

# Pesquisa Formativa

Explorando Constrangimentos Individuais e Socioculturais que Influenciam a Procura de Serviços de Tuberculose em Três Províncias de Moçambique

Maputo, Tete e Nampula

FHI360 – TB CARE

Maputo, Setembro de 2013



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**TB CARE I**

**fhi360**  
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES



Ministério da Saúde



Comunicação para Saúde



# Índice

<b>Ficha Técnica.....</b>	<b>6</b>
<b>Abreviaturas.....</b>	<b>7</b>
<b>Sumário Executivo.....</b>	<b>8</b>
Conhecimentos sobre TB e Formas de Contágio.....	8
Barreiras/Factores que Limitam a Procura de Serviços de Diagnóstico e tratamento de TB.....	9
Canais e Espaços de Comunicação Existentes e Usados sobre TB.....	10
Principais Recomendações.....	10
<b>I. Introdução.....</b>	<b>12</b>
I.1. Contextualização.....	12
<b>II. Objectivos e Resultados do Estudo.....</b>	<b>14</b>
II.1. Objectivo Geral.....	14
II.2. Objectivos Específicos.....	14
II.3. Resultados e Finalidade do Estudo.....	14
<b>III. Metodologia.....</b>	<b>15</b>
III.1. Tipo e Etapas do Estudo.....	15
III.2. Amostra e Selecção dos Locais de Pesquisa.....	15
III.3. Critérios de Inclusão e Selecção dos Participantes.....	16
III.3.1. Provedores de Serviço.....	18
III.3.2. Agente Polivalente Elementar (APE) e Agente Comunitário de Saúde (ACS).....	18
III.3.3. Líderes Comunitários.....	18
III.3.4. Membros da Comunidade.....	19
III.3.5. Pacientes com TB.....	19
III.4. Técnicas e Processo de Recolha de Dados.....	19
III.5. Tratamento, Procesamento e Análise dos Dados.....	22
III.5.1. Codificação das Entrevistas e Discussões em Grupo.....	22
III.5.3. Codificação da Informação Recolhida.....	23
III.5.4. Processamento, Análise de Dados e Relatório Preliminar.....	23
III. 6. Questões Éticas.....	23
III.7. Constrangimentos e Limitações do Estudo.....	24
III.8. Equipa de Pesquisa e Supervisão do Trabalho.....	25

<b>V. Resultados do Estudo.....</b>	<b>26</b>
IV.1. Caracterização dos Locais do Estudo.....	26
IV.1.1. Distrito de Magude.....	26
IV.1.2. Distrito de Namaacha.....	27
IV.1.3. Cidade de Nampula.....	27
IV.1.4. Distrito de Angoche.....	28
IV.1.5. Distrito de Moatize.....	29
IV.1.6. Cidade de Tete.....	29
IV.2. Breve Caracterização dos Participantes do Estudo.....	30
IV.2.1. Profissionais de Saúde.....	30
IV.2.2. APEs e ACSs.....	31
IV.2.3. Pacientes.....	31
IV.2.4. Mineiros.....	32
IV.2.5. Líderes Comunitários.....	32
IV.3. Funcionamento dos Serviços de TB.....	33
IV.3.1. Comunicação e Mobilização Social.....	33
IV.3.2. Despiste e Diagnóstico.....	34
IV.3.2.1. Situação Geral.....	34
IV.3.2.2. Rastreio de TB no Sistema Penitenciário.....	36
IV.3.2.3. TB Resistente.....	37
IV.3.2.4. Rastreio da TB em Doentes Co-Infetados.....	37
IV.3.3. Tratamento e Seguimento.....	38
IV.3.4. Locais de Atendimento de Pacientes com TB nas Unidades Sanitárias e Controlo da Infecção.....	41
IV.3.5. Recursos Humanos e Capacitação.....	41
IV.3.6. Gestão de Insumos nos Programas de Prevenção e Atenção a TB.....	42
IV.4. Apresentação dos Resultados por Grupo de Participantes.....	44
IV.4.1. Profissionais de Saúde.....	44
IV.4.1.1. Percepções de Risco de Infecção no Local de Trabalho.....	44
IV.4.1.2. Acções de Prevenção da TB Implementadas Pelos Profissionais de Saúde e Percepção da sua Eficácia.....	47
a) Na Unidade Sanitária.....	47
b) Fora da Unidade Sanitária.....	47
IV.4.1.3. Atitude dos Profissionais de Saúde Perante os Pacientes de TB.....	49
IV.4.1.4. Percepções dos Profissionais Sobre o Número de Pacientes com TB em Tratamento.....	50
IV.4.1.5. Capacidade de Registo de Dados...51	
IV.4.1.6. Factores que Influenciam a Aceitação do Diagnóstico da TB e Respectivo Resultado.....	52
IV.4.1.7. Percepções dos Profissionais sobre a Capacidade de Prescrição e Adesão ao Tratamento da TB.....	55
IV.4.1.8. Gestão da Cadeia de Distribuição de Medicamentos e Reagentes.....	58
IV.4.1.9. Percepção dos Profissionais Sobre o Trabalho com os APEs e ACSs.....	59
IV.4.2. APEs e ACSs.....	61
IV.4.2.1. Experiência de Gestão da TB no Domicílio.....	61
IV.4.2.2. Percepções dos APEs e ACS sobre os Factores que Influenciam a Aceitação do Diagnóstico, Aderência e Cumprimento do Tratamento.....	62
IV.4.2.3. Factores que Influenciam o Desempenho e Habilidade dos APEs e ACSs em prestar serviços.....	64
IV.4.3. Pacientes com TB.....	66
IV.4.3.1. Reacção dos Pacientes Após a Recepção dos Resultados.....	66

IV. 4.3.2. Factores que influenciam a Busca de Serviços na US.....	67
IV. 4.3.3. Factores que Afectam a Aceitação do Tratamento da TB.....	68
IV.4.4. Mineiros.....	69
IV. 4.4.1. Percepções sobre Risco de Infecção Entre Mineiros.....	69
<b>IV.4.5. Líderes Comunitários.....</b>	<b>70</b>
IV.4.5.1. Experiência e Envolvimento na Gestão da TB a Nível dos Agregados.....	70
IV. 4.5.2. Percepções dos Líderes Sobre a TB.....	71
IV. 4.5.3. Percepções dos Líderes sobre os Factores que Influenciam a Aceitação do Diagnóstico e Resultado da TB Pelos Pacientes.....	73
IV. 4.5.4. Percepções dos Líderes Sobre os Factores que Influenciam a Aceitação do Tratamento pelos Pacientes.....	74
IV. 4.5.5. Percepções dos Líderes Sobre os Factores que Limitam a Busca de Serviços de TB nas US e nas Comunidades.....	75
IV.4.5.6. Factores que Limitam o Desempenho e Habilidade dos Líderes na Provisão de Serviços de Tratamento para TB.....	76
IV. 4.5.7. Interação Entre Líderes e US.....	77
<b>IV.4.6. Membros da Comunidade.....</b>	<b>78</b>
<b>IV.4.6.1. Conhecimentos e Percepções sobre TB na Comunidade.....</b>	<b>78</b>
a) Conhecimento da Doença.....	78
b) Formas de Contágio.....	79
c) Práticas Preventivas.....	81
<b>IV. 4.6.2. Barreiras Para a Procura Efectiva dos Serviços de Cuidados de TB Pelos Pacientes e pela Comunidade.....</b>	<b>81</b>
<b>IV.5. Barreiras Que Limitam a Procura e Adopção de Prevenção e Atenção a TB.....</b>	<b>83</b>
<b>IV.5.1. Análise das Barreiras Identificadas.....</b>	<b>84</b>
a) Falta de Conhecimento sobre a TB.....	84
b) A duração do Tratamento e a Sensação de Melhoria e Efeitos Colaterais.....	84
c) O Medo do Estigma e Discriminação.....	85
d) Comportamento de Risco.....	85
a) A Busca de Tratamento na Medicina Tradicional.....	85
b) Auto-Medicação.....	86
c) Medo e Falta de Confiança em Relação aos Serviços de Saúde.....	86
d) Falta de Redes de Apoio.....	86
<b>IV.6. Canais e Espaços de Comunicação Existentes, Acessíveis e Usados.....</b>	<b>88</b>
<b>V. Principais Conclusões e Recomendações.....</b>	<b>90</b>
V.1. Principais Conclusões.....	90
V.2. Principais Recomendações.....	92
V.2.1. Reforçar e Melhorar Acções de Comunicação e sua Qualidade.....	93
V.2.2. Melhorar a Ceitabilidade e Acessibilidade aos Serviços.....	94
V.2.3. Reduzir Desequilíbrio no Acesso a Serviços de TB.....	95
V.2.4. Advogar pela Melhoria da Protecção de Grupos em Maior Risco.....	95
V. 2.5. Melhorar o Conhecimento sobre Grupos Específicos.....	96
<b>Bibliografia.....</b>	<b>97</b>

## Ficha Técnica

### Equipa de Coordenação da Pesquisa

Egídio Langa [Programa Nacional de Controlo da Tuberculose - PNCT]  
Dário Sacur [Family Health International - FHI 360]  
Netty Kamp [KNCV, Fundação da Tuberculose Holanda]  
Sónia Machevo Chilundo [Family Health International - FHI 360]  
Armindo Daniel Tiago [Family Health International - FHI 360]  
Denise Namburete [N'weti, Comunicação Para Saúde, Moçambique]  
Sansão Dumangane [N'weti, Comunicação Para Saúde, Moçambique]  
Eduardo Costa [N'weti, Comunicação Para Saúde, Moçambique]

#### Nampula

Adriano Biza [Pesquisador]  
Sufiane Mote [Assistente]  
Valdimar António [Assistente]

#### Tete

Edite Cumbe [Pesquisadora]  
Kate Niconte [Assistente]  
Manuel Cananda [Assistente]

#### Maputo

Emídio Gune [Pesquisador]  
Emílio Meque [Assistente]  
Nárcia Tomás [Assistente]  
Zema Munhiwa [Assistente]

Relatório produzido pela N'weti Comunicação para Saude  
Rua Lucas Elias Kumato, 288, Sommerschild  
Maputo, Mocambique



## Abreviaturas

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>APE</b>	Agente Polivalente Elementar
<b>CDC</b>	Centro de Prevenção e Controlo de Doenças
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>SDSMAS</b>	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
<b>DOT</b>	Toma sob Observação Directa
<b>DPS</b>	Direcção Provincial da Saúde
<b>EIP</b>	Entrevista Individual em Profundidade
<b>FHI</b>	Family Health International
<b>GAAC</b>	Grupos de Apoio Adesão Comunitária
<b>GATB</b>	Grupo de Apoio a Tuberculose
<b>GDF</b>	Grupo de Discussão Focal
<b>HIV</b>	Vírus de Imunodeficiência Adquirida
<b>IEC</b>	Informação, Educação e Comunicação
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IUATLD</b>	União Internacional contra a Tuberculose e Doenças do Pulmão
<b>KNCV</b>	Fundação da Tuberculose Holanda
<b>LNRT</b>	Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose
<b>MAE</b>	Ministério da Administração Estatal
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>PMT</b>	Praticantes de Medicina Tradicional
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
<b>PS</b>	Posto de Saúde
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>TARV</b>	Tratamento Anti-retroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TB-MDR</b>	Tuberculose Multi-Resistente a Drogas
<b>TPC</b>	Tratamento por Cotrimaxozol
<b>US</b>	Unidade Sanitária
<b>USAID</b>	Agência do Governo dos Estados Unidos para o Desenvolvimento International



## Sumário Executivo

O presente relatório apresenta os resultados da Pesquisa Formativa intitulada “*Explorando Constrangimentos Individuais e Socioculturais que Influenciam a Procura de Serviços de TB em Três Províncias de Moçambique*”. O estudo foi conduzido com o objectivo de explorar e identificar os factores subjacentes aos aspectos socioculturais e individuais que influenciam a busca de serviços diagnóstico e tratamento da TB, entre Profissionais de saúde, Agentes Polivalentes Elementares (APE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pacientes com TB, membros da comunidade e respectivos líderes comunitários com a finalidade de gerar informação que sirva de base para orientar o desenho de uma estratégia de comunicação e intervenções de mudança social e comportamental.

Os dados para o presente estudo foram recolhidos em contextos urbanos e rurais das províncias de Maputo (Namaacha e Magude), Tete (Cidade de Tete e Moatize) e Nampula (Cidade de Nampula e Angoche) cobrindo deste modo a diversidade regional das zonas Sul, Centro e Norte do país caracterizada também pela sua variedade sociocultural. O estudo seguiu uma abordagem que combinou técnicas qualitativas, nomeadamente as entrevistas semiestruturadas conduzidas entre líderes comunitários, pacientes de TB, APes, ACSs e profissionais de saúde e, a realização de Grupos de Discussão Focal com membros da comunidade e mineiros e a observação directa. Adicionalmente, a esses dados foram analisados fontes secundárias como relatórios das três Direções Provinciais de Saúde bem como do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose do Ministério de Saúde e outro material julgado relevante.

## Conhecimentos sobre TB e Formas de Contágio

Nos contextos que acolheram o estudo existe uma variedade de conhecimentos concorrentes sobre a TB. Esta doença é conhecida pelos participantes como uma doença caracterizada por tosse constante, emagrecimento, fraqueza muscular e sangramento, em certas circunstâncias. Ela assume diferentes designações ao longo dos locais cobertos pela pesquisa, quanto dentro desses mesmos locais: Kohoa, Muankhokho, Elapaha e Okothomola em Nampula; Ndere, Kolholo e Kolholo yayikulo em Maputo e; Tchocolo, Nhundimutiti, Dindimutiti, Tchifuwa tchatchiculu, Tchifuwa tcha tsaku-tsaku ou Thi bhi na província de Tete.



Embora se tenha feito muita referência ao contágio por via respiratória devido a aproximação física a uma pessoa portadora da TB, entre a vasta gama de conhecimentos e percepções sobre a TB coexiste um conjunto de pré-noções e mal-entendidos popularmente partilhados sobre a forma como a tuberculose é transmitida que podem de uma ou de outra forma constrear uma advocacia, comunicação e mobilização eficazes e que concorram para um maior e melhor acesso e uso dos serviços de prevenção e controle da TB. Os mal entendidos incluem a crença na transmissão de TB através da troca de fluídos durante o beijo, pela partilha de utensílios domésticos (pratos e copos em situações de refeições); transgressão de determinadas normas sociais e culturais; a prática de relações sexuais com uma mulher que teve um aborto recente e que não tenha sido purificada; relações sexuais com uma mulher viúva que não realizou a cerimónia de purificação; não observância de cerimónias em caso de morte de um membro da família; prática de relações sexuais com mulher menstruada; contacto com sangue poluído e feitiço.

## Barreiras/Factores que Limitam a Procura de Serviços de Diagnóstico e tratamento de TB

O estudo identificou três grandes categorias de barreiras que de forma conjunta agem condicionando a busca de serviços, nomeadamente barreiras de carácter individual, barreiras de carácter sociocultural e programáticas, institucionais e/ou estruturais ligadas ao funcionamento dos serviços de saúde.

São barreiras individuais identificadas: i) falta de conhecimento apropriado sobre a TB pelos pacientes associadas as percepções dominantes sobre como se transmite e se previne; ii) a percepção sobre o processo de tratamento que inclui a consideração de ser longo e de ter efeitos colaterais o que provoca desistências; iii) o medo estigma e discriminação que limita a procura de tratamento levando a situações de auto-discriminação por parte de certos doentes de TB que se excluem tanto do processo de busca de serviços quanto do convívio familiar (e a associação da TB ao HIV e SIDA é aumenta sobremaneira o sentimento do medo da discriminação); e iv) a adoção de comportamento de risco sobretudo pelos homens (alcoolismo e tabagismo) evitando a ida a unidade sanitária por receio de desencorajamento dessas atitudes

As barreiras socioculturais identificadas dizem respeito a: i) preferência de busca de tratamento na Medicina Tradicional em detrimento da unidade sanitária por a TB ser percebida como fruto da transgressão de normas sociais; ii) a automedicação, resultante do 'costume' de não ir a unidade sanitária e privilegiar medicação produzida em ambientes caseiros, adquirida nos mercados de venda de medicamentos tradicionais ou ainda nas farmácias, públicas e privadas; iii) medo e falta de Confiança em relação aos Serviços de Saúde; iv) a fragilidade das redes de apoio familiar e comunitário, ora por o tratamento ser longo, ora porque doença é pensada como resultado de irresponsabilidade do paciente ao subverter as normas sociais;

Para além destes factores influenciam o acesso a serviços factores estruturais como: i) as distâncias longas entre a comunidade e unidade sanitárias; ii) a demora no atendimento na unidade sanitária; iii) limitada colaboração e uso de estruturas comunitárias (exemplo: líderes) para mobilização; iv) limitada capacidade de diagnóstico da rede de saúde e; v) rupturas periódicas de medicamentos e insumos de laboratórios.

## Canais e Espaços de Comunicação Existentes e Usados sobre TB

A comunicação no contexto da prevenção e cuidados da TB não ocupa um lugar central nas intervenções em curso, ela é caracterizada por ações esporádicas e não de carácter sistemático. No que concerne aos veículos de comunicação, há diferenças espaciais, nas áreas urbanas a via radiofónica incluindo TV constitui um dos principais mecanismos de disseminação de informação para a população em geral enquanto que nas zonas rurais e próximo das vilas os activistas ACSs constituem a fonte primária de informação. Os APEs divulgam as mensagens nas reuniões ou durante as suas visitas domiciliárias que fazem nas comunidades. Os profissionais de saúde também realizam palestras nas unidades sanitárias. Contudo nenhum dos dois grupos possui um documento guia para orientar as actividades de comunicação para TB.

Onde haja recursos nas zonas rurais tem se realizado “Brigadas Móveis”, mas sua abrangência e regularidade são bastante limitadas. Existem também materiais impressos como cartazes, afixados nas unidades sanitárias, locais de aglomeração populacional mas escritos na língua portuguesa em contextos onde as pessoas usam línguas locais. Tanto activistas como profissionais de saúde, não beneficiam de treinamento em Comunicação Interpessoal e Aconselhamento, o que limita a sua possibilidade de comunicar efectivamente com pessoas suspeitas de estarem com TB ou pacientes com TB. Estas situações denotam a falta de uma estratégia de comunicação que oriente o desenho e disseminação de informação desagregada por cada categoria de grupo comunitário e apropriada aos seus contextos



## Principais Recomendações

São recomendações prioritárias deste estudo o reforço da e melhoria de ações de comunicação com enfoque para reforço da qualidade e das habilidades comunicativas por parte dos provedores de saúde e ativistas; consciencialização sobre direitos de utentes para os membros da comunidade; desenho de mensagens que dialoguem que aumentem o conhecimento sobre a TB mas sobretudo que dialoguem com as pré-noções e mal entendidos predominantes sobre as causas e formas de contágio da tuberculose na comunidade. Estas ações deverão ser combinadas com um componente de advocacia e mobilização comunitária com ênfase no envolvimento de líderes comunitários ou outros grupos notáveis na comunidade cujo envolvimento em ações de controlo a TB pode fazer diferença sobretudo na mudança comportamental e social.

Uma comunicação efectiva e que contribua para o aumento da demanda e uso dos serviços de controlo de TB exige que se proceda a ajustamentos e melhorias na cadeia dos programas de TB, desde as estratégias de rastreio e diagnóstico, as estratégias de tratamento para população geral, bem como para populações mais vulneráveis, como prisões, mulheres, sobretudo mulheres idosas, população carenciada em termos de alimentação. Exige ainda a mitigação das barreiras estruturais que tem estado a limitar o acesso e o uso dos serviços de controlo da TB.

Outras acções incluem o reforço e melhoria das acções de comunicação; reforço e melhoria de ações comunitárias para aceitabilidade e acessibilidade aos serviços de TB, sobretudo para as mulheres; advogar pela melhoria da proteção de grupos em maior risco e melhoria do conhecimento sobre grupos específicos [Pessoas em situação de reclusão, menores de 18 anos, pessoas que tenham desistido do tratamento] de modo a melhor informar intervenções futuras voltadas para esses grupos.

Programas de comunicação, por mais excelentes que sejam, por si só serão insuficientes para assegurar melhorias no controle da TB. Entretanto, enquanto o contexto ideal não é alcançado, os programas de mobilização social e de comunicação para mudança social e de comportamento podem ajudar a transformar mentalidades e comunidades de modo a que elas sejam responsáveis por introduzir e perpetuar conhecimentos, atitudes e práticas favoráveis a prevenção e ao tratamento completo da TB.





## I. Introdução

### I.1. Contextualização

Em Moçambique, o número de casos de TB diagnosticados e tratados continua a crescer. De 2007 a 2011, ocorreu um crescimento de 20% (de 38,044 casos em 2007 para 47,301 em 2011) no número de casos de TB (MISAU, 2010). Diversos esforços tem sido levados a cabo para assegurar um diagnóstico precoce da TB. De entre os esforços mencionados incluem-se um aumento consistente da disponibilidade de serviços grátis para o diagnóstico e para o tratamento da TB no país. Essa estratégia envolve a expansão da rede de laboratório e a descentralização dos cuidados aos níveis mais periféricos.

Como resultado desses esforços, existem intervenções de sucesso desenvolvidas nas comunidades. Essas intervenções são implementadas com o envolvimento de vários actores, nomeadamente, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ONG's, Organizações Comunitárias de Base (OCB) e de PMT. Estudos realizados anteriormente demonstraram que considera que o envolvimento das lideranças e parceiros relevantes bem como de activistas nas actividades de supervisão do tratamento sob observação directa a nível da comunidade (DOT Comunitário) contribuiu para que fossem alcançadas taxas elevadas de sucesso que resultam do aumento da consciência do cidadão sobre a importância da busca atempada de cuidados de saúde, para despistar e tratar a TB (Bavo *et al* (2010).

Entretanto, apesar do progresso recente nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, persistem factores que limitam a procura atempada de cuidados de saúde por parte de pacientes com TB. Tais factores funcionam como obstáculos que limitam o acesso equitativo a um DOT de qualidade: i) fraco acesso aos serviços de saúde, ii) escassez de recursos humanos e de infraestruturas, iii) pobreza na qual vive a maioria da população, e iv) a alta prevalência de HIV, tido como o maior responsável actualmente pelo crescimento de infecções por TB; pese embora a introdução do Aconselhamento para Diagnóstico Voluntário de HIV nos serviços da TB, que melhorou o acesso ao Tratamento Anti-Retroviral (TARV) bem como à Profilaxia com cotrimoxazole.

Em Moçambique, o número de casos de TB diagnosticados e tratados continua a crescer. De 2007 a 2011, ocorreu um crescimento de 20% (de 38,044 casos em 2007 para 47,301 em 2011) no número de casos de TB (MISAU, 2010).

Os desafios que limitam os esforços em curso para prevenir a TB e reduzir a sua expansão em Moçambique estão associados a factores estruturais/institucionais bem como a factores socioculturais que influenciam a procura e uso dos serviços que oferecem cuidados de saúde por parte dos pacientes com sintomas de TB. A inexistência de pesquisas socioculturais sobre a TB em Moçambique, limita uma compreensão mais aprofundada sobre as percepções, atitudes, comportamento dos indivíduos e comunidades sobre a doença.

O presente relatório apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa realizada em três províncias de Moçambique - Maputo, Tete e Nampula - com vista a identificar factores constrangedores de natureza individual e sociocultural que influencia o comportamento de busca de serviços de diagnóstico e tratamento para a tuberculose. O estudo vai gerar informação sociocultural que servirá de base para orientar o desenho de uma estratégia de comunicação e intervenções de mudança social e comportamental para os próximos anos bem como ser usada para guiar futuros estudos para melhor entender os comportamentos de busca de cuidados para a TB no país.

O documento está dividido em sete partes. Para além da introdução que expõe o contexto e a relevância da pesquisa, segue-se a apresentação de procedimentos metodológicos que foram adoptados para realizar a pesquisa. A apresentação dos resultados da pesquisa inicia na terceira secção onde se faz uma breve caracterização dos locais cobertos pela pesquisa, os participantes de estudo e o modo de funcionamento dos serviços de dos serviços de TB nas unidades sanitárias visitadas.

Na quarta parte são apresentados os achados da pesquisa por grupo de participantes do estudo; seguida da exposição e análise das principais barreiras identificadas que limitam a procura e a adopção dos serviços de prevenção e atenção a TB. Antes da apresentação das principais conclusões e recomendações do estudo, é feita uma análise sobre os canais e espaços de comunicação existentes, acessíveis e usados pelos diversos actores na área da TB em nos locais visitados.





## II. Objectivos e Resultados do Estudo

### II.1. Objectivo Geral

Explorar e identificar factores subjacentes aos aspectos socioculturais e individuais que influenciam a busca de cuidados de saúde, de diagnóstico e de tratamento, relativos a TB, entre Profissionais de saúde, Agentes Polivalentes Elementares (APE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pacientes com TB, membros da comunidade e respectivos líderes.

### II.2. Objectivos Específicos

Identificar e explorar constrangimentos individuais e socioculturais que influenciam os comportamentos das comunidades na busca de cuidados relativos a TB;

- Compreender como as normas locais de género constroem a promoção de comportamentos saudáveis concorrentes para a prevenção e para a adopção de cuidados relativos a TB e
- Identificar canais locais e espaços de comunicação, acessíveis e usados pelos grupos cobertos e, a partir dos quais e nos quais é transmitida a informação sobre TB

### II.3. Resultados e Finalidade do Estudo

Os resultados do presente estudo serão usados para apoiar o MISAU, por via do Programa Nacional de Controlo da TB (PNCT) no desenho de políticas, estratégias e mensagens para elevar a busca de serviços de TB.



## III. Metodologia

### III.1. Tipo e Etapas do Estudo

Para a presente pesquisa foi realizado um estudo qualitativo. A mesma foi realizada em três etapas; uma primeira de preparação técnica, uma segunda; de recolha e tratamento de dados e uma terceira; de análise e interpretação de dados e elaboração do relatório.

Na primeira etapa foram elaborados a proposta técnica do estudo e o esboço dos instrumentos de recolha de dados. Na segunda etapa foram finalizados os instrumentos de recolha de dados, bem como detalhes sobre o tratamento de análise de dados, seguida da recolha de dados na Vila de Moatize e na cidade de Tete, na província de Tete; em Angoche e na cidade de Nampula, na província de Nampula e na Vila de Namaacha e de Motaze no distrito de Magude, na província de Maputo. Na terceira parte foram analisados e interpretados os dados e elaborado o presente relatório preliminar.

### III.2. Amostra e Selecção dos Locais de Pesquisa

Para a presente pesquisa foi elaborada uma amostra por etapas. Numa primeira etapa foi definida a amostra dos locais e de seguida foi definida a amostra de participantes por seleccionar em cada um dos locais cobertos.

Foi tomada em conta a necessidade de cobrir as três regiões do país nomeadamente a região sul, a região centro e a região norte. Em cada uma das regiões foram seleccionadas duas áreas das quais uma numa área urbana e outra numa área rural. Como resultado dessa combinação, um total de seis locais foram seleccionados, dois para cada região do país; três para a área urbana e três para a área rural, como se pode ver na Tabela 1.

**Tabela 1. Distribuição geográfica dos locais de pesquisa**

Região	Província	Rural	Urbano
<b>Sul</b>	Maputo	PA de Motaze [Magude]	Vila da Namaacha
<b>Centro</b>	Tete	PA de Moatize	Cidade de Tete
<b>Norte</b>	Nampula	PA de Angoche	Cidade de Nampula

### III.3. Critérios de Inclusão e Seleção dos Participantes

Para a presente pesquisa foram cobertos cinco grupos de participantes nomeadamente: Profissionais de Saúde, APE/ACS, Líderes Comunitários, membros da comunidade e pacientes com TB.

Para a presente pesquisa foram cobertos cinco grupos de participantes nomeadamente: Profissionais de Saúde, APE/ACS, Líderes Comunitários, membros da comunidade e pacientes com TB. A seleção dos participantes obedeceu a critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos no Protocolo de Pesquisa aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde, do MISAU, e que podem ser vistos na Tabela 2, na página que se segue.





Tabela 2. Critérios de inclusão e de exclusão usados

Grupos da pesquisa	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provedor de cuidados de saúde para pacientes com TB;</li> <li>• Presta serviços na unidade sanitária de um dos sites cobertos pela recolha de dados;</li> <li>• Provedor de cuidados de saúde numa penitenciária situada no site coberto pela recolha de dados;</li> <li>• Esteja a trabalhar no local no mínimo a dois meses;</li> <li>• Aceita participar na pesquisa.</li> </ul>	Relata ter sido diagnosticado TB nos últimos seis meses
APE e ACS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter o mínimo de 18 anos de idade;</li> <li>• Registado na base de dados dos serviços distritais de saúde;</li> <li>• Experiência na mobilização comunitária para a prevenção e pesquisa da TB;</li> <li>• Viver na comunidade seleccionada para a recolha de dados a pelo menos dois anos;</li> <li>• Aceitar participar na pesquisa.</li> </ul>	Relata ter sido diagnosticado TB nos últimos seis meses
Líderes comunitários	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter o mínimo de 18 anos de idade;</li> <li>• Viver na área de estudo a pelo menos dois anos;</li> <li>• Identificado pelas autoridades locais como líderes comunitários.</li> <li>• Aceitar participar na pesquisa.</li> </ul>	Recusa em participar
Pacientes com TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter o mínimo de 18 anos de idade;</li> <li>• Viver na área de estudo a pelo menos dois anos;</li> <li>• Ter completado pelo menos dois meses em tratamento de TB;</li> <li>• Aceitar participar na pesquisa.</li> </ul>	Muito doente que está incapaz de participar
Membros da comunidade (incluindo trabalhadores migrantes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter o mínimo de 18 anos de idade;</li> <li>• Viver na área de estudo a pelo menos dois anos;</li> <li>• Aceitar participar na pesquisa.</li> </ul>	

Apresentados os critérios de inclusão e de exclusão usados para orientar a selecção dos participantes; de seguida são apresentados os mecanismos pelos quais foram seleccionados os participantes de cada um dos grupos cobertos na pesquisa.

### III.3.1. Provedores de Serviço

Para a amostra deste grupo foram seleccionados provedores de serviços que trabalham nas unidades sanitárias que prestam serviços e actividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes com TB. Como as unidades sanitárias têm poucos provedores foram seleccionados os profissionais de saúde disponíveis. Em Nampula, não foi obtida autorização para trabalhar na penitenciária. Em Namaacha existe uma pequena penitenciária assistida pelo Centro de Saúde local. Assim, foi entrevistado o responsável distrital do programa que realiza actividades naquela penitenciária.

As equipas obtiveram autorização da DPS, dos Serviços distritais e das próprias unidades sanitárias para que pudessem conduzir as entrevistas. Os horários para a realização das entrevistas foram negociados com os próprios profissionais. As mesmas tiveram lugar nas unidades sanitárias onde estes trabalham mas, sempre fora das horas normais de expediente, para não comprometer o decurso normal das suas actividades profissionais.

Para a amostra deste grupo foram seleccionados provedores de serviços que trabalham nas unidades sanitárias que prestam serviços e actividades de prevenção, diagnóstico e tratamento de pacientes com TB.



### III.3.2. Agente Polivalente Elementar (APE) e Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Para a amostra deste grupo foram seleccionados APE e ACS das comunidades das áreas cobertas pelas unidades de saúde abrangidas no estudo. Em Namaacha e em Magude, durante a recolha de dados os APE estavam todos em formação, tendo sido entrevistados nas vilas sede de cada um dos distritos.

A sua participação no estudo foi aprovada pela DPS e pelos responsáveis distritais do programa de APE; estes últimos indicaram os APE responsáveis pela área onde os dados foram recolhidos. Cada área coberta tem um máximo de dois APEs. Assim, e para cobrir a amostra definida foram cobertos APEs de outras áreas desde que pertencentes ao mesmo distrito e ao mesmo tipo de área [rural ou urbana].

### III.3.3. Líderes Comunitários

Neste grupo foram seleccionados líderes das comunidades das áreas de cobertura das unidades sanitárias cobertas pelo estudo. Os líderes seleccionados incluíram curandeiros, líderes religiosos e uma autoridade tradicional [Régulos, secretários(as) chefes de quarteirão e outros].

Os líderes foram identificados em colaboração com os profissionais de saúde tendo sido abrangidos aqueles que trabalham com as comunidades das áreas cobertas pela presente pesquisa e que estavam disponíveis no momento da recolha de dados.

### III.3.4. Membros da Comunidade

Para a amostra deste grupo, os participantes foram seleccionados em colaboração com os líderes locais e com os profissionais de saúde. Em Motaze, os mineiros foram identificados nas unidades sanitárias pelos profissionais de saúde e convocados pelos líderes comunitários para os encontros referentes a presente pesquisa. Em Tete os mineiros foram identificados e indicados pelos profissionais de saúde, na unidade sanitária.

### III.3.5. Pacientes com TB

Neste grupo foram seleccionados pacientes em tratamento na unidade sanitária coberta. Para a sua selecção foram considerados os pacientes que estavam disponíveis durante o tempo da recolha de dados no local e que reuniam os critérios de inclusão para participar na pesquisa. Em Nampula foram entrevistados pacientes nas suas residências devido ao número insuficiente nas US, na altura da recolha de dados para a presente pesquisa.

## III.4. Técnicas e Processo de Recolha de Dados

Os dados qualitativos foram recolhidos por um conjunto de técnicas nomeadamente Grupos de Discussão Focal (GDF), Entrevistas Individuais em Profundidade (EIP) com informantes-chave e observação directa.



A recolha de dados durou entre 15 a 20 dias em cada um dos locais de pesquisa cobertos pelo estudo.

A recolha de dados durou entre 15 a 20 dias em cada um dos locais de pesquisa cobertos pelo estudo. Para além das orientações metodológicas os investigadores tinham um pequeno guião de apoio com detalhes sobre como proceder durante o processo de recolha de dados. Para conduzir os GDF e as EIP foram produzidos guiões para cada um dos grupos de participantes cobertos.

As EIP e os GDFs foram conduzidos nas línguas dominadas pelos participantes do estudo. Em Maputo os dados foram recolhidos com recurso as línguas de Ci-changane e Português. Em Tete os dados foram recolhidos com recurso as línguas Nyúnguè, Sena e Português e em

Nampula os dados foram recolhidos em Emakuwa Koti [Angoche], Emakuwa Lómwè [Cidade de Nampula] e Português nos dois locais.

No tocante aos GDFs estes foram realizados com membros da comunidade. Em cada local foram realizados GDFs separados para homens e para mulheres, cada um composto por uma média de 8 participantes, com idade mínima de 18 anos de idade, em linha com o estipulado nos critérios de inclusão e de exclusão definidos no protocolo de pesquisa. Os GDFs foram conduzidos com recurso a um guião de entrevistas previamente preparado para o efeito.

Para o presente estudo estava prevista a realização de trinta (30) GDFs; dez (10) GDFs por província. No total foram realizados 26 grupos, como se pode ver na Tabela 3.

**Tabela 3: Mapa de grupos de discussão focal**

Região	Província	Grupos de discussão com adultos da comunidade	Rural		Urbano		Total	
			Plano	Real	Plano	Real	Plano	Real
Sul	Maputo	Feminino	2	2	2	2	4	4
		Masculino	2	2	2	2	4	4
		Mineiros	2	2	0	0	2	2
		SUB-TOTAL	6	6	4	4	10	10
Centro	Tete	Feminino	2	2	2	2	4	4
		Masculino	2	2	2	2	4	4
		Mineiros	2	0	0	0	2	0
		SUB-TOTAL	6	4	4	4	10	8
Norte	Nampula	Feminino	2	2	2	2	4	4
		Masculino	2	2	2	2	4	4
		Mineiros	2	0	0	0	2	0
		SUB-TOTAL	6	4	4	4	10	08

Por fim, em cada local coberto, foi feita uma observação directa de aspectos como tipos e condições de arejamento e entrada de luz solar nas residências e nos transportes públicos. Adicionalmente foram observados materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) disponíveis [Material gráfico, audio e audio-visual] nas unidades sanitárias.

Quanto as EIPs estava prevista a realização de cento e sessenta e oito (168) EIP a razão de cinquenta e seis (56) EIP por província. No total foram realizados cento e cinquenta e sete (157) EIP.

Tabela 4: Mapa de entrevistas individuais em profundidade realizadas

Região	Província	Grupo alvo	Rural				Urbano				Total	
			H		M		H		M		PI	Re
			PI <sup>1</sup>	Re <sup>2</sup>	PI	Re	PI	Re	PI	Re		
Sul	Maputo	Trabalhadores de saúde	3	2	3	0 <sup>3</sup>	3	3	3	3	12	8
		APE/ACS	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12
		Pacientes	5	5	5	2 <sup>4</sup>	5	5	5	5	20	17
		Líderes comunitários	3	3	3	2	3	3	3	3	12	11
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>56</b>	<b>48</b>
Centro	Tete	Trabalhadores de saúde	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12
		APE/ACS	3	3	3	0 <sup>5</sup>	3	1	3	1	12	5
		Pacientes	5	10 <sup>6</sup>	5	5	5	5	5	5	20	25
		Líderes comunitários	3	4	3	3	3	3	3	3	12	13
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>56</b>	<b>55</b>
Norte	Nampula	Trabalhadores de saúde	3	4	3	0	3	3	3	3	12	10
		APE/ACS	3	6	3	0	3	4	3	2	12	12
		Pacientes	5	5	5	5	5	5	5	5	20	20
		Líderes comunitários	3	3	3	3	3	3	3	3	12	12
		<b>SUB-TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>08</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>56</b>	<b>54</b>
<b>TOTAL Entrevistas Individuais em Profundidade</b>			<b>42</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>39</b>	<b>168</b>	<b>157</b>

1. Amostra planejada.

2. Amostra realizada.

3. O Posto Administrativo tem apenas dois profissionais de saúde, ambos, do sexo masculino.

4. A unidade sanitária tem apenas 13 pacientes em tratamento, Destas duas desistiram, uma é menor de 18 anos e a outra está gravemente doente e recebe tratamento em casa.

5. Existiam apenas APE do sexo masculino. O mesmo se aplica para APE's e trabalhadores de saúde em Nampula.

6. Das 10,5 são entrevistas com mineiros e as restantes 5 com pacientes de outros perfis socioprofissionais.

## III.5. Tratamento, Procesamento e Análise dos Dados

### III.5.1. Codificação das Entrevistas e Discussões em Grupo

Todas as entrevistas e discussões em grupo focal gravadas foram codificados. Para o efeito foi criado um código para identificar cada entrevista ou discussão em grupo focal, a respectiva gravação e a transcrição correspondente.

O referido código é composto por uma combinação das iniciais da técnica de recolha de dados utilizadas, conforme apresentado: EIP, para Entrevistas Individuais em Profundidade, e DGF, para Discussões em Grupo Focal. Seguem-se as iniciais da província (M para Maputo, T para Tete e N para Nampula), iniciais do distrito (NMC para Namaacha, MGD para Magude; TT para cidade de Tete, MTZ para Moatize, NPL para cidade de Nampula e ANG para Angoche). Depois seguem-se as iniciais do grupo coberto (APE ou ACS, L para líderes, P para profissionais de saúde, C para membros da comunidade, M para mineiros), as iniciais para indicar sexo (M para Mulheres e H para Homens) as iniciais do nome do[a] entrevistador[a], a data na qual os dados foram recolhidos [dia/mês/ano] e por fim a hora de início.

Tomemos por exemplo um grupo de discussão na província de Tete, distrito de Moatize, com um grupo de mulheres da comunidade, conduzida pela Edite Cumbe a 18 de Abril de 2013

Todas as entrevistas e discussões em grupo focal gravadas foram codificados. Para o efeito foi criado um código para identificar cada entrevista ou discussão em grupo focal, a respectiva gravação e a transcrição correspondente.



iniciada as 12.20mn. O código foi: GDF-MTZ-M-EC-18052013-1220. Imediatamente ao código do grupo ou entrevista foi incluído o respectivo número de ordem. No caso do exemplo anterior e tratando-se do segundo grupo o código seria o seguinte: GDF2-MTZ-M-EC-18052013-1220.

#### III.5.2. Transcrição das Entrevistas, Gravações e Notas

Todas as entrevistas e discussões em grupo focal gravadas foram transcritas *verbatim*. Adicionalmente, foram acrescentadas três notas de entrevistas, uma referente a Namaacha resultante de uma entrevista que não foi gravada por recusa do entrevistado e duas referentes a Moatize, devido a fraca qualidade das gravações das entrevistas resultantes do excesso de vento que tornou-as inaudíveis.

As transcrições foram feitas por pessoas fluentes nas línguas nas quais as EIP e as DGF foram realizadas. Para Moatize e cidade de Tete as transcrições foram feitas pela assistente de pesquisa que participou na recolha de dados nos dois locais. Em Maputo, as transcrições foram feitas por parte da equipa que recolheu os dados. Os dados de Nampula foram os únicos transcritos na totalidade por uma equipa diferente daquela que recolheu os dados.

### III.5.3. Codificação da Informação Recolhida

Uma vez recolhida a informação foi codificada tendo em conta os aspectos explorados junto de cada grupo abrangido pelo estudo. Esses códigos foram usados para assinalar, nas transcrições, a informação referente a cada um deles. Para o efeito foi usado um conjunto de códigos preparados para o efeito.

### III.5.4. Processamento, Análise de Dados e Relatório Preliminar

Concluída a codificação para cada transcrição os dados referentes a cada código foram arrumados numa tabela em Excel, com o respectivo código. Uma vez colocados todos os dados na mesma planilha foram identificados padrões e tendências das respostas para cada grupo.

Findo o processo de identificação das tendências para cada grupo os dados foram analisados em linha com os códigos referentes aos objectivos específicos do estudo. Concluída a codificação foram analisadas as tendências para cada um desses objectivos estipulados e elaborado o presente relatório preliminar do estudo.

## III. 6. Questões Éticas

A presente pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde do Ministério da Saúde de Moçambique e do Comité de Protecção de Sujeitos Humanos da FHI 360 (PHSC). Adicionalmente, a mesma contou com a autorização das direcções provinciais da Saúde, dos serviços distritais e das unidades sanitárias cobertas pelo estudo.

Durante a recolha de dados, os pesquisadores na sua relação com os participantes da pesquisa observaram algumas regras nomeadamente: Aproximar-se dos potenciais participantes da pesquisa com cordialidade, informar, aos potenciais participantes sobre os objectivos da pesquisa bem como sobre a livre aceitação para participar no mesmo, não se tendo verificado casos de recusa de participação. Como forma de confirmar a vontade de participar no estudo os participantes assinaram uma folha de consentimento informado, tendo uma cópia ficado com o participante e a outra com a equipa de pesquisa.

No Centro de Saúde de Tete os profissionais de saúde de forma geral não se sentiram a vontade com a gravação das entrevistas e com a assinatura do consentimento antes da realização da entrevista e alguns dos entrevistados apenas assinaram o consentimento após a entrevista pois queriam certificar-se das perguntas que seriam colocadas. Ainda em Tete a recolha de dados foi interrompida<sup>7</sup> temporariamente facto prontamente ultrapassado com a intervenção da equipa de supervisão da FHI 360.

Uma vez aceite a sua participação o pesquisador negociava com os potenciais participantes um horário e local adequado para a realização da entrevista. Acordado o local da entrevista ou da discussão em grupo, o pesquisador explicava a importância de gravar as entrevistas ou as discussões em grupo e de seguida solicitava autorização para o efeito. Todos os participantes aceitaram gravar as entrevistas não tendo sido gravada apenas uma (1) entrevista por recusa do participante. Nesse caso, a entrevista foi anotada.

A presente pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Bioética para a Saúde do Ministério da Saúde de Moçambique e do Comité de Protecção de Sujeitos Humanos da FHI 360 (PHSC).

7. A interrupção deveu-se ao facto de a província ter uma experiência negativa com entrevistas uma vez que um canal televisivo recolheu dados sobre saúde através de uma câmara oculta o que torna suspeita qualquer acto de gravação de entrevistas.

Antes de iniciar a entrevista ou discussão em grupo, os participantes foram informados que podiam não responder as questões com as quais não se sentissem confortáveis bem como, que tinham a liberdade de interromper a entrevista se assim o desejassem sem sofrer nenhuma sanção.

Os dados dos participantes são apresentados anonimamente de modo a garantir a protecção dos mesmos, sendo apenas usados dados sócio demográficos que permitam perceber o seu perfil. Entretanto, uma vez que parte das gravações contém os nomes das pessoas, caberá a FHI e a N'weti encontrar um mecanismo para proteger essa informação de modo a preservar as identidades dos participantes do estudo.

### III.7. Constrangimentos e Limitações do Estudo

A amostra inicialmente definida não foi cumprida devido a uma combinação de diversos factores que condicionaram o processo de recolha de dados, com a realização das campanhas de vacinação do Sistema Nacional de saúde e actividades de carácter político. A título de exemplo, em Nampula a coincidência de preparação da visita do Presidente da República mobilizou os profissionais de saúde para essa actividade, facto que impossibilitou o cumprimento da amostra devido a indisponibilidade de dois profissionais em Angoche.

Em Namaacha, depois de um dia perdido devido a uma “manifestação de repúdio aos ataques de homens armados em Muxúnguè”, um segundo dia foi perdido devido a uma visita ministerial e um terceiro dia perdido devido a preparação das festividades do dia da Vila. Em Tete, a celebração do dia 1 de Maio e a comemoração do dia Internacional da Malária forçaram a reprogramação do processo de recolha de dados. O mesmo sucedeu na cidade de Nampula e em Magude mas desta feita devido a cerimónias fúnebres realizadas nos dias previstos para a recolha de dados que ficou inviabilizada.

Um outro constrangimento encontrado foi a existência numa categoria, de entrevistados do mesmo sexo embora a amostra previamente desenhada definia o mesmo número de entrevistados do sexo masculino e sexo feminino em cada categoria. Assim, em Angoche todos os quatro profissionais entrevistados são do sexo masculino por não haver profissionais de saúde do sexo feminino que lidam com a prevenção e com os cuidados a TB. Cenário similar se repetiu com APEs e ACSs em Angoche, na cidade de Nampula e em Moatize onde todos só existem pessoas do sexo masculino nessa categoria. Os ACSs entrevistados já tinham abandonado as actividades mas, mesmo assim foram entrevistadas para apurar as motivações e razões do seu abandono.

Na cidade de Tete, contexto urbano, só foi possível entrevistar um APE de cada sexo devido ao seu número reduzido.

Na impossibilidade de entrevistar pacientes com TB na unidade sanitária, os mesmos foram entrevistados a nível das comunidades [Angoche]. Na cidade de Nampula foi impossível realizar entrevistas com profissionais de saúde da Penitenciária Industrial de Nampula, situada na zona de Nairro. Após a equipa se apresentar a secretaria da instituição, foi referido que a autorização carecia do despacho do Director da mesma que depois seria comunicado telefonicamente a equipa; mas tal não ocorreu até ao fim do processo de recolha de dados.

Um outro elemento a considerar está relacionado com o processo de análise de dados. Na definição inicial da amostra dos locais a serem cobertos a intenção era cobrir uma área urbana e outra rural, em cada província. Contudo, os locais selecionados para representar as áreas

Os dados dos participantes são apresentados anonimamente de modo a garantir a protecção dos mesmos, sendo apenas usados dados sócio demográficos que permitam perceber o seu perfil.



rurais [Angoche, Motaze-Magude, Moatize] apresentam características bastante diferenciadas em termos de ruralidade pelo facto de em alguns casos não haver uma distinção clara entre o rural e urbano por se localizarem próxima do urbano. Assim sendo estas nuances que se verificam entre o rural e urbano definidos neste estudo, não nos permitem fazer uma distinção clara entre os mesmos grupos entrevistados nos diferentes espaços.

Duas últimas limitações notadas na fase da análise de dados é a ausência de percepções e experiências de reclusos, refugiados, residentes em internatos, menores de 18 anos de idade e de pacientes que abandonaram o tratamento. Esses grupos teriam fornecido informação útil para compreender melhor as circunstâncias particulares que os afectam.

### III.8. Equipa de Pesquisa e Supervisão do Trabalho

A equipa de pesquisa de campo era composta por três pesquisadores séniores e sete assistentes de pesquisa distribuídos pelas três províncias. Todos os assistentes de pesquisa eram fluentes nas línguas dos locais de recolha de dados e tinham o ensino superior concluído, a excepção de uma assistente que ainda frequentava o ensino superior.

Para a província de Tete, a equipa era composta por uma pesquisadora proveniente de Maputo e dois assistentes de pesquisa, um de cada sexo, recrutados localmente. Para a província de Nampula a equipa era composta por um pesquisador proveniente do Maputo e dois assistentes de pesquisa, um de cada sexo, recrutados também localmente. Para província de Maputo a equipa era composta por um pesquisador e três assistentes de pesquisa, dois do sexo feminino e um de sexo masculino.

Os pesquisadores para além de participar na recolha de dados desempenharam o papel de coordenação da equipa, realizando tarefas de supervisão do processo para assegurar a implementação dos procedimentos metodológicos incluídos no protocolo de estudo e considerações éticas de modo a obter dados de qualidade.

A anteceder o processo de recolha de dados as equipas de pesquisa tiveram um pequeno treino de familiarização com os instrumentos bem como com o protocolo de pesquisa. Iniciado o processo, diariamente a equipa realizava um balanço das actividades com o objectivo de identificar os principais constrangimentos, aspectos positivos, aspectos a melhorar, bem com a planificação do dia seguinte.

Todo o processo de recolha de dados foi supervisionado pelas equipas da FHI 360 que visitaram um site de pesquisa em cada província coberta. Na província de Maputo a equipa de supervisão assistiu e supervisionou parte do processo de recolha de dados na vila da Namaacha; em Tete a supervisão foi feita na cidade de Tete e em Nampula na cidade de Nampula.

As visitas de supervisão foram úteis para redireccionar alguns aspectos que os supervisores acharam relevantes aprofundar nomeadamente, a integração de aspectos de género e o preenchimento de folhas de consentimento informado. Adicionalmente, a supervisão se estendeu ao processo de transcrição das EIP e dos GDF, elaboração do caderno de transcrições bem como do processo de validação de dados e verificação da consistência de dados.

As visitas de supervisão foram úteis para redireccionar alguns aspectos que os supervisores acharam relevantes aprofundar nomeadamente, a integração de aspectos de género e o preenchimento de folhas de consentimento informado.



## V. Resultados do Estudo

### IV.1. Caracterização dos Locais do Estudo

#### IV.1.1. Distrito de Magude

O distrito de Magude faz fronteira com a República da África do Sul na região de Mpumalanga, e com os distritos de Chókwè, Bilene Macia, Manhiça e Moamba. Magude é composto por cinco Postos Administrativos a saber Magude, Mahele, Mapulanguene, Motaze e Panjane. Dados do INE (2011) indicam que o distrito tinha um total de 58190 habitantes.

A agricultura, de sequeiro, é a principal fonte de renda de parte da população do distrito. Parte da população que vive nas zonas baixas do distrito, sobretudo ao longo do Rio Limpopo, aproveita a zona para a prática da agricultura. As zonas baixas do distrito são propensas as inundações cíclicas que afectam o rio Limpopo.

Para além da agricultura parte da população cria gado bovino e também caprino, em menor escala. O trabalho migratório para a África do Sul, sobretudo para trabalhar nas plantações agrícolas e na agro-indústria mas, também nas minas constitui outra fonte de obtenção de renda da população do distrito.

O sector informal é outra fonte de renda da população do distrito da Magude e por fim o trabalho formal abrange uma minoria da população do distrito. A reabilitação e expansão das áreas de exploração da Açucareira de Xinavane constituiu uma oportunidade para oferecer uma outra fonte de emprego para a população do distrito, sobretudo as que vivem próximo a Xinavane. Contudo, se por um lado esta expansão alarga oportunidades de emprego por outro ela tende a afastar as comunidades das áreas adjacentes ao rio e que são as mais produtivas. Como consequência pessoas sem emprego tendem a ver sua capacidade de produção reduzida em virtude de serem transferidas para áreas com menos acesso a água que limita a sua capacidade de produção, no contexto da agricultura de sequeiro.

Em termos linguísticos em Magude fala-se mais Ci-changane, seguido da língua portuguesa. Quanto a rede de saúde, o distrito conta com um Centro de Saúde e com uma rede de Centros de Saúde periféricos.

A agricultura, de sequeiro, é a principal fonte de renda de parte da população do distrito. O sector informal é outra fonte de renda da população do distrito da Magude e por fim o trabalho formal abrange uma minoria da população do distrito.

### IV.1.2. Distrito de Namaacha

O distrito de Namaacha faz fronteira com o Reino da Swazilândia e com os distritos de Matutuíne e Boane, do lado moçambicano. Matutuíne e Boane, do lado moçambicano. Namaacha possui dois (2) Postos Administrativos a saber Namaacha e Changalane, cada um dos quais com 4 localidades. Namaacha tinha uma população projectada para 2011 de 44.342 habitantes (INE 2011).

A agricultura, de sequeiro, é a principal fonte de renda de parte da população do distrito. Parte da população que vive nas zonas baixas do distrito, sobretudo ao longo do Rio Umbeluzi, aproveita a zona para a prática da agricultura. No entanto, as zonas baixas do distrito são propensas as inundações cíclicas que afectam o rio Umbeluzi e as zonas planas são propensas a seca.

Para além da agricultura parte da população cria gado bovino e também caprino, em menor escala. O sector informal é outra fonte de renda da população do distrito da Namaacha.

O distrito é uma zona de fronteira o que o torna num centro de alta mobilidade social por nacionais e estrangeiros que atravessam frequentemente a fronteira de e para a Swazilândia e/ou para a África do Sul. Esta característica tornou o distrito um espaço preferencial para a prática de comércio informal transfronteiriço que garante a obtenção de renda para agregados familiares. Contudo, nos últimos tempos nota-se um declínio acentuado do comércio informal transfronteiriço, o que contribui para reduzir a capacidade das famílias de garantirem o seu sustento. Em termos linguísticos em Namaacha fala-se mais Ci-changane, Ci-ronga e Português.

Na área da saúde, no Posto Administrativo de Namaacha-sede existem disponíveis os CS de Namaacha [Na sede do distrito], o CS de Kulula, o CS de Mafuiane, o CS Odete Mechisso e o CS de Mundavene. No Posto de Saúde de Changalane funcionam disponíveis os CS de Changalane, o CS de Maelane, o CS de Goba e o CS de Dibinduane. Todas as unidades do distrito oferecem DOT mas apenas o CS de Namaacha possui serviços de diagnóstico da TB.

### IV.1.3. Cidade de Nampula

Quanto a cidade de Nampula, esta é a capital provincial de Nampula. É um município composto por seis (6) Postos Administrativos urbanos divididos em 18 bairros. A cidade conta com 478.000 habitantes.

A cidade de Nampula é um centro de trânsito por onde passam pessoas que viajam no sentido norte-sul e vice-versa, turistas e ainda pessoas que viajam para o Porto de Nacala. A cidade é também habitada por estrangeiros, na sua maioria refugiados, em parte devido a proximidade com o Centro de Acolhimento de Refugiados de Marratane.

Em termos linguísticos, a língua materna dominante é o Emakhuwa (78% de falantes), seguido da língua portuguesa (74%), com mais homens (83%) que falam a língua contra 65% de mulheres.

Na área da saúde, a cidade de Nampula possui catorze (14) US públicas das quais um (1) Hospital Geral, um (1) Hospital Central, oito (8) Centros de Saúde, cinco (5) Postos de Saúde e um (1) Hospital Militar (INE 2010). Todas as unidades sanitárias da cidade de Nampula oferecem DOT.

O distrito é uma zona de fronteira o que o torna num centro de alta mobilidade social por nacionais e estrangeiros que atravessam frequentemente a fronteira de e para a Swazilândia e/ou para a África do Sul.

A cidade de Nampula é um centro de trânsito por onde passam pessoas que viajam no sentido norte-sul e vice-versa, turistas e ainda pessoas que viajam para o Porto de Nacala.

#### IV.1.4. Distrito de Angoche

O distrito de Angoche está localizado na zona costeira da província de Nampula. Faz limite a Norte com o distrito de Mogincual, a Sul com o distrito de Moma, a Este com o Oceano Índico e a Oeste com o distrito de Mogovolas.

O distrito possui uma superfície de 3.311 km<sup>2</sup> e uma população recenseada de 283.516 habitantes em 2007. Estimativas e projecções do INE para o ano de 2012 previam um aumento da população para 311.242 habitantes (157.819 homens e 153.423 mulheres). Dados de 2007, indicavam que a população era maioritariamente jovem.

Em termos de divisão político-administrativa, o distrito para além da cidade de Angoche, possui mais três postos administrativos, nomeadamente Aube, Namaponda e Boila Namitória. Estes postos administrativos, possuem por sua vez 6 localidades: Aube Sede, Catamoio, Namaponda Sede, Boila Sede, Naiculo e Napruma.

Embora a cidade de Angoche na perspectiva do estudo do MAE (2005) apresente, naturalmente, melhores condições habitacionais e que metade das habitações da cidade usa materiais duráveis para o chão e o tecto, constatou-se que existe nos bairros dos arredores da “zona cimento” da cidade de Angoche um número considerável de casas de construção precária e feitas na base de capim ou palhas de coqueiro e paus para cobertura do tecto, adobes para as paredes, sem janelas e com uma circulação de ar deficiente.

A população deste distrito dedica-se essencialmente a agricultura como principal actividade económica. Esta actividade é realizada em condição de sequeiro, tendo como principais culturas a mandioca, feijão e amendoim. Igualmente o distrito produz arroz, sendo de registar também a importância do coqueiro e do caju, como produtos que garantem a segurança alimentar e também servem de fonte de rendimento para a maioria das famílias principalmente da zona costeira. A outra actividade principal é a pesca, principalmente voltada para o camarão e algumas espécies de peixe. O produto desta actividade é escoado maioritariamente para a venda na cidade de Nampula

Em relação à estrutura sociocultural do distrito, a população é maioritariamente do grupo etnolinguístico Emakuwa e matrilinear. Embora seja matrilinear, na actualidade verificam-se elementos de mudança, manifestada pela coexistência no mesmo distrito de traços de diferentes sistemas de descendência. A família é maioritariamente extensa e/ou alargada, cerca de 90% segundo dados do INE/MAE/METIER: para além de cônjuge e filhos regista-se presença de mais 3 a 5 membros.

Um dos aspectos principais e dominantes da estrutura sociocultural do distrito é a grande influência da religião muçulmana, praticada pela maioria da população do distrito. Paralelamente a esta religião, verificam-se expressões culturais de crença e culto dos antepassados, e que muita influência tem nos modelos locais de procura de cuidados de saúde. Na área da saúde, todas as unidades sanitárias do distrito de Angoche oferecem DOT.

Um dos aspectos principais e dominantes da estrutura sociocultural do distrito é a grande influência da religião muçulmana, praticada pela maioria da população do distrito.



#### IV.1.5. Distrito de Moatize

Quanto ao distrito de Moatize, este situa-se na parte noroeste da Província de Tete. O mesmo faz fronteira, a Norte com os distritos de Chiúta e Tsangano; a Este com República do Malawi; a Sul com os distritos de Tambara, Guro, Changara, e Município de Tete, através do rio Zambeze e Mutarara através do rio Mecombedzi; e a Oeste com os distritos de Chiúta e Changara.

O distrito ocupa uma superfície de 8.428 km<sup>2</sup> distribuídos por três Postos Administrativos, nomeadamente: Moatize - Sede (Sede Distrital), Zóbuè e Kambulatsitsi. Em termos administrativos Moatize possui três localidades (Moatize-Sede, Benga, Nsungo e Mpanzo), o Posto de Administrativo Zóbuè possui cinco localidades (Zóbuè-Sede, Mussacama, Ncondezi, Kaphiridzanje e Samoa) e Kambulatsitsi com três localidades (Kambulatsitsi –Sede, Mameme e Necungas).

A sede do Distrito dista à 20km da Capital Provincial, o Município de Tete. De acordo com as projecções do censo 2011 o distrito conta com 275.894 habitantes e uma densidade populacional de 35 hab/km<sup>2</sup>. Os povos que habitam o distrito são maioritariamente das etnias Nhúnguè, provenientes da cidade de Tete que se distribuem pelos Postos Administrativos de Moatize-Sede, Kambulatsitsi e Autarquia da Vila de Moatize e Chewa provenientes do distrito de Chiúta e Macanga, localizada no Posto Administrativo de Zóbuè.

No que se refere aos aspectos económicos, Moatize caracteriza-se pela prática da agricultura que ocupa a maior parte da população activa e é praticada maioritariamente na região norte do distrito, no Posto Administrativo de Zóbuè possuindo solos bastante férteis nessa região onde se pratica o milho, mapira, feijão-nhemba e feijão bóer como as principais culturas, a exploração florestal, nos Postos Administrativos de Moatize-sede e de Kambulatsitsi, e a Mineração também nestes dois Postos Administrativos.

Na área da saúde, a vila sede de Moatize possui três unidades sanitárias nomeadamente CS de Moatize- sede, CFM, 25 de Setembro e Benga. O distrito conta ainda com unidades sanitárias em Kambulatsitse [Cambulatsitse, Nucungas, Cateme, Mualadzi, Mameme-II] e Zobue [Zóbue-sede, Samoa, Caphiridzanje, Nkonedzi, Khanga]. Todos estes Centros de saúde fazem tratamento de TB sempre que existirem pacientes para tal, excepto os Centros de 25 de Setembro e Mualadzi e acabam de ser abertos. Os registos são efectuados nos C.S. de Moatize e Zóbue e depois é que referem os pacientes para continuarem com o tratamento na U.S. mais próxima da residência, visto que a cada Centro trabalham com activistas formados para o PNCTL. As únicas unidades sanitárias que não fazem DOT, no distrito de Moatize, são os Centros de 25 de Setembro e Mualadzi, recém abertos.

#### IV.1.6. Cidade de Tete

A Cidade de Tete conta com uma população estimada de 190.815 habitantes para o ano 2012 tem uma superfície de 287 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional de 592 Hab/Km<sup>2</sup>, caracteriza-se por um clima tropical seco, relevo constituído na sua maioria por planaltos, percorrido pelo rio Zambeze que desagua no Oceano Índico.

No que se refere aos aspectos económicos, Moatize caracteriza-se pela prática da agricultura que ocupa a maior parte da população activa e é praticada maioritariamente na região norte do distrito...



O Português é a língua oficial e é usada nos serviços públicos, pese embora alguns usem também línguas que não o Português e o Inglês, como é o caso das unidades sanitárias onde os profissionais de saúde tendem a comunicar-se com o paciente na língua que este domina.

O Português é a língua oficial e é usada nos serviços públicos, pese embora alguns usem também línguas que não o Português e o Inglês, como é o caso das unidades sanitárias onde os profissionais de saúde tendem a comunicar-se com o paciente na língua que este domina. O Inglês é mais falado em locais de trabalho dominados por profissionais que comunicam-se nesta língua, sobretudo na IE mas também em algumas instâncias hoteleiras. Quanto a religião, predomina a religião Católica (383.960) seguida pela religião Zione (303.864), Protestantes (222.765) e por fim Muçulmanos (13.501) (INE 2007). A província de Tete é predominantemente patrilinear com bolsas de matrilinearidade em Angónia. A poliginia é predominante na província (Gujral et al. 2004).

De um modo geral, a maioria das habitações é de material local [caniço e cobertas com capim] e estão desprovidas de janelas. Esta situação limita a circulação de ar bem como a entrada de raios solares. Mesmo quando as casas são feitas de cimento as mesmas tendem a ter uma arquitectura que limita a circulação de ar bem como a entrada de raios solares. Considerando essa arquitectura dominante das casas aliado ao facto de parte dos agregados, composto por pai, mãe e filhos, e algumas vezes outros parentes, partilhar os edifícios referido com fraca ventilação e acesso a raios solares pode facilitar a transmissão da TB em caso de haver um membro do agregado familiar doente de tuberculose.

A questão do arejamento deficiente é também notório nos transportes públicos mais comuns tanto para as carreiras dentro das cidades ou vilas bem como destas para outros pontos fora das cidades ou vilas. Esta situação se torna preocupante, sobretudo tendo em conta que parte dos pacientes viaja nesses meios de transporte na deslocação dos seus locais de residência para as unidades sanitárias, seja para despiste ou tratamento da TB, o que inclui a fase na qual a mesma é transmissível.

Quanto a área da saúde, a cidade possui um total de 11 Unidades sanitárias, das quais 5 com maternidade. A cidade conta ainda com 3 Postos de Saúde [Mozambique Leaf Tobacco, Cadeia e Chingodzi]. Todas as unidades sanitárias da cidade de Tete oferecem serviços de DOT.

## IV.2. Breve Caracterização dos Participantes do Estudo

A informação foi recolhida na base de um formulário anexo aos guiões de entrevistas e de grupos de discussão focal.

A presente secção apresenta as características demográficas e sociais das diferentes categorias de participantes. A informação foi recolhida na base de um formulário anexo aos guiões de entrevistas e de grupos de discussão focal. As variáveis recolhidas referiam-se a idade, sexo, escolaridade, ocupação e tempo de exercício do trabalho. Os dados são apresentados pelas diferentes categorias de participantes. Como referido anteriormente foram realizadas 157 entrevistas individuais e 26 Grupos Focais de Discussão.

...foram realizadas 157 entrevistas individuais e 26 Grupos Focais de Discussão.

### IV.2.1. Profissionais de Saúde

No total participaram no estudo um universo de 30 profissionais de saúde, sendo 8 na província de Maputo, 12 na província de Tete e 10 na província de Nampula. Em Tete os doze (12) profissionais, metade foi na vila de Moatize e a outra metade na cidade de Tete. Em termos de habilitações literárias estas variavam entre o ensino secundário básico e o ensino superior e em média esses profissionais referiram trabalhar no sector da saúde há cerca oito (8) anos. Por sua vez, na província de Nampula, os profissionais entrevistados, seis (6) foi na cidade de

Nampula e quatro (4) na cidade de Angoche. Em termos de habilitações literárias, tal como em Tete variavam entre o ensino básico e o ensino superior, mas com uma média de tempo de trabalho no sector da saúde de quatro (4) anos. Finalmente na província de Maputo, os oito (8) participantes do estudo, seis (6) deles foram entrevistados em Namaacha e dois (2) em Motaze, Magude. Estes eram na totalidade do nível médio em termos de escolaridade e com uma média seis (6) anos de trabalho nos serviços de saúde.

### IV.2.2. APEs e ACSs

Participaram no estudo vinte e nove (29) APEs e/ou ACSs sendo que doze (12) em Maputo e Nampula respectivamente e, cinco (05) em Tete. Na província de Nampula metade dos APEs ou ACSs entrevistados foi na cidade de Nampula e a outra metade em Angoche. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos de idade em Angoche e entre 23 e 29 anos de idade na cidade de Nampula e com níveis de escolaridade que variavam entre o ensino primário básico e secundário médio em Angoche e o ensino primário do 2o grau ao ensino secundário médio na cidade de Nampula.

Na província de Tete os cinco (5) APEs ou ACSs participantes dois (2) foram na cidade de Tete e três (3) em Moatize e; tinham idades compreendidas entre os 27 e os 55 anos de idade em Moatize e os 28 e os 34 anos de idade na cidade de Tete, com ensino secundário básico como nível de escolaridade médio em ambos locais. Por sua vez na província de Maputo foram entrevistados seis (6) APEs e/ou ACSs tanto em Namaacha como em Magude com idades compreendidas entre os 26 e os 56 anos de idade em Motaze e os 28 e os 69 anos de idade na cidade em Namaacha com níveis de escolaridade que variavam do ensino primário básico ao ensino secundário básico em ambos locais.

### IV.2.3. Pacientes

O estudo abarcou 62 pacientes a nível das unidades sanitárias e domiciliário repartidos em dezassete (17) em Maputo, vinte e cinco (25) em Tete e vinte (20) em Nampula. Dos vinte e cinco (25) participantes de Tete quinze (15) foram entrevistados em Moatize e dez (10) na cidade de Tete e tinham idades que variavam dos 23 aos 48 anos de idade em Moatize e dos 21 aos 57 anos de idade na cidade de Tete; com habilitações literárias que variavam da primeira classe ao ensino secundário básico, na cidade de Tete e da terceira classe ao ensino superior, na cidade de Tete. Em termos ocupacionais, os pacientes da província de Tete incluíam domésticas, camponeses, tratoristas, cabeleireiras, alfaiates, pedreiros, mineiros, motoristas, docentes e funcionários públicos.

O estudo abarcou 62 pacientes a nível das unidades sanitárias e domiciliário repartidos em dezassete (17) em Maputo, vinte e cinco (25) em Tete e vinte (20) em Nampula.



Os pacientes entrevistados em Nampula, distribuídos por metade para cada local que acolheu a pesquisa; tinham idades que variavam dos 33 aos 45 anos de idade em Angoche e dos 26 aos 60 anos de idade na cidade de Nampula. Estes reportaram níveis de escolaridade que variavam da frequência da alfabetização e educação de adultos ao ensino secundário básico; e em termos ocupacionais incluíam-se domésticas e camponeses, docentes, comerciantes informais, técnicos de electrotecnia, polícia e taxista.

Na província de Maputo dos dezassete (17) pacientes entrevistados, a maioria (10) foi em Namaacha e os restantes (7) de Motaze em Magude; com idades que variavam entre os 19 e os 68 anos de idade em Motaze e dos 21 aos 55 anos de idade em Namaacha; com um misto de situações em termos de escolaridade (havia participantes que nunca foram a escola e participantes que tinham a quinta classe em Motaze; e participantes que tinham entre segunda classe e o ensino secundário básico em Namaacha). Em termos profissionais a categoria de entrevistados para além de incluir camponeses e domésticas como nas outras províncias, teve outras categorias como guardas, pedreiros, carpinteiros, comerciantes, estudantes e desempregados.

#### IV.2.4. Mineiros

Esta categoria de participantes foi abrangida nas províncias de Maputo (Motaze, Magude) e Tete (Moatize) e não foi possível identifica-la nas outras regiões. Na província de Maputo foram realizados dois Grupos Focais de Discussão com ex-mineiros na vizinha África do Sul e que abrangeu um total de 11 participantes com idades compreendidas entre os 35 e os 70 anos de idade e com habilitações literárias que variavam de nunca ter frequentado a escola a ter frequentado até ao ensino primário básico. Por sua vez na província de Tete, que alberga uma grande mina de carvão, foram entrevistados cinco (5) trabalhadores da mina da Empresa Vale com idades compreendidas entre os 26 e os 58 anos de idade e; com níveis de escolaridade que variavam de ensino primário básico a ensino secundário básico. Importa contudo referir que mineiros participantes do estudo em Tete estavam em tratamento de TB entre 1 a 5 meses; e foi nesse contexto de ida a unidade sanitária em que foram recrutados para o estudo.

#### IV.2.5. Líderes Comunitários

Participaram no estudo 36 líderes comunitários sendo que onze (11) abrangidos na província de Maputo, treze (13) na província de Tete e doze (12) na província de Nampula. Dos líderes participantes na província de Nampula, metade (06) foram entrevistados na cidade de Nampula e a outra metade em Angoche; tinham idades compreendidas entre os 26 e os 60 anos em Angoche e entre os 39 e os 62 anos de idade na cidade de Nampula; com habilitações literárias que variavam do ensino primário básico ao ensino médio em Angoche e do ensino primário básico ao ensino secundário básico na cidade de Nampula e; em termos ocupacionais incluíam Apuiamwenes [Rainha], funcionários públicos, responsáveis de bairros e organizações sociais e camponeses.

Participaram no estudo 36 líderes comunitários sendo que onze (11) abrangidos na província de Maputo, treze (13) na província de Tete e doze (12) na província de Nampula. Dos líderes participantes na província de Nampula, metade (06) foram entrevistados na cidade de Nampula e a outra metade em Angoche;





Na província de Tete foram entrevistados sete (07) líderes em Moatize e seis (06) na Cidade de Tete, que tinham idades compreendidas entre os 24 e os 77 anos em Moatize e entre os 35 e os 60 anos de idade na cidade de Tete; em termos de habilitações literárias os níveis reportados variavam do ensino primário básico ao ensino médio em Moatize e do ensino primário básico ao ensino secundário básico na cidade de Tete e como ocupações incluíam seguranças, secretários de bairro, Praticantes da Medicina Tradicional, responsáveis de organizações sociais e funcionários públicos.

Já na província de Maputo dos onze (11) líderes comunitários participantes, seis (6) foram entrevistados em Motaze e cinco (5) em Namaacha; tinham idades compreendidas entre os 40 e os 76 anos de idade em Motaze e entre os 31 e os 71 anos de idade em Namaacha; reportaram níveis de escolaridade que variavam da segunda classe ao nível médio, em Motaze e do ensino primário básico e do ensino primário básico ao ensino secundário básico em Namaacha; e categorias ocupacionais como camponeses, Praticantes de Medicina Tradicional, comerciantes e régulo.

### IV.3. Funcionamento dos Serviços de TB

A presente secção expõe o modus operandi dos serviços do Programa Nacional de Controlo a Tuberculose (PNCT) nos locais que acolheram o estudo. Expõem-se aqui como funciona o programa e as práticas de organização dos serviços incluindo algumas tendências em termos de desempenho do mesmo. De forma geral, o serviço de prevenção e de cuidados para TB é composto por vários níveis complementares. Os mesmos subordinam-se ao PNCT que se desdobra em secções provinciais de Tuberculose e Lepra, replicadas a nível distrital. Em termos de estrutura de provisão de serviços, estes tem como nível básico a comunidade. Seguem-se os Postos de Saúde (PS), existentes em algumas províncias [Nampula], e depois os Centros de Saúde (CS). O nível seguinte localiza-se nos hospitais rurais e distritais e por último os hospitais centrais.

As actividades dessas unidades incluem comunicação e mobilização social, despiste, diagnóstico, tratamento e seguimento, aspectos que são analisados de forma particularizada de seguida. Essas actividades são realizadas pelas unidades dos diversos níveis que compõem a estrutura do serviço de prevenção e atenção a TB. Cada uma das unidades presta diversos serviços de acordo com as suas especificidades.

#### IV.3.1. Comunicação e Mobilização Social

Em todos os locais cobertos pelo estudo, as actividades de comunicação e mobilização social concentram-se nas comunidades e nas unidades sanitárias. Estas são maioritariamente caracterizadas por actividades de comunicação como palestras para grupos diversos, seguidas de sessões de aconselhamento individual no início e ao longo do tratamento.

Em todos os locais cobertos pelo estudo, as actividades de comunicação e mobilização social concentram-se nas comunidades e nas unidades sanitárias.



...as escolas e as instituições prisionais de médio e grande porte são outros locais cobertos por acções de comunicação para a saúde, incluindo para a prevenção e atenção a TB.

As palestras são o principal instrumento usado para a realização dessas actividades de comunicação e mobilização. Poucas diferenças existem no que tange as abordagens seguidas, a excepção de Angoche onde de forma reiterada foi mencionada uma experiência relativamente recente com “Dias Mensais da Tosse” nos quais as comunidades tinham a oportunidade de beneficiar de palestras e rastreio para TB. Entretanto, essas actividades têm sido descontínuas e para o caso do exemplo mencionado, já deixaram de ser implementadas em diferentes lugares de Angoche e da província de Nampula no geral.

Os APEs, os ACSs e os voluntários, com o apoio das lideranças locais têm realizado acções de mobilização das comunidades para participar de iniciativas similares. Estes, para além de mobilizar as comunidades para essas actividades também realizam palestras a nível das comunidades onde estão circunscritos. As mesmas centram-se na disseminação de informação sobre sinais e sintomas da TB, a necessidade de procurar os serviços de saúde, em caso de apresentar um desses sinais e sintomas, e ainda sobre condutas a tomar em caso de estar com tosse e com TB.

Ainda em relação ao nível comunitário é de destacar que as escolas e as instituições prisionais de médio e grande porte (especialmente nas províncias de Nampula e Tete) são outros locais cobertos por acções de comunicação para a saúde, incluindo para a prevenção e atenção a TB. Essas acções são feitas na sua maioria por profissionais do sistema nacional de saúde. Para além disso as comunidades beneficiam ainda de acções esporádicas, como a informação recebida por meio da rádio, por meio de spots radiofónicos e debates ou campanhas no âmbito das celebrações do “Dia mundial de combate a tuberculose”, e/ou ainda por meio de spots televisivos principalmente em Namaacha, cidade de Tete, Moatize e Nampula. Os programas de comunicação e mobilização social radiofónicos tendem a cobrir mais as zonas rurais, enquanto os programas televisivos estão mais presentes e acessíveis nas zonas urbanas ou peri-urbanas. A informação transmitida por esses meios é fornecida pelos profissionais de saúde; enquanto os conteúdos dos programas de rádio incluem produção local os conteúdos televisivos tendem a ser produzidos pelo PNCT com apoio dos seus parceiros.

## IV.3.2. Despiste e Diagnóstico

### IV.3.2.1. Situação Geral

Em todos os locais visitados, o despiste da TB é feito a partir de vários pontos de entrada de acordo com a situação relativa a organização dos serviços. Uma das variantes inclui o rastreio da TB a nível das comunidades; uma actividade que tem sido executada pelos APEs, ACSs ou pelos profissionais de saúde durante visitas comunitárias; durante as actividades de supervisão ou no decurso dos “Dias Mensais de Tosse”. Identificados sinais de TB, o paciente é recomendado a passar para o despiste e posterior diagnóstico.



Nos casos de pacientes com tosse, em alguns casos como Moatize, Namaacha e Angoche são recolhidas amostras de escarro mesmo a nível das comunidades. Esta actividade é realizada pelos APEs ou pelos profissionais de saúde [Namaacha] e por ACSs [Moatize<sup>8</sup> e Angoche] que depois encaminham as amostras para o laboratório de análises. Após o diagnóstico, os APEs ou os ACSs recolhem os resultados na unidade sanitária e levam-nos de volta para as comunidades ou dirigem-se para a unidade sanitária com o paciente e este toma conhecimento do resultado do seu teste. A título de exemplo em Moatize, os activistas da Kutandizana Kuchira<sup>9</sup> referem pacientes para a unidade sanitária e; em caso de resultado positivo; o doente é referido para o tratamento no Centro de Saúde mais próximo para efeitos de registo e início de tratamento, no mesmo dia.

A outra variante inclui o rastreio da TB na unidade sanitária. Nesta, o paciente procura a unidade sanitária em virtude de estar a sentir-se doente e depois de ter falhado outros tratamentos, caseiros ou nos PMT. Contudo, independentemente das variantes; chegados a unidade sanitária ele é analisado, é feito o despiste e o diagnóstico que é depois comunicado ao paciente ou seu acompanhante no caso de crianças. Já na unidade sanitária os pacientes entram por via da triagem ou dirigem-se directamente a consulta de TB, caso venham com uma guia passada pelo APEs ou ACSs que os oriente nessa direcção. Neste caso se o doente apresenta sintomas de TB e os exames de BK e Gen XPERT são negativos o doente é encaminhado para a consulta médica, após a realização do exame de raio X. Se os resultados de BK e GEN XPERT são positivos o doente é encaminhado directamente para o sector de tratamento de TB. Esta situação sucede em todos os locais excepto em Motaze onde os pacientes só fazem DOT e todo o resto do processo é realizado no Centro de Saúde da vila sede de Magude, por tratar-se de uma unidade sanitária sem capacidade resolutive para o efeito.

Do ponto de vista de capacidade de diagnóstico, todas as províncias cobertas pelo estudo dispõem de laboratórios para detecção da TB. No entanto o número varia em cada província e distrito. No caso dos locais cobertos pelo presente estudo a distribuição é como se segue na Tabela 5.

**Tabela 5: Número de laboratórios para diagnóstico de TB por distrito visitado**

Província	Distrito	Número de unidades com laboratório
Maputo	Magude	1 [Centro de Saúde de Magude]
	Namaacha	1 [Centro de Saúde da Namaacha]
Nampula	Angoche	3 [Centro de Saúde de Mirrepe, Namaconda e Hospital Rural de Angoche]
	Cidade de Nampula	Hospital Central de Nampula, Hospital de Marere, O laboratório do CS Namaíta fechado em 2012
Tete	Cidade de Tete	2 [Hospital Provincial de Tete e Centro de Saúde n°2]
	Moatize	2 [CS de Moatize e CS de Zóbuè]

Fonte: Adaptado dos dados da presente pesquisa

8. Em Moatize os escarrodadores são distribuídos por ACS da Damien Foundation que apoia o DOTC.

9. A Kutandizana Kuchira é uma Organização Comunitária de Base (OCB) que trabalha na prevenção e atenção a TB e conta com o apoio da FHI 360.

Do ponto de vista de capacidade de diagnóstico, todas as províncias cobertas pelo estudo dispõem de laboratórios para detecção da TB.

Apesar desses constrangimentos, as províncias cobertas continuam a testar amostras para detectar a presença ou ausência da TB.

Para além do rastreio da TB nas comunidades e nas unidades sanitárias o programa realiza também actividades de despiste e rastreio nas cadeias.

Como se pode notar a capacidade laboratorial é baixa, e em média cada distrito possui apenas uma unidade sanitária com capacidade de diagnóstico. Para além de laboratórios localizados nas unidades sanitárias existiram algumas iniciativas de uso de laboratórios móveis. Em Angoche foi reportado o facto de durante os “Dias Mensais de Tosse” era incorporada uma unidade laboratorial para diagnóstico da TB na brigada móvel. Esta iniciativa deixou de existir com o final do projecto que assegurava o financiamento destas actividades. Este cenário, `a semelhança do encerramento do laboratório do CS de Namaíta, acaba por limitar a capacidade de diagnosticar a TB num contexto em que a rede laboratorial do sistema de saúde é limitada (a tabela indica um laboratório por distrito) com todas as implicações programáticas negativas daí resultantes.

Apesar desses constrangimentos, as províncias cobertas continuam a testar amostras para detectar a presença ou ausência da TB. Dados consultados, indicam uma melhoria na capacidade de diagnóstico de novos casos de TB, bem como no seguimento de recaídas, tratamento pós abandono, falências terapêuticas e TB recorrente. Contudo é notório o uso de indicadores diferentes nos relatórios de cada um dos locais, o que limita a possibilidade de comparar a situação global dos locais cobertos na presente pesquisa.

#### IV.3.2.2. Rastreio de TB no Sistema Penitenciário

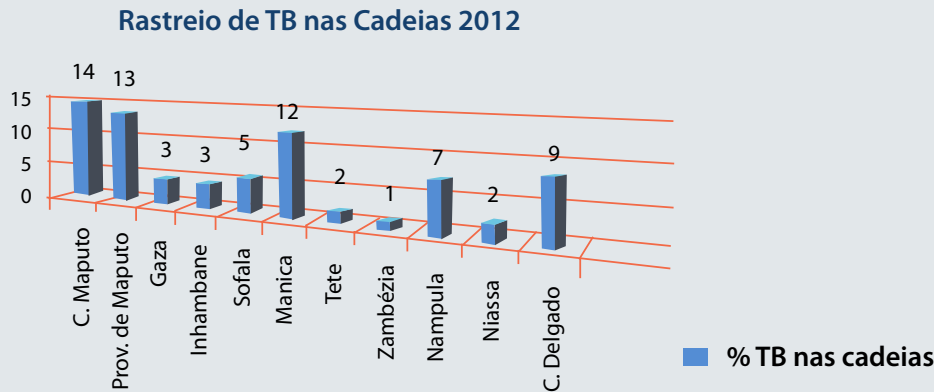
Para além do rastreio da TB nas comunidades e nas unidades sanitárias o programa realiza também actividades de despiste e rastreio nas cadeias. As cadeias de grande capacidade [Nampula e Tete] possuem um Posto de Saúde encarregue pela actividade enquanto nas cadeias de pequena capacidade [Namaacha] os pacientes são visitados periodicamente por um profissional de saúde da unidade sanitária mais próxima e que se encarrega de fazer seguimento em caso de confirmado o caso.

No caso de prisioneiros, nas unidades de pequena dimensão, estes são atendidos na unidade sanitária mais próxima [Namaacha]. De entre os vários constrangimentos destacam-se a dificuldade de ter autorização ou um segurança disponível para acompanhar os prisioneiros para a unidade sanitária para o respectivo tratamento. De forma contrária nem sempre os profissionais de saúde do centro de saúde local estão disponíveis para deslocarem-se a cadeia para fazer as actividades de rastreio e diagnóstico de casos suspeitos de TB bem como para garantir tratamento e seguimento de casos confirmados. Esta situação contribui para que hajam rastreios, medicação e seguimentos inconsistentes.

A província de Maputo reporta casos de TB consideráveis nas cadeias, como se pode ver no Gráfico 1. O mesmo sucede com Nampula, sendo menos grave em Tete, o que contudo não deixa de constituir preocupação, sobretudo considerando as condições de reclusão caracterizada pela concentração de muitas pessoas que passam muito tempo em locais fechados, com circulação de ar deficiente e sem acesso ou com muito pouco acesso aos raios solares.



**Gráfico 1: Casos de TB nas cadeias moçambicanas, 2012**



Fonte: Adaptado do Relatório Anual 2012 do PNCT-MISAU

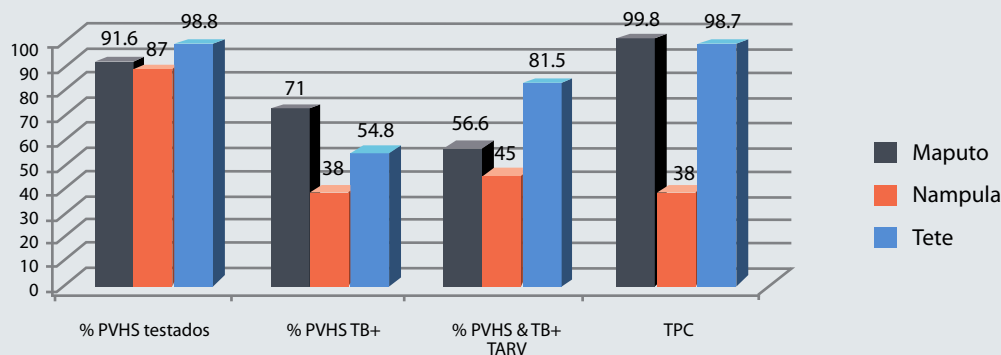
### IV.3.2.3. TB Resistente

Existem casos que exigem envio de amostras para análise no Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose. Existem 2 laboratórios do género em Moçambique. Um dos quais está localizado na Cidade de Maputo e atende as unidades sanitárias das regiões Norte e Sul do país, incluindo a província da Zambézia. O outro centro está localizado na cidade da Beira e atende as amostras de toda região centro com excepção da província da Zambézia. De entre os resultados dominantes constam casos de TB-MDR (R, H), TB Poliresistente (S, H) e TB Monoresistente (MISAU 2013).

### IV.3.2.4. Rastreio da TB em Doentes Co-Infetados

Existe um serviço de rastreio de TB em pacientes seropositivos e vice-versa. De acordo com os resultados, os pacientes são encaminhados para fazer CD4 e posteriormente iniciar o TARV e TPC, de acordo com a situação. O Gráfico 2 apresenta a situação em cada uma das províncias cobertas.

**Gráfico 2: Dados relativos a co-infecção TB e HIV nas províncias cobertas**



Fonte: Adaptado dos relatórios de TB produzidos pelas Direcções Provinciais de Saúde [Nampula, Tete e Maputo], 2012

De acordo com os resultados, os pacientes são encaminhados para fazer CD4 e posteriormente iniciar o TARV e TPC, de acordo com a situação. O Gráfico 2 apresenta a situação em cada uma das províncias cobertas.

Como se pode ver no gráfico acima Tete tem as maiores taxas de diagnóstico e PVHS com TB em TARV. Maputo tem as maiores taxas de PVHS com TB. Nampula tem uma percentagem elevada de PVHS testadas para TB das quais apenas quase metade de PVHS (45%) estão em TARV.

### IV.3.3. Tratamento e Seguimento

Moçambique adoptou a estratégia de DOT, recomendada pela OMS. A mesma implica a toma de medicamentos sob observação directa de um profissional de saúde. A quase totalidade dos pacientes está a fazer o tratamento normal e uma minoria foi reportada como estando a cumprir o tratamento para TB-MDR [Tete e Nampula].

A distância volta a ser um dos aspectos que limita o acesso aos serviços de cuidados da TB. Para contornar essa situação a estratégia de combinação do DOT na unidade sanitária, oferecido em todas as unidades sanitárias, com o DOT comunitário oferecido em algumas comunidades surge como alternativa. Contudo, o DOT comunitário também enfrenta o desafio das distâncias. Os pacientes vivem dispersos uns dos outros em áreas bastante extensas o que limita a capacidade de cobertura dos ACSs e dos APEs em oferecerem um DOT efectivo; com observação da toma diária. Para contornar o problema das distâncias o paciente desloca-se a unidade sanitária onde toma a dose diária na presença do profissional de saúde e levanta uma quantidade para tomar em casa, durante uma semana ou mais dias. Este aspecto será abordado mais adiante no contexto da análise das barreiras ao acesso aos serviços de cuidados de TB.

A distância volta a ser um dos aspectos que limita o acesso aos serviços de cuidados da TB.



No dia-a-dia é notória a existência de dois cenários relativamente a forma como o tratamento é administrado. No primeiro cenário; que é comum em todos os locais visitados; durante os primeiros dois meses de tratamento intensivo, todos os pacientes tomam os medicamentos sob observação de um profissional de saúde. Contudo, mesmo nesse cenário em certos locais como Moatize os pacientes em fase inicial e que tenham dificuldade de se deslocar a unidade sanitária enviam os seus familiares para levantar medicamentos para si e tomam-nos em casa.

No segundo cenário, surgem variantes e este ocorre depois de cumpridos os primeiros dois meses de tratamento sob observação do profissional de saúde. Em diversos locais foram mencionados ou observados casos de pacientes que levantam medicamentos para um período que varia de três a sete dias. Depois de tomarem a medicação sob observação do profissional na unidade sanitária os pacientes ficam responsáveis por tomar os medicamentos nos dias seguintes e de acordo com as recomendações recebidas [Moatize, Namaacha e Nampula].

Esta opção é comum para pessoas que vivem em locais distantes das unidades sanitárias onde recebem o tratamento e surge como uma forma de reduzir custos, que os pacientes não têm como cobrir, e desgaste físico que longas viagens causariam ambas com implicações no possível abandono do tratamento por parte dos pacientes nessa situação. Nesses casos o paciente é o responsável único por assegurar que toma os medicamentos de acordo com as recomendações dadas na unidade sanitária.

Na impossibilidade de o paciente vir a unidade sanitária pessoalmente o APE, ACS, “padrinho” ou confidente, familiar ou membro do GATB levanta os medicamentos no lugar do paciente para aquele tomar no período que estiver impossibilitado de se fazer presente para o DOT na unidade sanitária. Nessas situações, um membro da família ou da comunidade oferece apoio nos afazeres domésticos, nas actividades de higiene pessoal e da casa, de limpeza, alimentação e apoia na toma de medicamentos, o que permite fazer uma observação directa do tratamento.

Cenário similar se repete no DOT comunitário, onde na impossibilidade de a toma ser feita em presença do ACS, APE é feita na presença de vizinhos ou pelo paciente sozinho. Esta experiência acontece em todos os lugares visitados. Para além dessas estratégias de DOT alternado com toma em casa, sem observação de um profissional, em alguns locais [Moatize] está em curso a introdução de Grupo de Apoio a Tuberculose (GATB)<sup>10</sup>.

Entretanto, se por um lado esta experiência pode ser funcional em áreas rurais de alta densidade populacional ela pode mostrar-se limitada em áreas urbanas ou em áreas de baixa densidade populacional e com uma grande dispersão de habitações. Nas zonas urbanas a dificuldade pode derivar da fragmentação das relações pessoais mesmo entre membros de uma mesma comunidade enquanto nas zonas rurais com baixa densidade populacional as enormes distâncias podem dificultar a constituição e funcionalidade desses grupos.

Os GATB são constituídos por quatro (4) membros que estão em tratamento da TB sendo que uma vez por mês cada um dos membros vai levantar os medicamentos na US para os restantes membros de forma a reduzir o peso da distância para os pacientes, bem como evitar casos de desistência.

Os pacientes que frequentam o tratamento da TB aparentam pertencer aos mais diversos grupos socioprofissionais. Uma característica dominante em todos os locais observados é uma presença cada vez maior de jovens e adultos, do sexo masculino; pese embora houvesse também jovens de sexo feminino. Em menor número eram visíveis mulheres, idosas, sobretudo nas zonas rurais como Magude. Crianças estavam quase ausentes dos serviços de tratamento.

Chegados ao serviço de prevenção e atenção a TB, os pacientes são registados no “livro de registo de doentes com tuberculose” produzido no âmbito do PNTL. Para além deste documento são usados a requisição de Baciloscopia, a ficha de tratamento, o cartão de identificação de TB e o cartão para TB-MDR para registar e documentar o tratamento de cada paciente bem como a evolução do mesmo.

No geral, os pacientes entregam os cartões e fichas cada vez que vão para a unidade sanitária, para que os profissionais de saúde possam fazer o respectivo controlo e as anotações necessárias. Nos locais onde existem muitos pacientes como Nampula, Moatize e Tete; depois de verificados os cartões e fichas; o profissional de saúde chama os pacientes, um por um, em voz alta. O paciente aproxima-se e recebe a sua medicação que toma no local, e onde se aplique leva medicação adicional para tomar em casa.

Nas zonas urbanas a dificuldade pode derivar da fragmentação das relações pessoais mesmo entre membros de uma mesma comunidade enquanto nas zonas rurais com baixa densidade populacional as enormes distâncias podem dificultar a constituição e funcionalidade desses grupos.

10. O GATB é uma experiência piloto que está a ser implementada em Moatize. A iniciativa conta com o apoio da Médicos Sem Fronteira [MSF], a mesma organização que apoiou a iniciativa pioneira dos Grupos de Apoio Comunitário (GAAC).

De um modo geral, os resultados permitem constatar que o tratamento é feito por meio de variantes adaptadas com o intuito de assegurar que o paciente tem acesso ao medicamento e cumpre o tratamento até ao fim.

A observação feita às consultas permitiu constatar que os pacientes só informam de problemas ou dores que possam estar a sentir mas não colocam questões de esclarecimento. Deixam tudo ao critério dos profissionais. Esta situação pode derivar de uma cultura de pensar que o profissional dirá tudo o que for importante e se não disse não precisa perguntar ou por pressa de ir para casa depois de ter estado muito tempo na unidade sanitária a espera de ser atendido. Quanto ao provedor, este faz perguntas referentes a solicitação de cartão, sobre a última vez que tomou os comprimidos e sobre o resultado das análises solicitadas<sup>11</sup>, onde se aplique. Este cenário independe de haver muitos ou poucos pacientes a espera de serem atendidos.

Pacientes com TB em estado crítico e que não conseguem sair das suas casas para as unidades sanitárias beneficiam de cuidados domiciliários prestados por APEs e ACSs. Esta situação é comum nas zonas rurais como Motaze e Angoche ou em locais onde existem APEs e ACSs treinados para o efeito [Moatize]. As actividades de cuidados domiciliários têm o apoio de diversas OCB que contam como apoio de ONG's que operam nesses locais.

Pacientes com TB em estado bastante crítico, com recaídas e de TB-MDR recebem tratamento em regime de internamento em unidades sanitárias. Dos locais cobertos no presente estudo apenas a cidade de Nampula dispõe desse serviço fornecido pelo Hospital Geral de Marere. No caso de Namaacha e Motaze-Magude, pacientes nessa condição são referidos para o Hospital Geral José Macamo ou para o Hospital Geral da Machava, situados na cidade de Maputo. Em Moatize e em Tete, os pacientes nessa condição são encaminhados para o Hospital Provincial de Tete ou para o Hospital Central da Beira.

Em todos os locais foi mencionada a documentação de todo o processo desde a consulta, passando pelos exames, de baciloscopia ou biópsia, até ao tratamento. O registo é feito a nível das comunidades e a nível das unidades sanitárias. A nível das comunidades os ACSs e APEs documentam e reportam a sua unidade sanitária de referência. Nas unidades sanitárias periféricas como a de Motaze apenas documentam o seguimento uma vez que o registo é feito no Centro de Saúde de Magude. Uma das dificuldades de registo ocorre em casos de rupturas de *stock* de cartões para pacientes com TB, como documentado em Moatize.

De um modo geral, os resultados permitem constatar que o tratamento é feito por meio de variantes adaptadas com o intuito de assegurar que o paciente tem acesso ao medicamento e cumpre o tratamento até ao fim. E é notório um esforço de documentar toda a actividade realizada no âmbito do controle da actividade pese embora os diversos constrangimentos mencionados.

Como já referido anteriormente, os resultados permitem ainda considerar que existe uma cultura de os pacientes não questionarem os profissionais de saúde mesmo quando tenham dúvidas ou receios sobre determinados aspectos como por exemplo, a mudança da cor da urina ou da cor do suor ou ainda inchaço nas pernas. Essa cultura é partilhada pelos profissionais de saúde que mesmo quando dispõem de tempo não abrem espaço para que os pacientes coloquem dúvidas ou apresentem seus receios.

Esta situação revela fragilidades no conhecimento e exercício de direitos fundamentais por parte dos pacientes. Para estes, implicitamente, apenas o profissional de saúde tem direito de exercer o direito de informar o que acha necessário. Os pacientes não sabem ou não exercem o direito de solicitar informação e esclarecimentos, reclamar e sugerir sempre que achem relevante.

11. Pacientes com BK+ em tratamento são submetidos a baciloscopia de controlo. Uma primeira baciloscopia de controlo é feita findo o segundo mês de tratamento e depois de concluído o período de tratamento. Excepcionalmente, podem ser solicitados exames adicionais de acordo com a necessidade.



#### IV.3.4. Locais de Atendimento de Pacientes com TB nas Unidades Sanitárias e Controlo da Infecção

Todas as unidades sanitárias visitadas durante a presente pesquisa tinham uma área reservada para o funcionamento das actividades relativas a prevenção e aos cuidados da TB. Contudo as condições de trabalho variavam bastante. Em alguns locais [Angoche e Nampula] os serviços funcionam em varandas ou em compartimentos pequenos [Moatize, Tete] com fraca ventilação e iluminação [Tete]. Em Moatize o gabinete foi recentemente adaptado para poder permitir uma maior ventilação e circulação do ar<sup>12</sup>. Em Motaze é usado um mesmo compartimento para pacientes com diversas doenças.



Hospital Rural de Angoche Local de Funcionamento dos Serviços de TB

No geral os serviços de atendimento dispõem de uma mesa e duas cadeiras, uma para o profissional de saúde e a outra para o paciente. Em algumas unidades existe uma terceira cadeira, para os acompanhantes dos pacientes. Possuem também uma cama para observação ou para a toma de injeções.

Na unidade visitada na cidade de Tete, a mesma não dispõe de uma cama para aplicação de injeções em caso de necessidade. Diante desse cenário as injeções são tomadas numa das enfermarias de triagem. Adicionalmente, foram reportados casos de higiene deficiente e falta de ventilação inadequada [Namaacha e Tete]. Ainda em Tete no mesmo Gabinete de Atendimento para doentes de Tuberculose é feita a diagnóstico de HIV por uma activista da Kutandizana Kuchira.

#### IV.3.5. Recursos Humanos e Capacitação

Em todos os locais visitados, o programa possui uma cadeia de recursos humanos composta por supervisores provinciais, supervisores distritais e respectivos adjuntos bem como médicos e enfermeiros. Esta equipa é complementada por APEs, ACSs e voluntários situados na comunidades; e, em alguns locais, esta equipa comunitária é complementada por PMT, Parteiras Tradicionais (PT) e outros líderes comunitários.

No geral os serviços de atendimento dispõem de uma mesa e duas cadeiras, uma para o profissional de saúde e a outra para o paciente.

12. O ajustamento do local foi possível com o apoio da MSF Bélgica, que é a principal parceira do CS de Moatize.

Em todos os locais visitados, o programa possui uma cadeia de recursos humanos composta por supervisores provinciais, supervisores distritais e respectivos adjuntos bem como médicos e enfermeiros.

Em algumas unidades sanitárias a combinação entre muitos pacientes e poucos ou um único profissional responsável por todas as actividades de prevenção e de cuidados da TB tornam o atendimento aos pacientes muito moroso. A título de exemplo, na cidade de Tete um técnico apenas atende simultaneamente casos de pacientes na fase inicial, pacientes em manutenção, pacientes que terminam o tratamento e que são seropositivos o que exige o preenchimento de fichas para pedido de CD4 antes da próxima consulta, medida do peso dentre outros procedimentos e ainda a gestão dos ficheiros dos pacientes. Um outro factor que contribui para esta situação é o facto de esta US ter muitos pacientes em tratamento que são referidos por outros Centros de Saúde da cidade. Para além deste aspecto o enfermeiro responsável na cidade de Tete já tem uma idade avançada tendo até solicitado reforma de cuja efectivação continua a aguardar, situação que contribui igualmente para a morosidade no atendimento.

Todos os profissionais do programa beneficiam de capacitação regular em actividades levadas a cabo pelo PNTC, pelas DPS ou Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social com apoio de ONGs que operam em cada um dos locais. Os supervisores e respectivos adjuntos bem como médicos e os enfermeiros recebem capacitação em matérias clínicas sobre TB, TB-MDR e DOT. APEs, ACSs, voluntários, PMTs e PTs são capacitados em matérias sobre TB, DOT e cuidados domiciliários.

Presentemente existe uma aposta na formação em serviço. Contudo, se por um lado essa aposta ajuda a reduzir custos de formação, por outro lado é tida, por alguns profissionais da área como insuficiente para garantir uma formação de qualidade.

Uma nota a registar é o facto de haver uma enorme rotação de pessoal capacitado da área da TB, seja transferido para outros sectores ou locais do distrito ou da província. Essa situação muitas vezes gera um vazio na área e invariavelmente o profissional transferido é substituído por outro com menos ou sem experiência na área com consequências negativas para o normal funcionamento da área da TB.

#### **IV.3.6. Gestão de Insumos nos Programas de Prevenção e Atenção a TB**

A gestão de medicamentos constitui uma das principais preocupações dos gestores dos programas de prevenção e atenção a TB. Foram reportados casos de rupturas de stock de medicamentos para uso nas unidades sanitárias de referência bem como para as unidades subalternas que dependem das primeiras para se abastecer em medicamentos. Rupturas localizadas de stock de medicamentos são comuns em todos os locais cobertos pelo presente estudo, no presente [Namaacha, Magude e Moatize] e no passado [Angoche]. Em Tete foi reportada a ruptura de stock de medicamentos para TB-MDR.



Para além da ruptura de *stock* de medicamentos foram também mencionadas rupturas de *stock* de cartões de identificação para pacientes com TB [Moatize]. Para contornar a situação, na altura da presente pesquisa, estava a ser utilizado o cartão para a identificação de pacientes com lepra. A ruptura de *stocks* afecta também os escarradores sem os quais as actividades de diagnóstico ficam comprometidas sobretudo aquela que depende da recolha de amostras a nível das comunidades.

As referidas rupturas são associadas ao envio de medicamentos e outros equipamentos em quantidades insuficientes relativamente a demanda das unidades sanitárias e comunidades. Em alguns locais como Moatize a MSF tem apoiado na aquisição desses medicamentos, o que reduz o impacto que a sua falta causaria. Outros solicitam reforço na DPS [Namaacha] ou no distrito [Magude]. Entretanto, um problema se coloca que é a dependência da existência de transporte para trazer o medicamento em falta.

Quanto ao seguimento do tratamento, se por um lado todos os participantes revelam nunca ter desistido do tratamento, por outro lado revelam haver pacientes que desistem do tratamento, mesmo que por curtos períodos de tempo. Entretanto, a combinação dos diversos constrangimentos encontrados durante a busca do tratamento podem desencorajar o paciente a seguir o tratamento, como referido por um dos participantes. E associados com outros constrangimentos mencionados podem contribuir para o abandono do tratamento. De forma complementar, rupturas de *stock* de fichas podem dificultar o registo e posterior seguimento dos pacientes em tratamento. Como se pode depreender existem diversos desafios a nível da gestão de insumos para o programa de prevenção e atenção a TB, em todos os locais cobertos. Estes aspectos são retomados na análise de factores específicos que constituem barreiras para acesso aos serviços de TB.

A gestão de medicamentos constitui uma das principais preocupações dos gestores dos programas de prevenção e atenção a TB.



## IV.4. Apresentação dos Resultados por Grupo de Participantes

Nesta secção são apresentados os resultados tomando em consideração cada categoria de participante no estudo, com enfoque para as percepções, atitudes e barreiras para aceder aos serviços de TB. A informação foi recolhida com recurso a entrevistas em profundidade, discussões em grupo e observação directa.

### IV.4.1. Profissionais de Saúde

#### IV.4.1.1. Percepções de Risco de Infecção no Local de Trabalho

Entre os profissionais de saúde foi reportado uma percepção elevada de risco em relação a infecção pela tuberculose no local de trabalho. De forma geral, este risco de infecção é originado pela acção conjugada de diversos factores de vulnerabilidade associados por um lado, às condições materiais e técnicas em que os profissionais exercem as suas actividades profissionais e, por outro lado, a um conjunto de comportamentos e práticas profissionais de risco adoptados pelos próprios profissionais na sua rotina laboral.

A primeira ordem de factores está relacionada sobretudo aos constrangimentos e limitações estruturais que afectam os serviços de saúde. As situações relatadas transparecem que o risco de infecção está ligada a insuficiência de equipamento de biossegurança, mas especificamente às máscaras e óculos de protecção de uso na interação com paciente e no manuseamento de amostras,

*...sim, pode ser, por exemplo na altura de processamento dos escarros no laboratório, temos escarro bem protegido, ele pode pingar, lá é um sector perigoso onde está assim, um local que está aberto se o enfermeiro não está bem protegido, ele corre o risco de ser infectado. Alguns que trabalham, os colegas trabalham bem protegidos pra se protegerem o máximo possível.... Não temos outro, por exemplo pra o manuseamento da amostra tinha que ter aqueles óculos protectores... Não temos, usamos só a máscara. (Profissional de saúde, Moatize, 26/04/13)*

*...Constrangimentos que temos tido, muitas vezes é o próprio material que nos utilizamos, o pessoal que lida com doentes, de princípio tinha que ter uma protecção, é o essencial, para evitar que haja um cruzamento de infecção a pessoa deve estar protegido.... o essencial era de nos termos N95, esse é um risco muito grande não é nossa vontade não termos protecção, a direcção provincial não tem capacidade de mandar, mas o essencial seria isso, termos a protecção... Existem alguns, o próprio responsável, mas para nós que estamos na triagem, utilizamos aquelas máscaras descartáveis também que não garantem a protecção. (Profissional de saúde, Angoche, 24/04/13)*

A falta de material de protecção foi reportada pelos profissionais de saúde de todas as unidades sanitárias visitadas, e relacionada com rupturas de stock destes materiais resultantes do fornecimento irregular aliado a problemas de gestão. Na província de Tete, por exemplo, a equipa de pesquisa testemunhou algumas dessas situações.

Entre os profissionais de saúde foi reportado uma percepção elevada de risco em relação a infecção pela tuberculose no local de trabalho.

Na cidade de Tete havia óculos de protecção para pacientes com TB-MDR pese embora na altura não houvesse nenhum paciente com TB-MDR. Em contrapartida, em Moatize onde tinha pacientes com MDR não havia óculos disponíveis. Foi igualmente observado que em caso de uma provável ruptura as unidades sanitárias adoptam estratégias locais de gestão, privilegiando o uso deste material pelos profissionais e pessoal auxiliar afecto directamente aos serviços de tuberculose.

Para além de limitações de ordem logística, em outras unidades sanitárias, as condições de trabalho estão relacionados com facto de haver problemas de infraestruturas, mais especificamente a inexistência de espaços diferenciados para atender diferentes tipos de doenças e necessidades de pacientes, em unidades sanitárias periféricas, bem como falta de condições de arejamento,

*Sim, sim, sim acho porque conforme eu disse o gabinete é único por mais que eu esteja com a mascara ou com o respirador, sim aquilo é para prevenir mas em algum momento eu entro aquele gabinete sem mascara, é o único gabinete aqui, no entanto no meu ambiente hospitalar é possível sim contrair a tuberculose e acredito eu que é possível estar infectado. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

O risco de infecção está também ligado a comportamentos de risco adoptados pelos próprios profissionais que se caracterizam pelo uso inconsistente dos materiais de protecção, devido ao relaxamento no seguimento de medidas de segurança, mesmo naqueles casos em que o material está disponível. Em Tete reportou-se que mesmo existindo mascaras e óculos não eram usados com regularidade porque era um “incómodo”. Ainda nesta província outros provedores de saúde referiram não usa-las para que o paciente não se sinta discriminado; ou ainda casos em que as máscaras tendem a ser usadas apenas nos casos de atendimento de pacientes com TB-MDR ou ainda com pacientes na fase inicial.

Na cidade de Nampula, Hospital Geral de Marere, com internamento para pacientes com casos graves de TB, foi observado que enquanto a equipa de pesquisa se apresentava aos profissionais que gerem a enfermaria da Medicina onde estão internados pacientes com TB, outro grupo de profissionais que lá se dirigia e a quem os colegas sugeriram o uso de máscara, a proposta foi prontamente rejeitada alegando que trabalhavam regularmente naquele compartimento adjacente a entrada da enfermaria para preencher fichas de recolha de dados sem terem necessitado de usar máscaras.

A falta de adopção destes comportamentos de protecção foi também reportada entre pacientes. No referido Hospital, a equipa de pesquisa testemunhou situações nas quais pacientes com TB-MDR internados e também alguns outros doentes colocam máscaras apenas na presença do profissional de saúde e quando este se ausenta a máscara é retirada, o que faz com que possa haver maior probabilidade de transmissão do bacilo. Foram igualmente testemunhadas situações de interacção entre doentes e seus visitantes no recinto da US em que os doentes tinham retirado as máscaras.

O risco de infecção está também ligado a comportamentos de risco adoptados pelos próprios profissionais que se caracterizam pelo uso inconsistente dos materiais de protecção, devido ao relaxamento no seguimento de medidas de segurança...



Entre os provedores de saúde, realçar que aqueles afectos no sector de “triagem” mostraram-se mais propensos a admitir a probabilidade de infecção por TB em relação aos outros. Segundo contam, o seu risco é acrescido pelo facto de atenderem pacientes cuja patologia desconhecem, o que inclui pacientes com TB; situação que se complica pelo facto de eles não usarem máscaras de protecção.

Em Angoche, província de Nampula, foram reportadas situações em que as máscaras são mais usadas pelos profissionais da enfermaria de TB após confirmação de casos e diante de pacientes já conhecidos como portadores de tuberculose e raramente pelos profissionais da triagem. Um profissional de saúde do Hospital Rural de Angoche questionado sobre porque não colocava a máscara mesmo estando diante de um paciente retorquiu nos seguintes moldes,

Entre os provedores de saúde, realçar que aqueles afectos no sector de “triagem” mostraram-se mais propensos a admitir a probabilidade de infecção por TB em relação aos outros.



*...Claro, por isso disse que há caso de coincidência, mas se forem aqueles meus doentes que vem, que eu conheço que este aqui tem tuberculose, eu me posiciono. Assim hoje o vento sai deste lado para lá, a cadeira estava ali. Primeiro o doente quando vem tem que sentar ali ou estar deste lado. Se a ventania vai deste lado eles sentam aqui e eu sento ali, ai não sei, são esses casos que eu não conheço se aqui é positivo ou é negativo, quando quer falar comigo. Isso eu faço mas, se ver que são aqueles meus doentes, que vêm para tratamento, logo uso minha mascara e me posiciono mais com a ventania. (Profissional de saúde, Angoche, 23/04/13)*

Ao longo do processo de recolha de dados foram recolhidos alguns relatos de experiências de infecção de profissionais de saúde por TB. Profissionais de saúde reportaram conhecer casos de colegas que contraíram a TB no local de trabalho., situação comum em Angoche,

*São colegas nas enfermarias, enfermeiros nem, trabalhando com pacientes com tuberculose, tiveram contacto e contraíram a doença, começaram a tossir, com aquele todo quadro clínico, fizemos algumas análises, pedimos a baciloscopia e tiveram o resultado positivo, estão a fazer tratamento mas eles contraíram aqui mesmo na enfermaria, nos pacientes. (Profissional de saúde, Angoche, 24/04/13)*

Como se pode depreender a percepção de risco dos profissionais de saúde se funda em bases sólidas na insuficiência ou falta de meio de protecção individual, mesmo para os casos em que estes se encontram disponíveis.

Um aspecto importante a referir é o facto de parte dos profissionais de saúde referirem não usar máscaras de protecção para não estigmatizar o paciente [Angoche, cidade de Nampula e Moatize]. Se por um lado esta atitude revela preocupação por parte dos profissionais de saúde diante dos pacientes por outro lado, ela cresce o risco que aqueles correm de contrair a TB no local de trabalho.

#### IV.4.1.2. Acções de Prevenção da TB Implementadas Pelos Profissionais de Saúde e Percepção da sua Eficácia

##### a) Na Unidade Sanitária

As estratégias e medidas de prevenção da TB reportadas pelos profissionais de saúde ocorrem em dois âmbitos, umas baseadas na unidade sanitária e outras na comunidade, sendo que a implementação de palestras fora e dentro das unidades sanitárias foram referenciadas como as principais estratégias de prevenção da TB. Ao nível das unidades sanitárias as palestras são dirigidas aos pacientes antes do atendimento e, incluem temáticas sobre sintomatologia, prevenção, cura, tratamento.



*O que tem se feito mais ao nível de prevenção são as palestras, tem se dado a informação aos doentes e ao pessoal porque não são todos que sabem, ou alguns podem ter se esquecido e é importante que sempre sejam dito para se prevenir da tuberculose uma vez que já estamos a ter muitos doentes com multidroga resistente e a unidade sanitária está a ficar muito perigosa até para nós mesmo. É por isso que tem se que dar a informação para estarem protegidos a qualquer altura porem mascarar a qualquer momento. (Profissional de saúde, cidade de Nampula, 30/04/13)*

A priorização da implementação das palestras no atendimento das pessoas com tosse foi reportada como uma das medidas de prevenção a favor de outros pacientes que se encontram na triagem para consultas externas de outras doenças, visto que em algumas unidades sanitárias a triagem para consultas gerais é a mesma para casos de TB.

##### b) Fora da Unidade Sanitária

Ao nível das comunidades, as actividades tem como base intervenções feitas pelos ACSs e pelos APÉs e lideranças locais, com responsabilidade de disseminação de mensagens com recurso a material de IEC que visam consciencializar as comunidades sobre a importância da promoção da saúde no geral bem como mobilizá-las para adopção de medidas preventivas e, mobilização das comunidades para aderência ao tratamento da TB, respectivamente.

As estratégias e medidas de prevenção da TB reportadas pelos profissionais de saúde ocorrem em dois âmbitos, umas baseadas na unidade sanitária e outras na comunidade,

*Temos activistas, um grupo de activistas que tem dado palestras na área de tuberculose, sensibilizam a população tanto no bairro Matulo e Chingodze na matéria de tuberculose como prevenir em casa, no agregado familiar aquelas formas todas. Por acaso temos um bom trabalho com os activistas no centro e eles quando encontram um caso a nível da comunidade transferem para unidade sanitária preenchem ficha e o doente vem directamente não precisa estar na bicha, ele é diagnosticado e eles também tem autonomia de passar a requisição e passam por aqui e nos assinamos. (Profissional de saúde, Tete, 29/04/13)*

*Nas comunidades nós temos líderes comunitários, temos activistas formados, capacitados na área da tuberculose. Eles têm zonas onde eles vão. A gente faz uma escala de serviço [toque de telefone, pequena pausa]... então, eles ia na comunidade, é de realçar que também na comunidade tem que existir essa palestra. (Profissional de saúde, cidade de Nampula, 29/04/13)*

No que concerne a eficácia destas medidas, os profissionais de saúde acham que as mesmas têm contribuído para melhorar conhecimentos e atitudes da comunidade em relação a adesão, aderência ao tratamento de TB. Como resultado destas acções os profissionais mencionam o aumento de casos notificados e detectados, assim como, fazem referência as acções de mobilização comunitária lideradas pelas lideranças locais, com o propósito de reforçar a consciência do cidadão sobre a importância de prevenção e detenção da TB na comunidade.

*Penso que está a funcionar porque os doentes conseguem vir nas consultas, conseguem trazer os seus parceiros, vizinhos, eles conseguem ver que aqui estamos a melhorar. Eu penso que as pessoas aceitam até vir aqui porque ouvem informação lá fora... penso que funciona. Talvez se houver mais metodologias de como sensibilizar a população, mas estas estão a funcionar. (Profissional de saúde, Tete, 29/04/13)*

Apesar dessa percepção, essa eficácia é percebida como limitada pelo facto de essas acções de prevenção serem inconsistentes e irregulares. A título de exemplo, em Magude a insuficiência de recursos humanos para acções comunitárias foi reportada como um constrangimento que limita a eficácia das acções realizadas a este nível.

Em Nampula e em Tete foram mencionados como principais constrangimentos que limitam a eficácia das acções de prevenção e detenção da TB as seguintes: (i) as distâncias que separam os pacientes das comunidades das US, (ii) o número reduzido de activistas, que para o caso de Nampula estão a abandonar o programa em parte devido a falta de incentivos e o surgimento de oportunidades de trabalho concorrentes.





### IV.4.1.3. Atitude dos Profissionais de Saúde Perante os Pacientes de TB

A atitude dos provedores de saúde diante dos pacientes foi qualificada de “normal” e “saudável”. No entanto, esta relação é reconhecida pelos próprios profissionais como influenciada por factores que derivam de barreiras institucionais que caracterizam as unidades sanitárias e de algumas atitudes não correctas de alguns profissionais.

A insuficiência (em termos de quantidade e qualidade) de recursos humanos, está na origem de sobrecarga dos profissionais em exercício. Esta situação contribui para as longas filas de espera, demora no atendimento e, institucionalização de um ambiente caracterizado por uma comunicação pouco adequada entre o profissional e o paciente, cenário que pode influenciar negativamente a aceitação e confiança nos serviços.

*...em algum momento também a enchente nem, desde manha até ao final do dia a disposição já não é a mesma se calhar podemos nos pronunciar mal sem nos apercebermos porque estamos a nos pronunciar mal em relação ao paciente e aquilo naquele momento vai afectar ao próprio paciente e há de dizer eu não volto mais aqui na unidade sanitária mas não de uma maneira consciente se calhar pela sobre carga então nós acabamos nos descuidando nesse aspecto sim. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

*.Há quantos dias? Estou com tosse a dois dias! Senhor fala verdade, ao invés de falar bem nos exaltamos, zangamos com o doente, o doente pode ir morrer com a sua doença em casa. Enquanto devias criar condições para melhorar a doença dele... (Profissional de saúde, Moatize, Tete, 23/04/13)*

A percepção de falta de sigilo profissional por parte dos profissionais de saúde constitui outra atitude que pode estar a contribuir para a falta de confiança nos serviços; por conseguinte, a baixa procura pelos serviços de saúde relacionados com TB. Trata-se de uma atitude que é reconhecida como limitadora do gozo do direito de saúde de forma geral, e em particular como violando um dos princípios enunciados na Carta dos Deveres e Direitos do Utente, que prevê na alínea 4 que o “Utente tem direito a confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe respeitam.

*Porque é assim tem a situação do sigilo profissional não querendo dizer que nesta unidade sanitária não há sigilo profissional, só que os pacientes ainda tem receio que bom se eu vou a unidade sanitária a minha patologia pode ser divulgada esse é o primeiro ponto, se calhar também, é uma suposição, se calhar também pode ser a nossa maneira de atender, nós até podemos estar atender aquele paciente de melhor maneira possível mas o paciente em si não estar satisfeito com nosso atendimento, então isso também pode influenciar com que este paciente não venha fazer o tratamento na unidade sanitária apesar de saber o seu resultado. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

A percepção de falta de sigilo profissional por parte dos profissionais de saúde constitui outra atitude que pode estar a contribuir para a falta de confiança nos serviços; por conseguinte, a baixa procura pelos serviços de saúde relacionados com TB.

#### IV.4.1.4. Percepções dos Profissionais Sobre o Número de Pacientes com TB em Tratamento

Alguns profissionais de saúde foram capazes de discutir as taxas de tratamento de TB. Em todos os locais visitados a tendência foi de indicar que apesar dos constrangimentos existentes, há uma relativa subida de pacientes em tratamento comparado a períodos precedentes, sem contudo demonstrá-los estatisticamente. Esta situação deriva do facto de parte considerável dos profissionais não serem os responsáveis pelo programa ou pela produção das estatísticas, pelo que não tinham acesso a essa informação estatística do programa.

Durante as entrevistas com os profissionais, foi possível capturar alguns dados que ajudaram a compreender as tendências em termos de características sociais, etárias desagregadas por sexo dos pacientes de TB, assim como, aspectos de adesão ao tratamento. Em todas as províncias, os respondentes apontaram para uma maior adesão ao tratamento de TB de população adulta em detrimento de crianças. Em termos de género, -se foi reportado uma maior adesão ao tratamento de pacientes do sexo feminino, diferentemente das regiões centro e norte do país.

Em todos os locais visitados a tendência foi de indicar que apesar dos constrangimentos existentes, há uma relativa subida de pacientes em tratamento comparado a períodos precedentes, sem contudo demonstrá-los estatisticamente.



Os profissionais da saúde olham para os números da TB com preocupação. E pese embora reconheçam uma maior adesão aos cuidados de TB que se reflecte nos números existentes; em alguns casos são preocupantes como no caso do Hospital Geral de Marere,

*Está é uma unidade sanitária conhecida como sendo a casa da tuberculose, aproximadamente 80% dos casos, depois faz-se o resto do seguimento, aqui temos 40 camas, 40 doentes no internato mais alguns que não estão aqui porque já não havia espaço para poder ficar, chegou um tempo em que chegavam 200 doentes internados mas agora a situação tem se melhorado devido as palestra. A situação melhorou e já não temos mais enchentes mas continuamos a ter mais de 40 doentes internados, isso não falta. No mês passado tivemos que internar 37 doentes, depois 40, 35 e 30 agora estamos nos 29 e 30 doentes. (Profissional de saúde em Nampula, 30/04/13)*

Em contextos migratórios, como Magude e Namaacha, os homens passam parte significativa do ano fora da sua zona habitual de residência, especificamente na África do Sul. Entretanto, no seu regresso nos meses de Novembro a Janeiro eles frequentam mais as unidades sanitárias, uma vez que regressam ao país para passar férias e aproveitam para tratar da sua saúde.

A referida situação pode levar a percepção de haver mais adesão de mulheres do que homens, por isso, a importância de analisar a questão da adesão nestas regiões tomando sempre em consideração o factor mobilidade masculina. Contudo, estas tendências e interpretações apresentadas não foram objectivamente evidenciadas com dados estatísticos concretos, por isso, a importância de uma leitura cautelosa desta secção.

#### IV.4.1.5. Capacidade de Registo de Dados

Quanto aos registos, em todos os locais, foi mencionada a documentação de todo o processo desde o diagnóstico até ao tratamento, tanto a nível comunitário como a nível das unidades sanitárias. A nível das comunidades os ACSs e os APEs, onde eles existem, tem nas suas responsabilidades; o papel de documentar e reportar à sua unidade sanitária de referência dados referentes as suas actividades.

A nível das unidades sanitárias existe um conjunto de instrumentos de recolha de dados sobre os pacientes nas suas diversas etapas de cuidados e tratamentos. Nas unidades sanitárias os dados primários são registados na “ficha individual” também designada por “ficha de dispensa de medicamentos” e/ou “ficha de seguimento” que contém dados sobre variáveis sócio-demográficas e sociais do paciente e de onde se regista o acompanhamento da toma de medicamentos pelos pacientes,



Quanto aos registos, em todos os locais, foi mencionada a documentação de todo o processo desde o diagnóstico até ao tratamento, tanto a nível comunitário como a nível das unidades sanitárias.

*Nós temos as fichas de dispensas de medicamentos desses pacientes, uma ficha individual; então sempre que o paciente vem nós tiramos a ficha e preenchemos que o paciente nesta data fez a medicação ... O paciente fica só com o cartão, nós ficamos com a ficha e a mesma ficha que nós temos aqui, o serviço tem lá, então o mesmo paciente tem duas fichas porque nós aqui não temos livro de registo, os pacientes são registados lá e aqui eles só vem fazer o seguimento...nós não temos esses registos, não temos registos, porque o registo dos pacientes não é feito por nós a partir do momento que ele é diagnosticado, nós não registamos aqui, registam nos serviços, nós aqui só fazemos seguimento, nós não temos nenhum livro de registo para esses casos. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

Para além da “ficha individual” e do “cartão do utente” existe o “livro de registo de pacientes de tuberculose”. Contudo esses instrumentos existem apenas nos gabinetes específicos para atendimento o PNCT, facto que não ocorre nas unidades sanitárias periféricas, onde geralmente possuem apenas um livro para o registo dos doentes.

*Temos um único livro aqui, temos um único livro que vem idade, localização, temos um livro onde vem dados, nome completo, idade, sexo, proveniência e o tipo da tuberculose que o doente tem, e data do início do tratamento também se foi deixado, se é positivo se é negativo, esses todos vem num livro só os dados (...) outra coisa que temos do registo são as fichas do doentes. (Profissional de saúde, Angoche, 24/04/13)*

Adicionalmente a inexistência de um processo regular de registo dos pacientes, influencia a qualidade dos dados e limita o exercício de análise apurada em termos de adesão e aderência.

A gestão dos registos e de dados continua a ser um desafio para os profissionais do PNCT. Equipas de pesquisa tiveram dificuldades em obter dos profissionais de saúde dados de vários indicadores relativos ao ano e trimestre anteriores que precederam a recolha de dados.

Adicionalmente a inexistência de um processo regular de registo dos pacientes, influencia a qualidade dos dados e limita o exercício de análise apurada em termos de adesão e aderência. A título de exemplo em Magude foi possível constatar relativa inconsistência dos dados relacionados com aderência ao tratamento. Essa situação pode derivar do facto de as unidades sanitárias periféricas distribuírem medicamentos sem o devido registo na ficha respectiva, em parte devido a sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais de saúde.

Como referido anteriormente, em Moatize durante a recolha de dados foram reportados casos de rupturas de stock de cartões de identificação dos pacientes com TB, e de solicitação de diagnóstico de pacientes. Diante desses cenários, os profissionais estavam a utilizar os cartões de consultas para doenças gerais. Contudo, apesar desses desafios, existe a percepção de que os diferentes instrumentos são relevantes, coerentes e harmoniosos entre si.



#### IV.4.1.6. Factores que Influenciam a Aceitação do Diagnóstico da TB e Respectivo Resultado

De modo geral o diagnóstico clínico dos sintomas, seguido de uma recomendação de diagnóstico laboratorial a partir da amostra de escarros (baciloscopia) foi mencionado como uma das principais práticas ou abordagens de diagnóstico da TB entre população adulta. O teste Mantoux foi referenciado em algumas unidades sanitárias como a prática de diagnóstico da TB em crianças.

*O diagnóstico da tuberculose, por exemplo vem um paciente com queixa de tosse há mais de duas semanas que tenha já recebido um outro tratamento anteriormente mas a tosse não passa e muitas vezes eu pego nos frascos, aconselho a pessoa, pego no formulário, preencho, dou a pessoa e aconselho a trazer os frascos na segunda-feira, normalmente, são frascos que nós acompanhamos nas segundas-feiras para a sede, já que não temos laboratório aqui, então aconselho que no domingo a pessoa tire a sua expetoração primeiro as 22h e depois a outra as 5 antes de escovar os dentes, a pessoa trás as amostras e levamos as amostras para o laboratório. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

*O diagnóstico é .existe o diagnóstico clínico e o diagnóstico, até não é diagnóstico, aliás é diagnóstico inicial e diagnóstico definitivo no laboratório, se o clínico desconfia que tem sintomas de tuberculose, você não pode confirmar que é tuberculose, só o laboratório é que pode isolar o bacilo, que essa pessoa de certeza tem tuberculose, ou fazemos aqui o teste demantux vacinamos para ver se tem se for criança não tem como tirar o .coiso ., como é que posso dizer, cá nós fizemos o teste de mantux, injectamos e 3 dias depois fizemos ruptura, e o teste diz se tem presente as bactérias de tuberculose que estão lá e daí encaminhamos. (Profissional de saúde, Namaacha, 17/04/13)*

Parte considerável das unidades sanitárias visitadas tem apenas capacidade laboratorial para fazer exames de baciloscopia, excepção para Moatize e Hospital Geral de Marere que possuem capacidade para realizar exames de radiografia que constitui outro mecanismo usado para a confirmação de casos suspeitos de TB. Este exame tem sido realizado em pacientes com resultado negativo para baciloscopia diante de sintomas clínicos de TB evidentes,

O estudo procurou apreender o nível de confiança e a percepção da eficácia dos instrumentos e dos meios de diagnóstico usados para despiste da TB. Uma parte dos profissionais referiu confiar nos resultados produzidos pelos meios de diagnóstico uma vez que o diagnóstico do clínico é muitas vezes confirmado pelos exames.

Esse facto, segundo explicaram os profissionais de saúde, só confirma que esses meios de diagnóstico são eficazes e confiáveis. Outro elemento que suporta a sua confiança é o facto de os pacientes iniciarem o tratamento com baciloscopia positiva e depois converterem para negativo, depois de feito o período de tratamento intensivo,

*Sim eu acho que são confiáveis, porque daqueles que já foram diagnosticados tuberculose, aqueles que tiveram tratamento estão curados e melhorados, e também aqueles que nós pedimos a baciloscopia e o resultado foi negativo, eles fizeram outro tipo de tratamento e melhoraram, então eu acho que o resultado é fiável sim, eu acho que o resultado é fiável. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

Segundo esses profissionais, essa capacidade de diagnosticar a presença ou ausência do bacilo de Koch activo faz com que eles confiem na eficácia dos meios de diagnóstico usados. Uma segunda tendência de profissionais revela reservas sobre a eficácia dos resultados dos exames laboratoriais de algumas unidades sanitárias,

*Eu diria que confiar, confiar na sua totalidade, não. Porque eu tenho tido casos de doentes que estão em tratamento e depois de dois meses tem controlo, a segunda baciloscopia, e muitos não convertem. Eu no mês passado tive cinco que não converteram a baciloscopia, mas eu tinha que referir as outras unidades sanitárias que a baciloscopia deu negativa e eu não sei quais são as causas nem, que aqui convertem e outros sítios não convertem. (Profissional de saúde, cidade de Nampula, 02/05/13)*

Como se pode ver do trecho acima, existem algumas circunstâncias que criam reservas sobre a eficácia do diagnóstico mesmo entre os profissionais de saúde, embora não consiga perceber as causas da ineficácia desses meios usados e que contribuíram para que os mesmos gerassem resultado positivo para amostras com BK negativo.

O estudo procurou apreender o nível de confiança e a percepção da eficácia dos instrumentos e dos meios de diagnóstico usados para despiste da TB.

.... essa capacidade de diagnosticar a presença ou ausência do bacilo de Koch activo faz com que eles confiem na eficácia dos meios de diagnóstico usados.

... os profissionais de saúde referem que aqueles aceitam submeter-se ao diagnóstico de TB, sendo raros os casos reportados de pacientes que se recusam a fazê-lo.

Quanto aos pacientes, os profissionais de saúde referem que aqueles aceitam submeter-se ao diagnóstico de TB, sendo raros os casos reportados de pacientes que se recusam a fazê-lo. A aceitação massiva do diagnóstico resulta do interesse que os pacientes revelam em saber do seu estado de saúde para poder iniciar o tratamento caso se descubra que estão com TB.

De um modo geral, os dados indicam que diante dos resultados dos exames os pacientes reagem de forma “positiva” aos resultados do diagnóstico, porque ficam a saber o seu estado de saúde e sobretudo porque podem iniciar o tratamento da TB rumo a sua cura. Acrescentar que há uma tendência generalizada entre os pacientes de aceitação do resultado positivo ao invés do negativo.

*...nunca reagiram assim dum maneira negativa, porque na verdade o que eles vem a procura mesmo é de melhorar seu estado ... como eu disse, elas reagem dum maneira positiva porque na verdade elas já sabem o que tem, qual é a patologia que lhes afecta, sabem que aquela patologia tem um tratamento, tem cura então elas reagem dum maneira positiva ainda não tive uma situação dum reacção diferente... (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

*Quando são positivos eu já disse que ficam ansioso em iniciar o tratamento e começar a tomar os medicamentos, ficam preocupados por saber que tem tuberculose e quando o teste de baciloscopia é negativo eles ficam preocupados porque já não vem com que recursos podem se resolver o problema uma vez que estão a procurar e não se encontrou dai que quando se recorre ao raio X tem sido alívio para poder comprovar-se. (Profissional de saúde, Cidade de Nampula, 30/04/13)*

Cenário similar foi mencionado em Tete onde no caso de resultados negativos os pacientes chegam a achar que o resultado é negativo devido a avaria do equipamento do laboratório - “a maquina do laboratório é que não está boa”. Diante de situações similares os pacientes tendem a procurar outra unidade sanitária para certificar. Cenário similar ocorre em Magude, mesmo entre os profissionais de saúde mas que desta feita e diante de resultados positivos para BK em pacientes que ultrapassaram os dois meses iniciais, recorrem a outras unidades sanitárias onde os resultados aparecem negativos.

A dificuldade de aceitação dos resultados negativos é influenciada por um conjunto de expectativas e representações que os pacientes criam em volta da sua doença onde a tosse consistente é apontada como principal sintoma.

Entre os profissionais de saúde a experiência anterior com os resultados e a confirmação laboratorial de casos suspeitos de TB contribuem para a aceitação dos mecanismos de diagnóstico da TB e os respectivos resultados. Por seu turno, entre os pacientes com sintomas e sinais de TB um resultado positivo é o mais confiável, de tal modo que caso este seja negativo os pacientes continuam a procurar outra unidade sanitária para submeter-se a exames.



#### IV.4.1.7. Percepções dos Profissionais sobre a Capacidade de Prescrição e Adesão ao Tratamento da TB

Em termos de prescrição dos fármacos para os pacientes, quase todos os profissionais entrevistados referiram ter conhecimento do cocktail prescritos para os pacientes de TB. Contudo, não foram colhidas evidências que permitam confirmar ou disputar tal afirmação.

Poucos profissionais fizeram referência aos os protocolos<sup>13</sup> de gestão de casos de TB e alguns mencionaram a sua falta. Embora tenham sido poucos casos reportados, a falta dos protocolos pode afectar o processo de prescrição dos medicamentos, pelo facto de haver probabilidade de se realizar uma prescrição incorrecta e inconsistente com as normas estipuladas. Este aspecto pode estar associado a irregularidade de exercícios de reciclagem e treinamento sobre as normas de prescrição de medicação ao paciente com TB. A título de exemplo, em Tete alguns profissionais entrevistados reconheceram que a gestão de casos de tuberculose pode estar condicionada a falta de capacitação de pessoal de saúde em relação as novas abordagens de cuidados e tratamentos.

*Aquilo é falta de... é por isso que eu estava a dizer que é preciso formar mais pessoas na área de tuberculose para entender melhor, é preciso formar mais pessoas na área de tuberculose para entender melhor, há vários profissionais de saúde que foram formados nos anos 80 e 90 e ainda estão a trabalhar mas essa informação não tem porque cada vez mais está a se mudar. (Profissional de saúde, Tete, 02/05/13)*

Factores de natureza individual e/ou biológica também são percebidos como afectando o tratamento da TB. Efeitos colaterais dos medicamentos têm levado ao abandono do tratamento, sobretudo em pacientes cujo TB está associado ao HIV e SIDA. Relatos de experiências vividas pelos profissionais revelam que os próprios pacientes consideram excessiva a quantidade de medicamentos recebidos para tomar e alguns não os tomam, sobretudo depois de sentirem melhorias.

*Existem vários factores nem, já pude conversar com muitos que não cumprem, uma grande parte desses pacientes com tuberculose, tem uma associação de HIV (...) e depois como temos a situação de paciente com tuberculose tem que iniciar tratamento antirretroviral, então precisa de um grande aconselhamento tanto para os dois tratamentos, para adesão, tratamento antirretroviral e tratamento para a tuberculose, então o paciente chega a sentir-se em algum momento com uma sobrecarga de medicação, em algum momento acaba deixando um cumprindo ou outro, em algum momento acaba abandonando os dois por ser muito medicamento. (Profissional de saúde, Magde, 03/05/13)*

Em termos de prescrição dos fármacos para os pacientes, quase todos os profissionais entrevistados referiram ter conhecimento do cocktail prescritos para os pacientes de TB.

13. Durante a presente pesquisa não foram explorados aspectos como a existência ou não de manuais de gestão de casos de TB nas unidades sanitárias.

A distância para as US foi reportada pela maioria dos profissionais em todas as US visitadas, como uma limitante. A distância age de forma conjugada com factores como pobreza e falta de meios para custear despesas de transporte,

*Tratamento também aqui é longo, longo tempo de espera também pode ser um caso para aderência, a pessoa chega aqui deve estar com uma pessoa com tuberculose chega aqui as tantas estou a sair daqui as 13 então essa pessoa quando pensa em vir a consulta, vê a distância o tempo que vai levar, então pode faltar, então o tempo de espera mais está relacionado com o problema do pessoal e a distância percorrida que tem a ver com a falta de transporte nas áreas onde as pessoas vivem. (Profissional de saúde, Namaacha, 17/04/13)*

O problema da distância não permite realizar intervenções de DOT comunitário consistentes para todos, senão para aqueles que estão próximos das USs. Adicionalmente, a distância age de forma combinada com a auto-percepção de melhoria por parte dos pacientes que conduz ao abandono do tratamento sobretudo quando se sentem melhores,

*Segundo, pela distância também, temos alguns casos de abandono sim que não estão aqui próximos, eles vieram e estavam numa fase debilitada, foram diagnosticados, na fase intensiva do tratamento eles até vinham com regularidade, a partir do momento que eles começaram a sentir-se com algumas melhorias, já não vinha regularmente a unidade sanitária, nós procurávamos saber, distancia, nós não conseguimos vir porque é muito longe. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

Factores de ordem sociocultural foram igualmente mencionados pelos profissionais de saúde como afectando a gestão eficaz dos casos de tuberculose. Crenças e modelos explicativos sobre a origem da doença, levam a procura de cuidados de saúde em provedores fora do circuito do PNCT, e quando as escolhas iniciais não são bem sucedidas é que se recorre as unidades sanitárias.

*Bom são mitos, crenças, tabus. Então, falando de mito, por exemplo pacientes que já tem uma tosse com suspeita de tuberculose eles acabam dizendo que é porque eu tive uma relação sexual com alguém que estava de período menstrual; então por isso é que eu estou com essa tosse, então muitos ainda tem essa mentalidade, então esse é um dos factores que faz com que eles não adiram tanto ao despiste; muitos tem crença que a tuberculose pode se tratar em casa então procuram alguns medicamentos tradicionais e vão tomando, isso também, a partir do momento que ele toma ele acredita que aquele medicamento vai tratar aquela patologia, então ele não vem a unidade sanitária e outra situação é que todo aquele paciente, a maior parte nem; (...) muitos pacientes ainda vão pela primeira vez aos praticantes da medicina tradicional só depois é que eles vem a unidade sanitária. Então isso, se eles demoram a chegar na unidade sanitária, o despiste também é tardio consequentemente a sua cura é tardia. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

A falta de confiança em algumas unidades sanitárias de referência é um dos elementos que limita a procura de serviços de saúde relacionados com TB. A título de exemplo em Namaacha e Magude as comunidades referem um medo comum de ir para ao Hospital Geral José Macamo porque supostamente as pessoas uma vez transferidas para aquela unidade morrem. Esta percepção pode derivar do facto de os pacientes serem geralmente transferidos em casos graves entre os quais as taxas de mortalidade tendem a ser mais altas e não por o hospital ser responsável por essas mortes, facto que a população desconhece.

O problema da distância não permite realizar intervenções de DOT comunitário consistentes para todos, senão para aqueles que estão próximos das USs.

Factores de ordem sociocultural foram igualmente mencionados pelos profissionais de saúde como afectando a gestão eficaz dos casos de tuberculose.



Para além da falta de confiança, a incerteza de ter que ser transferida para uma unidade sanitária distante da sua zona de residência acarreta custos sociais e financeiros elevados que as comunidades algumas vezes não estão em condições de acomodar. A título de exemplo, ao ser transferido para uma unidade distante, o paciente não pode contar com visitas regulares dos membros de sua família que não teriam recursos para fazer viagens regulares para visitar o seu parente.

De forma complementar, terminado o período de tratamento o paciente teria dificuldade de ter meios para regressar a sua zona de origem; em parte porque parte deles não tem recursos financeiros suficientes para o efeito; associado a fragilidade da cadeia de serviço social de apoio que desempenharia um papel relevante na solução dessa necessidade.

Em Nampula foram reportados casos de pessoas que não acreditam na doença, negam o seu diagnóstico sobretudo quando está associado ao HIV e SIDA. Diante dessa situação a possibilidade de conseguir levar o paciente ao tratamento tende a ser nula, pelo menos enquanto aquele tiver controlo sobre as suas decisões.

Os fluxos migratórios foram apresentados como outros elementos que limitam o tratamento. Essa situação é reportada em áreas de grande mobilidade como Magude, Namaacha e Nampula. Nesses contextos os pacientes iniciam o tratamento e depois viajam em busca de oportunidades de vida em outros locais e nesse processo tendem a abandonar o tratamento,

Os fluxos migratórios foram apresentados como outros elementos que limitam o tratamento.



*...outros é aquela situação quando sentem-se melhores vão a África de sul, porque a maior parte dos homens daqui trabalham na África de sul, então muitos quando sentem-se melhores vão para África de sul, então isso tem sido uma grande dificuldade, distancias, porque também o medicamento por fazer-se por um longo período, eles acabam cansando, mas temos levado a cabo sensibilização aos próprios pacientes a cada dia que os pacientes vem, nós vamos conversar que não podem desistir, aquele tratamento vai ajudar na saúde deles a melhorar o seu estado, são muitos que cumprem mas também existem alguns que não cumprem.  
(Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

Os factores expostos acima, de forma isolada ou de forma conjugada tem um impacto negativo na gestão e no tratamento de casos de TB resultando na fraca aderência e adesão reportadas pelos profissionais de saúde. E mais ainda, a fraca capacidade dos serviços de acompanhamento regular da toma do medicamento, situação derivada da desistência e toma inconsistente dos medicamentos são outros factores que igualmente afectam a gestão de casos de TB.

A leitura dos dados permitiu compreender que a distribuição de medicamentos e material de laboratório não segue o mesmo canal, o que limita a capacidade de disponibilização atempada dos fármacos, reagentes e materiais, contribuindo desse modo para cenários regulares de ruptura de stock.

#### IV.4.1.8. Gestão da Cadeia de Distribuição de Medicamentos e Reagentes

A leitura dos dados permitiu compreender que a distribuição de medicamentos e material de laboratório não segue o mesmo canal, o que limita a capacidade de disponibilização atempada dos fármacos, reagentes e materiais, contribuindo desse modo para cenários regulares de ruptura de stock. A título de exemplo, o Centro de Saúde de Motaze, é abastecido pelo depósito distrital numa base mensal; na cidade de Nampula, os Centros de Saúde urbanos são abastecidos pelo Centro de Saúde 1º Maio que abastece ainda o CS 25 de Setembro e Centro de Saúde, anexo ao Hospital Psiquiátrico de Nampula. O Hospital Geral de Marere, de referência a nível de doentes com tuberculose é abastecido pelo Centro de Medicamentos Provincial na base de um Plano de Distribuição mensal para os medicamentos e os materiais e artigos médicos, e equipamento de protecção mediante submissão do plano ao Centro de Abastecimento Provincial e do responsável pelo Laboratório.

Em todas as unidades sanitárias visitadas, os profissionais de saúde reportaram experiências de ruptura de stock de medicamentos, reagentes e material de protecção.

*.... bem muita das vezes nós não temos tido esse material de protecção, assim de forma, num stock que seja suficiente para usar se calhar um mês como sabe algumas mascara é só para um dia, são descartáveis, então é difícil ter esse material para todos os dias, então as dificuldades mesmo residem aí porque quem acaba usando mais até esses meios é o clínico nem, por causa da exiguidade. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

Para além da ruptura de meios de protecção individual foram também reportadas rupturas de medicamentos<sup>14</sup>, de stocks de máscara, de medicamentos, escarradores e, material de laboratório.

Especificamente em Tete foi reportada a ruptura de stock de medicamentos para TB-MDR e, de cartões de identificação para pacientes com TB [Moatize]. Para contornar a situação utiliza-se o cartão de identificação de pacientes com lepra.

A ruptura de stocks é em parte tributada aos gestores das unidades sanitárias, pois estes por vezes fazem as requisições quando apercebem-se que o stock disponível está no fim. Associa-se a este factor a fraca capacidade de cálculo real das necessidades/quantidades de medicamentos, reagentes, material entre outros, assim como, a indisponibilidade de transporte para distribuição/entrega nas unidades sanitárias.

*Do transporte era só para atribuir um transporte definitivo para o sector e garantia de combustível em dia porque isso consiste nos trabalhos feitos na comunidade, principalmente os trabalhos que nos dão transtornos na comunidade. Outros ligam porque não temos medicamentos numa das determinadas unidades sanitárias e nós não estarmos prontos para responder aquela preocupação e podemos ficar dois ou três dias sem agilizar a situação do colega que tem qualquer falta nas unidades periféricas. Só alocar o transporte no sector e combustível em dia. (Profissional de saúde, Angoche, 23/04/13)*

14. A título ilustrativo, o relatório de balanço do PNCT para 2012, indica que a província de Nampula registou em 2012 uma ruptura de stocks dos seguintes medicamentos - 4DFC, 3DFC, Pirazinamida, Etambutol, Isoniazida de 300 mg e Isoniazida de 100 mg - uma situação que foi reportada ao PNCT/MISAU. A solução veio por curto tempo para os seguintes fármacos - 4DFC, Pirazinamida e Etambutol - tendo prevalecido até Janeiro de 2013 a ruptura de Isoniazida Pediatra (100 mg) enquanto a Isoniazida de 300 mg foi recebida em quantidades insuficientes, facto que criou embaraços no tratamento de pacientes TPI, sendo esta uma das principais causas para que muitas PVHS não fizessem TPI (p.05)

Como se pode ver a ruptura costuma afectar as unidades de referência e consequentemente afecta em cadeia todas as unidades que dela dependem. Em alguns locais como Moatize a MSF tem apoiado na aquisição desses medicamentos, o que reduz o impacto que a sua falta causaria. Outros solicitam reforço na DPS [Namaacha] ou no distrito [Magude]. Essas são algumas das estratégias que são usadas para contornar os efeitos negativos da ruptura de stocks.

De todas as formas, os discursos de entrevistados revelam que a falta de disponibilidade medicamentos (muitas vezes substituído por outro não adequado) e artigos médicos necessários para prover cuidados e tratamento de pacientes de TB afectam a efectividade da gestão de casos. Estas rupturas tem influências na desmotivação do utente para procurar os cuidados e limitam a capacidade do próprio profissional em prestar garantir serviços de qualidade e de forma eficiente.

#### IV.4.1.9. Percepção dos Profissionais Sobre o Trabalho com os APEs e ACSs

Os profissionais de saúde entrevistados reconhecem a existência de APEs e de ACSs que interagem com as suas unidades sanitárias. As experiências de interacção e de trabalho destes varia entre as regiões e entre as unidades sanitárias. Em Tete os APEs são chamados por ACSs, enquanto em Nampula os ACSs são considerados de activistas.



Os profissionais de saúde entrevistados reconhecem a existência de APEs e de ACSs que interagem com as suas unidades sanitárias.

A experiência de articulação e de envolvimento dos APEs e de ACSs em actividades de gestão de casos de tuberculose é variada. A título de exemplo em Nampula foi possível compreender que os activistas e voluntários começaram a ser envolvidos nas actividades de prevenção e detenção da TB em 2009 e, foram identificados, seleccionados e mobilizados através da rede de parceiros que trabalham na área de TB na província.

*APE's na cidade não temos, só temos ACS que são agentes comunitários de saúde. O que existe aqui são voluntários dentro da comunidade e a comunidade já tem informação de que aquela pessoa tem formação para poder fazer o tratamento e qualquer problema de tosse é somente aproximar no indivíduo, ele fará o diagnóstico sem que o doente se dirija ao hospital. (Profissional de saúde, cidade de Nampula, 30/04/13)*

As entrevistas com os profissionais de saúde revelam que as responsabilidades dos APEs e dos ACSs são: (i) identificar e fazer referência de casos suspeitos a US; (ii) fazer o DOT comunitário; (iii) controlar a adesão de pacientes de TB a nível da comunidade; (iv) registar casos suspeitos; (v) transmitir informação sobre a TB; (vi) prestar cuidados domiciliários e; (vii) colher amostras em doentes suspeitos e encaminha-los a US.

De um modo geral a interacção entre profissionais de saúde e APEs e ACSs é tida como positiva e funcional mas marcada por muitos constrangimentos, sendo o mais reportado, a perda de motivação devido a falta de incentivos (subsídios).

*Geralmente todas actividades que são relacionadas, do campo, envolvemos os APE's, como as actividades de educação para a saúde, envolvemos os APE's, esses casos de sensibilização das comunidades, porque o APE tem muita aceitação na sua comunidade, porque o APE é um indivíduo escolhido pela própria comunidade, de confiança da própria comunidade, então quando ele diz que temos que fazer isso... é um indivíduo muito influente da própria comunidade que tem aceitação, então em todos os casos ele é muito importante. Então envolvemos para todas actividades. (Profissional de saúde, Namaacha, 17/04/13)*

*As responsabilidades da unidade sanitária é de registar os doentes de acordo com a área atribuída e os APES receber os resultados de acordo com os doentes que existe nas unidades sanitárias fazer o registo e atribuir o APE, o APE tem a responsabilidade de receber o doente, primeiro identificar o doente na comunidade, entregar escarradores pegar os escarradores e trazer aqui nas unidades sanitárias, depois do resultado, trazer o resultado para aqui para ser notificado esse doente e ser registado para iniciar o tratamento ainda na comunidade. (Profissional de saúde, cidade de Nampula, 30/04/13)*

De um modo geral a interacção entre profissionais de saúde e APEs e ACSs é tida como positiva e funcional mas marcada por muitos constrangimentos, sendo o mais reportado, a perda de motivação devido a falta de incentivos (subsídios). Como consequência houve muitos abandonos e desistências que conduziram ao funcionamento deficiente do DOT comunitário em algumas comunidades nas províncias visitadas.

*Neste momento as actividades com ACS estão paradas porque esses ACS que temos, temos há mais de 4 anos e os outros já abandonaram, mesmo os que foram recentemente formados já abandonaram porque não tem incentivos e a bicicleta que haviam dado já avariou e não criaram condições para poder arranjar a bicicleta. Os poucos que nós temos são esses e as actividades que recomendamos que façam são palestras e podem dizer que já fizemos a palestra mas nós não fomos ver porque não há condições para a gente poder ir para lá. (Profissional de saúde, cidade de Nampula, 30/04/13)*

*Tem um DOT mas funciona com deficiência por causa desses problemas que nós temos, mas os APES que temos são eles que fazem o DOT comunitário, dão os medicamentos lá na comunidade, mesmo sem meios de transporte arranjam meios próprio para vir para aqui. (Profissional de Saúde, cidade de Nampula, 30/04/13)*

Na cidade de Nampula dos 50 ACSs seleccionados e treinados apenas dez (10) é que continuavam a referir pacientes para as US. O Hospital Geral de Marere, reportou que dos 12 ACSs com os quais trabalhava apenas três (3), continuam a referir os pacientes para a unidade sanitária. Em Angoche, foi referido que foram formados acima de 140 activistas mas, com o encerramento de projectos de ONGs apenas 1/3 destes estava no activo.



A falta de meios de trabalho de entre os quais transporte, constitui outro constrangimento que afecta a interacção entre essas duas categorias profissionais. Para mitigar esse problema foram adquiridas bicicletas para os APE's e para o ACSs. Entretanto, volvido um ano, em Nampula as bicicletas deixaram de funcionar por falta de manutenção e de recursos para compra de sobressalentes, problema similar foi referenciado em Moatize. Em Namaacha foi referida a avaria das motorizadas que eram usadas para as actividades comunitárias na área do controle da TB.

Outro constrangimento que afecta a relação entre os profissionais de saúde e os APE's ocorre quando estes últimos acompanham os pacientes ou amostras de escarro, para baciloscopia, para a unidade sanitária. O que acontece por vezes é que os ACSs e APEs não recebem o tratamento preferencial o que faz com que permaneçam durante algumas horas na bicha para entrega de amostras e processos de pacientes recém referenciados.

Esse cenário, pode estar a derivar do facto de não serem reconhecidos como membros integrantes das actividades de prevenção e detenção a TB, sobretudo nos laboratórios onde tem que formar fila junto com outros pacientes.

## IV.4.2. APEs e ACSs

### IV.4.2.1. Experiência de Gestão da TB no Domicílio

A compreensão da experiência dos APEs e ACSs na gestão domiciliar da TB, constitui um dos tópicos do estudo. Em todos os sites visitados foi possível compreender o envolvimento dos APEs e ACSs nas actividades de gestão domiciliar do TB. O envolvimento dos APEs e ACSs na gestão de TB ao domicílio toma em consideração três níveis. Primeiro, caracterizado pela implementação de acções de educação para saúde com enfoque para a prevenção da TB, através de sessões de Comunicação Interpessoal, complementada pela distribuição de material de IEC (folhetos, panfletos, álbuns seriados, manuais) sobre prevenção e formas de transmissão da TB.

*...quando a pessoa tem tuberculose eu dou palestras dar os conselhos e deve levar as crianças mais novos para o centro de saúde ir fazer os análises se eles são positivos ou não para seguir o tratamentos e eu explico sobre higiene também o que é que deve fazer quando varrer as casas deve abrir a porta, deve as janelas e a poeira se é uma casa que não está, não tem cimento eles devem pôr um bocado de água para não fazer muita poeira, porque aquilo ali vai criar a doença. E também explico o doente que não pode tossir a frente das crianças e quando tossir deve tapar a boca com um pano ou mesmo assim e quando está para cuspir não pode cuspir no chão porque ali quando vem ventania as crianças podem ter aquela doença e também não pode cuspir assim porque aquele micróbio fica no ar. (APE, Namaacha, 16/04/13).*

Em todos os sites visitados foi possível compreender o envolvimento dos APEs e ACSs nas actividades de gestão domiciliar do TB.



O segundo nível de intervenção dos APes inclui a identificação, a notificação e a recolha de amostras para fins de diagnóstico.

*...quando tem tosse, primeiro entrevistamos e dai viemos aqui pedimos escarradores, então com escarradores nós passamos ficha de baciloscopia e prontos entregamos a eles ou a esse paciente para puder ir cuspir para o escarrador e nós levamos o escarrador entregamos ao laboratório e então no laboratório imediatamente somos dados o resultado e que vamos encaminhar diretamente no gabinete do programa. (ACS, Cidade de Nampula, 02/05/13)*

*...da parte de tuberculose, nós primeiro fazemos palestras ponde informamos na comunidade de que um doente há um mês a tossir tem que vir na nossa frente e depois nós levamos o escarrador e depois explicamos como pôr os escarros e levamos aqueles escarros aqui na unidade sanitária e fazem exames e se sai positivo sempre nós levamos o doente depois para aqui, pesam e recebe o cartão dele e sempre levamos os tratamentos para o doente, é assim que nós fizemos sempre. (APE, Angoche, Nampula, 25/04/13)*

O terceiro nível de intervenção dos APes inclui referência de pacientes, levantamento de medicamentos, realização do DOT comunitário e controlo da aderência dos pacientes.

#### **IV.4.2.2. Percepções dos APes e ACS sobre os Factores que Influenciam a Aceitação do Diagnóstico, Aderência e Cumprimento do Tratamento**

Existem vários factores reportados pelos APes e pelos ACSs como afectando a aceitação dos pacientes ao diagnóstico, seus resultados e tratamento para TB. Deste o conjunto, alguns concorrem para a promoção de comportamentos e práticas saudáveis e outros constituem barreiras, por conseguinte com impacto negativo na saúde dos pacientes.

Um dos primeiros factores facilitadores para aceitação do diagnóstico e resultados relatados nas experiências vividas pelos APes são a vontade de viver e saber o seu estado de saúde. Essa vontade de viver e de saber o seu estado estaria a contribuir para que os doentes tomassem a iniciativa de procurar serviços no APes sempre que alguém esteja a viver com manifestações e sintomas de TB. Adicionalmente a eficácia do trabalho e, o aconselhamento feito pelo APes são referenciados como um dos factores que motiva os pacientes a aceitar o diagnóstico.

*Uma vez veio ter comigo então disse, eu estou assim, estou me desconfiar; estou a descobrir parece tenho tuberculose, eu disse assim, não posso dizer sim tem antes de se fazer as análises (...) já apareceu um outro senhor também só que não acusou tuberculose mas estava a se desconfiar mesmo a mim explicou, via as dores dele como estava a se sentir eu também quase queria desconfiar mas foi fazer analise e não acusou. (APE, Magude, 30/04/13)*

Experiências e/ou relatos de pessoas que padeceram de TB e encontraram a cura, após cumprimento do tratamento, são apontadas como outro factor motivador para aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento.

Existem vários factores reportados pelos APes e pelos ACSs como afectando a aceitação dos pacientes ao diagnóstico, seus resultados e tratamento para TB.

Um dos primeiros factores facilitadores para aceitação do diagnóstico e resultados relatados nas experiências vividas pelos APes são a vontade de viver e saber o seu estado de saúde.

*Posso dizer que sentem-se bem porque ali por exemplo um apanhou tuberculose depois há um outro que já se curou, depois aquele que já se curou costuma conversar com aquele que está doente de que você toma, há de ficar melhor, então ele se sente feliz por tomar medicamento porque está a mencionar o outro que está a trabalhar, sente-se bem. (APE, Magude, 30/04/13)*

A existência da figura de “padrinho” e madrinha” de pacientes, que são pessoas de confiança do paciente, também favorecem a aceitação e o cumprimento do tratamento. A título de exemplo, foi referenciado em Namaacha que as taxas de adesão ao tratamento devem-se ao apoio que os padrinhos e madrinhas prestam aos pacientes.

*Existem nunca tive esses que estão a interromper, não sei porque sempre eu exijo e vou visitar e quero saber porque que ele falhou porque que ele atrasou. Sim. Segue a todos, mesmo aqui estou aqui mas tenho madrinha que eu deixei com os comprimidos quando vou no fim de semana antes de chegar em casa vou ter com o padrinho saber se eles estão a seguir ou não e depois vou visitar os meus doentes. (APE, Namaacha, 16/04/13)*

Conforme se fez referência acima, existem outros factores que constituem barreiras para aceitação do diagnóstico e tratamento, com destaque para: (i) o considerar a tosse como algo passageiro e de curta duração, associado ao medo de saber que padece de TB; (ii) o facto de o DOT exigir presença diária na unidade sanitária distantes do local de residência e a percepção de os medicamentos serem grandes e muitos constituem uma barreira que limita a adesão ao tratamento; (iii) a falta de apoio familiar. Os extractos abaixo constituem algumas evidências de como se manifestam tais barreiras:

*Outras pessoas é aquilo de que eu não aguento todos os dias ir em casa dele tomar ou ir lá no posto tomar sempre as 6 horas (...) as tem problemas de não querer tomar comprimidos a dizer esses comprimidos são grandes, são muitos porque as vezes há aqueles que tomam por 4 por dia há aqueles que tomam 3 naquela primeira fase aqueles 3 meses ehi (APE, Namaacha, 16/04/13)*

*Em algumas famílias há dificuldades. Alguns não querem cuidar o doente e chegam a abandonar o doente alegando que apanhou tuberculose por feitiço. (ACS, cidade de Nampula, 03/05/13)*

Em alguns casos conforme referenciado acima, quando ocorre com pacientes que vivem longe das unidades sanitárias os pacientes tendem a ficar privados do acesso aos serviços, seja por falta de dinheiro para ir a unidade sanitária fazer o diagnóstico ou por falta de apoio da família para levantar a medicação quando o paciente não tem condição de o fazer pessoalmente, e na ausência de um padrinho ou de um APE e ACS que possa trazer a medicação para si.



### IV.4.2.3. Factores que Influenciam o Desempenho e Habilidade dos APes e ACSs em prestar serviços

O desempenho e habilidade dos APes dependem sobremaneira da sua relação com as unidades sanitárias. No seu relacionamento com as unidades sanitárias os APes referiram receberem apoio em insumos como escarradores para distribuição a nível das comunidades. Em alguns locais, como em Moatize e Nampula, os APes e os ACSs referem ter recebido bicicletas para apoiar as suas actividades, pese embora volvido um ano as mesmas estejam já avariadas. Acções de formação e reciclagem também foram referenciadas como um dos resultados na sua relação com as unidades sanitárias.



A falta de meios circulantes foi referenciado como estando no “topo” dos factores que limitam a boa prestação dos APes.

A ausência de meios circulantes limita a implementação consistente do DOT comunitário e, recolha de amostras para diagnósticos,

Apesar de reconhecerem receber apoio da unidade sanitária APes e ACSs mencionaram situações de insuficiência de meios circulantes e de protecção individual para o desempenho de suas actividades de busca activa e de cuidados domiciliários.

A falta de meios circulantes foi referenciado como estando no “topo” dos factores que limitam a boa prestação dos APes. A ausência de meios circulantes limita a implementação consistente do DOT comunitário e, recolha de amostras para diagnósticos, conforme mostram os extractos abaixo:

*...lá aonde eu estou para carregar doentes para aqui é 13km e as vezes calha a noite e as pessoas negam de trazer aquele doente e eu estou lá sozinho e para carregar doente de lá para aqui era melhor ter um número de pessoas para ajudar ou se ter uma emergência de um doente. (APE, Tete, 30/04/13)*

*O DOT comunitário, normalmente era de ter um único local para dar os comprimidos mas vimos que era prejudicial para os nossos doentes, pois alguns tem as pernas inchadas e não conseguem andar. Por isso levantamos os comprimidos e entregamos ao domicílio de cada doente e tomam na nossa presença. Nesse caso há doentes que tomam a medicação mais tarde porque andamos a pé. (ACS, cidade de Nampula, 03/05/13)*

Assim, mesmo quando tem que distribuir escarradores, o processo de recolha das amostras é deficitário sobretudo em locais distantes das unidades sanitárias e marcadas por dificuldades de transporte, seja transporte público ou das unidades sanitárias. Em Namaacha, a avaria das motorizadas limita a capacidade de distribuição de escarradores e recolha de amostras para baciloscopia enquanto em Tete e Nampula as avarias das bicicletas limitam a mobilidade dos APes e dos ACSs para distribuir escarradores e recolher amostras para baciloscopia.



A desmotivação causada pela falta de remuneração é visto como responsável pela irregularidade das intervenções, incluindo o abandono dos APEs e ACSs. Como resultado os APEs e os ACS, a par das actividades de promoção de saúde desenvolvem actividades paralelas para o seu sustento e nas quais investem tempo considerável em detrimento do tempo dedicado as acções de promoção da saúde,

*As dificuldades sim, sempre tem que existir, tem problemas porque não tenho subsídio, não tivemos antes, não sabemos agora, porque trabalhar mesmo sem nada, nem de transporte, subsídio de alimentação, nada .... não tivemos antes, não sabemos agora. Mas também não deixamos de trabalhar fazemos tudo o que é necessário. (APE, Magude, 30/04/13)*

*Primeiro, temos falta de transporte segundo não temos subsídio. Trabalhamos de Janeiro a Dezembro sem ganhar nada. Nós temos família que dependem de nós. E isto não ajuda o programa de luta contra a tuberculose, porque temos que repartir o tempo de luta contra tuberculose e com a procura de sustento. as vezes deixamos de fazer palestras para procurar sustento e assim deixamos de fazer algumas palestras. (ACS, cidade de Nampula, 03/05/13)*

Outro factor que afecta a habilidade dos APE's em prestar serviços é a falta de espaço adequado e com segurança para atender pacientes e conservação de medicamentos. Muitos APEs reportaram ficarem com o Kit de medicamentos em suas próprias casas por falta de segurança. Igualmente, a falta de formação, capacitação e supervisão foram apontados como limitadoras das suas habilidades para prover serviços.

*...tem que haver visitas da parte da unidade sanitária para nos fortalecer e essas visitas dos nossos supervisores nos nossos postos nos deixam satisfeitos e temos coragem de trabalhar. É de nós termos mais visitas dos nossos coordenadores e sempre nos visitarem nos nossos postos porque sem eles nos visitarem, nós também ficamos fracos. Agora, com aquela visita ou aquele reforço nós também ficamos fortes. (ACS, Angoche, 25/04/13)*

A disponibilidade irregular e em quantidades insuficientes de medicamentos e material de trabalho também limitam a habilidade de prestação de serviço, por parte desse grupo de participantes. As rupturas de stocks de medicamentos e de materiais como luvas e escarradores assim como a falta de material para conservar as amostras de escarro, no trajecto das comunidades para as unidades sanitárias, foram mencionados como limitadores da sua habilidade de prover serviços,

*A dificuldade que eu tenho é na minha comunidade, que tem muita população, agora a população em número está 4280, agora o que estou a receber não é suficiente, não chega, dificuldade que eu tenho lá é esta, chega 10 a 14 dias e o medicamento acaba. Em 2008, 2009 levantava suficiente, agora já é medicamento insuficiente. (APE, Moatize, Tete, 24/04/13)*

Como se pode depreender, as habilidades desses grupos prestarem serviços são limitadas pela combinação de factores como falta de transporte para deslocar-se para as unidades sanitárias, avaria do transporte disponível, falta de formação, capacitação e supervisão e ainda pelas rupturas de stocks de escarradores, e de medicamentos, material adequado para conservar amostras, bem como das distancias entre as comunidades e a US, o que compromete a qualidade das amostras.

as habilidades desses grupos prestarem serviços são limitadas pela combinação de factores como falta de transporte para deslocar-se para as unidades sanitárias, avaria do transporte disponível, falta de formação, capacitação e supervisão e ainda pelas rupturas de stocks de escarradores, e de medicamentos, material adequado para conservar amostras, bem como das distancias entre as comunidades e a US, o que compromete a qualidade das amostras.

A habilidade e desempenho do APes, pode ser visto também no contexto de relacionamento com as comunidades. De modo geral, os APes entrevistados referiram que parte significativa das comunidades não os apoia, pois estes são considerados como pessoal da saúde que tem um ordenado mensal. Contudo, foram reportadas alguns apoios esporádicos de participação na limpeza do espaço onde funciona o posto do APes (Samoa, Moatize), recompensas, gratificações, dádivas de reconhecimento pelo trabalho feito com base de artigos de vestuário e bens alimentares (Namaacha) e há referências de no passado ter havido apoio da comunidade na construção da casa e do posto de trabalho para o APes (Namaacha).

### IV.4.3. Pacientes com TB

#### IV.4.3.1. Reacção dos Pacientes Após a Recepção dos Resultados

A oportunidade para fazer o rastreio e o diagnóstico da TB emerge como fundamental para a aceitação dos mesmos. De facto, sempre que as oportunidades estejam disponíveis tanto para a despiste quanto para o diagnóstico as pessoas aceitam o serviço. Excepção é feita em pontos como Namaacha e Magude sobretudo nos casos que exija uma transferência para um nível de atenção superior.

A reacção dos pacientes quando recebem o resultado do teste, reflecte-se entre “tristeza” e “alegria”. “Tristeza” por se confirmar que está com TB e “alegria” por finalmente ter descoberto o seu problema de saúde e poder iniciar o tratamento para a sua cura.

*Daqueles que pude presenciar porque na verdade quem dá esses resultados aqui sou eu, nunca reagiram assim numa maneira negativa, porque na verdade o que eles vem a procura mesmo é de melhorar seu estado, então até quando se chega ao diagnóstico muitos ficam feliz porque já sabe o que tem e que é uma coisa que tem cura, então diferentes daqueles que vem e não sabem na verdade o que tem, mas eu nunca tive uma situação de eles reagirem negativamente, eles reagem positivamente e dizem que vão cumprir com a medicação e damos aquele todo pacote da informação daqueles cuidados que também devem ter em casa perante aos outros familiares lá. Reagem numa maneira positiva nem não de uma maneira negativa. (Profissional de saúde, Magude, 03/05/13)*

Quando o resultado é negativo enquanto padecem dos sintomas similares a TB as pessoas tendem a ficar tristes por não terem um diagnóstico para o seu problema de saúde e por essa via não poderem iniciar o tratamento para a mesma.

O facto de as pessoas conhecerem os sinais e sintomas da TB e saberem que esta tem tratamento e cura as predispõe a quererem ser diagnosticadas e saberem o resultado do diagnóstico e de seguida serem tratadas. Este cenário ajuda a compreender a frustração que sentem quando o resultado dos exames é negativo enquanto eles tem fortes suspeitas ou acreditam ter TB.

O facto de as pessoas conhecerem os sinais e sintomas da TB e saberem que esta tem tratamento e cura as predispõe a quererem ser diagnosticadas e saberem o resultado do diagnóstico e de seguida serem tratadas.

Paradoxalmente, as pessoas que tem pouca informação sobre a doença tendem a ter medo de não ficarem melhores mas mesmo assim, aceitam ser diagnosticadas.

*Fiquei triste sim.... Fiquei triste por ter essa doença ai... Quando você está doente não sabe se irá recuperar ou não somente depois de melhorar é que você vê que hei-de viver. (Paciente do sexo feminino, Moatize, 24/04/13)*

*Bom realmente, moralmente, psicologicamente fiquei abalado porque não esperava ter tuberculose, mas tive que aceitar depois porque/pelos actos que vinha fazendo: fumar cigarros em excesso, acabei acreditando que somente com o tratamento podia resolver esse problema. (Profissional de saúde, Moatize, 23/04/13)*

Como se pode depreender o acesso a serviços com capacidade de diagnóstico, a oportunidade e a possibilidade de fazer o diagnóstico bem como a confiança nos serviços prestados influenciam o processo de aceitação ou recusa do diagnóstico.

#### IV. 4.3.2. Factores que influenciam a Busca de Serviços na US

Em termos da decisão de busca de tratamento de TB na unidade sanitária, os resultados do estudo indicam que diante de sinais e sintomas de TB, parte considerável dos pacientes começa por seguir uma medicação caseira ou tradicional. A busca da medicação no PMT ocorre sobretudo entre pacientes que acham que foram vítimas de feitiço ou de terem quebrado alguma norma socialmente instituída relativamente a purificação associada a morte.

Assim, o modelo explicativo usado para dar sentido a causalidade da doença actua como um factor que influencia o processo de procura dos serviços de cuidados da TB. No caso, modelos explicativos que associam TB a quebra de normas sociais, incluindo feitiço, levam a procura de cuidados dos PMT em detrimento das unidades sanitárias.

Diante do fracasso dessas formas de tratamento os pacientes voltam-se, alternativamente, para as unidades sanitárias em busca de um tratamento mais eficaz. Parte desses casos ocorre quando a doença já está num estado avançado. Assim, a gravidade da doença emerge como outro factor que influencia a decisão de buscar tratamento na unidade sanitária uma vez que enquanto ela estiver leve a tendência dominante é de procurar tratamento caseiro ou no praticante de medicina tradicional.

O recurso financeiro é outro factor que afecta a decisão de busca de tratamento na unidade sanitária. Assim, em caso de ausência deste recurso, que geralmente ocorre associado a insuficiência ou dificuldade de transporte público e a longas distâncias entre o paciente e a unidade sanitária aquele fica limitado em procurar tratamento na unidade sanitária.

... parte considerável dos pacientes começa por seguir uma medicação caseira ou tradicional.

... o modelo explicativo usado para dar sentido a causalidade da doença actua como um factor que influencia o processo de procura dos serviços de cuidados da TB.

O recurso financeiro é outro factor que afecta a decisão de busca de tratamento na unidade sanitária.



Um outro factor que afecta negativamente a adesão ao tratamento deriva do facto de certos pacientes pensarem que já estão curados após o término da fase de tratamento intensivo. Entretanto, todos os participantes falavam de outros pacientes que teriam abandonado e nenhum deles narrou uma experiência própria de abandono.

Do outro lado temos factores que afectam positivamente a aceitação do tratamento na unidade sanitária com destaque para a percepção de melhoria do estado de saúde por parte dos pacientes, marcado pelo aumento do peso que é outro factor que contribui para que estes prossigam com o tratamento e inspirem outros,

*No primeiro dia fiquei animado, até hoje estou animado devido a medicação, tinha peso baixo, estou a subir o peso, os sintomas que tinha na caixa torácica cansaço ao andar já não estou a sentir e esta a melhorar, isso porque estou a cumprir de forma rigorosa as recomendações que os médicos deram. (Profissional de saúde, Moatize, 23/04/13)*

*Resposta [R]: Nos primeiros dias quando comecei a tomar os comprimidos sentia a dor nos ossos parecia alguém a me bater, mas agora já não estou a sentir.*

*Pergunta [P]: O que a mamã gostou no tratamento?*

*Resposta [R]: Gostei porque vi que estou a recuperar e vejo que já estou diferente comparando com os primeiros dias que iniciei o tratamento. (Paciente de sexo feminino, Moatize, 24/04/13)*

De um modo geral, a procura de tratamento na unidade sanitária é influenciada pelos modelos explicativos sobre a TB, a proximidade da unidade sanitária, a disponibilidade de recursos financeiros, incluindo transporte para deslocação para a unidade sanitária, o conhecimento da necessidade de cumprir o tratamento até ao fim, e a percepção de melhoria traduzida no aumento de peso.

#### IV. 4.3.3. Factores que Afectam a Aceitação do Tratamento da TB

A gravidade da doença associada a perda contínua da capacidade produtiva por parte dos pacientes faz com que eles aceitem o tratamento oferecido na unidade sanitária, sobretudo se eles já tiverem experimentado sem sucesso outras formas de tratamento para o seu problema, seja com base em tratamento caseiro ou fornecido por um praticante de medicina tradicional.

A vontade de recuperar energias e voltar a estar saudável constituem factores adicionais para a aceitação do tratamento. Contudo, para além desses factores que afectam positivamente a aceitação do tratamento, também existem aqueles que a afectam de forma negativa. Existem relatos de pacientes que ficam assustados com o surgimento de efeitos secundários, inesperados, que surgem uma vez iniciado o tratamento. De entre esses efeitos destacam-se a mudança da cor da urina que tende a ficar alaranjada escura e a mudança na cor e cheiro do suor e inchaço nos membros inferiores.

Um outro factor que tende a assustar os pacientes é a suposta excessiva quantidade de medicamentos que tem que tomar e ainda o tamanho dos mesmos que é tido como grande, por alguns pacientes. Entretanto, nenhum paciente associou esses sustos com a aceitação do tratamento.

A gravidade da doença associada a perda contínua da capacidade produtiva por parte dos pacientes faz com que eles aceitem o tratamento oferecido na unidade sanitária.

A vontade de recuperar energias e voltar a estar saudável constituem factores adicionais para a aceitação do tratamento.

## IV.4.4. Mineiros

### IV. 4.4.1. Percepções sobre Risco de Infecção Entre Mineiros

Entre este grupo para além das percepções partilhadas com os pacientes, com os membros da comunidade e com os líderes acrescenta-se a percepção associada ao risco ocupacional que é mais acentuado entre esta classe.



Para os mineiros, de entre outras causas associada a TB incluem-se a falta de higiene e a comportamentos de risco como alcoolismo, tabagismo, e, inalação de poeiras. A questão da inalação de poeiras como causa da TB é partilhada por parte considerável das pessoas sobretudo em espaços nos quais as pessoas fazem a sua vida a meio de poeira bem como por profissionais da indústria mineira [actuais e antigos]. Para além das poeiras do quotidiano, factores ambientais como poluentes [Nampula] e poeiras industriais são apresentadas como responsáveis pela TB, uma associação dominante entre os homens, em particular aqueles com experiência de trabalho na indústria mineira [Tete e Magude],

*A tosse que estamos a referir é a tuberculose conforme disse o meu companheiro aqui, que muitos que tem tuberculose contraíram na África do Sul e vieram alastrar a doença aqui. Também tem essa tosse provocada por frio, eu também contrai essa tosse mas já desapareceu. A tosse que mais referimos é aquela que se contraiu na África do Sul devido ao trabalho. (GDF, Ex-mineiros, Magude, 08/05/13)*

Diante destas percepções a TB é pensada como algo que não se pode prevenir no caso das poeiras decorrentes da natureza ocupacional e que pode ser prevenida com recurso ao uso de máscaras e toma de leite, no caso do trabalho mineiro.

Ao longo do estudo foram recolhidos diversos relatos de infecção por TB entre mineiros [Actuais ou passados]. Em alguns dos casos eles associam a sua TB como resultante do risco ocupacional [Moatize]. Para reduzir esse risco os mineiros acreditam no uso de meios de protecção bem como o consumo de alimentos que reforçam a capacidade do organismo em prevenir-se de infecções, nomeadamente o leite fresco.

*... Agora dão em dinheiro para a compra de leite acho que é 2 mil. Na minha situação quando os recursos humanos tomaram conhecimento reagiram de boa forma e sugeriram para eu ficar em casa a cumprir com a medicação porque eles sabiam onde eu havia apanhado aquela doença está é a minha história....É apenas esse grupo que foi dado dinheiro para comprar leite e dão os 2 mil meticais então é essa protecção que eles dizem que dão. (Mineiro, Moatize, 26/04/13)*

Para os mineiros, de entre outras causas associada a TB incluem-se a falta de higiene e a comportamentos de risco como alcoolismo, tabagismo, e, inalação de poeiras.

Entre os mineiros em Magude, se acredita que correm riscos de contrair TB devido a transgressões de normas sociais, como anteriormente mencionado. Este grupo considera ainda poder contrair a TB por trabalhar nas minas, pelo facto de ser um local fechado. Se por um lado, trabalhar em locais fechados e no meio de muitas pessoas acresce o risco de contracção por TB por outro lado, eles parecem não estar cientes de que a TB é transmissível de uma pessoa com o bacilo para a outra por meio de gotículas.

De forma complementar, mesmo cientes desse risco e depois de terem iniciado o tratamento, vários deles abandonam o tratamento e retornam para as minas com todos os riscos que isso oferece para os seus colegas, que podem contrair a doença e para si próprios, que podem ver o seu estado de saúde agravado por terem abandonado o tratamento.

Em Motaze, de entre os motivos mencionados incluem-se o medo de injeções, a falta de recursos para pagar transporte, a ruptura de *stocks* que obriga os pacientes a serem assistidos em outras unidades sanitárias, o que agrava o custo para aceder aos serviços.

Entretanto, e apesar desse conhecimento são referidas situações de falta de meios de protecção de boa qualidade bem como dificuldades no acesso a leite fresco. De um modo geral os mineiros revelam perceber riscos ocupacionais que podem contribuir para agravar a possibilidade de contraírem TB.

#### IV.4.5. Líderes Comunitários

##### IV.4.5.1. Experiência e Envolvimento na Gestão da TB a Nível dos Agregados

De uma forma geral os líderes comunitários tem pouca ou nenhuma experiência de envolvimento específico na gestão de casos de tuberculose ao nível da comunidade. Algumas das principais actividades referidas incluem aconselhar a população para dirigir-se a unidade sanitária em caso de qualquer doença e sensibilização da população para participação nas campanhas de saúde.



Em caso de conhecimento de casos específicos de doentes com tuberculose ou doentes que se recusem a fazer tratamento o envolvimento das lideranças comunitárias caracteriza-se igualmente pela busca activa e sensibilização para dirigirem-se ao hospital.

De uma forma geral os líderes comunitários tem pouca ou nenhuma experiência de envolvimento específico na gestão de casos de tuberculose ao nível da comunidade

*Costumamos a falar alertando que temos que ter cuidado com esta doença, se adoecer deve dirigir-se ao hospital não fique em casa porque pode ir ao hospital enquanto a doença já te acabou e já não conseguem curar e depois a pessoa vai dizer que no hospital não curam. Se a pessoa sentir que esta doente deve dirigir-se ao hospital. (Líder comunitária, Namaacha, 30/05/13)*

*Yah, o trabalho daqui que os líderes fazem é esse de aconselhar pessoa para ir no hospital, explicar as pessoas que tem que cumprir com os tratamentos, sei lá o que, sim. (Líder comunitário, cidade de Nampula, 03/05/13).*

Excepção ocorre em Magde, onde os líderes são também envolvidos no DOT comunitário. Aqui, estes apoiam no acompanhamento da toma de medicamentos pelos pacientes nas suas casas ou fazem visitas domiciliárias para ajudar a identificar pacientes que tenham desistido de dirigir-se a unidade sanitária para fazer o tratamento. Por sua vez em Nampula foi identificado que existem líderes comunitários já treinados e capacitados em matéria de tuberculose mas que ainda esperam ações de seguimento.

Apesar da escassez de actividades específicas de envolvimento dos líderes na gestão de casos de tuberculose, estes possuem um conhecimento geral sobre as formas de transmissão, os sintomas e métodos de prevenção da doença quer seja como resultado de algumas palestras realizadas pelo pessoal de saúde e da experiência com casos específicos na sua comunidade ou ainda no seio familiar. Igualmente os líderes são capazes de fazer a distinção entre uma tosse normal e aquela provocada pela tuberculose.

#### IV. 4.5.2. Percepções dos Líderes Sobre a TB

Os dados recolhidos com os líderes comunitários mostram que ao nível da comunidade a TB é percebida como uma doença que se pode contrair da relação com outras pessoa. Esse contágio ocorre de dois modos. O primeiro resultaria da partilha de objectos de utensílios domésticos como pratos, copos e talheres durante as refeições, com pessoas que tenham a doença. A variante desta implica que a TB seria resultante da respiração partilhada durante a proximidade com uma pessoa com tuberculose bem como através do contacto com a saliva de uma pessoa com TB.

*A tuberculose apanha-se de varias maneiras se alguém tem a tuberculose e encontra uma pessoa esta a cuspir você pode apanhar. Pode ser através da poeira também e quando respirar apanhar-se a tuberculose. Numa família, se alguém tem tuberculose, todos podem apanhar se não estiver em tratamento. (Líder comunitário, Moatize, 27/04/13)*

*Tuberculose apanha-se pelo que estou a ver na parte de utilidade dos copos, um copo que eu tenho tuberculose e bebo água com ele e também estou a dar alguém sem lavar ai significa que vai contagiar a mesma doença. (Líder comunitário, Nampula, 04/05/13)*

*Pode se apanhar através de cruzamento de copos, utilizar o copo da pessoa que está com a tuberculose a pessoa contamina. Também é necessário que não coma no mesmo prato que esteja a comer uma pessoa com tuberculose porque também contamina. É preciso prevenir um pouco, tampar a boca, não fazer necessidades de qualquer maneira. Essa é que é a minha opinião. (Líder comunitária, Moatize, 27/04/13)*

ao nível da comunidade a TB é percebida como uma doença que se pode contrair da relação com outras pessoa.

O segundo modo de transmissão conhecido na comunidade e mencionado em Maputo e Tete pelos líderes comunitários caracteriza-se pela transgressão de determinadas normas sociais e culturais como por exemplo a prática de relações sexuais com uma mulher que teve um aborto recente e que não tenha sido purificada, por meio de um ritual apropriado para o efeito, neste caso o homem irá contrair a tuberculose,

*Uso de costume, aqui, principalmente aqui. Tem muita coisa de apanhar tuberculose, a mulher deitou fora a grávida, essa grávida dela não diz ninguém, curou e ficou bom, não sei que, junta-se com o homem... ai é muito perigoso, quem apanha é o homem. (Líder comunitário, Moatize, 28/04/13)*

O ambiente de morte é considerado uma das principais causas da TB. Foi ainda mencionado principalmente em Maputo que a transgressão da regra de abstinência sexual em caso de falecimento de um membro família antes da realização de cerimónias de purificação também pode constituir uma oportunidade para se ter TB. Este tipo de transgressão ocorre a dois níveis, quando se mantém relações sexuais com uma mulher viúva que não realizou a cerimónia de purificação conhecida na zona sul por *Kutchinga*<sup>15</sup> ou em caso de morte na família alguns dos membros do agregado familiar pratiquem relações sexuais antes da realização de alguma cerimónia de purificação,

*Apanha-se quando a pessoa se envolve com uma mulher, também quando há falecimentos enquanto há miúdos que andam atrás de mulheres ou andam atrás de mulheres de fora ou mesmo a própria mulher. E já não come nada nem água para chá para se juntarem e tomarem é possível surgir essa doença em casa. Essa que apanha na mulher. Quando sai e vai txingar<sup>16</sup> e depois não regressa porque a casa não é dele e não regressa porque esta a roubar para poderem ficar 6 dias a namorar. (Líder comunitário, Magude, 03/05/13)*

*Não sei como se apanha mas quando procuramos investigar dizem que apanha-se através relações sexuais com uma mulher impura, quando ocorre infelicidades dentro da família. (Líder comunitária, Namaacha, 30/05/13).*

Juntamente com a morte, o sangue poluído é tido como um dos veículos de transmissão de TB. Uma outra transgressão tida como responsável pela contração da TB é a colocação de sal na comida por uma mulher que esteja no período menstrual e que viva em uma casa onde resida um paciente com TB. Esse cenário leva a que seja ensinado as mulheres que durante o período menstrual não devem pôr o sal na comida e nem podem manter relações sexuais pois caso contrário poderão provocar a morte da pessoa com tuberculose ou fazer com que outras pessoas contraiam a doença. Quando a mulher está no período menstrual também não pode lavar a roupa da pessoa doente com tuberculose.

As referidas regras são ensinadas apenas as mulheres e aos homens nada é partilhado sobre proibições caso a sua esposa tenha tuberculose. Este cenário de regulação feminina para prevenir a TB revela que os conceitos de transmissão da tuberculose dominantes na comunidade colocam a mulher como uma das principais causadoras da doença, daí a necessidade de regulação e controle de suas acções.

15. *Kutchinga* é a designação usada na zona sul do país para designar o ritual de purificação da viúva.

16. *Txingar* é um neologismo para a prática do *Kutchinga*.

O ambiente de morte é considerado uma das principais causas da TB.

Juntamente com a morte, o sangue poluído é tido como um dos veículos de transmissão de TB.



Em, Nampula particularmente, a Tuberculose é percebida como podendo ser causada por outrem, alguém na sociedade, sobretudo pelas mulheres através de uma droga designada *Muankhokho* ou *Munanthutcha*. Essa droga seria produzida por meio de raízes e secreções menstruais e que depois será misturada na comida do homem que pretendem atingir. Ingerida essa alimentação contaminada ou envenenada, o homem começa a tossir. Cenário similar repete-se em Moatize e Tete não necessariamente praticado pela mulher mas essencialmente com o objectivo de prejudicar outrem em casos associados a feitiçaria.

A TB é também pensada como algo que ocorre pela vontade de Deus, uma percepção mais notória entre os líderes comunitários e membros mais velhos das comunidades. Esta concepção está presente em Nampula e em Magude.

Todas as formas de transmissão acima mencionadas de forma directa ou indirecta estão relacionadas a um tipo de transgressão que se manifesta principalmente pela associação da TB a não purificação por ocasião da morte [Falecimento] ou por ausência de vida, em cenários de onde se esperaria que esta surgisse [Período menstrual, como ausência de gravidez]. Estas transgressões envolvem na maioria dos casos a mulher. O feitiço, em alguns casos, associado ao fluxo menstrual também constituiria outro motivo para o surgimento da TB.

Quanto a propostas de correcção das mesmas, tornou-se um exercício difícil de fazer com este grupo de participantes uma vez que eles acreditam nas causas mencionadas; pelo que não as percebem como percepções a serem corrigidas.

#### **IV. 4.5.3. Percepções dos Líderes sobre os Factores que Influenciam a Aceitação do Diagnóstico e Resultado da TB Pelos Pacientes**

Relativamente aos factores que afectam a aceitação ao diagnóstico e resultados da tuberculose pelos pacientes foi mencionado principalmente a possibilidade de aceder ao tratamento em caso de resultado positivo. De forma geral os pacientes reagem positivamente ao diagnóstico e resultados dos exames pois o conhecimento da sua situação de saúde possibilita que possam ter um tratamento adequado.



A aceitação dos pacientes ao diagnóstico e resultados tem sido positiva igualmente pelo facto de em muitos casos a experiência com os sintomas, o processo de idas e vindas às consultas tem sido longo daí a aceitação dos resultados pois permite conhecer com clareza o diagnóstico e passar a fase seguinte que é o tratamento específico da doença.

A TB é também pensada como algo que ocorre pela vontade de Deus, uma percepção mais notória entre os líderes comunitários e membros mais velhos das comunidades.

De um modo geral, foram mencionados como principais factores que afectam negativamente a aceitação do tratamento o consumo do álcool, a confusão entre estar melhor e estar curado, a falta de alimentação e de transporte.

*Para dizer que anima, outras pessoas segundo como eu estou a dizer quer ser dito aquilo que esta a sentir, que para poder haver meios de acabar aquilo. (Líder comunitário, Magude, 03/05/13)*

*Reacção? Não reagem, o que pode acontecer é dele ir agradecer que papá fez muito bem porque de facto eu estava mal. São essas palavras de agradecer. (Líder comunitário, Moatize, Tete, 27/04/13)*

A referida aceitação dos resultados e consequentemente o acesso ao tratamento pelos pacientes foi mencionado pelos líderes como um factor importante de motivação e sensibilização para que outros pacientes com a mesma doença possam ver os benefícios do tratamento através de exemplos concretos e por sua vez dirigir-se a unidade sanitária.

*Bem, é tal igual segundo, pessoas sempre que são ditas de que o seu tratamento é positivo sempre ficam reforçado, porque disseram que você não tem nenhum problema, serve de espelho para outras pessoas, uma pessoa estava doente, aquele viu que a pessoa já está normal, está a trabalhar suas actividades, também fica reforçado têm que procurar saber como passou, por isso do momento as pessoas agora já começam a ver que receber o tratamento é muito importante. (Líder comunitário, cidade de Nampula, 04/05/13)*

A possibilidade de confirmar a doença e iniciar o tratamento são factores que motivam as pessoas a aceitar o diagnóstico e os respectivos resultados.

#### **IV. 4.5.4. Percepções dos Líderes Sobre os Factores que Influenciam a Aceitação do Tratamento pelos Pacientes**

De um modo geral, foram mencionados como principais factores que afectam negativamente a aceitação do tratamento o consumo do álcool, a confusão entre estar melhor e estar curado, a falta de alimentação e de transporte. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, foi mencionado que este impede que o paciente com TB cumpra com a medicação prescrita ou nem inicie com o tratamento por não querer deixar de beber. Diante desse cenário esses pacientes recusam-se a seguir ou iniciar o tratamento em detrimento do consumo de bebidas alcoólicas.

Outro factor mencionado foi o efeito positivo da medicação que leva a que o paciente interrompa a medicação quando se sente melhor por considerar que esta curado. Diante dessa situação esses pacientes tendem a recusar a continuidade do tratamento.



A falta de alimentação e a falta de transporte foram outros factores mencionados em Tete e Nampula, respectivamente.

*Outros abandonam o tratamento e desleixam-se. Outros abandonam porque quando tomam comprimidos a fome piora e não tem nada para comer. Por isso abandonam. (Líder comunitário, Moatize, 27/04/13)*

*O que está em causa quando eu mando as pessoas para o Hospital de Marere, prontos depois de receber o tratamento, não chega já a conclusão, o melhoramento daquela doença da tuberculose, abandona, o problema da distância, não temos transporte. Uma vez que já está a começar agora, de ontem para hoje, para vir chapa, aqui nos tempos não havia chapa e desconseguia com a sua doença mediante a falta de transporte. (Líder comunitário, cidade de Nampula, 03/05/13)*

Em caso de dificuldade de acesso a alimentação existe uma grande probabilidade de os pacientes recusarem-se a tomar os medicamentos porque consideram-nos fortes e referem que não suportariam os seus efeitos na ausência de alimentação. Quanto ao transporte, mais do que aceitação tem mais a ver com a própria possibilidade de as pessoas terem acesso ao serviço de prevenção e atenção a TB sem ter dinheiro para pagar o transporte, sobretudo para aqueles que vivem distantes das unidades sanitárias.

#### IV. 4.5.5. Percepções dos Líderes Sobre os Factores que Limitam a Busca de Serviços de TB nas US e nas Comunidades

A procura e o uso de serviços de TB, nas unidades sanitárias e ao nível da comunidade, são afectados por vários factores. Na zona sul foi mencionado com bastante ênfase o facto de grande parte dos pacientes serem trabalhadores emigrantes na República da África do Sul. No país vizinho na sua maioria, esses trabalhadores prestam serviços nas minas, nas plantações agrícolas e propriedades pecuária e agro-indústria. Outros vivem do comércio informal.

Os referidos migrantes, parte deles em situação ilegal, não tem acesso aos serviços de saúde naquele país o que contribui para que os seus casos de TB não sejam detectados atempadamente. Os mesmos tendem a ser detectados quando eles regressam a Moçambique seja para férias ou devido ao agravamento do seu estado de saúde. Uma vez iniciado o tratamento em Moçambique eles tendem a regressar a África do Sul para continuar o seu trabalho e nesse processo tendem a abandonar o tratamento ora iniciado em Moçambique.

Outro factor que afecta a procura de cuidados e que foi mencionado em Maputo e Nampula foi a distância que os pacientes percorrem para a unidade sanitária mais próxima.

*O que leva a criar muitos casos existentes de tuberculose e outras doenças é isso que eu contei logo na iniciativa de falta de hospital aqui posto de saúde é um problema porque um doente ir para Marere é longe e para então essas pessoa irem directamente, não porque hospital sempre tem que passear nas casas mas pelo menos montando num sitio assim como esta pelo menos que não iríamos ver que isto aqui pelo menos esta a negar só, isso nos podíamos perseguir até lá, mas as pessoas para perseguir não vemos mesmo como fazer, porque posto de saúde esta longe de nós. (Líder Comunitário, cidade de Nampula, 04/05/13)*

A procura e o uso de serviços de TB, nas unidades sanitárias e ao nível da comunidade, são afectados por vários factores. Na zona sul foi mencionado com bastante ênfase o facto de grande parte dos pacientes serem trabalhadores emigrantes na República da África do Sul.

Os líderes referiram também que a vontade individual também condiciona a procura pelos serviços. O resultado da medicação e a sensação de melhoria também contribui para que não se procure os serviços. A demora no atendimento, o medo e o conhecimento de alguns casos de morte devido a tuberculose associada a percepções de mau atendimento nas unidades sanitárias constituem igualmente factores que afectam a procura dos serviços.

*Abandonam, mas aquilo depende da pessoa para pessoa ou do tratamento hospitalar, mal tratada a pessoa morre e as pessoas da comunidade acompanham aquilo de que o tal fulano foi lá e morreu, isso faz com que as pessoas abandonem o hospital porque chegam a pensar que no hospital matam. Quando você vai lá com tuberculose matam-te, começam a recear essas pessoas. (Líder comunitário, Moatize, 27/04/13)*

Como se pode ver a pressão por arranjar recursos para a família tende a afectar a procura e o uso dos serviços de prevenção e atenção a TB. O mesmo ocorre com a dificuldade de os líderes cobrirem todos os pacientes e doentes nas suas áreas de jurisdição bem como com a questão de conhecimento insuficiente sobre a duração do tratamento e a necessidade de cumprir com esse período até ao fim.



O desempenho dos líderes é influenciado pela complexidade das tarefas que lhes são atribuídas no âmbito das actividades de prevenção e atenção a TB bem como da sua disponibilidade.

#### **IV.4.5.6. Factores que Limitam o Desempenho e Habilidade dos Líderes na Provisão de Serviços de Tratamento para TB**

Como mencionado acima, os líderes desenvolvem em grande medida actividades de sensibilização, pese embora, em alguns lugares, apoiem no DOT comunitário. O desempenho dos líderes é influenciado pela complexidade das tarefas que lhes são atribuídas no âmbito das actividades de prevenção e atenção a TB bem como da sua disponibilidade.

Quanto a complexidade das tarefas, de um modo geral, tanto para aqueles envolvidos em actividades de sensibilização para referência dos pacientes para o rastreio comunitário ou para dirigirem-se a unidade sanitária como para aqueles envolvidos na sensibilização para a toma de medicamentos, os líderes mostram-se com capacidade para conduzir tais tarefas.

Quanto a disponibilidade, se por um lado os líderes revelam esforçar-se por sensibilizar as comunidades por outro lado, eles enfrentam alguns constrangimentos, como a dificuldade de cobrir as vastas áreas sob sua jurisdição para tratar de assuntos relacionados a prevenção e aos cuidados da TB a meio de outras tarefas político-administrativas e privadas que eles desempenham.

Como resultado eles tendem a aproveitar as concentrações realizadas para outras actividades para tratar de assuntos relacionados com a TB. Tendo em conta que as concentrações são frequentadas por pessoas saudáveis, pessoas em estado avançado da doença dificilmente se fazem presentes nas mesmas; ficando desta forma excluídas do acesso a informação e serviços de prevenção e de cuidados da TB.

Uma outra limitante que afecta a habilidade dos líderes é a dificuldade de conseguirem fazer o acompanhamento da toma de medicamentos pelos doentes da sua área de responsabilidade, uma vez que estes estão dispersos uns dos outros. Esta situação limita a possibilidade de o líder poder fazer o seguimento de todos no que se refere a toma de medicamentos e assim não tem como garantir que efetivamente as pessoas estejam a tomar a medicação nas doses e com a regularidade indicada.

#### IV. 4.5.7. Interação Entre Líderes e US

Relativamente a interacção entre os líderes comunitários e as unidades sanitárias particularmente no que se refere a tuberculose tem sido fraca como já foi acima mencionado.



A interacção ocorre normalmente em caso de actividades específicas como mobilização da comunidade para aderir aos serviços de saúde ou caso haja alguma actividade específica a ser realizada ao nível da comunidade como campanhas de vacinação ou através de actividades de sensibilização em caso de pandemias como a cólera. A mobilização inclui actividades de mobilização das comunidades para actividades de despiste da TB levadas a cabo pelos APES e ACSs.

Em relação ao apoio recebido da unidade sanitária pelos líderes este resume-se a participação de palestras na unidade sanitária onde são abordadas questões sobre saúde, incluindo a questão da TB. Excepção é feita para Magude onde os profissionais de saúde atribuem tarefas específicas aos líderes para sensibilizar as comunidades para o despiste de casos suspeitos e seguimento de tratamento de pacientes bem como recuperação de pacientes que abandonam o tratamento. Em Nampula líderes foram treinados para o DOT comunitário.

A interacção ocorre normalmente em caso de actividades específicas como mobilização da comunidade para aderir aos serviços de saúde ou caso haja alguma actividade específica a ser realizada ao nível da comunidade como campanhas de vacinação ou através de actividades de sensibilização em caso de pandemias como a cólera.

## IV.4.6. Membros da Comunidade

Para além das entrevistas em profundidade com as categorias de actores acima referenciados (v.4.1 até 4.7), foram realizadas 26 sessões de DGFs com pessoas seleccionadas na comunidade, como forma de buscar outras percepções em volta TB mesmo entre pessoas que não tenham experiência com a doença. Por isso, nessa secção faz-se uma análise mais global em volta dos conhecimentos e percepções, atitudes e práticas e barreias em volta da TB.

### IV.4.6.1. Conhecimentos e Percepções sobre TB na Comunidade

#### a) Conhecimento da Doença

Os dados do estudo revelam a existência de diversos conhecimentos e percepções sobre a TB e que podem de uma ou de outra forma constranger uma advocacia, comunicação e mobilização eficazes e que concorram para um maior e melhor acesso e uso dos serviços de prevenção e controle da TB.

Quanto a conhecimentos e percepções, no geral, é notório o facto de os participantes distinguirem tosse normal da TB pulmonar, desconhecendo outras formas de TB. Apesar de os dados estatísticos dos relatórios da províncias analisadas indicarem prevalências de TB extrapulmonar os pacientes mencionaram apenas casos de tuberculose pulmonar, explicitamente ou a julgar pelos sinais e sintomas a que se referiam.. Na óptica dos entrevistados a tosse normal é de curta duração e aparece quando alguém está constipado. Ao tossir elimina o muco nasal escorregadio e viscoso (ranho); ao passo que a TB é considerada de longa duração e quando alguém tosse elimina escarros esbranquiçados, doe-lhe as costas, emagrece e sente-se fraco.

A TB é conhecida pelos participantes como uma doença caracterizada por tosse constante, emagrecimento, fraqueza muscular e sangramento, em certas circunstâncias. Esta forma de caracterização revela a percepção subjacente de TB como TB pulmonar o que ignora a existência da TB extrapulmonar, como pode ser notado no Gráfico 3, onde pese embora em número reduzido<sup>17</sup> existem casos, a nível nacional:

**Gráfico 3: Casos de TB notificados em Moçambique por tipo, 2012**

% Casos de TB notificados 2012



Fonte: Adaptado do Relatório Anual 2012 do PNCT-MISAU

17. Quanto a TB extra-pulmonar, se por um lado os índices podem ser baixos devido a fraca ocorrência desse tipo de TB, por outro lado uma subnotificação desse tipo de TB seja porque os pacientes não procuram os serviços de prevenção e atenção a TB por não equacionarem a possibilidade de terem TB ou porque os próprios provedores não investiguem essa variante da TB.

Os dados do estudo revelam a existência de diversos conhecimentos e percepções sobre a TB e que podem de uma ou de outra forma constranger uma advocacia, comunicação e mobilização eficazes e que concorram para um maior e melhor acesso e uso dos serviços de prevenção e controle da TB.

O desconhecimento da existência da TB extra-pulmonar, particularmente em crianças e pessoas vivendo com HIV, pode estar a contribuir para que as comunidades continuem a explicar os seus estados de saúde a partir de lógicas tradicionais dissonantes daquela veiculada pelo PNCT.

Quanto as designações para a TB, existem várias tanto ao longo dos locais cobertos pela pesquisa, quanto dentro desses mesmos locais. Assim, em Nampula ela é designada *Kohoa*, *Muankhokho*, *Elapaha* e *Okothomola*. Em Maputo ela é designada por *Ndere*, *Kolholo* e *Kolholo yayikulo*. Em Tete ela é designada *Tchocolo*, *Nhundimutiti*, *Dindimutiti*, *Tchifuwa tchatchiculu*, *Tchifuwa tcha tsaku-tsaku* ou *Thi bhi* (TB com pronúncia da língua inglesa). Estas variações seguem as influências linguísticas de cada local.

#### b) Formas de Contágio

As designações acima têm uma influência na percepção em volta das formas de contágio. Estas são geralmente apresentadas de forma conjunta<sup>18</sup>. Algumas das formas de transmissão mencionadas incluem o contágio por via respiratória devido a aproximação física entre a pessoa portadora da TB e outras pessoas,

Esse ambiente pode ser também a partilha de cama com uma pessoa padecendo de TB. A troca de fluídos durante o beijo foi mencionada como uma forma de transmissão em Nampula. A partilha de utensílios como pratos e copos em situações de refeições e bebedeiras, com pessoas que tenham TB, são apontados como responsáveis pela transmissão da mesma,

Com alguma ênfase em Maputo, a transmissão da TB é associada a transgressão de normas sociais como a prática de relações sexuais em caso de morte antes da realização dos rituais de purificação. A morte é acompanhada por estágio de impureza significando que qualquer pessoa como a viúva, membros da família e pessoas que tenham entrado em contacto com esta situação constituem um perigo para os demais. Assim sendo, caso não sejam cumpridos alguns rituais de purificação a TB será uma das principais consequências.

Como forma de evitar a TB por essa via, a par de cumprir com os rituais prescritos, as pessoas acreditam que ao voltar de um falecimento é necessário trocar de roupa, que está poluída pela morte. Assim protege-se aqueles que não estiveram no local das cerimónias fúnebres, principalmente em caso de prática de relações sexuais.

O desconhecimento da existência da TB extra-pulmonar, particularmente em crianças e pessoas vivendo com HIV, pode estar a contribuir para que as comunidades continuem a explicar os seus estados de saúde a partir de lógicas tradicionais dissonantes daquela veiculada pelo PNCT.



18. Um factor a ter em conta é que as pessoas do meio rural viajam regularmente para o meio urbano, por negocio ou outros motivos. Por sua vez as pessoas do meio urbano tem raízes familiares no meio rural, e algumas vezes não existem grandes diferenças entre os substractos culturais das pessoas em função de viverem em um meio urbano ou em um meio rural. Adicionalmente, contextos como Moatize e cidade de Tete, Angoche e cidade de Nampula são mais espaços contínuos e menos espaços estanques, urbano vs rural.

Uma outra forma a partir da qual se pensa que se contrai a TB é a prática de relações sexuais com uma mulher que não tenha sido purificada, após esse acto de morte que a torna impura.

Ainda sobre o estado de impureza como forma de transmissão da TB, em Maputo, foi referido que as crianças podem contrair a doença em caso de falecimento. Uma situação que é tida como ocorrendo depois de a criança cozinhar e servir comida quente a uma pessoa adulta na casa onde houve o falecimento antes da realização de alguma cerimónia de purificação,

Uma outra variante de percepções sobre a infecção por TB refere que a mesma pode ser causada quando um homem come comida preparada por uma mulher menstruada que tenha colocado sal na comida, numa casa onde haja alguma pessoa com TB. Nessas percepções, a TB é pensada como provocada pela falta de cuidado por parte das mulheres, por não se terem purificado após o contacto com a morte, por não terem informado ao parceiro para que ele evitasse o contacto sexual e dessa forma pudesse prevenir a doença ou ainda por terem propositadamente envenenado o parceiro.

A primeira consequência dessa percepção é que a prevenção da TB é pensada como possível apenas pelo controle da prática sexual e um cuidado para não envolver-se com mulheres que tenham estado em contacto com a morte, enquanto elas não se submetam a rituais de purificação ou ainda evitar que as mulheres envenenem os parceiros, de acordo com cada situação. A segunda consequência é que o sangramento ocorre em estado grave da doença, e por desconhecimento a pessoa doente fica em casa sem adoptar mecanismo algum de prevenção, o que expõe todos os outros membros do agregado ou que dele cuidem ao risco de infectarem-se pelo bacilo de *Koch* e eventualmente desenvolverem TB futuramente.

Em Nampula, a TB é também percebida como podendo ser causada por outrem, alguém na sociedade, sobretudo pelas mulheres através de uma droga designada *Muankhokho* ou *Munanthutch* produzida por elas por meio de raízes e secreções menstruais e que depois será misturada na comida do homem que pretendem atingir. Ingerida essa alimentação contaminada ou envenenada o homem começa a tossir. Cenário similar repete-se em Moatize e Tete.

A TB é ainda associada a comportamentos como alcoolismo e tabagismo, para os homens e inalação de poeiras pelas mulheres [Nampula] ou a inalação de poeiras no quotidiano [Maputo]. As poeiras podem ser inaladas como resultado do trabalho nas minas e brincadeiras com areia. Alguém com TB que tosse no meio de outras pessoas por exemplos em locais fechados onde não haja arejamento como no transporte publico também pode transmitir a TB.

Para além das poeiras do quotidiano, factores ambientais como poluentes [Nampula] e poeiras industriais são apresentadas como responsáveis pela TB. Diante destas percepções a TB é pensada como algo que não se pode prevenir no caso das poeiras do quotidiano.





Em Maputo, a transmissão em Maputo foi associada ao HIV. Nesta província os entrevistados fazem uma comparação aos tempos passados onde se justifica que a TB antes estava relacionada a questões tradicionais mas actualmente verifica-se uma mudança porque muitos dos casos estão associados ao HIV. Foi igualmente referido que actualmente a TB tem afectado até crianças e jovens facto que anteriormente não acontecia.

### c) **Práticas Preventivas**

Como se pode notar, existem diversas percepções concorrentes sobre a TB que limitam o acesso e uso dos serviços de prevenção e atenção a TB no âmbito do PNCT, uma mais enraizada nas comunidades e associada a transgressões sociais e acidentes no quotidiano ou vontade divina e a outra promovida no âmbito do PNCT.

Quanto a prevenção, foram poucas as medidas de prevenção mencionadas, a excepção da prevenção ritualística, influenciadas por percepções que justificam a tendência de recurso ao curandeiro para tratar do problema, uma vez que a causa é pensada como derivada de subversão a normas tradicionais corrigível pelos curandeiros. De forma complementar essas percepções fazem sentido para adultos, o que a partida coloca a TB como um problema que afecta adultos.

As outras atitudes preventivas quando mencionadas são tomadas especialmente quando há uma pessoa doente em casa. Algumas medidas de prevenção neste caso consistem na partilha de utensílios domésticos, protecção da boca ao tossir e abertura das janelas para arejar as casas.

#### **IV. 4.6.2. Barreiras Para a Procura Efectiva dos Serviços de Cuidados de TB Pelos Pacientes e pela Comunidade**

Durante as discussões realizadas na comunidade foram arroladas várias barreiras que condicionam uma efectiva procura dos serviços de cuidados de TB pela comunidade e em particular pelos pacientes. Uma das barreiras mencionadas foi o medo de saber que se tem HIV. Em Maputo a TB é muitas vezes associada ao HIV e um dos constrangimentos para procurar os serviços de saúde para o diagnóstico e posterior tratamento tem sido o medo de descobrir que se tem o HIV.

*Outras pessoas tem medo de ir fazer teste numa de que vão descobrir que tenho essa doença, vão descobrir que ele tem aquilo HIV, ou essa tuberculose numa de que vão me ignorar, então prefiro morrer aqui mesmo, quando já a dor te aperta, já nem vai dizer de que da ficar aqui mesmo, já quer ir porque já precisa de socorro. (GDF, Mulheres, Namaacha, 26/04/13)*

O medo de saber o serostatus associado ao medo da discriminação pela comunidade constitui factor inibidor. A outra barreira resulta das longas distâncias que separam as comunidades das unidades sanitárias sobretudo aquelas com capacidade de diagnóstico para TB, um problema acentuado em Nampula e Angoche.

*Para o meu lado, eu sinto que temos muitas dificuldades por falta do posto de saúde, nos levamos os doentes para o hospital de Marrere e este fica muito longe. (GDF, Homens, cidade de Nampula, 06/05/13)*

Quanto aos registos, em todos os locais, foi mencionada a documentação de todo o processo desde o diagnóstico até ao tratamento, tanto a nível comunitário como a nível das unidades sanitárias.

A falta de dinheiro para pagar transporte ou despesas hospitalares foi também avançada pelos entrevistados como um dos principais constrangimentos que levam a demora ou não procura dos serviços de cuidados de TB. Outra barreira mencionada a nível institucional é a demora no atendimento na unidade sanitária que leva com que muitos acabem desistindo e sintam-se desmotivados em procurar o tratamento na unidade sanitária.

A demora na detecção da TB é apontada como outra barreira que tende a desmotivar os pacientes e contribui para o agravamento do seu estado de saúde, mesmo estando já sob observação na unidade sanitária.

Particularmente na província de Maputo foi referido que o medo de ser transferido para o Hospital Geral José Macamo é outro constrangimento pelo facto de os pacientes ficarem em casa com o seu estado de saúde a agravar-se por medo de ir para aquela unidade de referência para diagnósticos adicionais ou para seguimento e orientação especializada. Este medo está associado ao medo da morte - vivenciadas em experiências anteriores a - também relacionado com ao tipo de atendimento referido acima..

Algumas barreiras individuais para a procura de cuidados foram arroladas de entre elas ignorância que tem levado ao consumo de bebidas alcoólicas em detrimento do seu abandono a favor do tratamento.

As barreiras acima arroladas, de forma isolada ou combinada, condicionam uma efectiva procura dos serviços de cuidados de TB pela comunidade e em particular pelos pacientes.



## IV.5. Barreiras Que Limitam a Procura e Adopção de Prevenção e Atenção a TB

A presente secção analisa as barreiras arroladas pelos entrevistados. O processo de análise toma como referencial teórico o modelo proposto por Sílvia Waisbord (2005). A abordagem analítico proposta faz referência a um conjunto de passos e comportamentos ideais para o controlo da tuberculose e esta abordagem orienta as intervenções da *StopTB Partnership Strategic Communication Initiative*.

O modelo é aqui tomado porque para além de ser uma ferramenta de diagnóstico e planificação que apresenta seis passos para um tratamento ideal de TB e quatro passos de diagnóstico; o mesmo é um referencial teórico para compreender as interrelações entre os comportamentos individuais, estruturas societárias e sistemáticas que condicionam o comportamento de busca e cumprimento do tratamento para a TB. As barreiras são analisadas tomando em consideração que os resultados desta análise servirão para informar a elaboração da estratégia de comunicação para a tuberculose e assim sendo serão privilegiadas as barreiras individuais e socioculturais.

**Tabela 6: Da tosse a cura- Percurso ideal para a prevenção e atenção a TB**

Níveis	BARREIRAS					
Individual e colectivo	Fraco conhecimento sobre sintomas de TB; Fraco conhecimento sobre cuidados e cura de TB Estigma relacionado ao diagnóstico da TB Comportamento de risco	Desconhecimento dos custos Preferência por serviços de saúde que não o DOT Atitudes sobre serviços de saúde Estigma Normas sociais	Fraco conhecimento dos passos a dar para o diagnóstico Expectativas sobre serviços médicos Acesso a medicamentos Rotura de kits de testes	Fraco conhecimento sobre a duração do tratamento Estigma e discriminação Busca de tratamento na medicina tradicional Auto-medicação	Fraco conhecimento da duração do tratamento Estigma Negligência Sensação de melhoria Efeitos colaterais Medo e falta de confiança nos serviços de saúde Falta de redes de apoio	Fraco conhecimento sobre o tempo de tratamento Estigma Efeitos colaterais Medo e falta de confiança nos serviços de saúde Falta de redes de apoio
Comportamento ideal	Procura de cuidados	Ir para o DOT	Concluir o diagnóstico	Iniciar tratamento	Prosseguir o tratamento e fazer controlo regular de amostras	Completar o tratamento e fazer o controle final de amostra
Sistema		Tempo, custos, distância para as US com DOT Falta de ligação entre DOTS e outros provedores [Provedores de cuidados sem DOT e provedores de cuidados para HIV] Perda de oportunidade de diagnóstico e/ou falta de referência por parte das unidades sem DOT	Fraco conhecimento de procedimentos correctos Fraco comunicação interpessoal por parte dos provedores Falta de recursos, incluindo recursos humanos Fraco qualidade de serviços [Horas, tempo de espera] Tempo, custos e distância	Tempo custos, distância para US com DOT Fraco qualidade de serviços Profissionais de saúde fornecem informação inadequada Falta de medicamentos	Tempo custos, distância para US com DOT Fraco qualidade de serviços Profissionais de saúde fornecem informação inadequada Falta de medicamentos	Tempo, custos, distância para US com DOT Fraco qualidade de serviços Profissionais de saúde fornecem informação inadequada Falta de medicamentos

Fonte: Waisbord (2005)

### IV.5.1. Análise das Barreiras Identificadas

A nível individual foram identificadas como principais barreiras que limitam a procura de serviços e atenção a TB as seguintes:

a) **Falta de Conhecimento sobre a TB**

A falta de conhecimento da TB pelos pacientes está particularmente associada às formas de transmissão e prevenção, sinais e sintomas bem como aos procedimentos a tomar em caso de surgimento da tuberculose. Associado a estes aspectos realça-se igualmente o não cumprimento das regras de protecção e prevenção com destaque para não protecção da boca ao tossir ou não arejamento dos espaços [no chapa e dentro de casa] particularmente quando os pacientes não conhecem as vias de transmissão da TB.

De forma geral, foi notório que as mulheres têm menos conhecimento sobre a TB e assuntos relacionado comparativamente aos homens. O estudo não explorou com maior profundidade este dado mas alguns factores podem ser avançados como o facto de em termos de estrutura de provimento de serviços haver mais informação para homens do que mulheres. A apresentação da maioria dos materiais de comunicação na língua portuguesa num contexto onde a taxa de iliteracia é maior entre as mulheres comparativamente aos homens poderá ser outro factor a considerar. O maior acesso a informação pelo homem através de alguns meios de comunicação como o rádio é também um factor a tomar em conta. Adicionalmente, os homens por terem mais condições de acederem aos serviços de saúde, tem acesso a um volume de informação sobre TB maior a partir da unidade sanitária.



b) **A duração do Tratamento e a Sensação de Melhoria e Efeitos Colaterais**

O longo período de tratamento foi outra barreira identificada pelos pacientes. O tratamento é considerado longo provocando desistências. A sensação de melhoria dias após o início do tratamento durante a fase intensiva é confundida com o estado de cura constituindo uma barreira para continuidade do tratamento. Associado a estes aspectos, os efeitos colaterais da medicação como a mudança da coloração e o cheiro da urina e do suor foram barreiras identificadas particularmente em Tete.

### c) O Medo do Estigma e Discriminação

A questão do estigma está relacionada a falta de conhecimento sobre as formas de transmissão da TB que associam esta doença a comportamento socialmente inaceitáveis como a prostituição ou promiscuidade. O medo do estigma e discriminação consiste numa barreira para procura de tratamento levando a situações de auto-discriminação por parte de certos doentes de TB que se excluem tanto do processo de busca de serviços quanto do convívio familiar. A associação da TB ao HIV e SIDA é outro factor que contribui sobremaneira para aumentar este sentimento do medo da discriminação.

Considerando aspectos de género, esta barreira coloca a mulher numa posição de maior desvantagem comparativamente ao homem. A mulher com TB tem a sua situação agravada pois quando doente ela continua sendo responsável por desempenhar as actividades domésticas. Adicionalmente, os parceiros continuam a esperar da mulher a disponibilidade para a prática de relações sexuais [Tete] e a incapacidade para dar conta desses aspectos contribui para o abandono da mulher por parte do marido. Em Tete são recorrentes situações de mulheres que referem ter sido abandonadas pelos parceiros em virtude de elas terem sido diagnosticadas com tuberculose. Esta situação contribui para que as mulheres refiram não cumprir com o tratamento devido ao medo que tem de o marido descobrir e as abandonar.

### d) Comportamento de Risco

Em relação ao acesso ao tratamento, os homens são vistos como os que mais sofrem de TB devido aos seus comportamentos de risco como alcoolismo, tabagismo. Como resultado deste comportamento, eles evitam as unidades sanitárias com receio que as suas atitudes e comportamentos de risco face a TB sejam desencorajadas. Contudo, a observação permite notar que existem mais homens que dirigem-se as unidades sanitárias para tratamento de TB à excepção de Magude e Namaacha onde de acordo com os dados de 2012 apenas nestes dois *sites* existiam mais mulheres em tratamento comparativamente aos homens, pelas razões já mencionadas no capítulo anterior. Uma outra atitude de negligência mencionada como praticada pelos pacientes é o facto de alguns pacientes levantarem os medicamentos mas, não os tomarem, como foi referido em Tete.

**No tocante às barreiras socioculturais, foram identificadas as seguintes barreiras:**

#### a) A Busca de Tratamento na Medicina Tradicional

A busca do tratamento na medicina tradicional em detrimento da unidade sanitária foi referida como uma das principais barreiras ao tratamento. Esta barreira resulta do facto de a TB ser percebida como fruto da transgressão de normas sociais como a prática de relações sexuais com mulheres que tenham praticado aborto ou com pessoas em estado de viuvez, assim como através do contacto com a morte [Por aborto ou por morte de um familiar] antes de esta submeter-se a rituais de purificação. Estas percepções sobre as transgressões das normas sócio-culturais denotam um modelo explicativo sobre as causas e procedimento a seguir que justificam a procura do tratamento em primeira instância ao nível da medicina tradicional e só mais tarde e já num estado grave os doentes recorrerem a unidade sanitária.

#### b) **Auto-Medicação**

Outra barreira sociocultural resulta do ‘costume’ de não ir a unidade sanitária. Derivada dela, em caso de tosse, as pessoas tendem a automedicar-se primeiro. A referida medicação é produzida em casa [medicamentos caseiros], adquirida nos mercados de venda de medicamentos tradicionais ou ainda nas farmácias, públicas e privadas.

#### c) **Medo e Falta de Confiança em Relação aos Serviços de Saúde**

Em relação a busca de serviços na unidade sanitária foi referido o medo derivado da falta de confiança em determinadas unidades sanitárias de referência, bem como o medo de perder o aconchego familiar. O medo da transferência para o Hospital Geral José Macamo foi particularmente enfatizado em Magude e Namaacha pelo facto de esta unidade sanitária estar associada à percepção de que uma vez lá internada a pessoa não sai com vida.

#### d) **Falta de Redes de Apoio**

Ainda nas barreiras socioculturais, realça-se também a fragilidade de redes de apoio familiar e comunitário, houve pacientes que referiram experiências de abandono pelos familiares. Esta situação estaria associada ao facto de esses familiares perderem a paciência supostamente pelo facto de o tratamento ser longo. Esta fragilidade de redes de apoio se torna mais frágil quando a doença é pensada como resultado de irresponsabilidade do paciente nomeadamente, ter subvertido normas sociais. Cenário similar se repete em casos de associação de TB com HIV.

Os dados apresentados revelam que do ponto de vista do modelo analítico proposto por Waisbord, a procura de tratamento cuidados de tratamento para a tuberculose incluindo procura do DOT é condicionada por barreiras individuais como o fraco conhecimento da doença nas suas mais variadas vertentes como a transmissão, os métodos de prevenção e proteção e alguns procedimentos em caso de tosse prolongada. A falta de conhecimento revela-se com maior ênfase nas mulheres do que nos homens sendo esta uma constatação geral em todos os sites estudados.

A procura de cuidados de tuberculose é também condicionada por aspectos relacionados ao estigma e discriminação. Esta barreira foi identificada nas suas mais variadas vertentes. As mulheres enfrentam o estigma e discriminação a dois níveis, primeiro porque são consideradas socialmente como os principais veículos de transmissão da doença em caso de transgressão de uma norma social em resultado de morte, de aborto e outros. Por outro lado, a mulher esta também sujeita ao estigma e discriminação em caso de doença pois não poderá assumir determinadas responsabilidades como seja cuidar do lar incluindo a prática de relações sexuais com o seu marido. O estigma e a discriminação são também uma barreira ao tratamento pois homens e mulheres são vítimas de percepções erradas que associam a doença ao HIV e consequentemente a prostituição e promiscuidade.

Relativamente ao início do tratamento, a negligência associada a comportamentos de risco, a procura de outras alternativas de tratamento como a medicina tradicional e a automedicação foram os principais factores mencionados. No que se refere aos comportamentos de risco os dados revelam que há uma percepção de que os homens estão mais expostos a doença devido a determinados comportamentos como o consumo de álcool e o envolvimento sexual com várias parceiras sendo que uma delas poderá estar no “estado de impureza” e assim transmitir a tuberculose.

Waisbord refere no seu modelo como um dos comportamentos ideais a necessidade de prosseguir com o tratamento e fazer o controle de amostras. Aqui foram identificadas como principais barreiras a duração do tratamento que é considerado longo. Associado a duração, a quantidade de medicamentos, a necessidade de idas constantes a unidade sanitária são factores que contribuem sobremaneira para a continuidade no tratamento.

Relativamente a duração do tratamento, os dados revelaram que papéis sociais distintos na zona sul, centro e norte condicionam o cumprimento do tratamento. O trabalho migratório na zona sul de Moçambique para a RSA, particularmente realizado pelos homens mostra uma maior presença das mulheres na procura e bem como no seguimento do tratamento comparativamente a zona centro onde se verifica uma maior presença de homens na procura dos serviços. Os efeitos colaterais e a sensação de melhoria foram outras barreiras mencionadas que condicionam a continuidade no tratamento.

A última etapa do comportamento ideal definido por Waisbord é condicionada por todos os factores acima mencionados bem como por alguns factores importantes como a existência de apoio familiar e redes que permitam incentivar o paciente a continuar com o tratamento. Foi mencionado ao longo do texto que o apoio familiar é importante para garantir um ambiente saudável que permita por um lado que o paciente possa ter todas as condições para melhorar e ao mesmo tempo uma compreensão dos familiares sobre a importância dos cuidados a ter em caso de doença.

A não discriminação, a sensibilização do paciente para aderir ao tratamento e o conhecimento das medidas de prevenção pela família e pela comunidade através das organizações comunitárias que fazem visitas domiciliárias são importantes para garantir que o paciente termine o tratamento com sucesso. As percepções e desconfiança em relação aos serviços de saúde associada ao tratamento administrado constituem barreiras que condicionam todo o processo de procura de cuidados e continuidade no tratamento.



## IV.6. Canais e Espaços de Comunicação Existentes, Acessíveis e Usados

De um modo geral, a comunicação no contexto da prevenção e cuidado da TB parece ocupar um lugar periférico. As acções levadas a cabo denotam esporadicidade e superficialidade na forma como são implementadas.

A distribuição da informação varia consideravelmente por área urbana e rural. Assim, de um modo geral nas áreas urbanas a via radiofónica constitui um dos principais mecanismos de disseminação de informação para a população em geral. Adicionalmente a rádio e televisão foram mencionados como outras fontes de obtenção de informação sobre a TB [Namaacha e cidade de Nampula].

Nas zonas rurais próxima das vilas [Angoche e Moatize] os activistas [APEs e ACSs] constituem a fonte primária de informação. Os APEs divulgam as mensagens nas reuniões ou durante as suas visitas domiciliárias que fazem nas comunidades. Os profissionais de saúde também levam a cabo palestras nas unidades sanitárias. Contudo nenhum dos dois grupos possui um documento guia para orientar as actividades de comunicação para TB.

Em contrapartida, locais rurais recônditos como Motaze [Magude] a unidade sanitária é a fonte privilegiada de acesso a informação, excepto quando aparece uma “Brigada móvel”, cuja abrangência e regularidade são bastante limitadas.

A par dessas fontes de informação, incluem-se os materiais impressos como cartazes. Estes são geralmente afixados nas unidades sanitárias e escritos na língua portuguesa. Palestras nas escolas, centros internatos, mercados e outros locais de aglomeração populacional são descritas como algumas estratégias adoptadas para disseminação de informação sobre TB na comunidade. Contudo é notória a falta de uma estratégia de comunicação que oriente o desenho e disseminação de informação desagregada por cada categoria de grupo comunitário. A título de exemplo foi possível ver cartazes fixados nas unidades sanitárias que apelam as pessoas com tosse a mais de três semanas para que visitem as unidades sanitárias. Entretanto, fora das unidades sanitárias esse material não está disponível.

Uma outra constatação relativa a comunicação é que, o tipo de provedor que fornece informação varia com o grupo alvo. A população em geral recebe informação a partir dos *mass media* [Rádio e televisão], seguida da informação recebida pelos APEs e ACSs. Ainda ao nível da população em geral, em Angoche, foram mencionados os “Dias Mensais de Tossê” como um momento no qual informação adicional sobre prevenção e detenção da TB é disponibilizada. Os pacientes e seus acompanhantes recebem informação nas unidades sanitárias e dos APEs, ACSs e voluntários, que fazem acompanhamento comunitário, incluindo visitas domiciliárias, mais comuns nas zonas urbanas e vilas ou próximo destas. Contudo, parte desses provedores, incluindo profissionais de saúde, nunca beneficiaram de treinamento em Comunicação Interpessoal e Aconselhamento, o que limita a sua possibilidade de comunicar efectivamente com pessoas suspeitas de estarem com TB ou pacientes com TB. Como consequência em caso de não perceberem a informação, os pacientes não perguntam por falta de abertura dos provedores em parte devido a falta de habilidades para uma comunicação eficaz. Por outro lado, o paciente pelo desconhecimento dos seus direitos como utente não está preparado para fazer perguntas pois não sabe se deve, se pode e vê o provedor como sagrado e entidade hierarquicamente superior.



Quanto aos conteúdos transmitidos nos diversos meios estes incluem informações sobre:

- (i) o que é a TB,
- (ii) formas de transmissão,
- (iii) prevenção e necessidade de se deslocar a unidade sanitária em caso de presença de sinais e sintomas.

Em Nampula, Tete e em Moatize foi possível observar material de IEC na enfermaria de TB, nos corredores e noutras enfermarias do Centro de Saúde. Estes cartazes em Português, contém mensagens sobre a necessidade de ir a unidade sanitária em caso de tosse que dure mais de duas semanas. Outros cartazes contém informação sobre a necessidade de arejar as casas (abertura de janelas) para permitir a circulação do ar. Os referidos materiais foram produzidos pelo Programa Nacional de Tuberculose com o apoio da JPIEGO, USAID e CDC.

Apesar desse manancial de informação, é notória um défice de informação sobre:

- (i) TB em crianças;
- (ii) Sobre a importância de cumprir com o tempo estipulado para o tratamento, mesmo quando se sente melhor, e ainda as consequências do não cumprimento dessas orientações. Esta informação, quando disponibilizada é apenas para pacientes, e algumas vezes depois que este tenha desistido ou se torne irregular no tratamento;
- (iii) As diferentes tipologias da TB (Pulmonar e extra-pulmonar),
- (iv) Motivos que levam ao sangramento em circunstância da TB pulmonar
- (v) Necessidade de alimentação do paciente de TB
- (vi) Importância de uso de protecção individual por parte dos provedores e pacientes
- (vii) Classificação sobre co-infecção TB e HIV.

Quanto as estratégias de ligação entre as unidades sanitárias e as lideranças comunitárias esta revela-se frágil. Existem vários relatos que apontam para uma fraca relação entre os líderes comunitários e as autoridades de saúde no que se refere a TB. Quando essa relação existe os líderes [Régulos, curandeiros, secretários/as, chefes de quarteirão e bairro, chefes de dez casas, Parteiras Tradicionais e Praticantes de Medicina Tradicional] são envolvidos apenas para mobilizar as comunidades para as concentrações onde os profissionais de saúde pretendem desenvolver as suas actividades.

Assim, uma vez terminada a concentração e após a retirada dos profissionais de saúde da comunidade esta fica desprovida de alguém que tenha capacidade de esclarecer dúvidas caso estas surjam, seja em termos de conhecimento quanto em termos de conduta a tomar diante de sinais e sintomas de TB ou mesmo diante de um caso confirmado. Excepções são feitas para Nampula onde os líderes comunitários, incluindo Praticantes de Medicina Tradicional e Parteiras Tradicionais são treinados em matérias relativas a TB e respectiva referência e contra-referencia.

Nas zonas rurais bem como nas zonas periféricas das zonas rurais, as lideranças tradicionais desempenham um papel central na gestão e circulação de informação de utilidade comunitária. Eles não só sancionam a informação que passa como também contribuem para reforçar ou para marginalizar determinados assuntos, conforme lhes interesse ou não; ou ainda, conforme tenham ou não domínio do mesmo e percebam ou não as vantagens de circular essa informação. Assim, eles deveriam ser melhor integrados nas estratégias de prevenção e atenção a TB.





## V. Principais Conclusões e Recomendações

### V.1. Principais Conclusões

As actividades do sector da TB ocorrem a nível da unidade sanitária com o envolvimento dos profissionais de saúde e a nível comunitário com a participação dos APEs, ACSs e líderes comunitários. Os APEs e os ACS fazem busca activa de casos, encaminham pacientes para a unidade sanitária, distribuem escarradores e recolhem amostras de escarro para as unidades sanitárias, fazem visitas domiciliárias e acompanham o DOT comunitário.

Os líderes são envolvidos na mobilização das comunidades para aderir aos serviços de saúde na comunidade ou sensibilizam-nas para acções de promoção de saúde, incluindo na área de TB, onde em alguns contextos como em Magude eles apoiam no DOT comunitário. Apesar dessa participação ela tem sido caracterizada como fraca e superficial.

De um modo geral os resultados do estudo indicam que os serviços de prevenção e atenção a TB são bastante aceites a nível de todos os locais visitados. Contudo e apesar dessa aceitação, o acesso e o uso dos serviços de prevenção e atenção a TB são limitados por uma combinação de barreiras estruturais e institucionais, socioculturais e individuais.

Os entrevistados identificaram algumas barreiras estruturais como as longas distâncias que separam as comunidades das unidades sanitárias com capacidade de diagnóstico associadas a falta de transporte. Outra barreira estrutural identificada foi a pobreza especialmente tratando-se assegurar uma alimentação adequada para suportar a medicação.

Quanto as barreiras estruturais estas incluem as longas distâncias que separam as comunidades das unidades sanitárias com capacidade de diagnóstico; a falta ou insuficiência de transporte; e a falta de dinheiro por parte das comunidades, para viajar para as unidades sanitárias com capacidade de diagnóstico e quando exista transporte e ainda a pobreza que limita a possibilidade de as comunidades alimentarem-se adequadamente de modo a poderem suportar medicação.

Quanto as barreiras programáticas, estas incluem a demora na descoberta da TB, a demora de atendimento nas unidades sanitárias, a falta de laboratórios móveis, a ruptura de *stocks* de escarradores e a dificuldade para o transporte das amostras das comunidades para as unidades sanitárias, a ruptura de *stocks* no laboratório e a falta ou insuficiência de meios de protecção, nomeadamente máscaras, óculos e luvas.

Essas barreiras afectam pacientes que já estão no circuito do programa de prevenção e atenção a TB. De forma complementar, são de considerar como barreiras programáticas a falta de habilidades de comunicação efectiva por parte dos profissionais de saúde associada insuficiência de material de IEC adequado às necessidades dos grupos alvo.

Em relação as barreiras socioculturais estas incluem a existência de conhecimentos concorrentes sobre a causa da TB e que são desfavoráveis a busca de cuidados de saúde na unidade sanitária. Outras barreiras incluem o predomínio de práticas de auto-medicação, a busca preferencial por medicamentos tradicionais ou junto dos PMT, desconhecimento sobre a TB, fragilidades das redes de apoio familiar e falta da cultura de uso de meios de protecção individual por parte dos profissionais de saúde.

Quanto aos aspectos do género, o estudo revela que os homens parecem ter um maior conhecimento sobre a TB relativamente às mulheres. Relativamente as consequências da TB em homens e mulheres verifica-se uma distinção. A TB afecta de forma diferenciada a mulher pois esta poderá deixar de realizar as tarefas domésticas e outras responsabilidades como satisfazer sexualmente o marido daí que poderá ser discriminada pelo esposo. A mulher é igualmente tida como principal responsável pela transmissão da TB resultado da quebra de determinadas normas sociais.

Este cenário mostra a culpabilização das mulheres e uma estigmatização daquelas que padeçam de TB e podem concorrer para afastar a mulher da procura dos serviços de prevenção e atenção a TB, podendo levar ao acesso aos serviços às escondidas; o que lhes retira a possibilidade de apoio familiar e comunitário e limita a possibilidade de iniciarem, cumprirem o tratamento até ao final.

Para além das mulheres, as crianças são também tidas como podendo contrair TB caso tenham cozinhado e servido comida quente em contextos de cerimónias fúnebres sem terem sido purificadas antes.

Outras barreiras incluem o desconhecimento da TB e dos serviços da prevenção ao tratamento da mesma, com base nas premissas apresentadas nas unidades sanitárias. Mesmo quando conhecem os serviços vários não conseguem aceder aos mesmos devido a pobreza que as pessoas limitam de viajar para as unidades sanitárias.

Quanto a comportamentos para a prevenção e atenção relativos a TB os homens são tidos como os que mais riscos tomam comparativamente as mulheres. De entre os riscos mencionados inclue-se o facto de os homens terem várias parceiras o que aumenta o risco de eles se envolverem com mulheres que tenham feito um aborto e ainda não tenham sido purificadas, serem os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de consumo de tabaco. Quanto aos pacientes em tratamento, a falta de adopção de medidas pessoais para evitar a propagação do bacilo, foi outra barreira mencionada. A fragilidade emocional foi mencionada como um dos motivos que leva pacientes a não adoptar as medidas de prevenção ou não cumprir o tratamento para a TB. Outros pacientes abandonam o tratamento por medo dos efeitos secundários da medicação.

Por sua vez, parte dos profissionais de saúde não adoptam medidas de protecção individual no local de trabalho, em parte para não estigmatizar os pacientes e por mera desconstrução do risco. De forma complementar, este grupo revela fraca habilidade de comunicação associada a falta ou insuficiência de estratégias de IEC e de mobilização social e de aconselhamento interpessoal bem como a falta ou insuficiência de material de IEC abrangente para os diversos grupos alvo.

Da informação disseminadas obre TB percebe-se uma maior incidência na informação sobre formas de transmissão, prevenção e necessidade de se deslocar a unidade sanitária em caso de presença de sinais e sintomas. Contudo, é notória a ausência de informação sobre TB em crianças, como um todo; sobre a importância de cumprir com o tempo estipulado para o tratamento, mesmo quando se sente melhor; sobre as consequências do não cumprimento dessas orientações; sobre os diversos tipos de TB [Pulmonar e extra-pulmonar] bem como sobre os motivos e mecanismos que levam ao sangramento em determinadas circunstâncias da TB pulmonar de entre outros aspectos.

Quanto aos canais e espaços de comunicação, de um modo geral a comunicação parece ocupar um lugar periférico uma vez que são levadas a cabo sem uma orientação estratégica em termos de comunicação e mobilização social. Esta situação contribui para que as mesmas sejam feitas de forma inconsistente e sem orientação clara de conteúdos direccionados para as necessidades dos diversos grupos alvo relevantes.

## V.2. Principais Recomendações



Uma comunicação efectiva e que contribua para o aumento da demanda e uso dos serviços de prevenção e atenção a TB exige que se proceda a ajustamentos e melhorias na cadeia dos programas de TB, desde as estratégias de rastreio e diagnóstico, as estratégias de tratamento para população geral bem como para reclusos, mulheres, sobretudo mulheres idosas, população carenciada em termos de alimentação, mineiros, profissionais aquartelados e residentes de lares e internatos.

Apesar dessas barreiras identificadas ao longo da presente pesquisa existem diversas oportunidades por explorar e que podem contribuir para melhorar a qualidade e o acesso desde a prevenção ao tratamento da TB. O facto de a própria comunidade começar a assumir que a TB de antes causada pela tradição é diferente da dos dias actuais oferece uma oportunidade a explorar para introduzir novas nuances mais consentâneas com os conhecimentos que contribuiriam para que as pessoas usem os serviços oferecidos pelas unidades sanitárias. A seguir são apresentadas algumas das estratégias e acções que podem contribuir para a melhoria da qualidade e uso dos serviços bem como do conhecimento e pré-disposição dos utentes para fazer uso consistente dos mesmos.

## V.2.1. Reforçar e Melhorar Acções de Comunicação e sua Qualidade

Torna-se necessário reforçar e expandir as acções de comunicação em curso e assegurar que elas sejam contínuas. De entre as acções de reforço é de considerar uma estratégia de mobilização social e de comunicação para mudança de comportamentos associados a TB que inclua produtos de comunicação em rádio, TV e impressos, com módulos de Comunicação Interpessoal e Aconselhamento. O documento deverá fornecer uma gama de opções que permitam que os profissionais de saúde o usem como um guia de orientação e seleccionem dele as estratégias mais adequadas a cada contexto e grupo com o qual pretendam desenvolver actividades de IEC.

Em termos estratégicos, mais do que impor os conteúdos as comunidades contra as percepções dominantes, estas devem ser introduzidos a debates que ajudem as próprias comunidades a problematizar as suas percepções sobre a TB e aspectos relacionados porque só assim é que se pode garantir uma transformação consistente e sustentável e favorável a busca de cuidados na cadeia de prevenção e atenção a TB na unidade sanitária. Assim, problematizar os valores que orientam a percepção sociocultural sobre a TB é outro desafio a considerar.

As acções de comunicação devem ser desenhados de acordo com as especificidades das necessidades e dos contextos dos diversos grupos que se pretendem cobrir. Ex. Mensagens sobre a necessidade de se deslocar a unidade sanitária em caso de sinais e sintomas de TB devem estar, preferencialmente, disponíveis onde as comunidades estão concentradas podendo ser complementadas por aquelas disponibilizadas na unidade sanitária e não apenas na unidade sanitária.

A linguagem a usar deve considerar se está num espaço urbano ou rural. Ainda quanto a língua é fundamental que programas de comunicação áudio e audiovisual adotem a língua e a linguagem dominada pela audiência e preferencialmente deve-se usar os conceitos que essas pessoas usam para referir-se a doença.

É importante criar um *kit* de informação específica para cada etapa do ciclo de prevenção e atenção a TB. Assim, seria definido um pacote específico para a prevenção, outro para o rastreio e diagnóstico, outro para o tratamento e seguimento e um último com informação geral sobre TB. O referido *kit* deve considerar as de cada contexto e grupo a ser coberto. Adicionalmente a esse pacote para as comunidades é importante criar um pacote de Comunicação Interpessoal e Aconselhamento e capacitá-los na matéria bem como materiais de comunicação de apoio para os provedores.

Quanto aos materiais de comunicação, a par de cartazes, *spots* televisivos, radiofónicos e palestras que são produzidos torna-se importante disponibilizar conteúdos de forma mais contínua acrescidos de folhetos e espaços de debate. Uma aposta em cartazes ou folhetos ilustrados poderia ajudar as comunidades, sobretudo entre aquelas com baixa literacia, onde se incluem as mulheres. Outros formatos como perfis de vídeo, peças teatrais são de considerar.

Quanto aos conteúdos, para além daqueles que já estão a ser cobertos, estes devem incluir questões como o que é a TB, formas de transmissão, prevenção, tratamento, incluindo a necessidade e importância de cumprir com o tempo estipulado para o tratamento, mesmo quando se sente melhor, e ainda as consequências do não cumprimento dessas orientações. Ainda sobre os conteúdos, estes devem incluir informação sobre os diversos tipos de TB [Pulmonar e extra-pulmonar] bem como os motivos e mecanismos que levam ao sangramento durante a TB pulmonar.

De forma complementar a informação deve incluir recomendações sobre alimentação adequada, incluindo receitas de alimentação apropriada para pessoas portadoras de TB. Estas receitas devem ser produzidas com base nos produtos existentes no quotidiano alimentar das pessoas.

Nível das comunidades é importante continuar a trabalhar com as lideranças locais não só como mobilizadores para concentrações onde agentes externos às comunidades transmitem informação sobre a prevenção e atenção a TB. Essas lideranças locais devem ser elas mesmas transformadas em repositórios de conhecimento e percepções sobre TB que sejam favoráveis ao controlo da mesma nas unidades sanitárias.

Para tal devem beneficiar de formação sobre a prevenção e atenção a TB e receber materiais de apoio como Álbuns seriados, manuais e folhetos que podem usar para esclarecer dúvidas que a comunidade possa ter relativamente a doença ou procedimentos a adoptar diante dela ou de aspectos a ela relativos. Situação similar pode ser feita com os ACSs que tem uma maior mobilidade comparativamente aos APEs, pese embora este continue a ser relevante sobretudo no contexto do DOT comunitário.

### V.2.2. Melhorar Aceitabilidade e Acessibilidade aos Serviços

Para além da melhoria geral do acesso aos serviços torna-se necessário considerar a necessidade de adequar os serviços de modo a incluir as mulheres e tomar em conta as suas necessidades e particularidades.



Uma maior aproximação de serviços para as mulheres, sobretudo idosas, pode ser uma estratégia de melhorar o conhecimento e percepção deste grupo, sobre TB bem como pode fazer com que elas usem-no para si próprias e para suas famílias, uma vez que elas desempenham um papel muito importante na família, sobretudo em matérias relacionadas com instruções sobre saúde da família e da comunidade.

Os programas de prevenção e atenção a TB devem encontrar estratégias de incluir mulheres nos grupos de APEs e ACSs que desenvolvem actividades a nível das comunidades de modo a que as mulheres das comunidades se sintam identificadas com quem transmite a informação. A título de exemplo podem ser consideradas parteiras tradicionais, matronas, PMT que trabalhariam especificamente com outros grupos de mulheres para transmitir informação e dar aconselhamento sobre a necessidade de ir a unidade sanitária em caso de suspeita de TB. A nível das unidades sanitárias, MISAU e PNCT, é de considerar uma maior inclusão de mulheres na prestação de serviços ou no aconselhamento, de modo a que se responsabilizem pelo acompanhamento das mulheres, sobretudo as mais idosas. Esta estratégia pode facilitar a aproximação abertura por parte das utentes.

A melhoria da aceitabilidade e acessibilidade aos serviços pode desempenhar um papel importante para que mais pacientes cumpram com o tratamento. Como mostram diversos dados do estudo, os pacientes tendem manter-se no tratamento desde que acessível e aceitável para eles, mesmo quando eles revelam *deficits* consideráveis de conhecimento correcto sobre a TB.

### V.2.3. Reduzir Desequilíbrio no Acesso a Serviços de TB

Uma das formas de reduzir o desequilíbrio desfavorável as pessoas que vivem nos espaços rurais, distantes ou de difícil acesso as unidades sanitárias, num contexto de escassez de recursos para a expansão da infra-estrutura para diagnóstico laboratorial; seria aderir a novas tecnologias de detecção de TB, como o uso de ratos treinados. Esta acção aumenta os postos de diagnóstico a custos baixos e aproxima esses postos de diagnóstico as comunidades.

Contudo, a implementação de estratégias desse tipo deve ser antecedida de uma análise do contexto onde se pretende implementar; de modo a que a comunidade perceba os ratos como parte importante no processo de detecção da TB. Caso contrário existe o risco de as comunidades ataquem e comermos os ratos, seja porque os percebem como um problema para os humanos ou por olharem como alimento, ou ainda como fonte de outras doenças. Cenários estes comuns em Moçambique.

A par do reforço do DOT comunitário torna-se relevante capitalizar em experiências como o GATB de modo a cobrir mais pacientes. Entretanto, convém lembrar que se por um lado o GATB pode ser funcional em zonas rurais com alta densidade populacional pode-se colocar reservas quanto a sua eficácia em zonas rurais com baixa densidade ou ainda em zonas urbanas onde as redes sociais são mais fragmentadas. Assim, a implementação do GATB deve ser antecedido de uma análise do potencial do sucesso consideradas as especificidades de cada local onde se pretenda implementar a iniciativa.

### V.2.4. Advogar pela Melhoria da Protecção de Grupos em Maior Risco

Pese embora as acções de melhoria da protecção de grupos vulneráveis transcendam a área da saúde, cabe a esta área advogar junto das áreas responsáveis de modo a que aquelas implementem acções nessa direcção. Urge melhorar a implementação de protocolos de prevenção e atenção a TB em locais de concentração populacional, desde transportes públicos, centros internatos, quartéis e sobretudo centros de reclusão. Urge também melhorar a protecção individual dos profissionais de saúde.

Quanto aos transportes públicos é importante promover condições de arejabilidade das viaturas de transporte público [Chapas]. Quanto aos centros internatos e aquartelamentos é importante intensificar espaços de diálogo sobre percepções e conhecimentos da TB. Nos centros prisionais é importante não só intensificar espaços de diálogo mas sobretudo garantir que os prisioneiros tenham acesso ao diagnóstico, diagnóstico, medicação ininterrupta e seguimento durante todo tratamento. Treinar, envolver e acompanhar os mesmos prisioneiros nas actividades de prevenção e busca ativa de casos de TB.

Dado o risco que as crianças correm de ficar infectadas por adultos da família ou da vizinhança, intervenções futuras devem considerar a necessidade de promover educação de pares entre crianças e jovens. Estas actividades podem ser realizadas a partir das escolas, sobretudo entre crianças, adolescentes e jovens nos anos escolares terminais.

### V. 2.5. Melhorar o Conhecimento sobre Grupos Específicos

Uma prevenção e atenção adequadas a TB estão dependentes do conhecimento profundo sobre comportamentos, atitudes e práticas de grupos específicos. Como mencionado no presente estudo existe a necessidade de compreender as dinâmicas que condicionam o acesso e uso de serviços de prevenção e atenção a TB entre grupos de refugiados [Marretane], entre população prisional e entre menores de 18 anos de idade.

Pacientes que tenham desistido do tratamento ou que não cumpram com recomendações médicas constituem grupos adicionais que seriam importantes de compreender de modo a perceber melhor suas motivações. Estudos futuros deveriam também compreender as motivações psicossociais que contribuem para que os pacientes abandonem o tratamento ou continuem a consumir bebidas alcoólicas e tabaco mesmo estando em tratamento. Essa informação seria de extrema utilidade para reforçar as actividades de prevenção e atenção a TB e torna-las mais abrangentes e desenhadas tendo em atenção as motivações que condicionam as acções dos pacientes. A prevenção e atenção a TB efectiva dependerá da capacidade de articular a melhoria de toda a cadeia dos programas de controlo de TB, de estratégias de comunicação para aumento da demanda, uso e adesão ao programa bem como da melhoria da segurança alimentar para pacientes com TB e respectivas famílias. Programas de comunicação, por mais excelentes que eles sejam, por si só serão insuficientes para assegurar melhorias no controle da TB.





## Bibliografia

Bavo, C.; et al. Interpretações da Tuberculose na Infância por Parte da Comunidade e Possível Relação com Padrões de Comportamentos de Procura de Tratamento na Manhiça, (2010);

Bénard da Costa, A. 2012. Estudo de base para avaliação do impacto do programa de revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs) na Saúde Comunitária em Moçambique. Componente qualitativa- Análise de dados: Províncias de Inhambane, Zambézia e Nampula. Maputo: MISAU;

Garrine, I. (2011), *Gui counho nha ndrere*: Estudo sobre as representações sociais da tuberculose no bairro de Mavalane na cidade de Maputo. UEM, Moçambique;

Global Tuberculosis Control: WHO report 2011. WHO Library Cataloguing;

<http://apps.who.int/ghodata>. These HIV deaths include 0.4million deaths from TB;

Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Gender and tuberculosis control: Perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy*. 2000; 52: 33-51;

Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in Vietnam: a gender analysis. *Health Policy*. 2001; 58: 69-81;

MISAU. 2013. Relatório anual do PNCT, 2012. Maputo: PNCT;

MISAU. 2011. Guião operacional para o programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs). Maputo: MISAU;

MISAU. Relatório de Uma Revisão Externa a Meio Termo do Plano Estratégico 2008-2012 do Programa Nacional de Controlo a Tuberculose, 2010;

Mucavele, C. (2008), Diversidade genética de estirpes de *Mycobacterium Tuberculosis* em pacientes com Tuberculose nos distritos de Buzi e Manhiça, em Moçambique, Universidade de Lisboa, Portugal;

Odusanya OO, Babafemi JO. Patterns of delays amongst pulmonary tuberculosis patients in Lagos, Nigeria. *BMC Public Health*. 2004; 4(18): 1-5;

Programa de Assistência ao Controlo da tuberculose (TB CAP), 2006-2010, Relatório final;

S. F. Luís, N. Kamp, E. M. H. Mitchell, K. Henriksen, F. van Leth. Health-seeking norms for tuberculosis symptoms in southern Angola: implications for behaviour change communications. *Int J Tuberc and Lung Dis* 15(7): 943-948, 2011;

Santos MAPS, Albuquerque MFPM, Ximenes RAA, Lucena-Silva LCL, Braga C, Campelo ARL et al. Risk factors for treatment delay in pulmonary tuberculosis in Recife, Brazil. *BMC Public Health*. 2005; 5(25): 1-8;

The Stop TB Strategy: building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva, World Health Organization, 2006;

These deaths are classified as HIV deaths in the International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10), 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2007;

Waisbord, S. 2005. Behavioral barriers in tuberculosis control: A literature review. The CHANGE Project/Academy for Educational Development.



# FHI360 – TB CARE

Maputo, Setembro de 2013



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**TB CARE I**

**fhi360**  
THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES



Ministério da Saúde

