118 702	130 572	143 629	157 992	173 791
2.3.2	% e Nº Anual de Mulheres com Lesões Precursoras do CaCU ≥75% do Colo do Útero para Tratamento Excisional (LEEP/Outro) que receberam tratamento	%	2024 = 90%	92%	92%	92%	92%	92%
		Nº	7 965	8 935	9 614	10 576	11 633	12 797
2.3.3	% TOTAL Anual de Mulheres com Lesões Precursoras do CaCU que receberam tratamento (ablativo ou excisional)	%	2024 = 91,6%	92,0%	91,9%	91,9%	91,9%	91,9%
		Nº	115 561	127 636	140 186	154 205	169 625	186 588

Em termos de “orçamento necessário” para a implementação do Roteiro Nacional, a Tabela SE06 a seguir apresenta as estimativas em meticais e USD, por ano e por alíneas orçamentais ^(2,3). É importante referir que cerca de 35% e 12% do orçamento total são para alocação direta respetivamente aos níveis provinciais e distritais. As linhas orçamentais Nº 1 a 5, e Nºs 8, 14, 15 e 16 são em cerca de 95% alocadas ao Nível Central considerando os processos e procedimentos para a aquisição dos itens incluídos (*linhas orçamentais Nºs 1 a 5*), e os assuntos abrangidos (*linhas orçamentais Nºs 8, 14, 15 e 16*).

² As páginas 61 a 63 apresentam as estimativas orçamentais por Pilar Estratégico, por Nível de Gestão/Implementação do Roteiro Nacional e por Ano

³ Os orçamentos foram revistos em Fevereiro de 2025 (em relação à versão inicial de 2023) para incluir apenas os anos de 2025-2030, e considerando também a conjuntura atual do apoio externo

Tabela SE06: Estimativa do Orçamento Total necessário, por Linhas Orçamentais, para o Período de 2025-2030

Items Orçamentais		GRANDE TOTAL: 2025-2030	
		Custos em MZM	Custos em USD
1	Vacinas	893 372 571 MZM	14 135 642 USD
2	Testes de HPV	1 348 805 965 MZM	21 341 867 USD
3	Equipamentos (Aparelhos de Termoablação), Materiais Médicos, Consumíveis e Manutenção para as US-Básicas	1 115 258 800 MZM	17 646 500 USD
4	Equipamentos (Aparelhos de Termoablação, Colposocpia e LEEP), Materiais Médicos, Consumíveis e Manutenção para as US-Referência	84 201 360 MZM	1 332 300 USD
5	Materiais de Escritório e Informática, incluindo consumíveis	39 264 480 MZM	621 273 USD
6	Reprodução do Roteiro, Normas, Estratégias, Cartazes, Folhetos, Etc...	2 846 788 252 MZM	45 044 118 USD
7	Materiais para Advocacia	17 788 824 MZM	281 469 USD
8	Instrumentos de Registo	77 791 318 MZM	1 230 875 USD
9	Cascata de Formação: Serviços Básicos	543 409 576 MZM	8 598 253 USD
10	Cascata de Formação: Serviços de Referência	39 911 577 MZM	631 512 USD
11	Reprodução de Materiais de Formação para a Formação de Formadores Não Orçamentados nas Formações	5 348 882 MZM	84 634 USD
12	Supervisão e Mentoria	373 101 329 MZM	5 903 502 USD
13	Encontros de Advocacia e Divulgação dos Resultados da Implementação do Roteiro	249 383 070 MZM	3 945 935 USD
14	Estudos Operacionais	9 480 000 MZM	150 000 USD
15	Consultorias	4 740 000,00 MZM	75 000,00 USD
16	Participação em Congressos fora do País (Divulgação dos Resultados/Melhores Práticas, Troca de Experiências...)	2 881 920 MZM	45 600 USD
GRANDE TOTAL		7 651 527 925 MZM	121 068 480 USD

I. O Cancro do Colo do Útero: Contexto a Nível Global:

A Nível Global, de acordo com a OMS e os dados publicados pelo GloboCan, o Cancro do Colo do Útero (CCU) é o quarto cancro mais frequente em mulheres, com uma estimativa de 604.000 novos casos em 2020, e de cerca de 342.000 mortes, 90% das quais ocorre em países de baixa e média renda. As mulheres que vivem com HIV são 6 vezes mais propensas a desenvolver CCU em comparação com as mulheres sem HIV, mostrando que cerca de 5% de todos os casos deste tipo de cancro estão diretamente relacionados com o HIV, os quais recaem desproporcionalmente nas mulheres mais jovens.

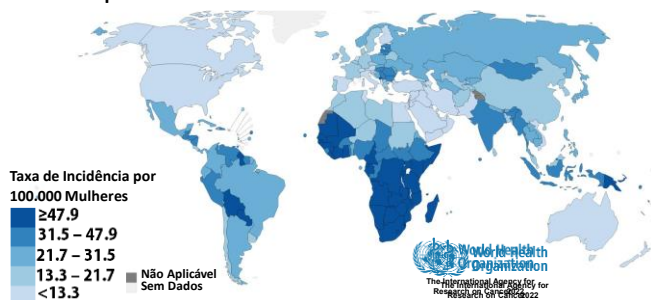
O Continente Africano apresenta cerca de um quinto do peso de incidência de doença e morte por CCU em 2020, respetivamente cerca de 117.000 novos casos e 77.000 mortes. Enquanto as taxas de incidência do CCU no norte

da África são mais baixas (variando entre 2,9/100.000 no Egito e 10,4/100.000 em Marrocos), a África Subsaariana tem as taxas mais altas do mundo, em particular países da África Oriental, Austral ou Ocidental (eSwatini, Malawi, Zâmbia, Tanzânia, Zimbábue, Lesoto, Uganda, Comores, Moçambique, Guiné, Burundi, Gâmbia, Madagáscar, Libéria), onde as taxas de incidência nas Mulheres com mais de 25 Anos excedem 40 por 100.000, variando entre 23,9/100.000 nas Maurícias a 118,3/100.000 em eSwatini. É um facto que o CCU é o cancro feminino mais comum em 20 países, e a causa mais comum de morte por cancro feminino em 21, dos 48 países da África Subsaariana. Em termos de prevalência, a distribuição global do Total Estimado de Casos de CCU em 2020, reflete o mesmo padrão e distribuição da incidência e mortalidade.

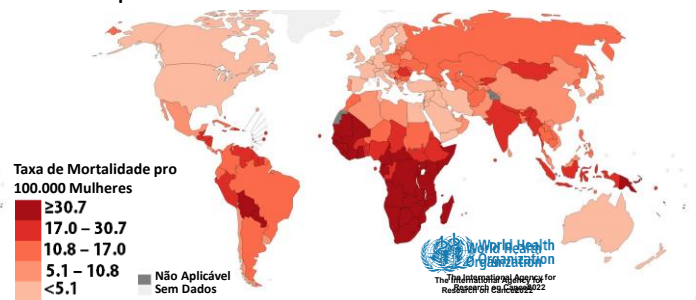
Figura Nº 1:

Estimativa das Taxas de Incidência e Mortalidade do Cancro do Colo do Útero a Nível Global em 2020

Nível Global: Cancro do Colo do Útero: Estimativa das Taxas de Incidência por Idades Padronizadas em Mulher ≥ 25 Anos: 2020



Nível Global: Cancro do Colo do Útero: Estimativa das Taxas de Mortalidade por Idades Padronizadas em Mulher ≥ 25 Anos: 2020



A principal causa do CCU é a infeção persistente por tipos de Papiloma Vírus Humano (HPV) de alto risco, uma estirpe extremamente comum de vírus que é transmitida por contato sexual. A maioria das mulheres e homens sexualmente ativos são infetados em algum momento de suas vidas, e alguns podem ser infetados repetidamente.

Mais de 90% da população infetada eventualmente elimina a

infeção, no entanto há um risco para todas as mulheres de que a Infeção por HPV possa tornar-se crónica e as lesões pré-cancerosas evoluam para um cancro cervical invasivo.

Estimativas do GloboCan (Figuras 2 e 3) mostram que se não forem tomadas ações enérgicas para mudar conjuntura atual das medidas e da cobertura de intervenções-chave para a prevenção do CCU, em termos de prevenção

Figura Nº 2:

Estimativa do Nº de Novos Casos de CCU em 2040: comparação com a Estimativa de 2020

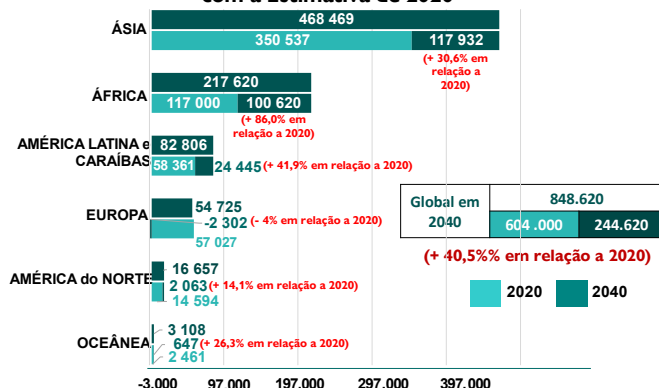
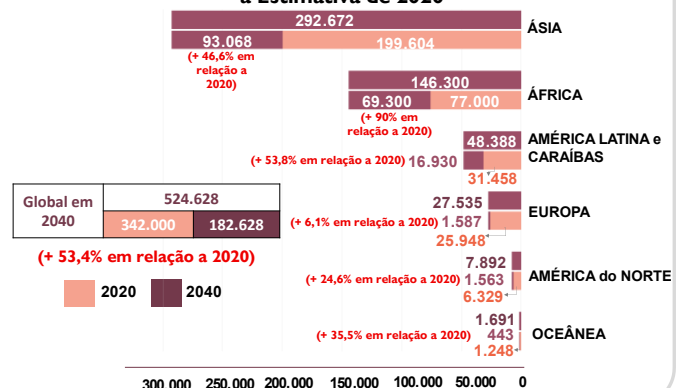


Figura Nº 3:

Estimativa do Nº de Mortes por CCU em 2040: comparação com a Estimativa de 2020



primária, secundária e terciária, o N° de Novos Casos de CCU aumentará de uma estimativa de 604.000 Novos Casos em 2020, para 848.620 Novos Casos em 2040, ou seja um aumento de cerca de 41%.

Comparativamente, este aumento do N° de Novos Casos em 2040 será maior na Região Africana, onde se estima um acréscimo de 86% em relação a 2020, observando-se um padrão semelhante em relação ao N° de Mortes por CCU em 2040 em relação a 2020, onde na Região África se estima um aumento de 90%.

Esta situação dramática pode ser perfeitamente revertida, pois existem intervenções eficazes, tanto para a Prevenção Primária - ou seja vacinas que protegem contra os tipos de HPV de alto risco, assim como para a Prevenção Secundária – ou seja Programas de Rastreamento e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU, que permitem o manejo e tratamentos adequados desta doença, o que significa que de entre todos os tipos de cancro existentes, o Cancro do Colo do Útero é um dos mais preveníveis e tratáveis. Foi, considerando estes factos, que na Assembleia Mundial da Saúde em Maio de 2018, o Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), fez um apelo global à ação para a eliminação do CCU. Como resultado, em Novembro de 2020, a OMS lançou formalmente a **Estratégia Global para**



Acelerar a Eliminação do CCU como um Problema de Saúde Pública, determinando para tal, que todos os países devem atingir e manter uma Taxa de Incidência de menos de 4 Novos Casos de CCU por 100.000 mulheres por ano.

Para atingir esse Objetivo a Estratégia Global baseia-se em 3 Pilares-Chave e estabelece metas que cada País deve

cumprir para assegurar a sua direção rumo à eliminação do CCU até ao final deste século:

- ✓ **Vacinação: 90%** das meninas totalmente vacinadas contra o HPV até os 15 anos;
- ✓ **Rastreamento: 70%** das mulheres rastreadas com um Teste de Alto Desempenho (DNA-HPV) aos 35 anos e novamente aos 45 anos;
- ✓ **Tratamento: 90%** das mulheres com lesões pré-cancerosas tratadas e, **90%** das mulheres com CCU Invasivo adequadamente seguidas.

De acordo com um modelo matemático, o alcance das metas 90-70-90 em países de baixa e média renda sugere os seguintes benefícios provisórios:

- A taxa média de incidência do CaCU deverá reduzir cerca de 10% até 2030, 70% até 2045 e mais de 90% até 2100, evitando mais de 70 milhões de novos casos de CaCU;
- O número cumulativo de mortes por CaCU evitadas será de aproximadamente 2 milhões até 2040, de 4.5 milhões até 2050, de 39 milhões até 2100 e de 62 milhões até 2120.

Fonte: Global Strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem
Draft Global Strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem
(who.int)

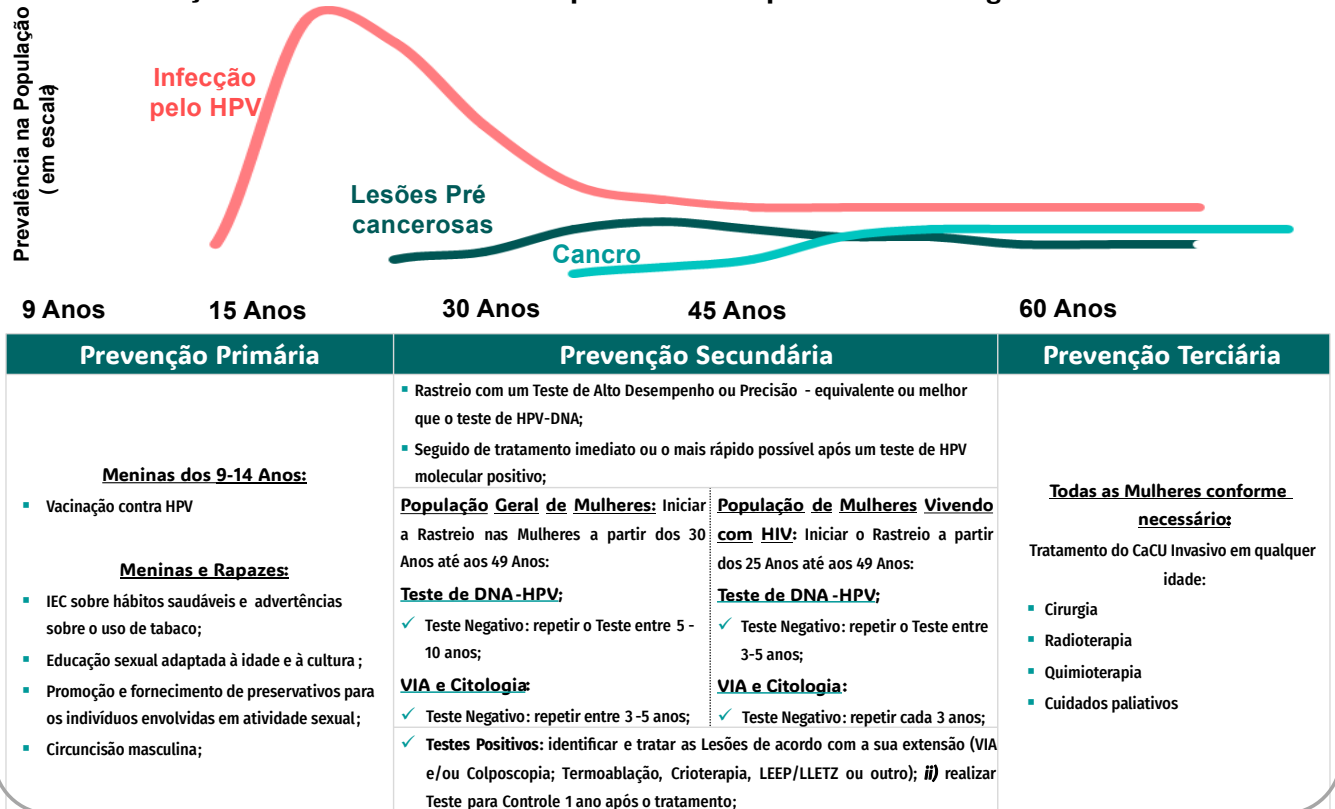
A Tabela N° 10 na página 40 apresenta as Principais Intervenções preconizadas pela Estratégia Global, em termos de abordagens políticas, estratégicas e programáticas, para assegurar um ambiente favorável para o alcance dos 3 Pilares-Chave e respetivas metas.

Para apoiar os Países a focalizarem os seus esforços em intervenções médicas/clinicas mais eficientes e eficazes, na sua jornada rumo à Eliminação do CCU, a OMS procedeu à atualização das **Diretrizes para o Rastreamento e Tratamento de Lesões Pré-Cancerosas do Colo do Útero** com a finalidade de avaliar a eficácia de vários métodos de rastreamento e tratamento, assim como de identificar as principais lições aprendidas e melhores-práticas para a implementação de um Programa Nacional efetivo. Nas **Diretrizes para o Rastreamento e Tratamento de Lesões Pré-Cancerosas do CCU**, divulgada em Julho de 2021, a OMS tem como **Recomendação-Chave: Implementar uma Abordagem abrangente para a Prevenção e Controle do CCU**.

A Figura 4 apresenta um resumo das principais intervenções recomendadas a serem prestadas ao longo do ciclo da vida.

Figura Nº4:

Intervenções-Chave Recomendadas que devem ser prestadas ao longo do Ciclo da Vida



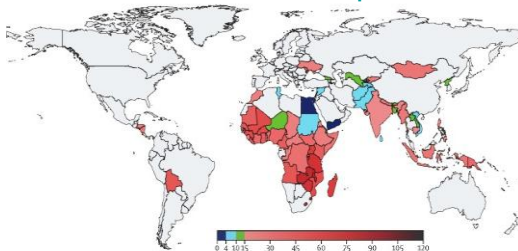
Como evidências para informar os esforços globais, foi realizada uma Modelagem Comparativa em 78 Países de baixa e média renda (PBMRs) ⁽⁴⁾ para análise dos cenários potenciais da Vacinação contra o HPV e do Rastreio do CCU, para examinar a viabilidade e o momento da eliminação em diferentes limites e estimar o número dos casos de CCU que podem ser evitados no caminho para a eliminação. As principais conclusões deste estudo referem

que: as previsões foram consistentes nos três modelos e sugerem que a alta cobertura vacinal de meninas contra o HPV pode levar à eliminação do CCU na maioria dos PBMRs até o final do século, contudo, o Rastreio em 2 alturas da vida utilizando um Teste de Alto Desempenho pode acelerar substancialmente a eliminação do CCU nos países com maior carga desta doença. A Figura 5 apresenta 3 possíveis cenários.

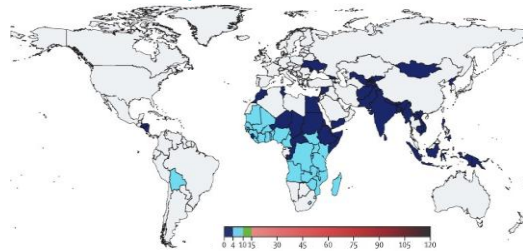
Figura Nº 5:

Impacto da Vacinação contra o HPV e do Rastreio na Eliminação do CCU: uma análise de modelagem comparativa em 78 Países de baixa e média renda

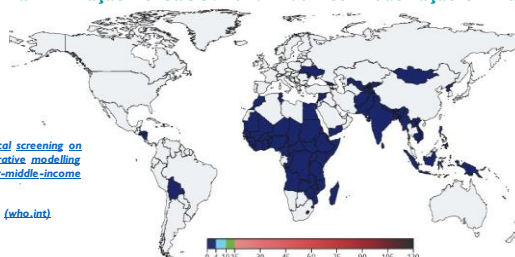
Modelo A: Evolução da Eliminação do CaCU: 2020-2100 - mantendo-se o "status quo"



Modelo B: Evolução da Eliminação do CaCU: 2020-2100 - apenas com Vacinação



Modelo C: Evolução da Eliminação do CaCU: 2020-2100 - com Vacinação e 2 Rastros durante a vida

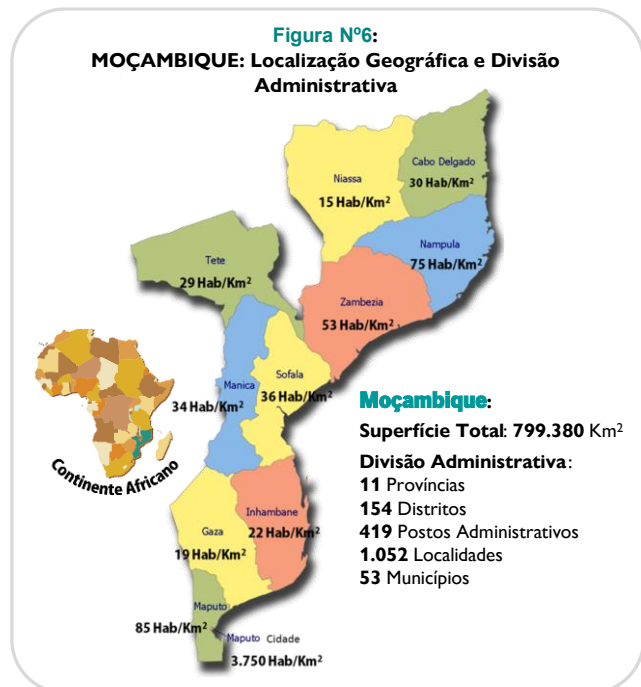


Fontes: 1) [Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries \(who.int\)](#);

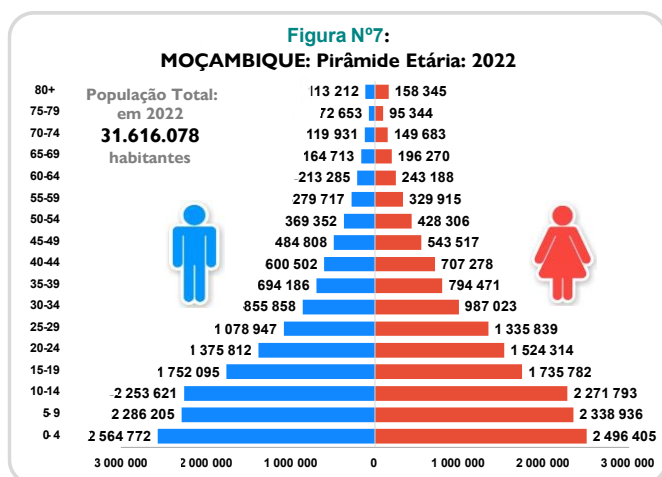
2) [Cervical Cancer: Elimination Initiative \(who.int\)](#)

II. Moçambique: Perfil Demográfico, Social e de Saúde:

De acordo com projeções do Censo 2017, em 2022, Moçambique possui uma população estimada em 31.616.078 habitantes, e para 2030 as projeções apontam para uma população de cerca de 38.700.000 habitantes, como consequência de um ritmo anual de crescimento elevado, na ordem de 2,8%.



A densidade populacional média é de 38 habitantes por Km², variando entre 3.750 habitantes por Km² na Cidade de Maputo a 15 habitantes por Km² na Província do Niassa. O processo de urbanização está a acelerar, tendo passado de 21% em 1990 para 33,4% em 2017 o total da população que vive em zonas urbanas (66,6% nas zonas rurais).



O País apresenta uma população com estrutura etária muito jovem, facto relacionado com as contínuas Taxas Elevadas de Fecundidade. (INE: 2007= 5.7; 2017= 5.2) e uma utilização ainda relativamente baixa de contracepção. As Províncias de Nampula (20,6%), Zambézia (18,5%) e Tete (9,5%) possuem cerca de 50% do total da População do País.

O Relatório 2020 sobre Desenvolvimento Humano ⁽⁵⁾, Moçambique figura em 9º lugar - dentro do grupo dos países com índice de desenvolvimento humano mais baixo (181 de 189), e também com um alto Índice de Desigualdade de Género (GII ⁽⁶⁾) de 0,569.

Em relação ao Estado de Saúde da População, os Indicadores-Chave têm registado progressos, contudo a ritmos diferentes. A Tabela Nº 1 apresenta os níveis e evolução de Indicadores de Saúde selecionados, onde se pode verificar: i) um aumento na Esperança Média de Vida ao Nascer 50.9 anos em 2007 para 53.7 anos em 2017, embora ainda menor do que a média africana (62 anos para homens e 65 anos para mulheres); ii) uma redução significativa nos Índices de Mortalidade em Crianças, particularmente para a Mortalidade Infantojuvenil e Infantil, que em 5 anos reduziu em 66% e 56% respetivamente, enquanto que fração Neonatal reduziu a um menor ritmo (30%); iii) no Rácio Geral de Mortalidade Materna verifica-se uma redução de apenas 9,6% entre o Censo de 2007 e o Censo de 2017; iv) a Taxa de Prevalência Contracetiva aumentou consideravelmente entre 2011 e 2015; a análise de uma “medida próxima da Taxa de Prevalência Contracetiva” utilizando dados do Programa Nacional de Planeamento Familiar (consumo de contraceptivos pelas utentes) mostra que a tendência aponta para um aumento relativamente grande desta Taxa, apesar de não se poder afirmar que o nível seja exatamente o mencionado na Tabela Nº1 para 2020.

Por outro lado, Moçambique apresenta uma prevalência geral de HIV estimada, em 2021/22, de 12,5% ⁽⁷⁾ da população adulta, o que corresponde a aproximadamente 2.097.000 adultos vivendo com HIV. A prevalência de HIV foi maior entre mulheres (15,0%) do que em homens (9,5%). Entre mulheres, a prevalência de HIV variou de 4,5% na faixa etária de 15-19 anos de idade a 26,6% na faixa etária de 35-39 anos de idade. Entre homens, variou de 1,6%, de 15-19 anos, a 19,6% entre adultos de 40-44 anos. A prevalência de HIV foi duas a três vezes maior entre mulheres quando comparada aos homens na faixa etária de 15 a 29 anos.

⁵ O “Índice de Desenvolvimento Humano” mede o desenvolvimento socioeconómico de um país, com foco em 4 fatores: anos médios de escolaridade, anos esperados de escolaridade, expectativa de vida ao nascer e renda nacional bruta per capita. hdr2020.undp.org/pdf/mozambique-annual-report-2020-a4-english-for-unfpa-network-0.pdf

⁶ O Índice de Desigualdade de Género avalia as desigualdades de género em 3 aspetos: saúde reprodutiva, empoderamento e atividade económica.

⁷ [INQUERITO NACIONAL SOBRE O IMPACTO DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE-2022.pdf \(icrhm.org.mz\)](https://www.unfpa.org/mz/publications/inquerito-nacional-sobre-o-impacto-do-hiv-e-sida-em-mocambique-2022.pdf)

Tabela Nº1:

MOÇAMBIQUE - Níveis e Tendências de Indicadores de Saúde seleccionados

Estado de Saúde: Indicadores Seleccionados	1993 NU	1997 DHS	2003 DHS	2007 Censo	2008 MICS	INE: Análise da Mortali- dade em Crianças	2011 DHS	2015 IMA SIDA	2017 Censo	2019 COMSA	SIS-MA 2020
Esperança Média de Vida ao Nascer	-----	-----	-----	50,9 Anos (M: 52,9; H: 48,8)	-----	-----	-----	-----	53,7 Anos (M: 56,5; H: 51)	-----	-----
Taxa de Mortalidade em < 5 Anos Nº de Mortes/1.000 Nascidos Vivos	226	201	153	147,2	141	138,4	97	-----	Não Disponível	81,7	-----
Taxa de Mortalidade em < 1 Ano Nº de Mortes/1.000 Nascidos Vivos	151	135	101	93,6	95	93,1	64	-----	67,3	53,6	-----
Taxa de Mortalidade Neonatal Nº de Mortes/1.000 Nascidos Vivos	60	54	37	37	-----	37,2	30	-----	Não Disponível	24,9	-----
Rácio Geral de Mortalidade Materna: Nº de Mortes Maternas por 100.000 NV	1.390	690	408	500	-----	-----	408	-----	452	-----	-----
Taxa de Prevalência Contraceptiva	-----	5,1%	11,7%	-----	12,2%	-----	11,3%	25,3%	-----	-----	59,3% (Medida Próxima da TPC)

Nota: COMSA: Sistema de Vigilância de Eventos Vitais

Considerando que o “parto” é um evento inesperado que pode ocorrer a qualquer hora, e assumindo que as mulheres tiveram condições de ter acesso a uma Unidade Sanitária para ter o seu parto após indicação de início de trabalho de parto, a Cobertura de Partos Institucionais é também utilizada como uma “medida próxima” ⁽⁸⁾ para avaliar o “acesso da

população aos serviços de saúde”, mostrando em geral, que o acesso da população moçambicana aos serviços de saúde tem vindo a aumentar, tendo passado de 25% em 1993 (PNI) para 58% em 2008 (MICS) e para 70% em 2015 (IMASIDA). No entanto mais de metade da população tem de caminhar uma hora ou mais até à unidade sanitária mais próxima.

III. Moçambique: Sistema Nacional de Saúde ⁽⁹⁾:

O Sistema de Saúde em Moçambique é basicamente público, sendo o Serviço Nacional de Saúde o principal prestador de serviços, cobrindo todas as províncias e distritos, com uma rede, em 2022 de 1.777 Unidades Sanitárias, das quais 1.709 (96%) são do nível primário (postos e centros de saúde rurais e urbanos), 54 (3%) são do nível secundário (hospitais distritais, rurais e gerais), 14 (0.6%) do nível terciário e quaternário.

Tabela N°2:

MOÇAMBIQUE - Rede de Unidades Sanitárias em 2022 (Fonte: DPC)

Tipo de Unidade Sanitária	Total de US por Tipo	Nível de Atenção	Total e % de US por Nível de Atenção		
			Nº	%	
CS Tipo I Rural e A Urbano	209	Nível Primário	1 709	96%	
CS Tipo II Rural e B Urbano	1 319				
CS Tipo III Rural, C Urbano e PS	181				
H.Rurais	19	Nível Secundário	54	3%	
H.Distritais	27				
H.Gerais	8				
H.Provinciais	7	Nível Terciário	7	1%	
H.Centrais	4	Nível Quaternário	7		
H.Especialidade	2				
H.Militares	1				
Total de Unidades Sanitárias em 2022			1 777	100%	

Entre 2019 e 2022 a Rede Sanitária aumentou de 1.674 para 1.777, um crescimento de cerca de 6% (entre 2018 e 2019 foi de 1,3% - de 1.652 US para 1.674 US). Face ao crescimento da população (2,8%), apesar do aumento da Rede Sanitária, Moçambique ainda enfrenta um desafio considerável para alcançar o rácio médio de 10.000 habitantes por Unidade Sanitária.

Tal como já referido a cobertura dos Serviços de Saúde aumentou de 25% em 1993 (PNI) para 58% em 2008 (MICS) e para 70% em 2015 (IMASIDA), mas somente cerca de 36% da população tem acesso a Cuidados de Saúde num raio de 30 minutos das suas casas. Ou seja, o aumento do número de US não foi suficiente para alterar significativamente a distância média a percorrer para encontrar uma US (de 12.33 km em 2019 para 12.10km em 2020), sendo Cidade e Província de Maputo as províncias com menor raio teórico, enquanto as Províncias com maior raio teórico são Tete, Niassa e Cabo Delgado.

Em geral, outros recursos críticos para o Sistema Nacional de Saúde, como camas, ambulâncias, meios de transporte, meios de comunicação, geleiras,... seguem

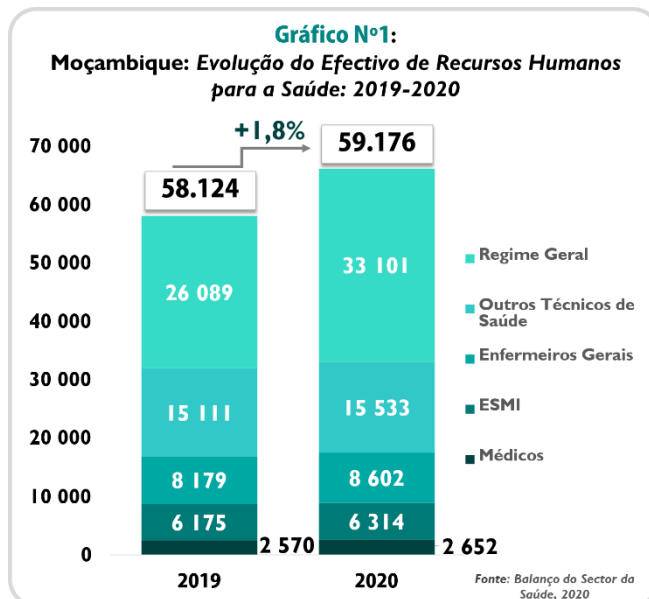
aproximadamente a mesma distribuição, pela sua ligação direta à rede sanitária. No entanto, em termos de “**prontidão dos Serviços de Saúde para prestação de Cuidados adequados à população**”, o SARA ⁽¹⁰⁾ realizado em 2018, mostra que o “**índice médio de prontidão dos serviços de saúde**” foi de 60%.

O SARA define a **Prontidão dos Serviços de Saúde** – como “a disponibilidade das componentes necessárias para prestar serviços de saúde adequados à população” - considerando 5 domínios:

1. Condições Básicas para o funcionamento da US;
2. Equipamento Básico;
3. Prevenção e Controle de Infecções;
4. Capacidade de diagnóstico e de meios auxiliares;
5. Medicamentos básicos.

Em relação aos “Recursos Humanos para a Saúde (RHS)”, entre 2019 e 2020 houve um aumento de 1.052 no número de efetivos de RHS ⁽¹¹⁾, representando um crescimento de 1.8%, conforme mostra o Gráfico N° 1.

A distribuição do pessoal no SNS por nível de atenção



estava maioritariamente representada por pessoal afecto às US em áreas clínicas com 80% (47.320), seguida de unidades de gestão com 18% (10.553) e outros com 2% (2.930).

Entre 2019 e 2020 o Pessoal de Nível Superior aumentou em 12.5%, o Pessoal de Nível Médio em 7%, o Pessoal de

⁹ Parte das informações neste Capítulo foram extraídas dos Relatórios de Balanço do Sector da Saúde de 2019 e 2020 (PES-2019; PES-2020)

¹⁰ SARA: Services Availability and Readiness (Inquérito Nacional para Avaliação da Disponibilidade e Prontidão dos Serviços de Saúde)

¹¹ As carreiras de Regime Geral em Moçambique integram as ocupações comuns a todos os sectores do Estado e as específicas integram as ocupações típicas da atividade de cada sector.

Nível Básico não sofreu alterações, mas o Pessoal de Nível Elementar reduziu em -14.3%. Este cenário de tendências está de acordo com as decisões do MISAU em focalizar os recursos na formação de quadros de saúde de nível médio e superior, e ir reduzindo a proporção de pessoal de nível básico e elementar.

O Rácio de Técnicos de Saúde por 100,000 Habitantes teve uma ligeira subida, passando de 109 em 2019 para 110 em 2020. Contudo este rácio continua muito abaixo da meta de 445 por 100.000 habitantes recomendada pela OMS como necessário para o alcance dos ODS e da Cobertura Universal de Saúde ⁽¹²⁾.

A nível provincial, o Rácio Técnicos/100.000 Habitantes em 2020 variou entre 338 na Cidade de Maputo e 73 na Província de Zambézia. O Rácio nacional de Enfermeiras de SMI foi de 88 ESMI/100.000 MIF em 2020, mantendo-se quase igual a 2019. A nível provincial, este rácio em 2020 variou entre 61 na Província da Zambézia e 163 em Inhambane. O Rácio nacional de Enfermeiros por 100.000 Habitantes em 2020 foi de 28,6 e o de Médicos por 100.000 habitantes foi de 8.8. A nível provincial, o rácio médicos/100.000 habitantes em 2020 variou entre 76,6 na Cidade de Maputo e 3,8 na Província da Zambézia, enquanto o rácio Enfermeiros/100.000 habitantes variou entre 89,7 na Cidade de Maputo e 20,7 na Província de Tete.

¹² https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1

IV. O Cancro do Colo do Útero: Contexto a Nível Nacional:

Tabela Nº3:

Resumo das Estatísticas do Cancro em Moçambique – todas as Idades: GloboCan 2022 – Dados de 2020

			
Número de NOVOS CASOS de CANCRO	10.040	15.406	25.446
Taxa de Incidência por Idades Padronizadas	128.7 por 100.000	144 por 100.000	135.3 por 100.000
Risco de desenvolver cancro antes dos 75 Anos (%)	13.0	13.8	13.3
Número de MORTES por CANCRO	7.048	10.966	18.014
Taxa de Mortalidade por Idades Padronizadas	95.4 por 100.000	106.9 por 100.000	100.4 por 100.000
Risco de morrer por cancro antes dos 75 Anos (%)	9.8	10.7	10.3
Prevalência de Casos – últimos 5 Anos	15.727	25.346	41.073
5 Cancros mais frequentes (classificação por número de casos)	Sarcoma de Kaposi Próstata Fígado Esófago Linfoma Não- Hodgkin	Colo do Útero Mama Sarcoma de Kaposi Esófago Fígado	Colo do Útero Sarcoma de Kaposi Mama Próstata Fígado

4.1: Dimensão do Cancro do Colo do Útero (CCU) em Moçambique:

Apesar de uma disponibilidade crescente de dados sobre o Cancro em Moçambique, incluindo do Cancro do Colo do Útero, os dados nacionais existentes ainda não são suficientes para permitir uma análise temporal ⁽¹³⁾. O

resumo das estatísticas apresentado na Tabela Nº 3 são estimativas elaboradas pelo GloboCan para Moçambique relativas ao ano de 2020, onde é possível verificar que, em Moçambique, cerca de 61% do peso do “cancro em geral” recai sobre a mulher, onde se evidencia o Cancro do Colo do Útero como a primeira causa.

Tabela Nº4:

Comparação das Estatísticas Básicas do Cancro do Colo do Útero em Moçambique com as várias Regiões do Mundo (GloboCan, 2020)

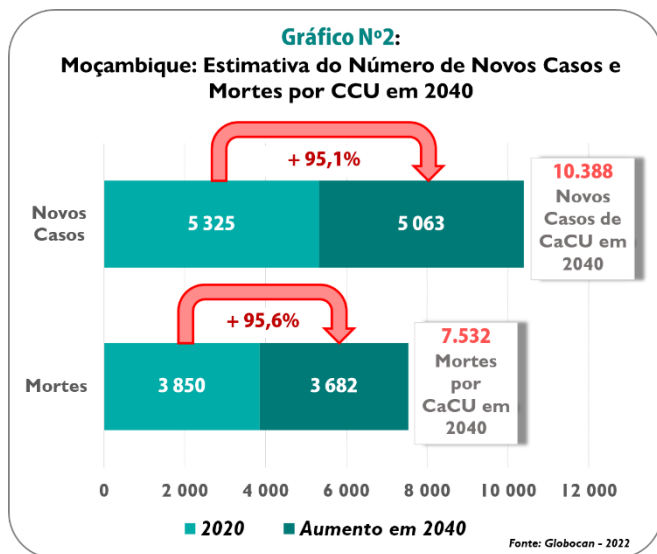
Incidência em Mulheres ≥25 Anos				Mortalidade em Mulheres ≥25 Anos				Prevalência: Mulheres ≥ 25 Anos (Últimos 5 Anos)	
Região do Mundo	Nº Estimado de Novos Casos	Taxa Padrão Específica Ajustada à Idade por 100.000 Mulheres	Classificação de Moçambique que no Ranking Mundial (do Pior País para o Melhor País)	Região do Mundo	Nº Estimado de Mortes	Taxa Padrão Específica Ajustada à Idade por 100.000 Mulheres	Classificação de Moçambique que no Ranking Mundial (do Pior País para o Melhor País)	Região do Mundo	Nº Total Estimado de Casos
Global	604 000	25,3	186 Países	Global	342 000	13,9	186 Países	Global	1 314 815
América do Norte	14 594	11,3		América do Norte	6 329	4,0		Oceânia	6 247
Oceânia	2 461	18,8		Europa	25 948	7,2		América do Norte	46 896
Europa	57 027	19,7		Oceânia	1 248	8,7		América Latina e Caraíbe	153 335
Ásia	350 537	24,3		Ásia	199 604	13,5		Europa	170 034
América Latina e Caraíbe	58 361	28,0		América Latina e Caraíbe	31 458	14,5		África	221 435
África	115 620	48,9		África	76 004	33,8		Ásia	887 656
Moçambique	5 325	93,2	19º	Moçambique	3 850	72,5	19º	Moçambique	8 216

De facto, o peso do **Cancro do Colo do Útero** em Moçambique chega a ser maior do que a média dos países de baixa renda, ou seja as Taxas de Incidência e Mortalidade Padrão Específicas Ajustada à Idade por 100.000 Mulheres com idade ≥25 anos, para Moçambique estão estimadas em 93,2 e 72,5 respetivamente, em comparação com 45,3 e 33,3 para os Países de Baixa Renda,

e com 25,3 e 13,9 para o nível global (GloboCan 2020).

De acordo com as estimativas do GloboCan em 2020, o Cancro do Colo do Útero é o cancro mais comum que afeta as mulheres moçambicanas com ≥25 Anos, representando 40,4% do total de novos casos e 39,0% de total das mortes por todas as causas de cancro neste grupo

de mulheres, estimando-se que em só 2020 ocorreram cerca de 5.325 novos casos deste tipo de cancro e 3.850 óbitos, ou seja perto de 72% das mulheres com CCU morrem porque o diagnóstico do cancro é feito em estágios avançados da doença, e já pouco se pode fazer para salvar a vida destas mulheres. Em termos de prevalência, em 2020 foi estimado um total de 8.216 casos ativos de CCU (cumulativos de 5 anos: 2016-2020) – Tabela N° 4. Mantendo os esforços e a resposta atuais à situação do CCU, em 2040 o número de novos casos e de mortes irá aumentar em 95,1% e 95,6% respetivamente (GloboCan, 2020) – Gráfico N°2.



4.2: Prevenção e Controlo do CCU em Moçambique – Principais Intervenções:

4.2.1: Estabelecimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama - CACUM:

Até 2009, não existia no País nenhuma política, estratégia ou plano que abordasse o problema, prevenção, rastreio e tratamento de lesões precursoras do CCU. Contudo, a consciencialização sobre o Cancro do Colo do Útero em Moçambique, iniciou em Fevereiro de 2007, após a participação de Moçambique num encontro internacional, tendo posteriormente sido desenvolvido o Programa Nacional para a Prevenção do CCU, o qual também incluiu o Rastreio do Cancro da Mama – tendo sido denominado como Programa de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama – CACUM.

De certa forma foram estes desenvolvimentos que levaram o MISAU a elaborar o seu primeiro Plano Estratégico Nacional para as Doenças Não Transmissíveis (PNDNT), lançado em Outubro de 2008, contendo nas suas áreas de sua abrangência, a Prevenção e Controlo do Cancro em Moçambique (que enquadra o CCU e da Mama: CACUM –

como uma prioridade) como os objetivos de: 1) Aumentar a consciencialização e o conhecimento sobre o cancro e seus fatores de risco; 2) Melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de prevenção tratamento; 3) Reforçar e integrar as intervenções de formação; e 4) Fortalecer e ampliar o sistema de vigilância, investigação, monitoria e avaliação do Cancro.

Em Dezembro de 2009 o MISAU fez o lançamento oficial do Programa Nacional do CACUM, com a *Finalidade* de: Garantir uma abordagem e resposta coordenadas e efetivas à situação do Cancro do Colo do Útero e da Mama, assim como assegurar a sinergia dos apoios e intervenções de todos os Parceiros a estes problemas de Saúde.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo do CACUM tem como Objetivo: **adotar e implementar intervenções para combater os cancros do colo do útero e da mama em Moçambique e reduzir a incidência e mortalidade por estes tipos de cancros.**

Para garantir o cumprimento deste Objetivo foram implementadas as seguintes Intervenções-Chave:

1. Adotada e implementada a Visualização com Ácido Acético (VIA) e Crioterapia para as lesões precursoras como os principais métodos para rastreio e tratamento do CCU em Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde Rurais Tipo I, Centros de Saúde Urbanos Tipo A e Hospitais Rurais).
2. Realizado o manejo das lesões cervicais avançadas por meio de colposcopia, biópsia, citologia e LEEP - em Unidades de Saúde de Referência (Hospitais Provinciais, Gerais e Centrais).
3. Promovida e implementada a deteção precoce do cancro da mama por meio do exame clínico e da educação e promoção do autoexame da mama.
4. Desenvolvidas normas, padrões de qualidade, materiais de formação, materiais de IEC para o rastreio e tratamento de lesões pré-cancerosas do CCU, e para a deteção de nódulos e outras patologias da mama.
5. Garantida a aquisição e a disponibilidade de equipamentos, materiais médicos e consumíveis.
6. Desenvolvido e implementado um Plano Nacional de Formação (em Bloco e em Serviço) para assegurar a disponibilidade de profissionais com conhecimentos e habilidades para prestar os serviços preconizados de prevenção e controlo do CCU e do CaMama.
7. Fortalecidos os sistemas de informação, monitoria e avaliação para uma tomada informada e atempada de decisões.

8. Exploradas e implementadas tecnologias novas e emergentes que ofereciam a possibilidade de aumentar e melhorar a acessibilidade e disponibilidade dos Serviços de Prevenção e Controle do CCU e do CaMama, visando responder aos principais desafios encontrados ao longo do continuum do rastreio e tratamento.

Paralelamente foram: 1) elaboradas as Normas Nacionais, Materiais de Formação e Materiais para IEC; 2) desenvolvidos Padrões de Qualidade e Desempenho para os Serviços de Rastreio com VIA e Tratamento das Lesões Precursoras com Crioterapia; 3) desenvolvidos Materiais de Formação para LEEP e Colposcopia; 4) identificados os indicadores-chave para a monitoria e avaliação do Programa, assim como desenvolvidos “instrumentos de registo, agregação e reporte de dados” que foram incluídos no SIS-MA (Janeiro de 2012).

Sessão de Informação e Educação sobre o Cancro do Colo do Útero e da Mama na Consulta de SRMNI num Centro de Saúde: Junho de 2011



Um dos “**aspetos operacionais mais importantes deste Programa**” foi evitar a verticalização e promover a integração com outros serviços/consultas já existentes, para garantir o uso racional e a rentabilização dos recursos disponíveis, para além de permitir o acesso das mulheres

Prestação de Serviços de VIA e Crioterapia num Centro de Saúde: Junho de 2011



que vêm às US por outras razões - ao rastreio e prevenção do CACUM.

Formação de Médicos Ginecologistas em Colposcopia e LEEP no Hospital Central de Maputo em 2011



Na Figura N° 8 é possível verificar que, apesar da Vacinação contra o HPV ser a intervenção-chave para a Prevenção Primária, na altura em que o Programa iniciou ainda não existiam no País as condições necessárias para se efetuar a vacinação, pelo que a Prevenção Primária iniciou com foco em intervenções de informação, educação e comunicação para a consciencialização sobre o CCU e para a mudança de comportamentos. Contudo, num esforço adicional para garantir a Prevenção Primária através da Vacinação, em Maio de 2014 o GoV de Moçambique, com o apoio da Aliança Global para Vacinas e Imunização (GAVI) e os seus Parceiros de Cooperação, realizou um programa de demonstração da vacinação contra o HPV para avaliar a capacidade do país em implementar um programa desta natureza. Os resultados e as recomendações do processo de demonstração foram utilizados para a concepção do “programa de vacinação contra o HPV a Nível Nacional” que foi incluído no PAV, tendo a vacinação contra HPV iniciado em Novembro de 2021.

Em 2019, o MISAU fez o lançamento do “Plano Nacional de Controlo do Cancro: 2019-2029”, que inclui 6 componentes:

1. Prevenção do Cancro;
2. Diagnóstico;
3. Tratamento Integrado;
4. Cuidados Paliativos;
5. Registos do Cancro, e
6. Sistema de Informação
(Infográfico N° 3, página n° 41).



Figura N°8:

Níveis, abordagens e componentes Iniciais para a **Prevenção Primária e Secundária** do **CANCRO do COLO do ÚTERO** em Moçambique (2010-2021)

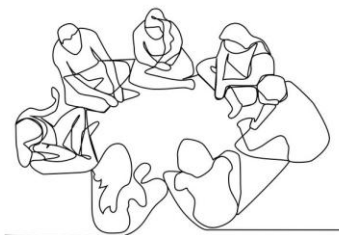
Prevenção Primária

Informação, Educação e Comunicação (IEC) para a consciencialização sobre o CaCU e mudança de comportamentos:

- ✓ Intervenções de IEC: O QUE É e o QUE PROVOCA o CaCU? O QUE é uma lesão inicial? COMO é possível prevenir o CaCU? QUEM se deve submeter ao rastreio? QUE serviços de prevenção estão disponíveis localmente? ONDE e QUANDO é possível ter acesso a esses serviços locais?

A Nível da Comunidade

- ✓ Divulgação dos Factores de Risco (HIV/SIDA - progressão da lesão do HPV para cancro é muito mais rápida; Início precoce das relações sexuais; Múltiplos parceiros sexuais; Repetidas Doenças de Transmissão Sexual; Mãe ou irmã com Cancro do Colo Uterino; Tabagismo (mulheres fumadoras);
- ✓ Medidas de Prevenção: adiamento do Início das Relações Sexuais; utilização de Preservativos; redução do N° de Parceiros Sexuais; importância da Vacinação das Meninas entre os 9-14 Anos;



Prevenção Secundária

Prestação de Serviços:

Serviços Básicos:

Centros de Saúde e Hospitais Rurais:

- Rastreio com Teste de VIA;
- Tratamento das lesões precursoras elegíveis com Crioterapia.

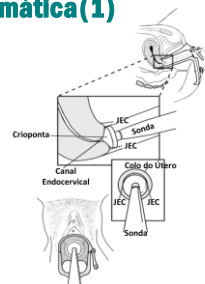
Serviços de Referência

Hospitais Gerais, Provinciais e Centrais:

- Confirmação do diagnóstico e tratamento das lesões precursoras do CaCU não elegíveis para Crioterapia, através de Colposcopia e Biópsia;
- Tratamento das lesões elegíveis com LEEP ou outro tipo de tratamento sempre que necessário.

Abordagem Programática (1)

Rastreio e identificação do tamanho das lesões pré-cancerosas no Colo do Útero utilizando Ácido Acético (VIA) e tratamento com Crioterapia – abordagem de “**VISITA ÚNICA**” – nas US Básicas



VER e TRATAR!!

Abordagem Programática (2)

Manejo das lesões avançadas do Colo do Útero através da Colposcopia, LEEP e Citologia – no nível de Referência



Em Junho de 2021 foi também incluída a **Termoablação** como mais um recurso para o tratamento das Lesões Precursoras do a Nível das Unidades Sanitárias de Nível

Primário, a qual é uma estratégia de tratamento mais eficaz para uma gama de lesões pré-cancerosas do CCU mais extensas.

Enfermeira de SMla realizar Termoablação num Centro de Saúde em 2022, após ser atestada como proficiente nesta técnica na prática com um modelo



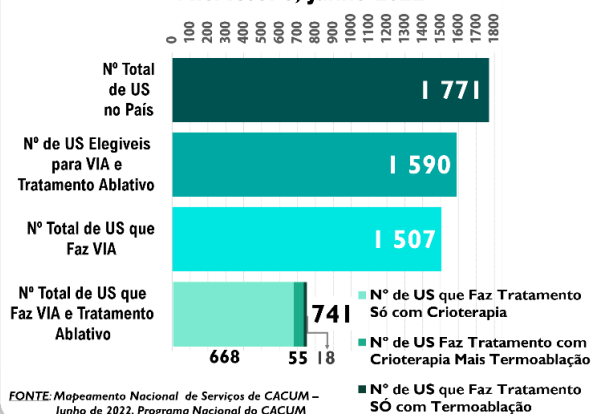
Os esforços para o desenvolvimento do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama (CACUM) foram apoiados pela USAID (**Programa Integrado de Saúde Materna e Infantil – MCHIP**), UNFPA, CDC, OMS, PEPFAR e de outros Parceiros, que até hoje mantêm os seus compromissos, continuando o seu apoio à implementação deste Programa Nacional.

4.2.2: **Análise da Situação Atual e Principais Resultados da Componente de Prevenção e Controlo do CCU:**

O Gráfico N° 3 apresenta a cascata das US que prestam **Serviços Básicos** de rastreio e tratamento de lesões precursoras do CCU.

Gráfico N°3:

Cascata das Unidades Sanitárias que Prestam Serviços Básicos de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU, por tipo de Serviço Prestado. MISAU/SPS, Junho 2022



Das 1.777 US existentes no País cerca de 94% podem ser elegíveis para prestar VIA, ou VIA mais Tratamento Ablativo (inclui CS Tipo I, II, A, B; HR e HD; HG; HP e HC). Das US elegíveis cerca de 95% está a fazer o rastreio com VIA, e destas 49% estão a prestar também serviços ablativos das lesões precursoras do CCU. No universo das US que prestam Serviços de VIA e Tratamento Ablativo, 668 US fazem VIA e só Crioterapia (90%), 55 US fazem VIA, Crioterapia MAIS Termoablação (7,5%) e 18 US fazem VIA e só Termoablação (2,5%).

Dados reportados pelas Províncias indicam que das 729 US que prestam Serviços de Crioterapia, 61 US (8%) não estavam a prestar este serviço em Junho de 2022 por avaria dos aparelhos de Crioterapia, enquanto das 73 que prestam Serviços de Termoablação apenas 1 US não está a prestar este serviço por avaria do aparelho.

A manutenção, e particularmente a reparação, dos equipamentos e aparelhos utilizados para o Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do CCU tem sido, realmente, um grande desafio e um “nó de estrangulamento” importante para o Programa. Algumas medidas têm sido tomadas, tais como: *i) alocar aparelhos extra em cada província para empréstimo às US de forma a assegurar que estas não interrompem a prestação dos serviços enquanto os seus aparelhos estão em reparação ou manutenção; ii) incluir na formação dos profissionais de saúde, que prestam os serviços e utilizam os aparelhos e equipamentos, um módulo sobre a sua utilização, limpeza e arrumação corretas, como uma componente da “manutenção preventiva”; iii) formação de “Técnicos de Manutenção” do SNS para efetuarem a monitoria e manutenção preventiva dos equipamentos/aparelhos, assim como reparações das avarias mais frequentes e possíveis de serem*

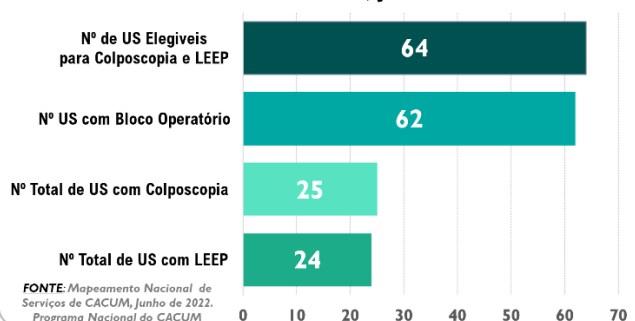
efetuadas ao nível local; iv) inclusão nos “contratos de aquisições dos equipamentos/aparelhos” uma componente de formação pelos Fornecedores/Fabricantes sobre: a utilização, limpeza e arrumação corretas; aspetos-chave de monitoria e manutenção preventiva; manutenção corretiva ou reparação.

No entanto, é deveras importante que sejam estabelecidas Normas e Procedimentos-Chave que devem ser seguidos pelo MISAU e Parceiros que fazem a aquisição dos Equipamentos/Aparelhos, assim como sobre a utilização, limpeza e arrumação corretas, aspetos-chave de monitoria e manutenção preventiva, manutenção corretiva e reparação. Outro aspeto fundamental é padronização dos equipamentos e aparelhos de forma a facilitar o processo de manutenção preventiva e corretiva.

Em termos de Serviços de Referência – Colposcopia, Biópsia e LEEP⁽¹⁴⁾ - o Gráfico N° 4 mostra que no País, 64 US são elegíveis para prestar Serviços de Referência, que incluem os Hospitais Rurais, Distritais, Gerais, Provinciais e Centrais, particularmente os que possuem Bloco operatório. De acordo com dados reportados pelas Províncias, 25 US (40,3%) possuem serviços de colposcopia e 24 US (38,7%).

Gráfico N°4:

Cascata das Unidades Sanitárias que Prestam Serviços de Referência para Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU. MISAU/SPS, Junho 2022



Até Junho de 2022 cerca de 1.646 (24%) Enfermeiras de SMI e de Outros Profissionais de Saúde ligados à Saúde Reprodutiva e Materna foram capacitados em alguma área técnica, ou em várias áreas técnicas, no âmbito do rastreio e tratamento de lesões precursoras do CCU – Tabela N° 5, e a Tabela N° 6 apresenta o número, destes Profissionais de Saúde, que foi capacitado em cada área técnica.

De forma a garantir uma qualidade consistente das formações que são realizadas, é importante que exista um “**Pacote de Normas, Procedimentos e Materiais de Formação Padrão**”, assim como a obrigatoriedade do preenchimento e atualização de uma Ficha de Formação e

¹⁴ LEEP: Loop Electrosurgical Excision Procedure OU Procedimento de Excisão Electrocirúrgica com Ansa Diatérmica.

Capacitação para cada um(a) dos(as) Profissionais que sejam capacitados(as) em qualquer área técnica de Rastreo e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU. Por outro lado, para garantir uma supervisão de qualidade, é também importante que os profissionais de saúde que as efetuam sejam capacitados em metodologias e técnicas de supervisão e de formação em serviço, assim como na preparação e seguimento adequados das atividades de

supervisão e mentoria. A capacitação adequada e de qualidade das(os) supervisoras(es) nestas áreas, torna-se tão importante quanto a sua capacitação e proficiência nas áreas técnicas do Programa, considerando o impacto que pode ter na qualidade, monitoria e avaliação das intervenções para o Rastreo e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU.

Tabela Nº5:

Total de Profissionais de Saúde de Categorias Seleccionadas e Nº Total que foi Capacitado no âmbito do Programa de Rastreo e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU (MISAU/SPS, Junho 2022)

Enfermeiras de SMI			Outros Profissionais de Saúde			Total de Profissionais Capacitados para Rastreo e Tratamento de Lesões Iniciais do CaCU	
Nº Total de ESMI	ESMI Capacitadas para Rastreo e Tratamento de Lesões Iniciais do CaCU		Nº Total de Outros Profissionais de Saúde	Outros PS Capacitados para Rastreo e Tratamento de Lesões Iniciais do CaCU		Nº	
	Nº	%		Nº	%	Nº	%
6 166	1 415	23%	637	231	36,3%	1 646	24%

FONTE: Mapeamento Nacional de Serviços de CACUM, Junho de 2022. Programa Nacional do CACUM

Tabela Nº6:

Nº de Profissionais de Saúde de Categorias Seleccionadas Capacitado em Áreas Técnicas no âmbito do Programa de Rastreo e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU (MISAU/SPS, Junho 2022)

Área Técnica de Rastreo e Tratamento de Lesões Precursoras do CaCU	ESMI	Médicos Clínica Geral	Técnicos Cirurgia e Enf. Obstétricas	Ginecologistas	TOTAL
Rastreo com VIA	1 368	71	59	31	1 529
Teste DNA-HPV	5	2	-	-	7
Citologia	17	2	22	12	53
Colposcopia	-	4	55	35	94
Crioterapia	1 106	71	45	16	1 238
Termoablação	287	11	24	5	327
LEEP	-	4	56	37	97
Outro Tratamento Cirúrgico	-	2	3	33	38

Analisando os “**resultados**” do Programa em termos de **serviços prestados às utentes/mulheres**, no âmbito da Prevenção e Controle do CCU, a Tabela Nº 7 mostra a situação do País em relação à **Vacinação contra o HPV - Prevenção Primária**.

Como já referido, o País iniciou a vacinação contra o HPV em Novembro de 2021 com foco nas “meninas que completavam 9 anos”, segundo a recomendação da OMS em 2014 ⁽¹⁵⁾: “para as vacinas bivalente e quadrivalente contra o HPV, um esquema de 2 doses com intervalo de 6 meses entre as doses é recomendado para mulheres”. Em Dezembro de 2022, com base a última avaliação do Grupo Consultivo

Estratégico de Peritos em Imunização da OMS ⁽¹⁶⁾, foi emanada a recomendação para a utilização de 1 Dose. A Tabela Nº7, apresenta a cobertura de 1 Dose da Vacina de HPV no Grupo-Alvo de Meninas dos 9-14 Anos utilizando dados cumulativos, mostrando uma cobertura crescente.

A Tabela Nº 8 na página 36, fornece um resumo dos principais indicadores e resultados da **Prevenção Secundária** mostrando que 8.580.857 mulheres do Grupo-Alvo ≥25≤49 Anos foram rastreadas com VIA para detecção de lesões precursoras do CaCU de 2016 a 2024. Em 2024 o rastreo com VIA alcançou 82,6% das mulheres atendidas na Consulta de CACUM e uma cobertura 25,2% do grupo-alvo ⁽¹⁷⁾. Em 2024 a positividade do VIA foi de 10,7% o que está de acordo com as estimativas da OMS para países como Moçambique (5-10%), demonstrando também um melhor diagnóstico das lesões pré-cancerosas do colo do útero. Em relação ao tratamento, 91,7% (107.516/117.273) das mulheres com lesões elegíveis para tratamento ablativo foram tratadas com crioterapia ou termoablação. Por outro lado, 92,5% (99.501/107.596) das

Tabela Nº7:

Vacinação contra HPV (MISAU, Programa Alargado de Vacinação)

Ano	População Alvo: Meninas dos 9-14 Anos (Projeções do INE por Idades Simples)	1 Dose de Vacina HPV	Cumulativo	Cobertura da Vacina de HPV em Meninas dos 9-14 Anos
2021	2 668 599	253 091		9,5%
2022	2 785 015	480 250	733 341	26,3%
2023	2 881 479	333 208	1 066 549	37,0%
2024	2 945 794	617 496	1 684 045	57,2%

¹⁵ Fonte: Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014—Recommendations Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014—Recommendations | Elsevier Enhanced Reader

¹⁶ One-dose Human Papillomavirus (HPV) vaccine offers solid protection against cervical cancer (who.int); WHO updates recommendations on HPV vaccination schedule

¹⁷ A Tabela Nº8 inclui notas sobre a aparente redução de consultas e de mulheres rastreadas com VIA em 2024

mulheres tratadas com tratamento ablativo beneficiou da **“Abordagem de Consulta-Única: Ver e Tratar”**, representando uma ótima taxa de mulheres que foram tratadas no mesmo dia do rastreio; e das mulheres VIA+ com lesões elegíveis para tratamento ablativo que adiaram o tratamento cerca de 87% (2.580/2.973) voltaram mais tarde para realizar o tratamento, o que demonstra o impacto do aconselhamento que é realizado na Consulta de CACUM na crescente educação das mulheres em relação ao cancro do colo do útero.

É importante verificar a percentagem significativa de Lesões Pré-cancerosas “≥75% do colo do útero, ou que penetram no canal endocervical” cerca de 7% de todas as VIAs positivas identificadas em 2024, assim como o N° de Casos suspeitos de CCU, estando este último indicador em consonância com as estimativas sobre a incidência do CCU em Moçambique realizadas pelo GloboCan.

Em relação ao manejo e tratamento das Lesões Precursoras ≥75% do Colo do Útero nos Serviços de Referência – Consulta de Patologia Cervical, os dados e informações desta Consulta/Serviço ainda não estão incluídas no SIS-MA, estando a ser reportados de forma paralela e com certa irregularidade. Assim, a Tabela N° 9 resume apenas os dados e Indicadores-Chave dos serviços prestados na Consulta de Patologia Cervical de Outubro apenas de 2021 a Junho de 2022, período em que se possui informação mais completa para realizar uma análise. Neste período foram efetuadas 10.012 Referências (5.940 por Lesões do Colo do Útero ≥75% ou que penetram no canal endocervical, e 4.072 mulheres com suspeita de CCU) para estes Hospitais de Referência pelo Nível Primário que presta Serviços Básicos de Prevenção do CCU. A Taxa de Referências Recebidas na Consulta de Patologia Cervical foi de 98,5% (9.860/10.012), que corresponde a 59,8% das Consultas efetuadas nas US de Referência para o CCU, tendo 17,5% das mulheres sido intra-referidas (referidas de outra Consultas dentro da própria US de Referência) e 22,7% não foram referidas – vierem de “casa”.

No período referido, foi realizada colposcopia em cerca de 61% (10.009/16.490) das mulheres observadas nas Consultas de Patologia Cervical, das quais 37% foram consideradas positivas, com confirmação de lesões ≥75% do colo do útero ou penetrantes no canal endocervical em 66% e, de todas as lesões observadas cerca de 39% apresentavam sinais suspeitos de CCU. Em cerca de 65% das mulheres com colposcopia positiva foi realizada uma

biópsia, tendo 94% das amostras sido enviadas para exame anatomopatológico, cujo resultado revelou que 78% das amostras enviadas foram positivas para CCU invasivo. Em relação ao tratamento, foram realizados 1.876 tratamentos ablativos com Crioterapia (5,7%) ou Termoablação (94,3%), contudo como não é fornecido o número de lesões elegíveis para estes tratamentos, não é possível calcular a % de Mulheres que receberam este serviço nas US de Referência, mostrando no entanto que a Termoablação parece ser o tratamento de eleição, nas US de Referência, para as lesões que são elegíveis. Do total das mulheres cuja colposcopia foi positiva, 65,8% foi submetida a LLETZ/LEEP (63,3%) ou Conização (2,5%). Esta percentagem sobe para 99,3% das Mulheres com Lesões ≥75% do Colo do Útero diagnosticadas através de Colposcopia. Das 1.730 Mulheres com exame anatomopatológico que confirma um CCU: apenas em 157 Mulheres (9,1%) foi realizada uma histerectomia simples ou radical; 424 (24,5%) Mulheres foram referidas para outros Serviços para exames e/ou tratamentos especializados; e 1.488 (21,5%) foram submetidas a tratamento paliativo.

Em geral pode considerar-se que, de Outubro de 2021 a Junho de 2022, a coordenação entre os Serviços de Referência e os Serviços Básicos para a Prevenção do CCU foi excelente, visto que 98,5% das Mulheres referidas tiveram acesso aos Serviços de Referência. No entanto, é importante investir e focalizar os esforços - *i) para que os Serviços de Referência estejam disponíveis de forma consistente em todas as US identificadas; ii) na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados tanto ao Nível Básico como de Referência; iii) no registo, agregação/reporte de dados e na tomada atempada de decisões para melhorar a qualidade da atenção* - ou seja – na prontidão da resposta dos Serviços de Prevenção do CCU às necessidades das Mulheres rumo à eliminação do CCU no País.

Em 2018 o MISAU realizou uma **“Avaliação Nacional da Disponibilidade e Prontidão dos Serviços de Saúde (SARA, 2018)”** em todas as US do País, que incluiu os Serviços Básicos para a Prevenção do CCU entre os Serviços de Saúde que foram avaliados. A Equipa conjunta MISAU-OMS identificou “3 elementos indicativos” para avaliar a **Prontidão dos Serviços Básicos de Prevenção do CCU**: 1. Existência de Normas para Diagnóstico e Gestão da Prevenção do CCU – no domínio de provedores e normas; 2. Disponibilidade de “Espéculos” - no domínio de equipamento; 3. Capacidade diagnóstica com Ácido Acético – no domínio de medicamentos e insumos.

Em 2018, a proporção de US que oferecia Serviços de CACUM no País era de 44% (721 US). A disponibilidade média de elementos indicativos de prestação destes serviços foi de 77% entre as 721 US que ofereciam estes serviços (2 dos 3 elementos avaliados). A percentagem de US com todos os elementos indicativos foi de 48%.

O Nível de Prontidão por Província, mostrou que as US da

Cidade e Província de Maputo tinham o melhor índice, e a Província de Nampula foi a que apresentava o menor índice. Um dos Elementos Indicativos que não foi avaliado na Prontidão dos Serviços do CACUM, foi a existência de Profissionais Capacitados para prestarem os Serviços, tal como analisado nas outras Componentes da SRMN, e em Outros Serviços da US.

Gráfico N°5:

Percentagem de US que dispõem dos Elementos Indicativos para Prestar Serviços Básicos de Prevenção e Controlo do CCU: País = 721 US (MISAU/SARA, 2018)

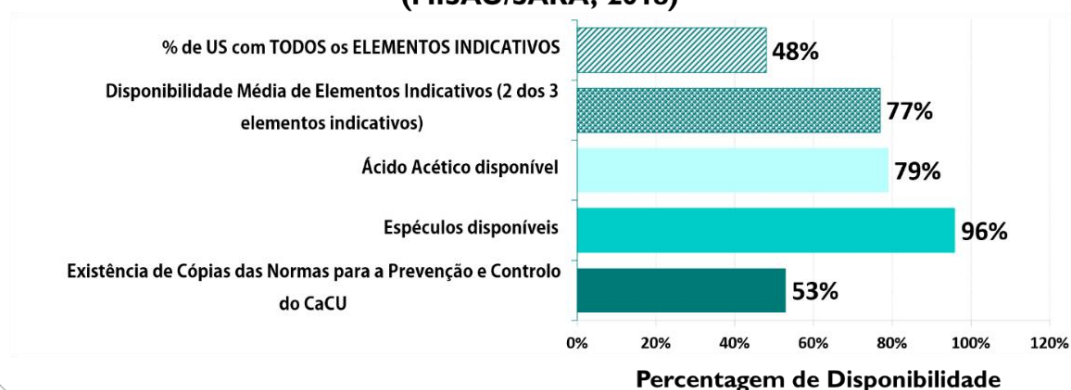


Gráfico N°6:

Percentagem de US que dispõem dos Elementos Indicativos para Prestar Serviços Básicos de Prevenção e Controlo do CCU por Província (MISAU/SARA, 2018)

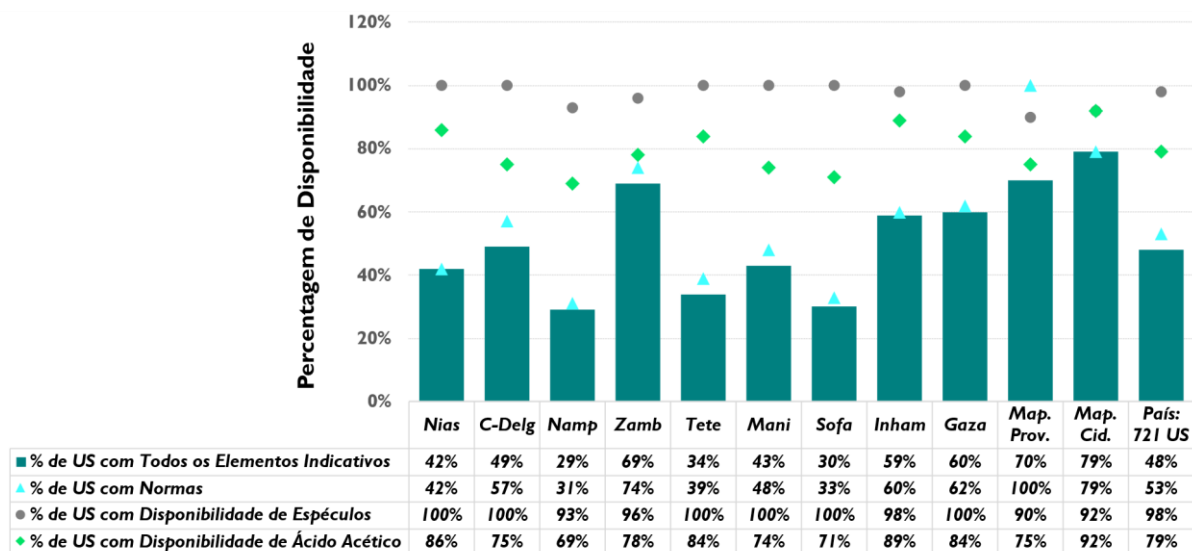


Tabela N°8:

RESUMO: Dados e Indicadores-Chave da Prevenção Secundária do CCU - Níveis e Tendências
(MISAU: Módulo Básico e SIS-MA: 2010-2024)

Dados/Indicadores-Chave	2009-2015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022	2 023	2 024 (Nota N°1)	Total: 2016-2024	Total: 2009-2024
N° de Mulheres do Grupo-Alvo ≥ 25 a ≤49 Anos (Projeções do INE - Censos 2007 e 2017)	11 876 843	3 555 121	3 657 532	3 785 105	3 923 423	4 069 391	4 218 681	4 368 128	4 518 157	4 669 808	36 765 346	48 642 189
Primeiras Consultas de Saúde Reprodutiva (CSR) a Utentes Femininas com ≥ 25 Anos (Nota N°2)	2 588 080	773 328	1 381 317	1 384 840	1 416 667	1 367 700	1 559 443	1 781 529	1 870 605	1 426 785	12 962 214	15 550 294
N° de Mulheres testadas com VIA (Nota N°3)	378 831	97 364	351 694	946 627	1 035 157	1 059 470	1 211 703	1 357 845	1 342 281	1 178 716	8 580 857	8 959 688
% de Mulheres do Grupo-Alvo ≥ 25 a ≤49 anos Testadas com VIA	3,2%	2,7%	9,6%	25,0%	26,4%	26,0%	28,7%	31,1%	29,7%	25,2%	23,3%	18,4%
% de Mulheres ≥ 25 anos Atendidas na CSR-PF Testadas com VIA	14,6%	12,6%	25,5%	68,4%	73,1%	77,5%	77,7%	77,2%	71,8%	82,6%	66,2%	57,6%
N° de Mulheres com VIA Positivo	36 342	4 780	10 742	21 425	32 788	40 127	51 374	71 075	90 295	126 123	448 729	485 071
% de Mulheres Testadas com VIA cujo resultado foi Positivo	9,6%	4,9%	3,1%	2,3%	3,2%	3,8%	4,2%	5,2%	6,7%	10,7%	5,2%	5,4%
N° de Lesões Elegíveis para Tratamento Ablativo	33 298	3 621	7 646	17 541	27 192	33 402	43 600	63 576	83 875	117 273	397 726	431 024
N° Total de Crioterapias/Termoablação realizadas (Nota N°4)	16 180	3 198	5 584	11 705	19 073	24 885	37 387	55 045	76 461	107 596	340 934	357 114
% de Mulheres com Lesões Elegíveis tratadas com Tratamento Ablativo (Crioterapia ou Termoablação)	48,6%	88,3%	73,0%	66,7%	70,1%	74,5%	85,8%	86,6%	91,2%	91,7%	85,7%	82,9%
N° de Mulheres VIA positivo e HIV+	3 645	1 522	2 517	5 817	13 368	21 566	33 610	44 949	51 170	67 364	241 883	245 528
% de Mulheres VIA+ e HIV+ do Total de Mulheres VIA+	10,0%	31,8%	23,4%	27,2%	40,8%	53,7%	65,4%	63,2%	56,7%	53,4%	53,9%	50,6%
Mulheres Referidas por Lesões Extensas do Colo do Útero (≥ 75%)	3 044	1 159	3 096	3 884	5 596	6 725	7 774	7 499	6 420	8 850	51 003	54 047
% de Mulheres VIA+ Referidas por Lesões do Colo do Útero ≥ 75%	8,4%	24,2%	28,8%	18,1%	17,1%	16,8%	15,1%	10,6%	7,1%	7,0%	11,4%	11,1%
N° de Mulheres referidas por suspeita de Cancro do Colo do Útero	2 688	1 006	1 638	4 888	7 724	5 099	4 941	4 355	4 082	4 834	38 567	41 255

Nota N°1:	A aparente redução do número de Consultas em 2024 pode ser motivada pelas seguintes razões: 1) no último trimestre de 2023, o Programa de Planeamento Familiar fez a separação dos registos e reportes da Consulta de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar que integrava também o CACUM, dos registos e reportes dos dados de CACUM, pelo que em 2024 os registos do número de Consultas de CACUM referem-se apenas às Mulheres que foram atendidas no CACUM e não o total das Mulheres que foram atendidas na CRS/IPF; 2) muitas Unidades Sanitárias, nas quais foi implementada a separação dos registos, deixaram de registar dados do CACUM ainda no último trimestre de 2023; 3) os novos instrumentos de registo e reporte de dados da Consulta de CACUM começaram a ser implementados de forma faseada nas US do país em Janeiro de 2024, e apenas em Junho de 2024 a maioria das US que prestam Serviços de CACUM já estava a registar e reportar dados através dos novos instrumentos.
Nota N°2:	Os dados apresentados em 2024 incluem não só as 1 ^{as} Consultas de CACUM, mas também as Consultas Seguintes, já que muitas mulheres que não quiseram realizar o rastreio, ou o tratamento de lesões precursoras do CaCU no mesmo dia do rastreio, voltaram depois para realizar o rastreio e/ou o tratamento.
Nota N°3:	A implementação dos "novos instrumentos de registo e reporte de dados" da Consulta de CACUM em 2024 previne a duplicação dos Dados de VIA, particularmente a duplicação do registo e reporte de VIAs que eram novamente realizadas nas US para onde as Mulheres foram referidas por outras US que não possuem ainda capacidade para o tratamento de lesões precursoras do CaCU.
Nota N°4:	No início de 2022 o País introduziu a Termoablação como um dos tratamentos ablativos das lesões pré-cancerosas do colo do útero.

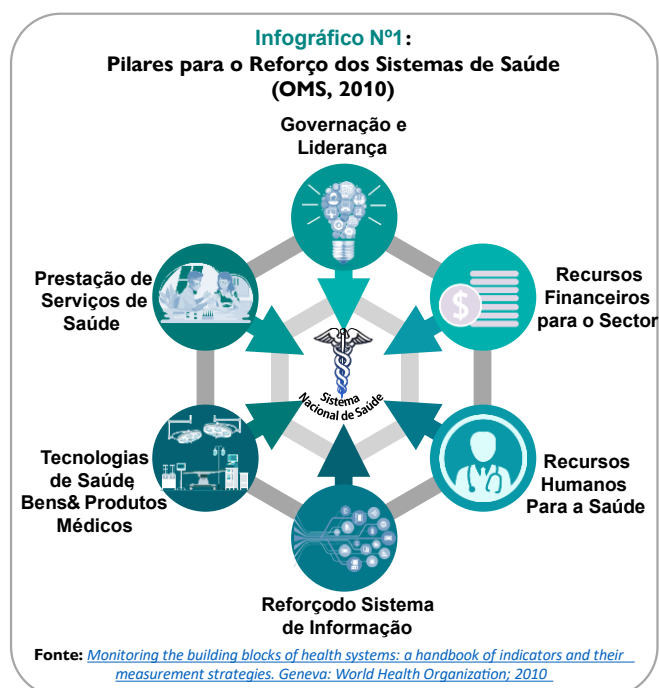
Tabela Nº9:

**RESUMO: Dados e Indicadores-Chave da Prevenção Secundária do CCU – Serviços de Referência – Patologia Cervical
(MISAU: SIS-MA: Outubro de 2021 a Junho de 2022)**

Dados/Características/Indicadores			TOTAL: Outubro 2021 a Junho 2022		Notas
			Nº	%	
Referências Recebidas	1	Total de mulheres observadas no Serviço/Consulta de Patologia Cervical (Colposcopia e LLETZ/LEEP)	16 490		
	2	Nº e % de Mulheres transferidas de Outras US por Lesões Pré-cancerosas	9 860	59,8%	
	3	Nº e % de Mulheres vindas directamente de Casa	3 744	22,7%	
	4	Nº e % de Mulheres referidas das Consultas Externas desta US	2 886	17,5%	
Mulheres HIV+	5	Nº Total e % de Mulheres Observadas Seropositivas para HIV/SIDA	6 918	42,0%	Nota Nº1
Rastreio	VIA	6 Nº e % de VIAs Realizadas	3 145	19,1%	Nota Nº1
		7 Total de VIAs Positivas com lesões $\geq$ 75%	662	21,0%	
	Colposcopia	8 Nº Total e % de Colposcopias Realizadas	10 009	60,7%	Nota Nº1
		9 Nº e % de Colposcopias Positivas	3 683	36,8%	
		10 Nº e % de Mulheres com Lesões confirmadas de $\geq$ 75% ou Penetrantes no Canal Cervical	2 441	66,3%	Nota Nº2
		11 Nº e % de Mulheres em Lista de Espera para Colposcopia	3 017	18,3%	Nota Nº1
	Citologia	12 Nº e % de Mulheres com Suspeita de CaCU invasivo	1 423	38,6%	Nota Nº2
		13 Nº e % de Biópsias do Colo do Útero realizadas	2 387	64,8%	Nota Nº2
		14 Nº Total e % de Amostras enviadas para Anatomia Patológica	2 231	93,5%	Nota Nº3
		15 Nº Total e % de Mulheres com Cancro Invasivo confirmado pelo Exame Anatomopatológico	1 730	72,5%	Nota Nº3
				77,6%	Nota Nº4
Tratamento	Tratamento de Lesões Precursoras do CaCU	16 Total de crioterapias feitas	107	5,7%	Nota Nº5
		17 Total de crioterapias feitas na primeira consulta	53		
		18 Total de termoações feitas	1 769	94,3%	Nota Nº5
		19 Total de termoações feitas na primeira consulta	1 689		
		20 Nº Total e % de Mulheres que fizeram Tratamento Ablativo com Crioterapia ou Termoação	1 876		Nota Nº6
		21 Nº Total e % de Mulheres que fizeram Tratamento Ablativo com Crioterapia ou Termoação na 1ª Consulta de Patologia Cervical	1 742	92,9%	
		22 Nº Total e % de LLETZ/LEEP Realizadas	2 332	95,5%	Nota Nº7
		23 Nº e % de LLETZ/LEEP Realizadas na 1ª Consulta de Patologia Cervical	1 900	81,5%	
		24 Nº e % de Conizações a Frio que foram Realizadas	92		
		25 Nº Total e % de Excisões Realizadas: LLETZ/LEEP mais Conização	2 424	65,8%	Nota Nº2
	Tratamento do CaCU			99,3%	Nota Nº7
		26 Nº Total e % de Histerectomias simples realizadas por Diagnóstico de CaCU	124		
		27 Nº Total e % de Histerectomias com Esvaziamento Ganglionar (Radicais) Realizadas	33		
		28 Nº e % de Mulheres com CaCU às quais foi Realizada Histerectomia Simples + Radical	157	9,1%	Nota Nº8
		29 Nº e % de Doentes Referidas para Outros Serviços/Tratamentos Especializados por CaCU	424	24,5%	Nota Nº8
		30 Nº Total e % de Doentes com CaCU Invasivo em Tratamento Paliativo	1 488	21,5%	Nota Nº8
Nota 1 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº de Mulheres atendidas nas Consultas de Patologia Cervical = 16.490					
Nota 2 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº de Colposcopias Positivas = 3.683					
Nota 3 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº de Biópsias do Colo do Útero realizadas = 2.387					
Nota 4 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº de Amostras enviadas para Anatomia Patológica = 2.231					
Nota 5 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº Total de Mulheres que fizeram Tratamento Ablativo com Crioterapia ou Termoação = 1.876					
Nota 6 Não é possível calcular a % de Mulheres tratadas com Crioterapia + Termoação, considerando que não é fornecido o Nº de Mulheres VIA Positivas com Lesões Elegíveis para estes tratamentos. Apenas é fornecido o Nº de Lesões $\geq$ 75% do Colo do Útero utilizando VIA					
Nota 7 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº de Mulheres com Lesões confirmadas de $\geq$ 75% ou Penetrantes no Canal Cervical por Colposcopia = 2.441					
Nota 8 A Percentagem foi calculada em relação ao Nº Total de Mulheres com Cancro Invasivo confirmado pelo Exame Anatomopatológico = 1.730					

4.3: Prevenção e Controlo do CCU em Moçambique: Principais Desafios e Oportunidades:

Como referido na *Estratégia Global da OMS Rumo à Eliminação do Cancro Cervical* ⁽¹⁸⁾: “os programas de prevenção e controlo do cancro do colo do útero devem estar inseridos numa abordagem holística dos sistemas de saúde, centrada nas pessoas e responsiva às necessidades das mulheres ao longo da vida...”, o que significa que a implementação de uma estratégia e/ou programa nacional visando a eliminação do CCU irá enfrentar, basicamente, os mesmos *Desafios* que o próprio “Sistema de Saúde” enfrenta, no entanto, com algumas particularidades que lhe são próprias como programa de saúde de uma área técnica específica.



Na *Avaliação Qualitativa do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama: Principais Desafios e Recomendações-Chave* – realizada em 2018 através das visitas de supervisão, encontros do Grupo Técnico Nacional do CACUM e em reuniões nacionais, tais como nos Conselhos Coordenadores de Saúde, é possível verificar que a maior parte dos desafios identificados são inerentes aos seis Pilares do Sistema de Saúde, e as recomendações-chave têm como foco apoiar o seu reforço.

Em relação às principais *Oportunidades*, Moçambique apresenta factos importantes que contribuem sobremaneira para assegurar a implementação e sustentabilidade do Programa Nacional visando a eliminação do CCU como um

problema de saúde pública, tais como:

- ☑ A Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero é uma das 7 Prioridades do MISAU (Prioridade N° 6), refletida no Plano Estratégico do Sector da Saúde até 2024;
- ☑ Existe uma forte apropriação e liderança a Nível Central, e um substancial aumento da apropriação e liderança aos Níveis Provincial, Distrital e das US;
- ☑ Em 2018, o MISAU despendeu 29.467.869,73 Mt (cerca de USD 967.110) em compra de material e equipamento para VIA, Crioterapia, Colposcopia e LEEP;
- ☑ Existe um forte envolvimento de personalidades políticas e da sociedade civil ⁽¹⁹⁾ na advocacia e apoio para o rastreio e tratamento do cancro do colo do útero a nível do país (Esposa do Presidente da República, Esposas dos Governadores, Líderes Religiosos, outros....);

4.4: Porquê um Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do CCU em Moçambique?

A *principal razão* para que Moçambique implemente um Roteiro Nacional visando a eliminação do CCU é a necessidade urgente em iniciar intervenções inovadoras e de alto impacto na redução da morbimortalidade nas mulheres moçambicanas devido ao Cancro do Colo do Útero, considerando que se estes esforços não forem empreendidos o mais cedo possível, como já referido, as estimativas do GloboCan preveem que em 2040 o N° de Novos Casos e de Mortes por CCU aumentará em 95,1% (de 5.235 em 2020 para 10.388 em 2040) e 95,6% (de 3.850 em 2020 para 7.532 em 2040) respetivamente (GloboCan, 2022).

Por outro lado, Moçambique é também um dos 194 países que endossou os esforços da OMS para a Eliminação do Cancro do Colo do Útero como um Problema de Saúde Pública a Nível Global, o que significa que tem o dever e a responsabilidade de despende e implementar todos os esforços necessários para garantir a operacionalização do seu compromisso e da sua contribuição para a eliminação do CCU no mundo.

Apesar de Moçambique ter iniciado em 2009 um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama (CACUM), e de ter atingido resultados significativos no rastreio e tratamento de lesões precursoras do CCU num número considerável de Mulheres, é necessário

¹⁸ [Draft Global Strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem \(who.int\)](#)

¹⁹ Moçambique: 1) realizou uma Reunião Nacional de Advocacia para o Combate aos Cancros do Colo do Útero, da Mama e da Próstata – nos dias 21 a 22 de Maio de 2013;

2) acolheu a 7ª Conferência das Primeiras Damas de África SOBRE O CANCRO DO COLO DE ÚTERO EM ÁFRICA, realizada nos dias 21 a 23 de Julho de 2013;

que o País faça a revisão e atualização das suas políticas, estratégias e abordagens programáticas de forma a cumprir com as Metas Globais que foram por si endossadas.

Este esforço global está alinhado com os Instrumentos dos Direitos Humanos que defendem a Saúde como um Direito Humano, bem como com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seu princípio abrangente de não deixar ninguém para trás. Este esforço apoia ainda o alcance de vários Objetivos e metas de Desenvolvimento Sustentável, e é também um componente da Estratégia Global do Secretário-Geral das Nações Unidas para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016–2030).

A Tabela N° 10 apresenta as **Principais Ações Estratégicas da OMS para a Implementação de um Roteiro Nacional**

Rumo à Eliminação do CCU ⁽²⁰⁾.

Para eliminar o Câncer do Colo do Útero, todos os países devem atingir e manter uma Taxa de Incidência abaixo de 4 por 100.000 mulheres. Atingir esse objetivo baseia-se em três pilares principais e suas metas correspondentes:

Vacinação:	90% das meninas totalmente vacinadas com a vacina contra o HPV até os 5 anos;
Rastreio:	70% das mulheres rastreadas usando um teste de alto desempenho aos 35 anos e novamente aos 45 anos;
Tratamento:	90% das mulheres com pré-câncer tratadas e 90% das mulheres com câncer invasivo tratadas

Cada país deve cumprir as metas 90-70-90 até 2030 para entrar no caminho da eliminação do CCU na entrada do próximo século.

Fonte: GLOBAL STRATEGY TO ACCELERATE THE ELIMINATION OF CERVICAL CANCER AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM. [9789240014107-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications-detail/global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer-as-a-public-health-problem)

Tabela N° 10: Principais Ações Estratégicas Recomendadas pela OMS

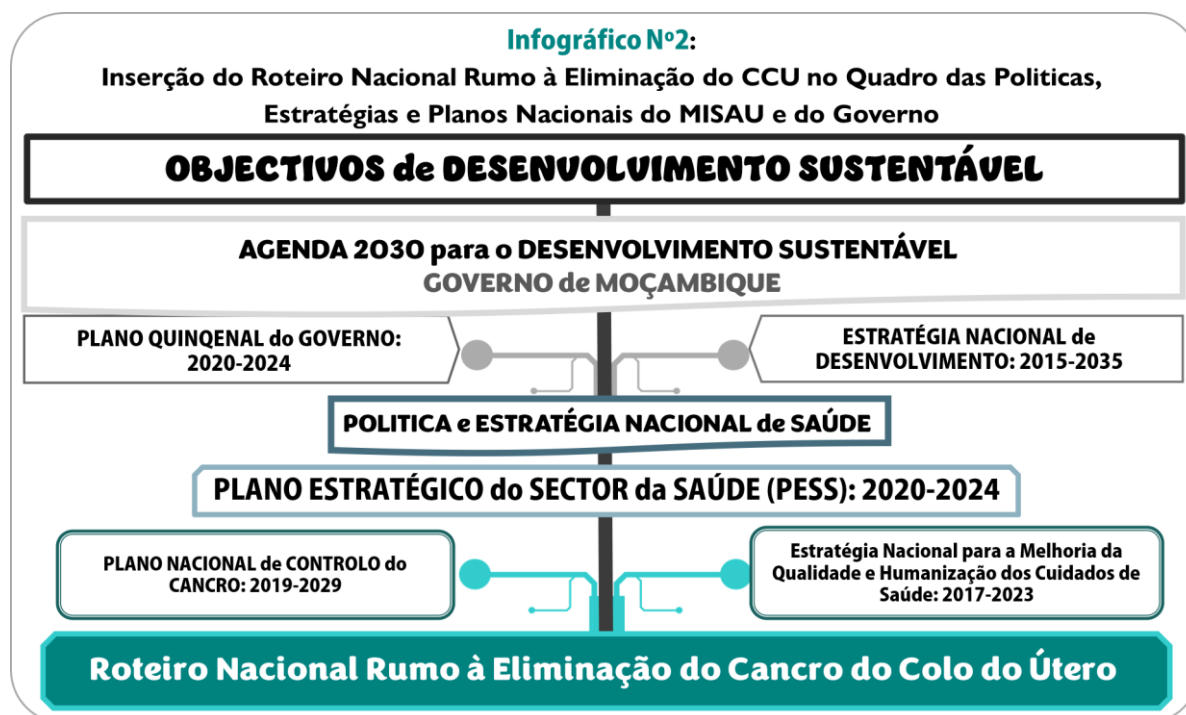
Ações Estratégicas para atingir 90% de Cobertura da Vacinação contra o HPV:	
Garantir Vacinas suficientes e acessíveis contra o HPV:	✓ É um esforço conjunto de todos os parceiros e o sector privado para superar as restrições no fornecimento de vacinas. Além disso, por meio de intervenções apropriadas de modelagem de mercado, preços mais acessíveis podem ser alcançados, garantindo um mercado acessível de vacinas contra o HPV.
Aumentar a Qualidade e a Cobertura da Vacinação:	✓ Aumentar a cobertura da Vacinação contra o HPV exige plataformas multisectoriais eficientes e sustentáveis (como programas de imunização escolar) e abordagens comunitárias inovadoras para alcançar populações vulneráveis (ex: as adolescentes que não frequentam a escola). O Sistema de Informação para a Saúde deve monitorar e apoiar a tomada de decisões para aumentar a cobertura e a qualidade.
Melhorar a Comunicação e a Mobilização Social:	✓ À medida que os Programas de Vacinação contra o HPV são expandidos, são necessários esforços de comunicação e mobilização social em todo o país. É crítico compreender as barreiras sociais/culturais/sociais e outras que podem afetar a aceitação da vacina. Algumas comunidades precisarão de esforços extra para o seu envolvimento e para o combate à desinformação visando superar os tabus em relação às vacinas.
Inovar para melhorar a eficiência da Vacinação:	✓ Diretrizes, políticas e estratégias nacionais devem ser atualizadas à medida que novas evidências, inovações e abordagens mais eficiente se tornam disponíveis para garantir a Vacinação contra o HPV.
Ações Estratégicas para atingir 70% de Cobertura de Rastreio e 90% de Tratamento de Lesões Pré-cancerosas:	
Compreender as Barreiras que afetam o Acesso aos Serviços de Saúde e criar um ambiente propício:	✓ Uma compreensão sólida das barreiras sociais, culturais, sociais e estruturais para a aceitação dos serviços é fundamental. Esse conhecimento informará o desenvolvimento de estratégias de criação de demanda específicas ao contexto e culturalmente apropriadas, bem como a implementação de plataformas de prestação de serviços aceitáveis e acessíveis. ✓ As comunidades locais, especialmente as mulheres, devem ser engajadas e capacitadas para liderar o desenvolvimento destes programas críticos, servir como aliadas, combater a desinformação ou o estigma e apoiar aquelas que precisam de tratamento mais complexo. ✓ Aumentar a alfabetização em saúde, o conhecimento dos direitos e a prevenção e controle do CCU ajudará a mobilizar, capacitar e engajar as comunidades e a sociedade civil e as mulheres na sua diversidade.
Integrar os Serviços de Rastreio e Tratamento no Pacote da Atenção Primária:	✓ Os serviços devem ser integrados nos serviços atuais de SSR e de HIV. Os Serviços de Saúde com base nas Escolas são pontos de entrada para alcançar mulheres e meninas. Os mecanismos de referência centrados nas pessoas devem minimizar os inconvenientes para as utentes/pacientes e reduzir os custos.
Promover a Abordagem de Visita Única: Ver e Tratar:	✓ Os países precisam expandir as US com a Abordagem de Visita Única: Ver e Tratar. É possível que esta abordagem não seja sempre viável, no entanto, deve ser promovida e implementada conforme apropriado.
Garantir um fornecimento acessível de Testes para Rastreio de Alto Desempenho com garantia de qualidade:	✓ O registo imediato e a configuração do mercado para dispositivos de diagnóstico e tratamento do CCU levarão a um melhor acesso e acessibilidade. A OMS vai fortalecer a capacidade de pré-qualificação, conforme apropriado, para se manter a par das tecnologias emergentes. A vigilância pós-comercialização de todos os dispositivos médicos, incluindo diagnósticos in vitro, garantirá a monitoria da segurança à medida que os programas aumentam.
Reforçar a Capacidade Laboratorial e os Programas de Garantia de Qualidade:	✓ Redes eficientes e integradas de Serviços Laboratoriais maximizarão o impacto dos Recursos Humanos e Financeiros limitados. ✓ Programas Robustos de Garantia e Monitoria da Qualidade são essenciais para garantir que os Serviços prestados atendam aos padrões necessários. A formação e a supervisão devem ser componentes integrais para garantir a prestação de serviços com qualidade.

V. Roteiro Nacional para a Eliminação do CCU em Moçambique:

5.1: Inserção nas Principais Políticas, Estratégias e Planos Nacionais do MISAU e do Governo:

O presente “**Roteiro**” não é um esforço vertical de um Programa Nacional, mas está enquadrada nas principais políticas e planos estratégicos nacionais, e representa uma componente importante de resposta no âmbito da operacionalização das principais Políticas, Estratégias e Planos

do MISAU e do Governo, as/os quais, por sua vez representam a resposta do País aos vários compromissos assumidos, tanto a nível global como nacional, em termos de Saúde para garantir um Desenvolvimento Sustentável. O Infográfico N° 2 fornece uma “*fotografia*” que mostra a inserção do presente Roteiro no Quadro Nacional das principais Políticas e Estratégias do MISAU e do Governo.



Para além de pretender operacionalizar o compromisso e a contribuição de Moçambique para a eliminação do CCU no mundo, este “**Roteiro**” tem também a intensão de operacionalizar as orientações estratégicas emanadas do “**Plano Nacional de Controlo do Cancro, 2019-2029**” que

fornece a Visão do MISAU para o Controlo do Cancro em Moçambique, as principais Áreas de Intervenções, principais Objetivos, Estratégias e Resultados Esperados para cada Área, assim como, os principais Indicadores e Metas para os Cancros mais frequentes em Moçambique, incluindo o Cancro do Colo do Útero, da Mama e da Próstata.



A um nível mais operacional, o Plano Estratégico do Sector da Saúde - PESS: 2020-2024 identifica a prevenção e controlo do Cancro do Colo do Útero como uma das 7 Prioridades (Prioridade N° 6) do MISAU (Infográfico N° 4).

Importa também mencionar que o Programa Nacional de Controlo e Prevenção do Cancro do Colo do Útero representa uma “*intervenção-chave*” para a Prioridade N° 4, na Componente relativa ao HIV, considerando a vulnerabilidade e risco acrescido das Mulheres HIV+/Mulheres vivendo com HIV para o Cancro do Colo do Útero.

Infográfico N°4:

Pilares e Prioridades do Plano Estratégico do Sector da Saúde: 2020-2024

Pilares para o Reforço do Sistema de Saúde



5.2: Níveis, Abordagens e Principais Componentes para a Prevenção Primária e Secundária do CCU:

O Roteiro Nacional pretende operacionalizar as Recomendações da OMS assegurando as seguintes intervenções para a Prevenção Primária e Secundária do CCU:

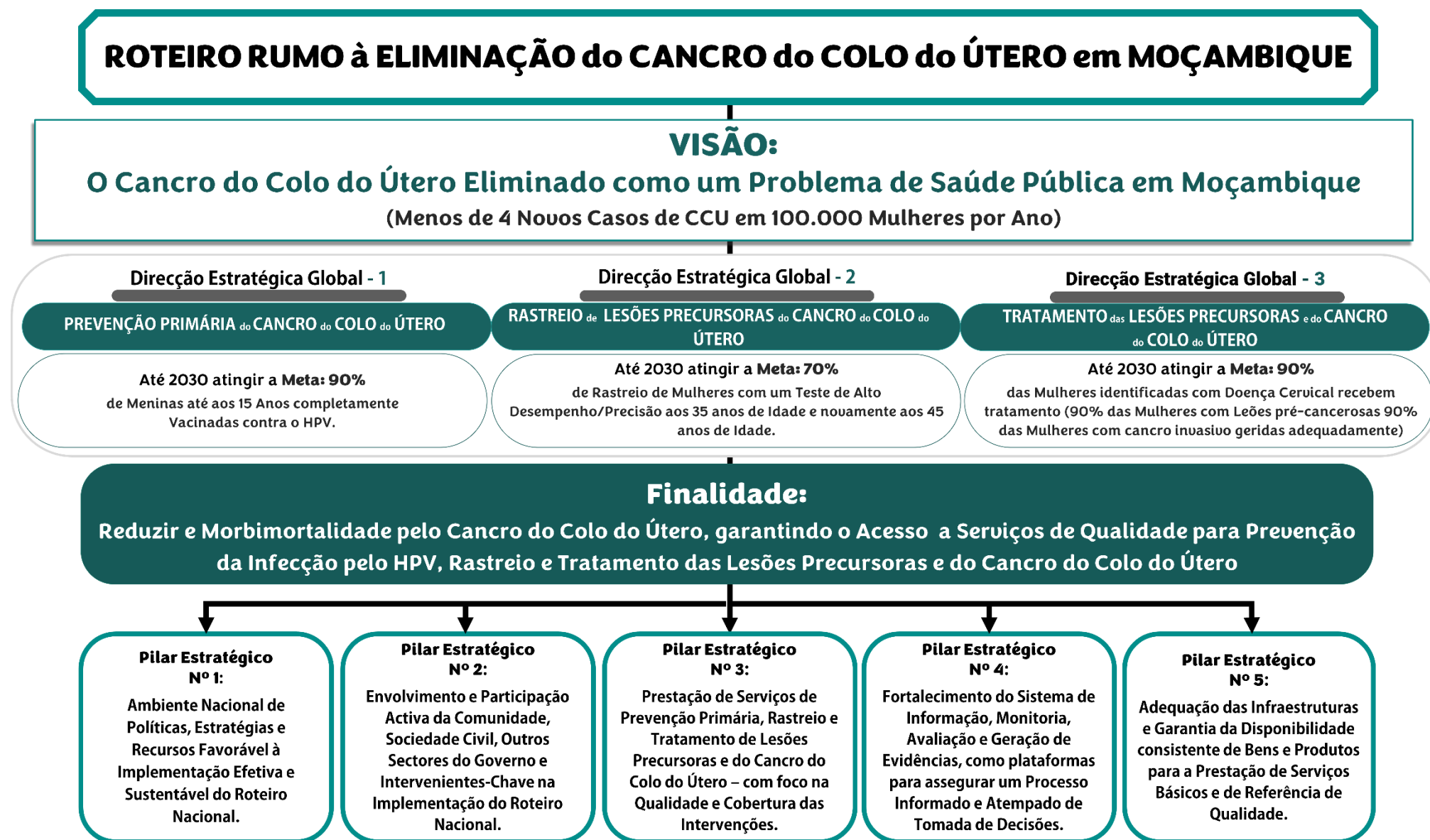
Figura N° 9:

Níveis, abordagens e componentes para a Prevenção Primária e Secundária do CANCRO do COLO do ÚTERO



5.3: Quadro de RESULTADOS:

5.3.1: Visão, Direções Estratégicas Globais, Finalidade e Pilares Estratégicos:



5.3.2: Áreas de Intervenção e Resultados Esperados por Pilar Estratégico:

Pilar Estratégico Nº 1:

Ambiente Nacional de Políticas, Estratégias e Recursos Favorável à Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional.

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 1.1:

Liderança, Coordenação e Estabelecimento de Parcerias para Implementação do Roteiro Nacional para a Eliminação do Cancro Cervical em Moçambique:

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 1.2:

Eliminação do Cancro do Colo do Útero, na Agenda de Prioridades do Governo aos vários de Governação e Decisão, como um Problema de Saúde Pública:

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 1.3:

Financiamento Sustentável e Execução Financeira em Conformidade com as Normas Nacionais e dos Doadores/Parceiros de Implementação:

Pilar Estratégico Nº 2:

Envolvimento e Participação Activa da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e Intervenientes-Chave na Implementação do Roteiro Nacional.

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 2.1:

Engajamento da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e de Outros Intervenientes-Chave na divulgação, implementação, monitoria e avaliação do Roteiro Nacional:

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 2.2:

Conscientização, Autocuidado e Procura por Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero (CCU):

RESULTADO Nº 1.1.1:

Estabelecido um Processo e Mecanismos-Padrão para assegurar a Liderança e Coordenação efetivas do Roteiro Nacional - aos vários Níveis da sua Implementação.

RESULTADO Nº 1.2.1:

Garantidas intervenções consistentes de Divulgação do Cancro do Colo do Útero como um Problema de Saúde Pública em Moçambique, e de Advocacia do Roteiro Nacional para a sua Eliminação em vários Fóruns de Tomada de Decisões e aos vários Níveis da Governação.

RESULTADO Nº 1.3.1:

Garantidos os Recursos Necessários para a Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional.

RESULTADO Nº 2.1.1:

Existência de uma Abordagem para Informação, Educação e Comunicação para a Mudança Social e Comportamental, e de Geração de Demanda para a Prevenção do Cancro do Colo do Útero - como uma das Plataformas-Chave para a implementação do Roteiro Nacional.

RESULTADO Nº 2.2.1:

Aumentada a Conscientização, Autocuidado e a Procura pelos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU, e a Observância do Calendário das Intervenções Requeridas.

RESULTADO Nº 1.1.2:

Instituída uma Abordagem que garante o Estabelecimento de Parcerias Robustas para apoio à Implementação Sustentável do Roteiro Nacional.

RESULTADO Nº 1.2.2:

Assegurada a Inclusão do Roteiro Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique - na Agenda de Políticas, Estratégias e Planos Nacionais do Ministério da Saúde e dos Governos Nacional, Provincial e Distrital.

RESULTADO Nº 1.3.2:

Assegurada a Implementação de um Processo de Gestão Financeira e de Prestação de Contas Transparente e em Conformidade com as Normas e Procedimentos do Governo, dos Parceiros de Implementação e dos Doadores.

RESULTADO Nº 2.1.2:

Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo, Média e Outros Intervenientes-Chave capacitados, organizados e a participarem activamente na divulgação, implementação, monitoria e avaliação do Roteiro Nacional.

RESULTADO Nº 1.2.3:

Garantida a Inserção das Intervenções-Chave do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique - nos Processos Anuais de Planificação e Orçamentação (PESOE) do Governo/MISAU a todos os Níveis de Governação e Gestão.

Pilar Estratégico Nº 3:

Prestação de Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero – com foco na Qualidade e Cobertura das Intervenções.

Pilar Estratégico Nº 4:

Fortalecimento do Sistema de Informação, Monitoria, Avaliação e Geração de Evidências, como plataformas para assegurar um Processo Informado e Atempado de Tomada de Decisões.

Pilar Estratégico Nº 5:

Adequação das Infraestruturas e Garantia da Disponibilidade consistente de Bens e Produtos (Equipamentos, Materiais, Reagentes, Consumíveis ...) para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência de Qualidade.

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 3.1:

Acesso, Disponibilidade e Qualidade Consistentes dos Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento do CCU:

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 3.2:

Recursos Humanos Qualificados, Motivados e Suficientes para assegurar a Implementação do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique:

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 4.1:

Estabelecimento do Processo e Mecanismos para a Monitoria e Avaliação consistente da Implementação do Roteiro Nacional, e para Divulgação do seu Grau de Cumprimento e dos Resultados alcançados:

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 4.2:

Criação de uma Capacidade Robusta de Geração de Informações-Chave Fiáveis para assegurar a M&A consistente da Qualidade e Cobertura dos Serviços Básicos e de Referência:

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 4.3:

Implementação de uma Agenda de Pesquisas para Geração de Evidências que apoiem a Tomada de Decisões Estratégicas e a Implementação de Inovações e Melhores-Práticas nas Componentes de Gestão, Geração de Demanda e de Prestação de Serviços:

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 5.1:

Adequação das infraestruturas, às necessidades identificadas, para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU:

ÁREA DE INTERVENÇÃO

Nº 5.2:

Aquisição e distribuição de Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ... para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU:

RESULTADO Nº 3.1.1:

Estabelecido o Modelo, e definido o Plano de Expansão para os Serviços de Prevenção Primária (Vacinação para HPV), de Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do CCU, incluindo o Processo e Mecanismos de Referência e Contra-Referência das Utentes/Pacientes.

RESULTADO Nº 3.2.1:

Assegurada a Disponibilidade de Recursos Humanos de Qualidade para a Prevenção, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero, como Componente-Chave para a Implementação do Roteiro Nacional.

RESULTADO Nº 4.1.1:

Assegurada a Monitoria e Avaliação da Implementação do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do CCU, e Garantida a Partilha e Divulgação sobre o seu Grau de Cumprimento e dos Resultados Alcançados.

RESULTADO Nº 4.2.1:

Assegurada a Monitoria e Avaliação Consistente da Qualidade e Cobertura dos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU (Serviços Básicos e de Referência) para a Tomada Informada e Oportuna de Decisões.

RESULTADO Nº 4.3.1:

Implementadas Inovações e Melhores-Práticas, com base em Evidências, que asseguram a Melhoria Contínua da Gestão Geral da Estratégia, Gestão Programática, Geração de Demanda e da Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU,

RESULTADO Nº 5.1.1:

Infraestruturas com Condições Favoráveis para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU com qualidade.

RESULTADO Nº 5.2.1:

Sanitárias com Disponibilidade Consistente de Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ... para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU, com qualidade.

RESULTADO Nº 3.1.2:

Estabelecida uma Abordagem e Mecanismos Efectivos para a Melhoria Contínua e Garantia da Qualidade dos Serviços prestados (Serviços Básicos e Serviços de Referência).

RESULTADO Nº 3.2.2:

Acordado e Implementado, em coordenação com a Direção de Recursos Humanos, um Plano e Mecanismos para a Retenção e Satisfação dos Profissionais de Saúde, no contexto de Apoio do Roteiro Nacional à operacionalização do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2016-2025.

5.4: Principais Ações Estratégicas por Resultado Esperado:

Neste documento são apresentadas as Principais Ações Estratégicas por Resultado Esperado, enquanto o **Guão para a Operacionalização do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique**, fornece as Intervenções-Chave para cada uma das Ações Estratégicas, por Nível de Gestão do Programa e de Prestação de Serviços, tendo como principal objetivo: **fornecer as diretrizes-chave para assegurar a padronização do processo de operacionalização do Roteiro, de forma coordenada e integrada entre os Níveis de Gestão e de Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero.**

PILAR ESTRATÉGICO Nº1: Ambiente Nacional de Políticas, Estratégias e Recursos Favorável à Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional.

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 1.1: Liderança, Coordenação e Estabelecimento de Parcerias para Implementação do Roteiro Nacional para a Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique.

RESULTADO Nº 1.1.1: Estabelecido um Processo e Mecanismos-Padrão para assegurar a Liderança e Coordenação efetivas do Roteiro Nacional para a Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique - aos vários Níveis da sua Implementação.

Principais Ações Estratégicas:

Acção Estratégica 1.1.1.i)	Reforçar a Nível Nacional, e estabelecer a Nível Provincial, o Grupo Técnico para apoiar a Liderança e Coordenação da Implementação do Roteiro Nacional;
Acção Estratégica 1.1.1.ii)	Estabelecer uma Força-Tarefa a Nível Distrital e das Unidades Sanitárias incluídas no Plano de Expansão dos Serviços Básicos e de Referência – para assegurar uma Liderança e Coordenação de Qualidade na Implementação do Roteiro Nacional;
Acção Estratégica 1.1.1.iii)	Instaurados Mecanismos que garantem a gestão e a coordenação programática e técnica consistentes do Roteiro Nacional dentro do MISAU, entre os vários Níveis de Gestão/Prestação de Serviços, entre o MISAU e seus Parceiros de Implementação, e entre Parceiros de Implementação;

RESULTADO Nº 1.1.2: Instituída uma Abordagem que garante o Estabelecimento de Parcerias Robustas para apoio à Implementação Sustentável do Roteiro Nacional.

Principais Ações Estratégicas:

Acção Estratégica 1.1.2.i)	Estabelecer uma Abordagem para assegurar o Estabelecimento de Parcerias Activas no âmbito da Implementação do Roteiro para a Eliminação do CCU;
----------------------------	---

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 1.2: Eliminação do Cancro do Colo do Útero, na Agenda de Prioridades do Governo aos vários Níveis de Governação e Decisão, como um Problema de Saúde Pública.

RESULTADO Nº 1.2.1: Garantidas Intervenções consistentes de Divulgação do Cancro do Colo do Útero como um Problema de Saúde Pública em Moçambique, e de Advocacia do Roteiro Nacional para a sua Eliminação em vários Fóruns de Tomada de Decisões e aos vários Níveis da Governação.

Principais Ações Estratégicas:

Acção Estratégica 1.2.1.i)	Implementar um Plano de Intervenções para a Divulgação, Consciencialização e Advocacia do CCU como um Problema de Saúde Pública em Moçambique ao Nível dos vários Fóruns de Tomada de Decisões, tais como o Parlamento, Conselho de Ministros, Governos e Assembleias Provinciais e Distritais ...;
----------------------------	---

RESULTADO Nº 1.2.2: Assegurada a Inclusão do Roteiro Nacional – na Agenda de Políticas/Estratégias/Planos Nacionais do MISAU e dos Governos Nacional, Provincial e Distrital.

Principais Ações Estratégicas:

Acção Estratégica 1.2.2.i)	Assegurar que a Problemática do CCU em Moçambique como uma Prioridade de Saúde Pública, e o Roteiro para a sua Eliminação, constem como Prioridades nos principais Documentos Políticos e Estratégicos do Ministério da Saúde;
Acção Estratégica 1.2.2.ii)	Assegurar a inclusão/posicionamento do Roteiro Nacional, e dos esforços a serem desenvolvidos para a sua Implementação, nas Agendas Políticas ao Nível mais Alto do Governo Nacional;

Acção Estratégica 1.2.2.iii)	Assegurar a inclusão/posicionamento do Roteiro Nacional, e dos esforços a serem desenvolvidos para a sua Implementação, nas Agendas Políticas ao Nível mais Alto dos Governos Provinciais e Distritais;
RESULTADO Nº 1.2.3: Garantida a Inserção das Intervenções-Chave do Roteiro Nacional – nos Processos Anuais de Planificação e Orçamentação (PESOE) do Governo/MISAU a todos os Níveis de Governação e Gestão.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 2.3.1.i)	Assegurar a inclusão das Necessidades Financeiras para a Implementação das Intervenções-Chave do Roteiro Nacional nos PESOEs ao Nível Central, Provincial e Distrital;
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 1.3: Financiamento Sustentável e Execução Financeira em Conformidade com as Normas Nacionais e dos Doadores/Parceiros de Implementação.	
NOTA: As Ações Estratégicas para este Pilar Estratégico Nº 1, estão focadas na mobilização, garantia e gestão eficiente de “recursos financeiros”, considerando que o Pilar Estratégico Nº 3 – Área de Intervenção Nº 3.2 está focalizada na “garantia de recursos humanos qualificados, suficientes e motivados”, e o Pilar Estratégico Nº 5 está focado na “garantia de infraestruturas adequadas” e na “segurança de Bens e Produtos (equipamentos, materiais médico-cirúrgicos, reagentes, consumíveis) para a implementação de Serviços Básicos e de Referência.	
RESULTADO Nº 1.3.1: Garantidos os Recursos Necessários para a Implementação Efectiva e Sustentável do Roteiro Nacional.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 1.3.1.i)	Desenvolver um Plano para a mobilização, e mobilizar os Recursos Financeiros necessários para assegurar a implementação efetiva do Roteiro Nacional;
RESULTADO Nº 1.3.2: Assegurada a Implementação de um Processo de Gestão Financeira e de Prestação de Contas Transparente e em Conformidade com as Normas e Procedimentos do Governo, dos Parceiros de Implementação e dos Doadores.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 1.3.2.i)	Garantir a conformidade do Processo de Gestão e Prestação de Contas dos Recursos Financeiros alocados pelo OGE, Parceiros de Implementação e Doadores, de acordo com as suas respectivas Normas e Procedimentos;
PILAR ESTRATÉGICO Nº2: Envolvimento e Participação Activa da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e de Outros Intervenientes-Chave na Implementação do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique.	
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 2.1: Engajamento da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e de Outros Intervenientes-Chave na divulgação, implementação, monitoria e avaliação do Roteiro Nacional.	
RESULTADO Nº 2.1.1: Estabelecida uma Abordagem Nacional para Informação, Educação e Comunicação (IEC) para a Mudança Social e Comportamental, e de Geração de Demanda para a Prevenção do CCU - como uma das Plataformas-Chave para a implementação do Roteiro Nacional.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 2.1.1.i)	Elaborar uma Abordagem de IEC e Geração de Demanda sobre/para a Prevenção do CCU que forneça as diretrizes-chave, materiais e instrumentos necessários para todos os Níveis de Gestão/Atenção em Saúde, e para os “Intervenientes-Chave” que implementam/apoiam o Roteiro Nacional;
RESULTADO Nº 2.1.2: Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo, Mídias e Outros Intervenientes-Chave capacitados, organizados e a participarem activamente na divulgação, implementação, monitoria e avaliação do Roteiro Nacional.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 2.1.1.i)	Assegurar o engajamento da Comunidade e Sociedade Civil na divulgação, implementação, monitoria e avaliação do Roteiro;
Acção Estratégica 2.1.1.ii)	Assegurar o engajamento de Outros Sectores do Governo no desenvolvimento, divulgação, implementação, monitoria e avaliação do Roteiro;
Acção Estratégica 2.1.1.iii)	Assegurar o engajamento dos diferentes Agentes das Mídias na divulgação de mensagens visando a promoção e alcance das mudanças comportamentais e sociais desejadas para a Prevenção do CCU, assim como dos Esforços Nacionais e Resultados alcançados para a Eliminação do CCU em Moçambique;

Acção Estratégica 2.1.1.iv)	Assegurar o engajamento dos Sectores Empresarial e Privado na divulgação de mensagens visando a promoção e alcance das mudanças comportamentais e sociais desejadas para a Prevenção do CCU, e para a Utilização dos Serviços de Prevenção Primária (Vacinação para o HPV, Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do CCU);
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 2.2: Conscientização, Autocuidado e Procura por Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero (CCU).	
RESULTADO Nº 2.1.1: Aumentada a Conscientização sobre o CCU, Autocuidado e a necessidade de procura por Serviços de Vacinação contra o HPV, de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU, e sobre a Observância do Calendário das Intervenções Requeridas.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 2.2.1.i)	Assegurar a Conscientização das Meninas e Mulheres sobre a Problemática, Prevenção e Tratamento do CCU;
Acção Estratégica 2.2.1.ii)	Promover e assegurar os conhecimentos e habilidades necessárias, a todas as mulheres de 25-49 Anos, sobre autocuidado para o CCU;
PILAR ESTRATÉGICO Nº3: Prestação de Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU – com foco na Qualidade e na Cobertura das Intervenções.	
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 3.1: Acesso, Disponibilidade e Qualidade Consistentes dos Serviços de Prevenção Primária, de Rastreio e Tratamento do CCU.	
RESULTADO Nº 3.1.1: Estabelecido o Modelo, e definido o Plano de Expansão para os Serviços de Prevenção Primária (Vacinação contra o HPV), Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e Gestão de Casos de CCU, incluindo o Processo e Mecanismos de Referência e Contra-Referência das Utentes/Pacientes.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 3.1.1.i)	Estabelecer o Modelo de Prestação de Serviços e um Plano de Implementação para a Expansão da Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do CCU;
Acção Estratégica 3.1.1.ii)	Instituir um Processo e Mecanismos-Padrão para a Referência e Contra-Referências das Utentes/Pacientes;
RESULTADO Nº 3.1.2: Estabelecida uma Abordagem e Mecanismos efectivos para a Melhoria Contínua e Garantia da Qualidade dos Serviços Básicos e de Referência prestados.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 3.1.3.i)	Estabelecer uma Abordagem e Mecanismos Práticos e Dinâmicos para Garantir a Melhoria Contínua da Qualidade dos Serviços Básicos e de Referência para o Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU;
Acção Estratégica 3.1.3.ii)	Instituir Critérios e Mecanismos para as Avaliações Internas, Externas e para o Reconhecimento dos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU (Serviços Básicos e de Referência);
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 3.2: Recursos Humanos Qualificados, Motivados e Suficientes para assegurar a Implementação do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique.	
RESULTADO Nº 3.2.1: Assegurada a Disponibilidade de Recursos Humanos de Qualidade para a Prevenção, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero, como Componente-Chave para a Implementação do Roteiro Nacional de Eliminação do CCU.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 3.2.1.i)	Incluir Conteúdos Técnicos sobre Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero nos Currícula de Formação Inicial/Formal de Cursos afins (<i>Medicina Geral, Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia, Técnicos de Cirurgia, Enfermeiras Obstétricas de Nível Superior, Enfermeiras de SMI de Nível Médio e Básico</i>);
Acção Estratégica 3.2.1.ii)	Estabelecer/Reforçar o Processo e Metodologias-Padrão para assegurar a Formação Contínua dos Profissionais de Saúde, com qualidade, nos Conteúdos Técnicos para o Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero, e em Áreas-Chave de forma a Implementação do Roteiro Nacional para a Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique;

Acção Estratégica 3.2.1.iii)	Assegurar a disponibilidade suficiente e consistente de Profissionais de Saúde de forma a garantir a Implementação contínua do Roteiro Nacional para a Eliminação do Cancro do Colo do Útero de acordo com os Resultados a serem alcançados anualmente;
RESULTADO Nº 3.2.2: Acordado e Implementado, em coordenação com a Direcção de Recursos Humanos, um Plano e Mecanismos para a Retenção e Satisfação dos Profissionais de Saúde, no contexto de Apoio do Roteiro Nacional à operacionalização do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2016-2025.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 3.2.2.i)	Implementar, em coordenação com a Direcção Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, um Plano de Apoio à Retenção e Satisfação dos Profissionais de Saúde qualificados nos Serviços Básicos e de Referência para o Cancro do Colo do Útero;
PILAR ESTRATÉGICO Nº4: Fortalecimento do Sistema de Informação, Monitoria, Avaliação e Geração de Evidências, como plataformas para assegurar um Processo Informado e Atempado de Tomada de Decisões.	
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 4.1: Estabelecimento do Processo e Mecanismos para a Monitoria e Avaliação consistente da Implementação do Roteiro Nacional, e para a Partilha e Divulgação do seu Grau de Cumprimento e dos Resultados alcançados.	
RESULTADO Nº 4.1.1: Assegurada a Monitoria e Avaliação da Implementação do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do CCU, e Garantida a Partilha e Divulgação sobre o seu Grau de Cumprimento e dos Resultados Alcançados.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 4.1.1.i)	Assegurar a Monitoria e Avaliação regular/consistente do Grau de Implementação do Roteiro dos Resultados Alcançados Rumo à Eliminação do CCU no País;
Acção Estratégica 4.1.1.ii)	Garantir a Partilha/Divulgação do Grau de Implementação do Roteiro Nacional e dos Resultados Alcançados;
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 4.2: Criação de uma Capacidade Robusta de Geração de Informações-Chave fiáveis para assegurar a M&A consistente da Qualidade e Cobertura dos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU (Serviços Básicos e de Referência).	
RESULTADO Nº 4.2.1: Assegurada a Monitoria e Avaliação Consistente da Qualidade e Cobertura dos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU (Serviços Básicos e de Referência) para a Tomada Informada e Oportuna de Decisões.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 4.2.1.i)	Estabelecer um Processo adequado para a Monitoria e Avaliação da Qualidade e Cobertura dos Serviços Básicos e de Referência;
Acção Estratégica 4.2.1.ii)	Assegurar a Qualidade Consistente dos Dados/Informações Registadas, Agregadas e Reportadas;
Acção Estratégica 4.2.1.iii)	Garantir a Análise efectiva dos Níveis e Tendências dos Indicadores de Qualidade e Cobertura para uma Tomada Informada e Atempada de Decisões;
ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 4.3: Implementação de uma Agenda de Pesquisas para Geração de Evidências que apoiem a Tomada de Decisões Estratégicas e a Implementação de Inovações e Melhores-Práticas nas Componentes de Gestão, Geração de Demanda e de Prestação de Serviços.	
RESULTADO Nº 4.3.1: Implementadas Inovações e Melhores-Práticas, com base em Evidências, que asseguram a Melhoria Contínua da Gestão Geral do Roteiro, Gestão Programática, Geração de Demanda e da Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU.	
Principais Ações Estratégicas:	
Acção Estratégica 4.3.1.i)	Implementar uma Agenda de Pesquisas Operacionais relevantes e Assegurar a utilização das Evidências geradas na Tomada de Decisões Estratégicas e na Implementação de Inovações e Melhores-Práticas a Nível da Gestão do Roteiro, Gestão Programática, Geração de Demanda, Prestação de Serviços, ...;
Acção Estratégica 4.3.1.ii)	Estabelecer uma “ <u>Base para Repositório e Consulta de Evidências Científicas e Melhores-Práticas Técnicas, Normativas, Programáticas e de Gestão</u> ” nas várias Áreas de Interesse do Roteiro Nacional;

PILAR ESTRATÉGICO Nº5: Adequação das Infraestruturas e Garantia da Disponibilidade consistente de Bens e Produtos (Equipamentos, Materiais, Reagentes, Consumíveis ...) para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência de Qualidade.

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 5.1: Adequação das infraestruturas, às necessidades identificadas, para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU.

RESULTADO Nº 5.1.1: Infraestruturas com Condições Favoráveis para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU com qualidade.

Principais Ações Estratégicas:

Acção Estratégica 5.1.1.i)	Identificar as “ <u>Necessidades Padrão em Infraestruturas</u> ” (incluindo Mobiliário Hospitalar) para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência;
Acção Estratégica 5.1.1.ii)	Adequar as Infraestruturas em Utilização às “ <u>Necessidades Padrão</u> ” acordadas (incluindo Mobiliário Hospitalar) para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência <i>(considerando os Recursos disponíveis no Roteiro Nacional e de Outros Recursos possíveis de serem mobilizados a Nível das Províncias)</i> ;

ÁREA DE INTERVENÇÃO Nº 5.2: Aquisição e distribuição de Bens e Produtos (Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ...) para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU.

RESULTADO Nº 5.2.1: Unidades Sanitárias com Disponibilidade Consistente de Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ... para a Prestação de Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do CCU, com qualidade.

Principais Ações Estratégicas:

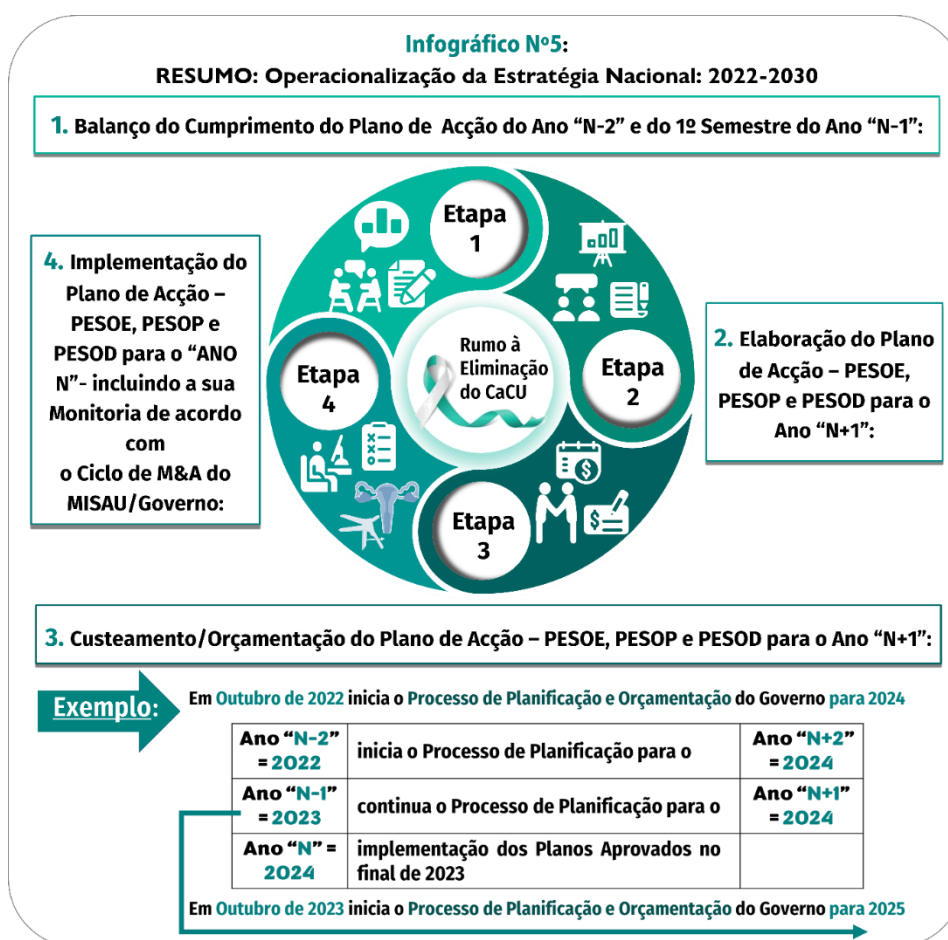
Acção Estratégica 5.2.1.i)	Elaborar as “ <u>Especificações-Padrão</u> ” dos Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ... para o Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do CCU;
Acção Estratégica 5.2.1.ii)	Assegurar a previsão/quantificação correta e atempada das necessidades em Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ... ;
Acção Estratégica 5.2.1.iii)	Apoiar o Processo de Aquisição de Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ..., para os Serviços Básicos e de Referência;
Acção Estratégica 5.2.1.iv)	Apoiar a planificação e monitoria da alocação e distribuição dos Equipamentos, Materiais Médico-Cirúrgicos, Reagentes, Consumíveis, ..., para os Serviços Básicos e de Referência;
Acção Estratégica 5.2.1.v)	Garantir a utilização adequada, e apoiar a implementação do processo e procedimentos para a manutenção consistente dos Equipamentos para o Rastreio e Tratamento das Lesões Precursoras do CCU;

5.5: Operacionalização do Roteiro Nacional – Aspectos-Chave:

As Principais Ações Estratégicas e as Intervenções-Chave para cada uma destas ações ⁽²⁰⁾ estão identificadas, contudo é necessário que estas sejam implementadas através de um Processo Anual de Planificação Operacional, sem o qual não será possível alcançar os Resultados que se esperam até 2030. O resumo deste Processo é apresentado no Infográfico a seguir:

Em termos de cronograma, cada Etapa seguirá as datas-limite do Processo de Planificação e Orçamentação Interna do MISAU e do Governo para a elaboração, revisão e submissão dos Planos Económicos, Sociais e de Orçamento do Estado para cada Nível de Gestão do Sector da Saúde (Central: PESOEs; Provincial: PESOPs e Distrital: PESODs).

Normalmente o Processo de Planificação e Orçamentação do Governo inicia em Outubro do Ano “N-2” com a recepção e projeção pelos Sectores do Governo do “Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) e Preparação do Quadro Macroeconómico para o “ANO N+2”. A compilação dos PESOE, PESOP e PESOD definitivos para o “ANO N+1” é realizada entre 1 a 14 de Agosto do “Ano N-1”, considerando que antes do envio destes ao Ministério do Plano e Finanças (MEF-DNPO) até ao final da 1ª semana de Setembro do Ano “N-1”, estes documentos devem ser apresentados, discutidos e aprovados pelo Consultivo do Sr. Ministro da Saúde.



Assim, a planificação e discussão com os Parceiros de Cooperação devem ser simultâneas ao Processo de Planificação e Orçamentação do MISAU/Governo, de forma que os Planos Anuais definitivos (PES-OEs, PESOPs e PESODs) a serem apresentados, discutidos e aprovados no Consultivo do Sr. Ministro da Saúde possam já incluir o “tipo de apoio e os indicativos orçamentais dos Parceiros”. A apresentação e discussão final do PES-OEs com os Parceiros

de Cooperação para o “ANO N+1” deve ser realizada entre 15 de Setembro a 15 de Outubro do “ANO N-1”, o que permitirá a estes Parceiros a confirmação dos seus apoios orçamentais para o “ANO N+1”.

Como referido na Área de Intervenção N° 1.3 - Resultado N° 1.3.1: Garantidos os Recursos Necessários para a Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional; na Ação Estratégica 1.3.1.i) *Mobilizar os Recursos Financeiros*

²⁰ As Intervenções-Chave por Ação Estratégica estão identificadas no *Guião para a Operacionalização do Roteiro Nacional Rumo à Eliminação do Cancro do Colo do Útero em Moçambique*

necessários para assegurar a implementação efetiva do Roteiro Nacional – é de relevante importância que os Doadores, Parceiros de Cooperação e de Implementação possam assumir um compromisso de Apoio e Recursos Financeiros para a Implementação do Roteiro Nacional numa “Base Plurianual”, de forma a garantir a previsão do “envelope de recursos disponíveis” até 2030, assim como uma planificação operacional anual consistente.

Para assegurar uma planificação, orçamentação e implementação integrada, padronizada e o alinhamento das ações estratégicas e respetivas intervenções-chave para cada

Pilar Estratégico, a serem consertadas entre as várias Direções Nacionais a Nível do MISAU (alinhamento horizontal) e, das intervenções-chave a serem implementadas através dos vários Níveis de Gestão e de Prestação de Serviços do SNS (alinhamento vertical), foi desenvolvido um “Guião de Apoio à Operacionalização do Roteiro Nacional”. Esta planificação e implementação encadeada das Diretrizes do Roteiro Nacional irá contribuir sobremaneira para que os Resultados e Metas estabelecidas possam ser alcançadas.

5.6: Processo para a Monitoria e Avaliação do Roteiro Nacional:

5.6.1: Processo e Mecanismos para a Monitoria e Avaliação do Roteiro Nacional:

O Processo Geral de Monitoria e Avaliação tem como finalidade oferecer informação consistente e fiável sobre os progressos na implementação do Roteiro, tal como:

- ✓ Monitorar a implementação das Intervenções-chave definidas para cada Nível de Gestão e Atenção em Saúde, de forma a garantir uma tomada informada e atempada de decisões para solucionar os desafios, constrangimentos e problemas que possam surgir durante a implementação, e se necessário, assegurar a sua revisão e/ou adequação;
- ✓ Analisar, avaliar e documentar em que medida as Ações Estratégicas identificadas para os diferentes Pilares, Áreas de Intervenção e Resultados Esperados estão a ser implementadas para, da mesma forma, se poder garantir uma tomada informada e atempada de decisões, e se necessário, assegurar a sua revisão, adequação e/ou completa mudança;

Assim, em geral a Componente de Monitoria fará a identificação e seguimento regular, de acordo com o Processo e Cronograma de Monitoria dos Planos Anuais (PESOE, PESOPs e PESODs) do MISAU/Governo (Infográfico N° 6), dos progressos alcançados na implementação efetiva do Roteiro, provendo oportunidades de clarificar, identificar e responder às necessidades que surjam durante a sua implementação, ao passo que a Componente de Avaliação apoiará na determinação da relevância, eficiência, eficácia e sustentabilidade das Diretrizes Estratégicas para o alcance dos Resultados Esperados e da Finalidade rumo à Visão do Roteiro Nacional.

Como representado no Infográfico N° 6, entre 2022 e 2030 serão realizadas duas Avaliações Intercalares (em 2025 e

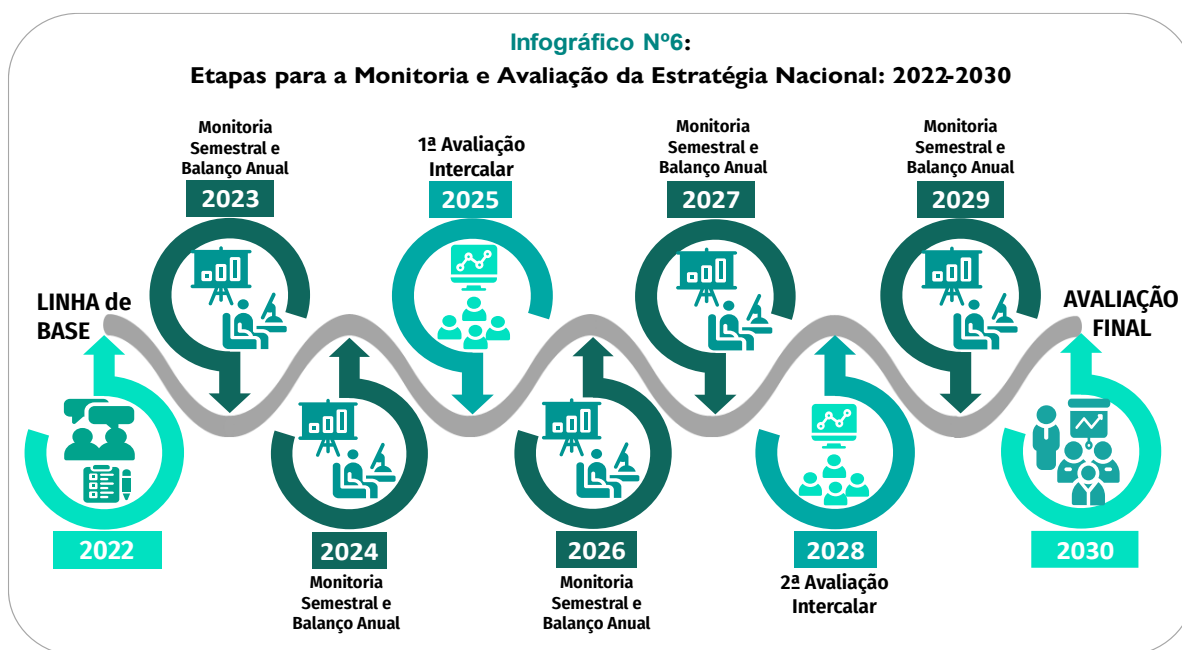
2028) de forma a analisar em maior detalhe a pertinência e impacto das ações estratégicas e das intervenções-chave nos Resultados alcançados, permitindo a sua revisão, adequação e/ou completa mudança, tendo também em consideração os dados e informações das pesquisas operacionais realizadas como plataformas de apoio para esta revisão. Apesar da proposta para a realização da 2ª Avaliação Intercalar ser apenas de 2 anos antes do final do período de vigência do Roteiro Nacional, esta avaliação se reveste de especial importância pois permitirá rever, corrigir, mudar e implementar aspetos estratégicos e operacionais relevantes num período tempo de pelo menos 2 anos antes da Avaliação Final.

Em 2023, 2024, 2026, 2027 e 2029 será realizada a monitoria do Roteiro Nacional no âmbito, e de acordo com o Processo de Monitoria do Sector da Saúde e do Governo, ou seja a realização de Balanços Semestrais e Anuais.

Como “Fontes de Verificação” serão utilizados(as): i) o Sistema Nacional de Informação e Monitoria para a Saúde (SIS-MA) para Dados e indicadores específicos dos Serviços Básicos e de Referência do CACUM; ii) Relatórios dos Balanços Semestrais e Anuais do Sector da Saúde; iii) Relatórios de Supervisões e Formações; iv) Dados e informações recolhidas através de Pesquisas Operacionais; v) Relatórios para/dos Doadores e Parceiros; vi) Atas de Encontros Anuais; vii) Estimativas da GloboCan; viii) Outras fontes que possam constituir prova física da implementação de ações estratégicas, intervenções e atividades realizadas pelos Intervenientes: Níveis de Gestão/Prestação de Serviços, Parceiros de Implementação e outros.

Os Resultados e Relatórios, particularmente das Avaliações Intercalares e da Avaliação Final, serão apresentados e divulgados em Fóruns a serem determinados pelo MISAU, em publicações nacionais e internacionais do MISAU, e serão

também divulgados na Página-Web do MISAU.



5.6.2: Indicadores-Chave do Roteiro e respetivas Metas Anuais até 2030:

Neste subcapítulo são apresentadas apenas os Indicadores-Chave de Impacto do Roteiro Nacional e as suas respetivas metas - considerando os 3 Pilares ou Direções Estratégicas da OMS e as suas Metas Globais (descritas na página 16).

No Guião de Apoio à Implementação do Roteiro Nacional é apresentada a Tabela dos Principais Indicadores e respetivas Metas Anuais, definidas para cada Pilar Estratégico, Área de Intervenção e Resultado Esperado, incluindo Indicadores-Chave de Processo para garantir uma Monitoria e Avaliação adequadas da Implementação do Roteiro Nacional ao longo do seu período de vigência.

A Estratégia Global da OMS para a Eliminação do CCU visa colocar o MUNDO no caminho certo até 2030, mas esta Estratégia é apenas o começo, pois ao ritmo recomendado, a eliminação global do CCU (<4 Novos Casos por 100.000 Mulheres) não está prevista até 2120. Pelo que, é importante que a seguinte premissa esteja clara para todos os intervenientes e parceiros, pois não é intenção do Roteiro Nacional eliminar o CCU até 2030, considerando que é completamente impossível tendo em conta a situação atual do país, mas, o propósito do Roteiro Nacional é garantir o desenvolvimento e implementação dos esforços necessário para colocar Moçambique no caminho certo rumo à eliminação do CCU, conforme recomendado pela OMS. Neste contexto e considerando os esforços a serem realizados, como apresentados no Roteiro Nacional, foram tomadas “decisões estratégicas” relativas às metas anuais

para cada um dos seguintes Indicadores-Chave (Tabelas N° 11. a 11.4):

PREVENÇÃO PRIMÁRIA:

Indicador-Chave N° 1: Cobertura de Meninas dos 9-14 Anos Vacinadas (1 Dose) contra o HPV:

Assegurar a expansão da Vacinação contra o HPV para garantir uma Cobertura Anual 95% das Meninas de 9-14 Anos a partir de 2025;

RASTREIO de LESÕES PRECURSORAS do CCU:

Introdução do Rastreio do CCU através da Utilização de um Teste de Alto-Desempenho até 2023 - Indicador-Chave N° 2.1: Percentagem Anual de Mulheres de 25-49 Anos rastreadas com Teste de Alto Desempenho (Teste de HPV).

Considerando o montante de recursos financeiros necessários para assegurar que 70% das Mulheres de 30-49 anos sejam submetidas a 2 Testes de HPV até 20230 – como recomendado pela OMS ⁽¹⁹⁾, Moçambique iniciou em 2023 a introdução do Teste de DNA-HPV apenas nas Mulheres HIV+, tendo em conta que estas mulheres possuem um risco 6 vezes maior de adquirir HPV e consequentemente mais risco de lesões pré-cancerosas do colo do útero e de CaCU.

Desta forma espera-se: 1) que em 2030 pelo menos 78% das mulheres HIV+ sejam coberta com pelo menos 1 teste; 2) iniciar o rastreio com DNA-HPV nas mulheres HIV negativas em 2028 atingindo uma cobertura de 7% destas mulheres com pelo menos 1 Teste de DNA-HPV (Tabela N° 11.2).

Aumentar a Percentagem Anual e a Cobertura nas Mulheres do Grupo-Alvo Rastreadas para o CCU com VIA - Indicador-Chave N° 2.2.1: Cobertura de Mulheres de 25-49 Anos rastreadas com Teste de VIA.

Enquanto o País não tiver possibilidades de garantir o Rastreio com Teste de Alto Desempenho (DNA-HPV), o Teste de VIA mentir-se-á o principal teste para o rastreio de lesões pré-cancerosas do CaCU nas Mulheres HIV- de 25-49 Anos e nas Mulheres HIV+ de 20-49 Anos: atingindo uma cobertura de cerca de 75% em 2030 (Tabela Nº I 1.3)

TRATAMENTO das LESÕES PRECURSORAS do CCU e MANEJO ADEQUADO das MULHERES com CCU:

Cobertura do Tratamento Ablativo/Excisional de Lesões Precursoras do CCU - Indicador-Chave Nº 3.1: Cobertura de Mulheres com Teste de HPV e/ou Teste de VIA positivos tratadas (tratamento ablativo, mais, tratamento excisional).

Considerando que em 2024 cerca de 91,6% das mulheres com VIA positiva tratadas quer com tratamento ablativo ou excisional – o país propõe-se assegurar que cerca de 92% destas mulheres sejam tratadas anualmente (Tabela Nº I 1.4) – atingindo assim a Meta da OMS em 2030 preconizada para o Tratamento de Lesões Precursoras do CCU de 90%.

Indicador-Chave Nº 3.2: Cobertura do Tratamento e Manejo Adequado das Mulheres com CCU já instalado:

Atualmente não existem dados suficientes no país sobre a percentagem e número de Mulheres com CCU já instalado que estão a fazer o manejo e tratamento adequados considerando o estágio do CCU. Assim, os esforços primários serão concentrados no estabelecimento de um Sistema de Informação, conforme referido no Programa Nacional de Controlo do Cancro 2019-2029, e discutir/acordar sobre as Metas a serem estipuladas até 2030.

EXPANSÃO dos SERVIÇOS BÁSICOS e de REFERÊNCIA que PRESTAM RASTREIO e TRATAMENTO de LESÕES PRECURSORAS do CCU no País (Tabela Nº I 2):

Expansão dos Serviços Básicos para Rastreio e Tratamento Ablativo de Lesões Precursoras do CCU - **Indicador-Chave Nº 4.1.1: Nº e Percentagem de US de Nível Primário a prestarem Serviços Básicos para Rastreio e Tratamento de Lesões Pré-cancerosas do CCU.**

Assegurar a expansão do número de US do Nível Primário que prestam Serviços de Rastreio e Tratamento Ablativo para Lesões Pré-cancerosas do CCU – de 741 US em 2022 para 1.357 US em 2030 (de 49,2% para 90% em relação ao Nº de US Elegíveis para prestarem estes Serviços).

Assegurar que cada US que presta Serviços Básicos para Rastreio e Tratamento Ablativo de Lesões Precursoras do CCU possua consistentemente 2 Profissionais de Saúde qualificados para prestar estes serviços - Indicador-Chave Nº 4.1.2: % de US de Nível Básico com pelo menos 2 Profissionais de Saúde qualificados para prestarem serviços de rastreio e tratamento ablativo de lesões precursoras do CCU.

Aumentar o número atual de Profissionais capacitados para Rastreio e Tratamento Ablativo de Lesões Precursoras do CCU de 1.646 Profissionais qualificados em Junho de 2022 para 3.393 em 2030 (aumento de 106%).

Expansão dos Serviços de Referência para Rastreio e Tratamento Excisional de Lesões Precursoras do CCU- Indicador-Chave Nº 4.2.1: Nº e Percentagem de US de Referência que prestam Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Pré-cancerosas do CCU.

Assegurar a expansão do número de US do Nível II/III/IV que prestam Serviços de Rastreio e Tratamento Excisional para Lesões Pré-cancerosas do CCU – de 24 US em 2022 para 48 US em 2030 (de 38% para 75% em relação ao Nº de US Elegíveis para prestarem estes Serviços).

Assegurar que em cada US que presta Serviços de Referência para Rastreio e Tratamento Ablativo de Lesões Precursoras do CCU exista consistentemente 2 Profissionais de Saúde qualificados para prestar estes serviços - Indicador-Chave Nº 4.2.2: % de US de Referência com pelo menos 2 Profissionais de Saúde qualificados para prestarem serviços de rastreio e tratamento excisional de lesões precursoras do CCU.

Aumentar o número atual de Profissionais capacitados para Rastreio e Tratamento Excisional de Lesões Precursoras do CCU de 97 Profissionais qualificados em Junho de 2022 para 240 em 2030 (aumento de 147%).

NOTAS IMPORTANTES:

- 1. Considerando a conjuntura atual do apoio externo, houve necessidade de rever as Metas dos Indicadores-Chave que foram propostas na versão inicial do Roteiro Nacional para a Eliminação do Cancro do Colo do Útero aprovada em Agosto de 2023;
- 2. Tendo em conta esta necessidade de revisão das Metas, aos dados estatísticos apresentados na versão inicial aprovada, foram incluídos os dados completos do ano 2022, e os anos 2023 e 2024;
- 3. As Metas apresentadas nesta versão foram revistas em Fevereiro de 2025 tendo como Linha da Base o ano de 2024.

Tabela 11.1

1. PREVENÇÃO PRIMÁRIA do CaCU - Vacinação contra o HPV									
Nº	Indicador		Metas Nacionais Anuais						
			Linha de Base	2025	2026	2026	2028	2029	2030
1	Cobertura de Meninas dos 9-14 Anos Vacinadas contra o HPV (1 Dose)		Nº	2 945 794	2 942 251	2 796 080	2 761 476	2 716 718	2 657 240
			%	2024 = 57,2%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%	95,0%
			Nº	1 684 045	2 795 138	2 656 276	2 623 402	2 580 882	2 524 378
NOTAS:		1.	Para os Denominadores (primeira linha) foram utilizadas as Projeções do INE por Idades Simples.						
		2.	Devido ao número de vacinas disponíveis o MISAU iniciou a vacinação contra o HPV em Novembro de 2021 apenas nas meninas que completaram 9 anos. Considerando a disponibilidade prevista de vacinas a partir de 2025, anualmente serão vacinadas todas as meninas que completam 9 anos, e todas as meninas de 10 a 14 anos que não tenham sido vacinadas nos anos anteriores, visando atingir uma Cobertura Anual de 95%.						

Tabela 11.2

2.1. PREVENÇÃO SECUNDÁRIA do CaCU - RASTREIO do CaCU com Teste de DNA-HPV										
Iº	Indicador		Metas Nacionais Anuais							Observações:
% Anual de Mulheres Testadas com HPV em relação às Mulheres Rastreadas na Consulta de CACUM			L.B:2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
2.1.1	Com 1 Teste Mulheres HIV Positivas	Nº	449 091	494 000	543 400	597 740	657 515	723 267	795 593	Número anual de Mulheres HIV positivo Testadas na Consulta de CACUM
		%	11,0%	14,0%	17,0%	20,0%	23,0%	26,0%	29,0%	Percentagem Anual de Mulheres HIV+ Testadas com HPV-DNA
		Nº	47 566	69 160	92 378	119 548	151 228	188 049	230 722	Número anual de Mulheres HIV positivo Testadas com HPV-DNA
	Com 2 Testes Mulheres HIV Positivas	%						6,6%	8,7%	Mulheres HIV+ que fizeram o I Teste respectivamente em 2024 e 2025
		Nº						47 566	69 160	
2.1.2	Com 1 Teste Mulheres HIV-	Nº					1 068 246	1 175 071	1 292 578	Número anual de Mulheres HIV negativo Testadas na Consulta de CACUM
		%					3,0%	8,0%	13,0%	Percentagem Anual de Mulheres HIV- Testadas com HPV-DNA
		Nº					32 047	94 006	168 035	Número anual de Mulheres HIV negativo Testadas com HPV-DNA
2.1.3	% Anual de Mulheres HIV+ e HIV- Rastreadas com 1 Teste de DNA-HPV	Nº					1 725 761	1 898 338	2 088 172	Número anual de Mulheres HIV Positivo MAIS HIV negativo Testadas na Consulta de CACUM
		%					10,6%	14,9%	19,1%	Percentagem anual de Mulheres HIV Positivo MAIS HIV negativo Testadas com HPV-DNA
		Nº					183 276	282 055	398 757	Número anual de Mulheres HIV Positivo MAIS HIV negativo Testadas com HPV-DNA
NOTAS:		1.	O Grupo Alvo Anual são as Metas estipuladas de Mulheres a serem rastreadas na Consulta de CACUM (Mulheres HIV+, e Mulheres HIV-)							
		2.	Para as Mulheres HIV+ de 2025 a 2030 foi adicionado 3% anual à percentagem de Mulheres HIV+ que fizeram I Teste de HPV em 2024							
Cobertura de Mulheres Testadas com HPV			L.B:2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Notas:
2.1.4	Com 1 Teste Mulheres HIV Positivas	Nº	954 383	985 971	1 017 580	1 049 017	1 080 288	1 112 017	1 145 444	Número anual estimado de Mulheres HIV positivo na População (Fontes: INE projeções; INSIDA 2021)
		%	5,0%	11,8%	20,5%	31,3%	44,4%	60,1%	78,5%	Cobertura Anual estimada de Mulheres HIV+ Testadas com HPV-DNA
		Nº	47 566	116 726	209 104	328 652	479 880	667 930	898 652	Número anual estimado de Mulheres HIV positivo Testadas com HPV-DNA
	Com 2 Testes Mulheres HIV Positivas	%						4,3%	10,2%	Mulheres HIV + que fizeram o I Teste respectivamente em 2024 e 2025
		Nº						47 566	116 726	
2.1.5	Com 1 Teste Mulheres HIV-	Nº					4 182 466	4 292 343	4 406 704	Número anual estimado de Mulheres HIV negativo na População (Fontes: INE projeções; INSIDA 2021)
		%					0,8%	2,9%	6,7%	Cobertura Anual estimada de Mulheres HIV- Testadas com HPV-DNA
		Nº					32 047	126 053	294 088	Número anual estimado de Mulheres HIV negativo Testadas com HPV-DNA
2.1.6	Cobertura de Mulheres HIV+ e HIV- Rastreadas com 1 Teste de DNA-HPV	Nº					5 262 754	5 404 360	5 552 148	Número anual de Mulheres HIV Positivo MAIS HIV negativo na População Total (Fontes: INE projeções; INSIDA 2021)
		%					9,7%	14,7%	21,5%	Cobertura anual estimada de Mulheres HIV Positivo MAIS HIV negativo Testadas com HPV-DNA
		Nº					511 928	793 983	1 192 740	Número anual estimado de Mulheres HIV Positivo MAIS HIV negativo Testadas com HPV-DNA
NOTAS:		1.	O Grupo Alvo são as Mulheres de 25 a 49 Anos (dados fornecidos pelo INE da população total de mulheres de 25 a 49 anos por idades simples)							
		2.	Para a estimativa de Mulheres HIV+ na população de Mulheres dos 25 aos 49 anos, foram utilizadas as Taxas de Prevalência do HIV nas Mulheres, por Grupos de Idade, fornecidas pelo INSIDA 2021							
		3.	Mulheres HIV Positivas: I Teste de HPV aos 25 e depois de 5 em 5 anos até aos 49 anos (testes seguintes aos 30, 35, 40, 45, 49 anos)							
		4.	Mulheres HIV Negativas: I Teste de HPV aos 30 e depois de 10 em 10 anos até aos 49 anos (testes seguintes aos 40, 49 anos)							

Tabela 11.3: Percentagem Anual e Cobertura de Mulheres Rastreadas com VIA

Estimativas de 2025 a 2030 com Base em 2024

Mulheres dos 25-49 Anos (Fonte: INE)	Ano							Total: 2024-2030
	L.B: 2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	
	4 669 808	4 821 504	4 971 470	5 119 174	5 262 754	5 404 360	5 552 148	35 801 218

Total Anual Mulheres rastreadas com VIA - MISAU	1 178 716	1 296 588	1 426 246	1 568 872	1 725 761	1 898 338	2 088 172	11 182 692
% Anual de Mulheres Rastreadas	25,2%	26,9%	28,7%	30,6%	32,8%	35,1%	37,6%	31,2%

Mulheres HIV+ Rastreadas	449 091	494 000	543 400	597 740	657 515	723 267	795 593
Total de Mulheres VIA+	126 123	138 735	152 608	167 869	184 656	203 122	223 434
Mulheres HIV+ e VIA+	67 364	74 100	81 510	89 661	98 627	108 490	119 339
Nº de Mulheres VIA-	1 052 593	1 157 853	1 273 638	1 401 003	1 541 105	1 695 216	1 864 737
Nºde Mulheres HIV+ das Mulheres VIA-	381 727	419 900	461 890	508 079	558 888	614 777	676 254
Nº de Mulheres HIV- e VIA-que fazem novo rastreio com VIA em 3 anos	670 866	737 953	811 748	892 923	982 217	1 080 439	1 188 483

	670 866	670 866					
Nº de Mulheres HIV- e VIA-		737 953	737 953				
que fazem novo rastreio com			811 748	811 748			
VIA no ano N°3				892 923	892 923		
					982 217	982 217	
							1 080 439

	L.B: 2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2024-2030
Total de Mulheres Cobertas com Rastreio de VIA	1 178 716	1 967 454	2 835 065	3 118 573	3 430 432	3 773 478	4 150 828	20 454 546
População-Alvo: 25-49 Anos (INE)	4 669 808	4 821 504	4 971 470	5 119 174	5 262 754	5 404 360	5 552 148	35 801 218
Taxa de Cobertura	25,2%	40,8%	57,0%	60,9%	65,2%	69,8%	74,8%	57,1%

Taxas Aplicadas de 2025 a 2030:

Linha de Base 2024

% de Mulheres HIV+ Rastreadas do Total de Mulheres Rastreadas	38,1%
% de Mulheres VIA+ do Total de Mulheres Rastreadas	10,7%
% de Mulheres HIV+ e VIA+ em relação ao Total de Mulheres HIV+ rastreadas	15,0%
% de Mulheres VIA- em relação ao Total de Mulheres Rastreadas	89,3%
% de Mulheres HIV+ das Mulheres HIV+ rastreadas	85,0%
% de Mulheres HIV- e VIA- que fazem novo rastreio com VIA em 3 anos em relação ao Total de Mulheres Rastreadas	56,9%

Tabela 11.4:

Estimativas do Nº e Percentagens Anuais de Mulheres Tratadas com Tratamento Ablativo e Excisional com BASE nos Dados de 2024

	Linha de BASE: 2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2024-2030		
Nº Anual de Mulheres Rastreadas	1 178 716	1 296 588	1 426 246	1 568 872	1 725 761	1 898 338	2 088 172	11 182 692		
Nº Anual de Mulheres VIA+	126 123	138 735	152 608	167 869	184 656	203 122	223 434	1 196 548		
Nº Anual Mulheres Não Elegíveis para Tratamento Ablativo (7%)	8 850	9 711	10 683	11 751	12 926	14 219	15 640	83 780		
Nº Anual de Mulheres Elegíveis para Tratamento Ablativo (93%)	117 273	129 023	141 926	156 118	171 730	188 904	207 794	1 112 768		
% Anual de Mulheres Tratadas com Tratamento Ablativo	91,7%	92%	92%	92%	92%	92%	92%	Total Mulheres Tratadas com Tratamento Ablativo ou Excisional 2024-2030		
Nº Anual de Mulheres Tratadas com Tratamento Ablativo	107 596	118 702	130 572	143 629	157 992	173 791	191 170	1 023 452	1 099 048	91,9%
% Anual de Mulheres Tratadas com Tratamento Excisional	90%	92%	92%	92%	92%	92%	92%			
Nº Anual de Mulheres Tratadas com Tratamento Excisional	7 965	8 935	9 614	10 576	11 633	12 797	14 076			
Nº Total e % Anual de Mulheres Tratadas com Tratamento Ablativo ou Excisional	115 561	127 636	140 186	154 205	169 625	186 588	205 247			
	91,63%	92,00%	91,9%	91,9%	91,9%	91,9%	91,9%			

Tabela Nº12:

RESUMO: Expansão dos Serviços de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do CCU: Metas Anuais: 2021/2022 - 2030

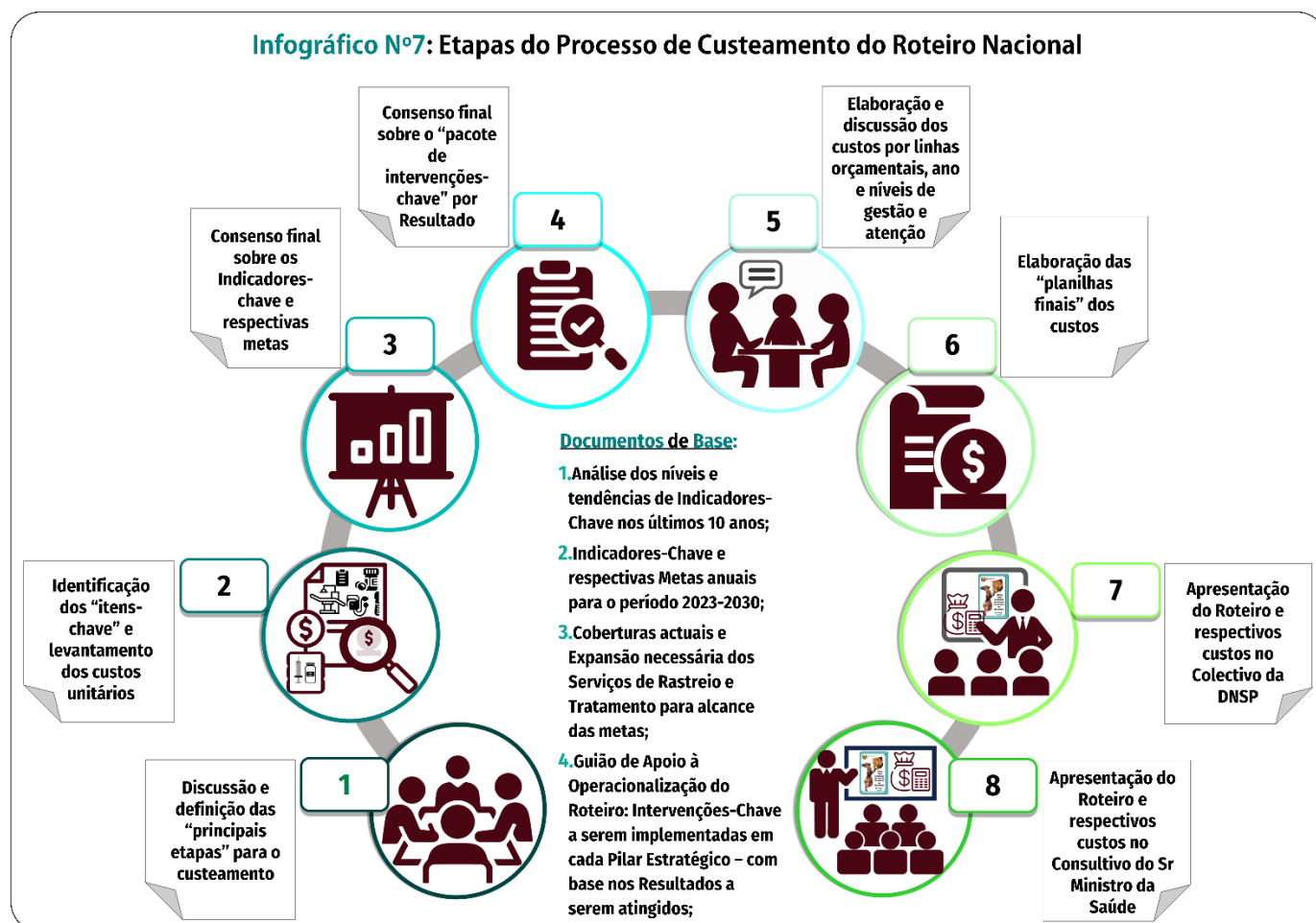
Nível Primário: Serviços Básicos de Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero					Nível de Referência: Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras do Cancro do Colo do Útero				
ANO	Unidades Sanitárias		Pessoal Capacitado		Unidades Sanitárias		Pessoal Capacitado		
	Nº	% do Total de US Eligíveis para Prestar estes Serviços = 1.507	Nº	Pressupostos:	Nº	% do Total de US Eligíveis para Prestar estes Serviços = 64	Nº	Pressupostos:	
LB: 2022	741	49,2%	1 646	1. Garantir pelo menos 2 Profissionais Capacitados em cada US - de forma consistente;	24	38%	97	1. Garantir 4 Profissionais Capacitados em cada US de Referência;	
2 023	818	54,3%	2 045		27	42%	135		
2 024	895	59,4%	2 238		30	47%	150		
2 025	972	64,5%	2 430	2. Incluir um aumento de 25% de Profissionais a serem capacitados considerando a rotação e transferências frequentes destes Profissionais entre Cargos e Unidades Sanitárias;	33	52%	165	2. Incluir um aumento de 25% de Profissionais a serem capacitados considerando a rotação e transferências frequentes destes Profissionais entre Cargos e Unidades Sanitárias;	
2 026	1 049	69,6%	2 623		36	56%	180		
2 027	1 126	74,7%	2 815		39	61%	195		
2 028	1 203	79,8%	3 008		42	66%	210		
2 029	1 280	84,9%	3 200		45	70%	225		
2 030	1 357	90,0%	3 393		48	75%	240		

VI. Custos para a Implementação do Roteiro Nacional:

6.1: Processo de Custeamento do Roteiro Nacional:

O “Guião de Apoio à Operacionalização do Roteiro Nacional” foi a base utilizada para o processo de custeamento considerando que este possui os elementos essenciais da operacionalização do Roteiro, os quais são importantes para assegurar uma estimativa de custos o mais realista possível.

Para a realização do processo de custeamento, dentro do Grupo Técnico Nacional do CACUM, foi identificado um “Subgrupo de Trabalho”, ao qual foi atribuída a responsabilidade do processo de custeamento. O Infográfico a seguir apresenta as principais etapas do processo de custeamento do Roteiro Nacional.



6.2: Custos do Roteiro Nacional por Pilares Estratégicos, por Rubricas Orçamentais e Níveis de Gestão e Implementação:

A Tabela N° 13 apresenta os *Custos do Roteiro Nacional por Pilar Estratégico*, e as Tabelas N° 14.1, 14.2 e 14.3

apresentam os *Custos do Roteiro por Rubricas Orçamentais e por Níveis de Gestão/Implementação*.

Tabela N° 13: Custos Anuais do Roteiro Nacional por Pilar Estratégico

Pilar Estratégico	Custos Anuais							
	2025		2026		2027		2028	
	MZM	USD	MZM	USD	MZM	USD	MZM	USD
Pilar Estratégico N° 1: Ambiente Nacional de Políticas, Estratégias e Recursos Favorável à Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional.	17 105 858,00 MZM	270 662,31 USD	17 105 858,00 MZM	270 662,31 USD	17 105 858,00 MZM	270 662,31 USD	17 105 858,00 MZM	270 662,31 USD
Pilar Estratégico N° 2: Envolvimento e Participação Activa da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e Intervenientes-Chave na Implementação do Roteiro Nacional.	135 714 278,53 MZM	2 147 377,82 USD	138 864 083,79 MZM	2 197 216,52 USD	142 311 471,45 MZM	2 251 763,79 USD	149 070 795,11 MZM	2 358 715,11 USD
Pilar Estratégico N° 3: Prestação de Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero – com foco na Qualidade e Cobertura das Intervenções.	432 218 699,30 MZM	6 838 903,47 USD	344 645 666,78 MZM	5 453 254,22 USD	473 312 903,61 MZM	7 489 128,22 USD	580 617 135,02 MZM	9 186 979,98 USD
Pilar Estratégico N° 4: Fortalecimento do Sistema de Informação, Monitoria, Avaliação e Geração de Evidências, como plataformas para assegurar um Processo Informado e Atempado de Tomada de Decisões.	10 384 667,07 MZM	164 314,35 USD	16 096 300,01 MZM	254 688,29 USD	12 368 564,76 MZM	195 705,14 USD	18 178 979,86 MZM	287 642,09 USD
Pilar Estratégico N° 5: Adequação das Infraestruturas e Garantia da Disponibilidade consistente de Bens e Produtos para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência de Qualidade.	521 976 914,21 MZM	8 259 128,39 USD	538 175 312,39 MZM	8 515 432,16 USD	472 848 069,56 MZM	7 481 773,25 USD	557 827 168,83 MZM	8 826 379,25 USD
TOTAL ANUAL	1 117 400 417,12 MZM	17 680 386,35 USD	1 054 887 220,97 MZM	16 691 253,50 USD	1 117 946 867,38 MZM	17 689 032,71 USD	1 322 799 936,82 MZM	20 930 378,75 USD

Pilar Estratégico	Custos Anuais				Total: 2025-2030	
	2029		2030			
	MZM	USD	MZM	USD	MZM	USD
Pilar Estratégico Nº 1: Ambiente Nacional de Políticas, Estratégias e Recursos Favorável à Implementação Efetiva e Sustentável do Roteiro Nacional.	17 105 858,00 MZM	270 662,31 USD	17 105 858,00 MZM	270 662,31 USD	102 635 148,00 MZM	1 623 973,86 USD
Pilar Estratégico Nº 2: Envolvimento e Participação Activa da Comunidade, Sociedade Civil, Outros Sectores do Governo e Intervenientes-Chave na Implementação do Roteiro Nacional.	153 137 937,06 MZM	2 423 068,62 USD	163 017 162,95 MZM	2 579 385,49 USD	882 115 728,88 MZM	13 957 527,36 USD
Pilar Estratégico Nº 3: Prestação de Serviços de Prevenção Primária, Rastreio e Tratamento de Lesões Precursoras e do Cancro do Colo do Útero – com foco na Qualidade e Cobertura das Intervenções.	512 414 973,03 MZM	8 107 831,85 USD	532 384 099,80 MZM	8 423 799,05 USD	2 875 593 477,53 MZM	45 499 896,80 USD
Pilar Estratégico Nº 4: Fortalecimento do Sistema de Informação, Monitoria, Avaliação e Geração de Evidências, como plataformas para assegurar um Processo Informado e Atempado de Tomada de Decisões.	14 551 909,27 MZM	230 251,73 USD	18 690 897,04 MZM	295 742,04 USD	90 271 318,01 MZM	1 428 343,64 USD
Pilar Estratégico Nº 5: Adequação das Infraestruturas e Garantia da Disponibilidade consistente de Bens e Produtos para a Prestação de Serviços Básicos e de Referência de Qualidade.	723 003 291,93 MZM	11 439 925,51 USD	887 081 495,45 MZM	14 036 099,61 USD	3 700 912 252,39 MZM	58 558 738,17 USD
TOTAL ANUAL	1 420 213 969,30 MZM	22 471 740,02 USD	1 618 279 513,23 MZM	25 605 688,50 USD	7 651 527 924,81 MZM	121 068 479,82 USD

Tabela Nº 14.1: Custos Anuais do Roteiro Nacional por Rubricas Orçamentais e Níveis de Gestão/Implementação

Items Orçamentais			2025		2026		2027		2028	
			Custos em MZM	Custos em USD	Custos em MZM	Custos em USD	Custos em MZM	Custos em USD	Custos em MZM	Custos em USD
1	Vacinas		149 863 875,63 MZM	2 371 263,85 USD	116 825 341,58 MZM	1 848 502,24 USD	150 862 909,21 MZM	2 387 071,35 USD	154 655 338,38 MZM	2 447 078,14 USD
2	Testagem com HPV	Testes de HPV	73 923 030,58 MZM	1 169 668,21 USD	98 740 023,07 MZM	1 562 342,14 USD	127 781 320,36 MZM	2 021 856,33 USD	195 897 149,25 MZM	3 099 638,44 USD
3	Equipamentos (Aparelhos de Termoablação), Materiais Médicos e Consumíveis para as US Básicas		174 210 800,00 MZM	2 756 500,00 USD	186 819 200,00 MZM	2 956 000,00 USD	173 958 000,00 MZM	2 752 500,00 USD	183 690 800,00 MZM	2 906 500,00 USD
4	Equipamentos (Aperelhos de Termoablação, Colposocpia e LEEP), Materiais Médicos e Consumíveis para as US de Referência		12 374 560,00 MZM	195 800,00 USD	13 038 160,00 MZM	206 300,00 USD	13 701 760,00 MZM	216 800,00 USD	14 365 360,00 MZM	227 300,00 USD
5	Materiais de Escritório e Informática, incluindo consumíveis		6 544 080,00 MZM	103 545,57 USD	6 544 080,00 MZM	103 545,57 USD	6 544 080,00 MZM	103 545,57 USD	6 544 080,00 MZM	103 545,57 USD
6	Reprodução do Roteiro, Normas, Estratégias, Cartazes, Folhetos, Etc...	Nível Central	130 347 302,40 MZM	2 062 457,32 USD	133 227 068,70 MZM	2 108 023,24 USD	137 163 933,89 MZM	2 170 315,41 USD	142 175 122,28 MZM	2 249 606,37 USD
		Nível Provincial	300 897 367,74 MZM	4 761 034,30 USD	310 616 822,45 MZM	4 914 823,14 USD	320 469 507,90 MZM	5 070 720,06 USD	342 495 614,15 MZM	5 419 234,40 USD
	Sub-Total		431 244 670,14 MZM	6 823 491,62 USD	443 843 891,15 MZM	7 022 846,38 USD	457 633 441,80 MZM	7 241 035,47 USD	484 670 736,43 MZM	7 668 840,77 USD
7	Materiais para Advocacia		2 964 804,00 MZM	46 911,46 USD	2 964 804,00 MZM	46 911,46 USD	2 964 804,00 MZM	46 911,46 USD	2 964 804,00 MZM	46 911,46 USD
8	Instrumentos de Registo		10 384 667,07 MZM	164 314,35 USD	11 356 300,01 MZM	179 688,29 USD	12 368 564,76 MZM	195 705,14 USD	13 438 979,86 MZM	212 642,09 USD
9	Cascata de Formação: Serviços Básicos	Responsabilidade do Nível Central: Formações Regionais de Formadores/Supervisores/Mentores Provinciais em 2025 e 2028	12 256 799,15 MZM	193 936,70 USD	-	-	-	-	12 256 799,15 MZM	193 936,70 USD
		Responsabilidade do Nível Provincial: Formações Provinciais de Formadores/Supervisores/Mentores Distritais em 2025 e 2028	66 140 127,75 MZM	1 046 521,01 USD	-	-	-	-	66 140 127,75 MZM	1 046 521,01 USD
		FORMAÇÃO de PROVEDORES para os SERVIÇOS BÁSICOS	59 845 018,94 MZM	946 914,86 USD	61 592 935,04 MZM	974 571,76 USD	63 542 426,94 MZM	1 005 418,15 USD	65 369 880,54 MZM	1 034 333,55 USD
	Sub-Total		138 241 945,84 MZM	2 187 372,56 USD	61 592 935,04 MZM	974 571,76 USD	63 542 426,94 MZM	1 005 418,15 USD	143 766 807,44 MZM	2 274 791,26 USD
10	Cascata de Formação: Serviços de Referência	Responsabilidade do Nível Central: 2 Formações-em-Bloco de Formadores Provinciais para os Serviços de Referência nos anos de 2025 e 2028	6 676 468,24 MZM	105 640,32 USD	-	-	-	-	6 676 468,24 MZM	105 640,32 USD
		FORMAÇÃO de PROVEDORES para os SERVIÇOS de REFERÊNCIA	4 069 354,64 MZM	64 388,52 USD	4 194 766,34 MZM	66 372,89 USD	4 361 840,54 MZM	69 016,46 USD	4 487 252,24 MZM	71 000,83 USD
	Sub-Total		10 745 822,88 MZM	170 028,84 USD	4 194 766,34 MZM	66 372,89 USD	4 361 840,54 MZM	69 016,46 USD	11 163 720,48 MZM	176 641,15 USD
11	Reprodução de Materiais de Formação para a Formação de Formadores Não Orçamentado nas Formações		2 674 441,20 MZM	42 317,11 USD	-	-	-	-	2 674 441,20 MZM	42 317,11 USD
12	Actividades de Supervisão/Mentoria	Supervisão/Mentoria do Nível Distrital para as US	35 555 372,00 MZM	562 585,00 USD	35 555 372,00 MZM	562 585,00 USD	35 555 372,00 MZM	562 585,00 USD	35 555 372,00 MZM	562 585,00 USD
		Supervisão/Mentoria do Nível Provincial para os Distrito e Unidades Sanitárias	21 810 952,53 MZM	345 110,01 USD	21 810 952,53 MZM	345 110,01 USD	21 810 952,53 MZM	345 110,01 USD	21 810 952,53 MZM	345 110,01 USD
		Supervisão/Mentoria do Nível Central para as Províncias, Distritos e US	4 817 230,25 MZM	76 222,00 USD	4 817 230,25 MZM	76 222,00 USD	4 817 230,25 MZM	76 222,00 USD	4 817 230,25 MZM	76 222,00 USD
	Sub-Total		62 183 554,78 MZM	983 917,01 USD	62 183 554,78 MZM	983 917,01 USD	62 183 554,78 MZM	983 917,01 USD	62 183 554,78 MZM	983 917,01 USD
13	Encontros de Advocacia e Divulgação dos Resultados da Implementação do Roteiro	Nível Central	873 604,00 MZM	13 822,85 USD	873 604,00 MZM	13 822,85 USD	873 604,00 MZM	13 822,85 USD	873 604,00 MZM	13 822,85 USD
		Nível Provincial	5 245 856,00 MZM	83 004,05 USD	5 245 856,00 MZM	83 004,05 USD	5 245 856,00 MZM	83 004,05 USD	5 245 856,00 MZM	83 004,05 USD
		Nível Distrital	35 444 385,00 MZM	560 828,88 USD	35 444 385,00 MZM	560 828,88 USD	35 444 385,00 MZM	560 828,88 USD	35 444 385,00 MZM	560 828,88 USD
	Sub-Total		41 563 845,00 MZM	657 655,78 USD	41 563 845,00 MZM	657 655,78 USD	41 563 845,00 MZM	657 655,78 USD	41 563 845,00 MZM	657 655,78 USD
14	Estudos Operacionais				3 160 000,00 MZM	50 000,00 USD			3 160 000,00 MZM	50 000,00 USD
15	Consultorias				1 580 000,00 MZM	25 000,00 USD			1 580 000,00 MZM	25 000,00 USD
16	Participação em Congressos fora do País para Advocacia, Partilha/Divulgação dos Resultados e Melhores Práticas, Troca de Experiências		480 320,00 MZM	7 600,00 USD	480 320,00 MZM	7 600,00 USD	480 320,00 MZM	7 600,00 USD	480 320,00 MZM	7 600,00 USD
GRANDE TOTAL			1 117 400 417,12 MZM	17 680 386,35 USD	1 054 887 220,97 MZM	16 691 253,50 USD	1 117 946 867,38 MZM	17 689 032,71 USD	1 322 799 936,82 MZM	20 930 378,75 USD

Tabela Nº 14.2: Custos Anuais do Roteiro Nacional por Rubricas Orçamentais e Níveis de Gestão/Implementação

Items Orçamentais			2029		2030		GRANDE TOTAL: 2023-2030	
			Custos em MZM	Custos em USD	Custos em MZM	Custos em USD	Custos em MZM	Custos em USD
1	Vacinas		158 359 094,86 MZM	2 505 681,88 USD	162 806 011,66 MZM	2 576 044,49 USD	893 372 571,33 MZM	14 135 641,95 USD
2	Testagem com HPV	Testes de HPV	352 321 998,27 MZM	5 574 715,16 USD	500 142 443,79 MZM	7 913 646,26 USD	1 348 805 965,32 MZM	21 341 866,54 USD
3	Equipamentos (Aparelhos de Termoablação), Materiais Médicos e Consumíveis para as US Básicas		193 423 600,00 MZM	3 060 500,00 USD	203 156 400,00 MZM	3 214 500,00 USD	1 115 258 800,00 MZM	17 646 500,00 USD
4	Equipamentos (Aperelhos de Termoablação, Colposocpia e LEEP), Materiais Médicos e Consumíveis para as US de Referência		15 028 960,00 MZM	237 800,00 USD	15 692 560,00 MZM	248 300,00 USD	84 201 360,00 MZM	1 332 300,00 USD
5	Materiais de Escritório e Informática, incluindo consumíveis		6 544 080,00 MZM	103 545,57 USD	6 544 080,00 MZM	103 545,57 USD	39 264 480,00 MZM	621 273,42 USD
6	Reprodução do Roteiro, Normas, Estratégias, Cartazes, Folhetos, Etc...	Nível Central	150 255 692,63 MZM	2 377 463,49 USD	157 410 763,69 MZM	2 490 676,64 USD	850 579 883,59 MZM	13 458 542,46 USD
		Nível Provincial	350 683 611,61 MZM	5 548 791,32 USD	371 045 444,10 MZM	5 870 972,22 USD	1 996 208 367,95 MZM	31 585 575,44 USD
	Sub-Total		500 939 304,24 MZM	7 926 254,81 USD	528 456 207,79 MZM	8 361 648,86 USD	2 846 788 251,54 MZM	45 044 117,90 USD
7	Materiais para Advocacia		2 964 804,00 MZM	46 911,46 USD	2 964 804,00 MZM	46 911,46 USD	17 788 824,00 MZM	281 468,73 USD
8	Instrumentos de Registo		14 551 909,27 MZM	230 251,73 USD	15 690 897,04 MZM	248 273,69 USD	77 791 318,01 MZM	1 230 875,28 USD
9	Cascata de Formação: Serviços Básicos	Responsabilidade do Nível Central: Formações Regionais de Formadores/Supervisores/Mentores Provinciais em 2025 e 2028	-	-	-	-	24 513 598,30 MZM	387 873,39 USD
		Responsabilidade do Nível Provincial: Formações Provinciais de Formadores/Supervisores/Mentores Distritais em 2025 e 2028	-	-	-	-	132 280 255,50 MZM	2 093 042,02 USD
		FORMAÇÃO de PROVEDORES para os SERVIÇOS BÁSICOS	67 198 172,44 MZM	1 063 262,22 USD	69 067 288,54 MZM	1 092 836,84 USD	386 615 722,44 MZM	6 117 337,38 USD
	Sub-Total		67 198 172,44 MZM	1 063 262,22 USD	69 067 288,54 MZM	1 092 836,84 USD	543 409 576,24 MZM	8 598 252,79 USD
10	Cascata de Formação: Serviços de Referência	Responsabilidade do Nível Central: 2 Formações-em-Bloco de Formadores Provinciais para os Serviços de Referência nos anos de 2025 e 2028	-	-	-	-	13 352 936,48 MZM	211 280,64 USD
		FORMAÇÃO de PROVEDORES para os SERVIÇOS de REFERÊNCIA	4 654 326,44 MZM	73 644,41 USD	4 791 100,64 MZM	75 808,55 USD	26 558 640,84 MZM	420 231,66 USD
	Sub-Total		4 654 326,44 MZM	73 644,41 USD	4 791 100,64 MZM	75 808,55 USD	39 911 577,32 MZM	631 512,30 USD
11	Reprodução de Materiais de Formação para a Formação de Formadores Não Orçamentado nas Formações		-	-	-	-	5 348 882,40 MZM	84 634,22 USD
12	Actividades de Supervisão/Mentoria	Supervisão/Mentoria do Nível Distrital para as US	35 555 372,00 MZM	562 585,00 USD	35 555 372,00 MZM	562 585,00 USD	213 332 232,00 MZM	3 375 510,00 USD
		Supervisão/Mentoria do Nível Provincial para os Distrito e Unidades Sanitárias	21 810 952,53 MZM	345 110,01 USD	21 810 952,53 MZM	345 110,01 USD	130 865 715,16 MZM	2 070 660,05 USD
		Supervisão/Mentoria do Nível Central para as Províncias, Distritos e US	4 817 230,25 MZM	76 222,00 USD	4 817 230,25 MZM	76 222,00 USD	28 903 381,50 MZM	457 331,99 USD
	Sub-Total		62 183 554,78 MZM	983 917,01 USD	62 183 554,78 MZM	983 917,01 USD	373 101 328,66 MZM	5 903 502,04 USD
13	Encontros de Advocacia e Divulgação dos Resultados da Implementação do Roteiro	Nível Central	873 604,00 MZM	13 822,85 USD	873 604,00 MZM	13 822,85 USD	5 241 624,00 MZM	82 937,09 USD
		Nível Provincial	5 245 856,00 MZM	83 004,05 USD	5 245 856,00 MZM	83 004,05 USD	31 475 136,00 MZM	498 024,30 USD
		Nível Distrital	35 444 385,00 MZM	560 828,88 USD	35 444 385,00 MZM	560 828,88 USD	212 666 310,00 MZM	3 364 973,26 USD
	Sub-Total		41 563 845,00 MZM	657 655,78 USD	41 563 845,00 MZM	657 655,78 USD	249 383 070,00 MZM	3 945 934,65 USD
14	Estudos Operacionais		-	-	3 160 000,00 MZM	50 000,00 USD	9 480 000,00 MZM	150 000,00 USD
15	Consultorias		-	-	1 580 000,00 MZM	25 000,00 USD	4 740 000,00 MZM	75 000,00 USD
16	Participação em Congressos fora do País para Advocacia, Partilha/Divulgação dos Resultados e Melhores Práticas, Troca de Experiências		480 320,00 MZM	7 600,00 USD	480 320,00 MZM	7 600,00 USD	2 881 920,00 MZM	45 600,00 USD
GRANDE TOTAL			1 420 213 969,30 MZM	22 471 740,02 USD	1 618 279 513,23 MZM	25 605 688,50 USD	7 651 527 924,81 MZM	121 068 479,82 USD

6.3: Mobilização de Recursos: ⁽²¹⁾

Tal como para o processo de custeamento, dentro do Grupo Técnico Nacional do CACUM será identificado um Subgrupo que terá a responsabilidade de apoiar o desenvolvimento e implementação da “abordagem e plano de mobilização de recursos” para a implementação do

Roteiro Nacional. O Infográfico N° 8 apresenta as principais etapas que serão seguidas para a desenvolvimento detalhado e implementação da abordagem e plano de mobilização de recursos.



A primeira etapa: será a análise e identificação dos recursos já existentes/disponíveis e, dos recursos programados mas ainda não disponíveis, versus as necessidades definidas, de forma a identificarem-se as lacunas existentes.

Na segunda etapa será: 2.1) realizado o mapeamento e identificação dos potenciais parceiros (Doadores, ONGs, Sector Privado, ...), com um foco particular em Parceiros Domésticos utilizando as oportunidades que existem no âmbito da sua “responsabilidade social”; 2.2) desenvolvida a abordagem e plano para advocacia e engajamento dos parceiros identificados, descrevendo particularmente como parceiros específicos serão abordados e engajados.

Na terceira etapa de implementação da abordagem e plano de mobilização de recursos, incluirá: 3.1) advocacia e engajamento dos parceiros identificados; 3.2) negociação, assinatura de memorandos de entendimento e divulgação

das parcerias estabelecidas; 3.3) gestão dos recursos e reporte dos gastos em conformidade com os requisitos, regras e procedimentos legais de cada parceiro; 3.4) monitoria, análise e partilha dos resultados e lições aprendidas com as partes interessadas, incluindo o reconhecimento das parcerias.

A quarta etapa tem uma importância especial, pois irá permitir fazer uma análise, discussão e reflexão sobre os sucessos, lições aprendidas, desafios e falhas, de forma a rever e, se necessário, refocalizar os esforços da abordagem e plano de mobilização de recursos.

²¹ *IPPC Guide to resource mobilization: Promoting contracting party partnerships. Food and Agriculture Organization of the UN. [IPPC Guide to resource mobilization](#)*

Referências/Bibliografia Consultada:

- Ablative Therapies for Cervical Intraepithelial Neoplasia in Low-Resource Settings: Findings and Key Questions. [Ablative Therapies for Cervical Intraepithelial Neoplasia in Low-Resource Settings: Findings and Key Questions | JCO Global Oncology \(ascopubs.org\)](#)
- A study on the effect of Cryotherapy and LEEP in cervical dysplasia. Ziyaeddin Farah, Sharma, Shaheen. 2012
- Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável - Governo de Moçambique
- BMC: Featured Supplement: Workload Indicators of Staffing Need (WISN) methodology. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/>
- Cervical Cancer Prevention (PDQ®): Health Professional Version. PDQ Screening and Prevention Editorial Board. Published online: April 21, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65997/>
- Cervical Cancer Prevention and Control. September 2021. DOI:10.5772/intechopen.99620. https://www.researchgate.net/publication/354543893_Cervical_Cancer_Prevention_and_Control
- Cervical cancer prevention in countries with the highest HIV prevalence: a review of policies. https://www.academia.edu/86401015/Cervical_cancer_prevention_in_countries_with_the_highest_HIV_prevalence_a_review_of_policies
- Effect of Cryotherapy vs Loop Electrosurgical Excision Procedure on Cervical Disease Recurrence Among Women with HIV and High-Grade Cervical Lesions in Kenya: A Randomized Clinical Trial. PMID: 31638680 PMCID: PMC6806442 DOI: 10.1001/jama.2019.14969. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31638680/>
- Global Health diplomacy for noncommunicable diseases prevention and control: a systematic review, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32375804/>
- Global HEALTH: Health intersectoralism in the Sustainable Development Goal era: from theory to practice, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32079530/>
- Global Strategy towards eliminating cervical cancer as a public health problem (who.int)
- GloboCan 2022 - Dados e Informações de 2020: <https://gco.iarc.fr/>
- https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1
- Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014—Recommendations Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, October 2014—Recommendations | Elsevier
- Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis in 78 low-income and lower-middle-income countries (who.int);
- Impact of HPV vaccination and cervical screening on cervical cancer elimination: a comparative modelling analysis. Lancet. 2020 Feb 22;395(10224):575-590. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007141/>
- Índice de Desenvolvimento Humano: hdr2020ptpdf.pdf (undp.org); UNFPA [Mozambique_annual_report_2020_a4_english_for_UNFPA_network_0.pdf](#)
- Lei et al. (2020) HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. N Engl J Med 2020;383:1340-8. DOI: 10.1056/NEJMoa1917338
- Management of cervical neoplasia: a 13-year experience with cryotherapy and laser. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17050975/>
- MISAU/USAID/MCSP: Principais Desafios e Recomendações-Chave para a Implementação do Programa Nacional de Controlo do Cancro do Colo do Útero e da Mama: 2018
- MISAU: Direcção de Planificação e Cooperação: Plano Estratégico e Social – PES 2022: Alinhamento de Intervenções-Chave por Níveis de Gestão e Atenção do Serviço Nacional de Saúde, 2021
- MISAU: Direcção Nacional de Assistência Médica - PNC ITS/HIV/SIDA - Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária. 2014
- MISAU: Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde. Moçambique: MISAU/DNAM - 2016
- MISAU: Direcção Nacional de Assistência Médica, Directriz Nacional de Melhoria de Qualidade dos Cuidados e Tratamento para HIV e SIDA, 2015.
- MISAU: Direcção Nacional de Saúde Pública - Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV e SIDA, Directriz para Engajamento do Homem nos Cuidados de Saúde. Moçambique - 2018.
- MISAU: Directriz para a Integração dos Serviços de Prevenção, Cuidados e Tratamento do HIV e SIDA para a População-Chave no Sector da Saúde. 2016
- MISAU: Estratégia e Política Nacional de Saúde: 2021
- MISAU: Estratégia Nacional de Formação Contínua para a SR-PF/SMANIA+N - Pacotes Integrados de Formação Contínua. 2010 e 2016
- MISAU: Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde: 2017-2023
- MISAU: Plano Estratégico do Sector da Saúde - PESS: 2020-2024
- MISAU: Plano Estratégico Multisectorial de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis: 2020-2029
- MISAU: Plano Nacional de Controlo do Cancro – 2019-2029. Moçambique
- MISAU: Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique: 2020-2024
- MISAU: Relatórios de Balanço do Sector da Saúde de 2019 e 2020 (PES-2019; PES-2020)
- MISAU: SIS- Módulo Básico: 2009-2015/16

MISAU: Sistema de Informação para a Saúde - SIS-MA: 2016-2021

Moçambique: Estatísticas - Instituto Nacional de Estatística: Censo 2017 e Projeções Populacionais por Grupos Etários e Idades Simples: 2017-2050

One-dose Human Papillomavirus (HPV) vaccine offers solid protection against cervical cancer (who.int)

PEPFAR: Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicator Reference Guide. September 2020

Plano Quinquenal do Governo de Moçambique: 2020-2024

República de Moçambique - MEF: Ministério da Economia e Finanças: Manual de Planificação e Orçamentação do SISTAFE, 2018-2019

República de Moçambique - MEF: Ministério da Economia e Finanças: Manual de Planificação e Orçamentação do Subsistema de Planificação e Orçamentação (SPO), 2021

República de Moçambique: Relatório Revisão Nacional Voluntária da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, 2020, 2021

Rethinking assumptions about delivery of healthcare: implications for universal health coverage, 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29784870/>

SARA: Services Availability and Readiness (Inquérito Nacional para Avaliação da Disponibilidade e Prontidão dos Serviços de Saúde): Moçambique 2018

Segunda Edição das Diretrizes para o Rastreio e Tratamento de Lesões Pré-Cancerosas do CCU divulgada em Julho de 2021, a OMS

Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. Lancet Glob Health 2020; published online Nov 16. DOI:S2214-109X(20)30459-9

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71:209–49. doi:10.3322/caac.21660.

UHC 2030: International Health Partnership. A guide to promote health systems strengthening to achieve universal health coverage. UNIVERSAL HEALTH COVERAGE ADVOCACY GUIDE, September 2018

UNITAID: Screening and treatment of pre-cancerous lesions for secondary prevention of cervical cancer Technology landscape, May 2019

United Nations: Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development. A Shared United Nations System Framework for Action, 2017

USAID-Deliver Project: quantification of health commodities a guide to forecasting and supply planning for procurement. 2008

Using the Births attended by skilled health personnel as a proxy measure for the access to health care — MEASURE Evaluation

WHO & UNICEF: Quality, Equity, Dignity - The network to improve quality of care for maternal, newborn and child health Working document, STRATEGIC OBJECTIVES, 2018

WHO & WB: Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage, 2018

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer

WHO: *Cervical Cancer - Key Facts* - 22 February 2022

WHO: Cervical Cancer Prevention and Control Costing Tool. [https://www.who.int/tools/who-cervical-cancer-prevention-and-control-costing-\(c4p\)-tool](https://www.who.int/tools/who-cervical-cancer-prevention-and-control-costing-(c4p)-tool)

WHO: *Cervical knowledge repository*

WHO: Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Module 3. Site assessment of data quality and system capabilities. © World Health Organization 2020

WHO: Decision: EB 144/(2) Agenda item 6.5 Accelerating the elimination of cervical cancer as a global public health problem

WHO: Estratégia Global para Acelerar a Eliminação do CCU como um Problema de Saúde Pública - Novembro de 2020

WHO: Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition

WHO: Framework for Cervical Cancer Elimination in Low-and-Middle-Income Countries: A Scoping Review and Roadmap for Interventions and Research Priorities. 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277540/>

WHO: Global strategy on human resources for health: Workforce 2030, July 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>

WHO: Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services. Interim Report, 2015

WHO: Improving data for decision-making: a toolkit for cervical cancer prevention and control programmes. ISBN 978-92-4-151425-5. © World Health Organization 2018

WHO: Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer - A STEP-BY-STEP-GUIDE, 2020

WHO: Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and their Measurement Strategies, 2010

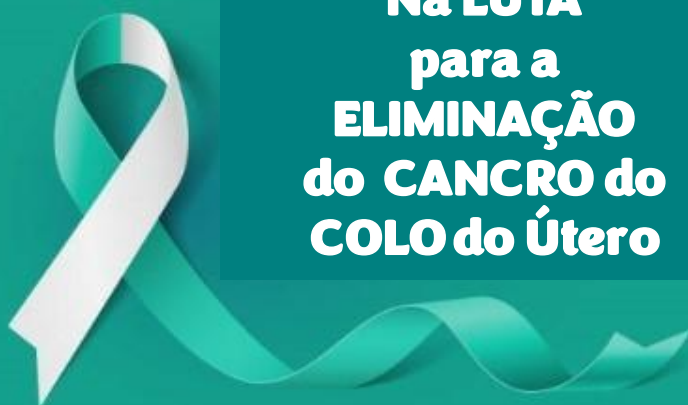
WHO: Não deixar ninguém para trás - Reforço dos sistemas de saúde para alcançar a CUS e os ODS em África. Quadro de Acções, 2017

WHO: Strategizing national health in the 21st century: a handbook Chapter 6: Operational planning: transforming plans into action, 2016

WHO: Strategizing national health in the 21st century: a handbook, 2016



REPÚBLICA de MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO da SAÚDE



**Na LUTA
para a
ELIMINAÇÃO
do CANCRO do
COLO do Útero**