



República de Moçambique
Conselho Nacional de Combate ao SIDA



Resposta Global à SIDA
Relatório do Progresso, 2016
MOÇAMBIQUE

Abril
2016

Agradecimentos

O Relatório do Progresso da Resposta Global ao SIDA (*Global AIDS Response Progress Report - GARPR*) em Moçambique foi elaborado pelo Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS), com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA (ONUSIDA).

Agradece-se pela participação nas entrevistas preparatórias e no seminário de validação nacional, aos diferentes Ministérios do Governo de Moçambique, parceiros bilaterais e multilaterais, ONGs, organizações religiosas e de PVHIV.

O CNCS gostaria de reconhecer todas as organizações abaixo mencionados pelas suas contribuições no fornecimento de dados e informações para alimentar os indicadores do GARPR, bem como na preparação e revisão do relatório com mesmo nome:

- *Governo*: Ministério da Saúde; Ministério do Género, Criança e Acção Social.
- *Parceiros*: ONUSIDA; OMS; UNICEF; EcoSIDA; John Snow, Inc.
- *Consultor*: Ricardo Barradas.
- *Supervisão e revisão final*: Diogo Milagre.

Acrónimos

ARV	Antirretroviral
APSS/PP	Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciado pelo Provedor
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CCR	Consulta da Criança de Risco
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CPN	Consulta Pré-Natal
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
EcoSIDA	Empresários Contra o SIDA
FNUAP	Fundo das Nações Unidas de Apoio às Populações
GARPR	<i>Global AIDS Response Progress Reporting</i> Relatório Global de Progresso da Resposta ao SIDA
HBV	<i>Hepatitis B Virus</i> - Vírus da Hepatite B
HCV	<i>Hepatitis C Virus</i> - Vírus da Hepatite C
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que têm relações sexuais com outros homens
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
M&A	Monitoria e Avaliação
MEGAS	Medição de Gastos em SIDA
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o Combate ao HIV e SIDA
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i>
PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan for AIDS Relief</i> Fundo de Emergência do Presidente para o Alívio à SIDA
PID	Pessoas que Injectam Drogas
PNTS	Programa Nacional de Transfusão de Sangue
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SAAJ	Serviços Amigáveis dos Adolescentes e Jovens
SESP	Sistema Electrónico de Seguimento do Paciente
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SMI	Saúde Materno Infantil
TARV	Tratamento Antirretroviral
TB	Tuberculose
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
UATS	Unidade de ATS
UNAIDS	<i>United Nations Joint Programme on HIV/AIDS</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas de Apoio à Criança
USD	Dólar Americano
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>

Índice

1. A situação num relance	7
1.1 <i>Envolvimento das partes interessadas no processo de elaboração do relatório</i>	7
1.2 <i>O estado da epidemia</i>	7
1.3 <i>A resposta política e programática</i>	7
1.4 <i>Visão geral dos dados relativos aos indicadores</i>	10
2. Visão geral da epidemia da SIDA	12
2.1 <i>Prevalência e incidência do HIV</i>	12
2.2 <i>HIV em populações-chave</i>	13
3. Resposta nacional à epidemia de SIDA	14
3.1 <i>Compromissos nacionais e implementação do programa</i>	14
3.2 <i>Compromissos nacionais e instrumentos de política</i>	16
3.3 <i>Programas nacionais</i>	18
4. Boas práticas	37
4.1 <i>Melhoria da retenção em TARV na PTV, Gaza</i>	37
5. Principais desafios e acções correctivas	40
5.1 <i>Plano de melhoria do TARV pediátrico</i>	40
6. Apoio dos parceiros de implementação	44
7. Ambiente de monitoria e avaliação	45
7.1 <i>Revisão dos instrumentos de recolha de dados</i>	45
7.2 <i>Melhoria de qualidade dos dados do HIV</i>	45
7.3 <i>Sistemas electrónicos de seguimento do paciente</i>	46

Lista das Tabelas

Tabela 1. Os principais objectivos e respectivas metas do Plano de Aceleração, até final de 2015, comparativamente ao realizado (%)	10
Tabela 2. Dados reportados ao GARPR por objectivo. Moçambique, 2015	10
Tabela 3. Gastos em HIV por área programática e fonte financeira, 2014 (USD, milhões)	15
Tabela 4. Aquisições de preservativos (milhões), Moçambique, 2011-15	18
Tabela 5. Percentagem de marcadores infecciosos nas doações de sangue, 2011-15	27
Tabela 6. Rastreio de TB e Profilaxia TPI dos casos HIV-positivos, 2011-15 (%)	32
Tabela 7. Indicadores relativos à TB. Moçambique, 2011-15	32
Tabela 8. Retenção em TARV no seio de gestantes e lactantes aos 3 e aos 6 meses, antes e depois da intervenção	38
Tabela 9. Parceiros de implementação em Moçambique	44

Lista das Figuras

Figura 1. Distribuição populacional em Moçambique e distribuição proporcional da incidência do HIV, por região, 2013.....	12
Figura 2. Gastos totais em HIV e SIDA em Moçambique, 2004-2014 (USD milhões)	14
Figura 3. Beneficiários da circuncisão masculina e unidades fixas. Moçambique, 2011 a 2015.....	18
Figura 4. Beneficiários da circuncisão masculina por idade. Moçambique, 2015	19
Figura 5. Mulheres grávidas HIV-positivas a receber ARVs nas CPN, 2002-15	20
Figura 6. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas na 1ª CPN; Mulheres grávidas com sero-estado conhecido; Mulheres grávidas HIV-positivas, 2014-15	20
Figura 7. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas HIV-positivas; MG a receber CTZ; MG a receber ARVs; MG em TARV; MG em bi-profilaxia, 2014-15	21
Figura 8. Cascata da Maternidade: Mulheres grávidas HIV-positivas; MG a receber TARV; MG a receber ARVs, 2014-15	21
Figura 9. Parceiros de mulheres grávidas que frequentam as CPN: percentagem e seropositividade, por província, 2015	21
Figura 10. Cobertura populacional de PCR. Moçambique, 2012-2015.....	22
Figura 11. Cobertura populacional de PCR antes dos dois meses de idade. Moçambique, 2012-2015	22
Figura 12. Cascata do DPI, 2015	23
Figura 13. Sucessos e desafios da PTV em Moçambique, 2015.....	23
Figura 14. Número de caso de ITS diagnosticados e tratados. Moçambique, 2011 - 2015	26
Figura 15. Número de casos de ITS diagnosticados por sexo e idade. Moçambique, 2015.....	26
Figura 16. Mulheres grávidas testadas para sífilis na CPN (milhares), 2011-15.....	27
Figura 17. Doações de sangue anuais, Moçambique, 2011-15 (milhares)	27
Figura 18. Evolução do Número de US TARV. Moçambique, 2003- 2015	28
Figura 19. Expansão geográfica das US oferecendo TARV. Moçambique, 2011- 2015.....	29
Figura 20. Evolução de beneficiários do TARV (crianças e adultos) e cobertura TARV entre PVHIV, 2003-2015.....	29
Figura 21. Retenção em TARV aos 12, 24 e 36 meses. Moçambique, 2015	30
Figura 22. Regimes terapêuticos do TARV. Moçambique, 2015	30
Figura 23. Localização geográfica dos laboratórios com capacidade para processar amostras para CV e respectivas províncias beneficiárias.....	31
Figura 24. Número de casos de TB detectados, testados para o HIV, co-infectados, e aqueles que recebem TARV, 2011-15	32
Figura 25. Evolução da cobertura do TARV pediátrico no período 2003-15.....	40
Figura 26. Discrepância no número de beneficiários do TARV: cruzamento dos dados da DNAM e da CMAM, 2013-15.....	42

1. A situação num relance

1.1 Envolvimento das partes interessadas no processo de elaboração do relatório

O Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS), com o apoio do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA (ONUSIDA), anunciou a todas as partes interessadas – Ministério da Saúde, Ministério do Género, Criança e Acção Social, Ministério da Educação e Desenvolvimento Humano e Ministério da Juventude e Desportos, as agências das Nações Unidas e os representantes da sociedade civil e do sector privado - o início do processo de recolha de informação, com vista à elaboração do Relatório do Progresso da resposta ao HIV em Moçambique, 2016, no quadro do *GARPR (Global AIDS Response Progress Report)* das Nações Unidas. Solicitava-se a melhor colaboração de todos no processo.

Foi organizada uma reunião geral de validação, para a qual foram convidados todos os representantes acima mencionados, durante a qual foi feita uma exposição resumida do relatório, que foi alvo de debate, cujas contribuições foram incorporadas na versão final do relatório.

1.2 O estado da epidemia

No período 2014-15, não se registaram progressos significativos no conhecimento dos aspectos epidemiológicos relativos ao HIV. Assim, não são conhecidas alterações importantes em relação à informação contida no relatório anterior.

Entretanto, decorre desde 2014, um novo inquérito nacional de prevalência (Inquérito Nacional de Indicadores de Imunização, Malária, HIV e SIDA, e outras doenças - IMASIDA).

1.3 A resposta política e programática

Constata-se um esforço de descentralização e integração da abordagem sobre o HIV e SIDA nos relatórios dos Observatórios de Desenvolvimento Provinciais e Distritais do Plano Económico e Social (PES), fóruns de partilha de informação sobre os instrumentos de gestão do governo a nível provincial e distrital, bem como de advocacia a todos os níveis.

1.3.1 Resposta multisectorial ao HIV

A resposta multisectorial continua a ser orientada por um Plano Estratégico com duração de 5 anos. A presente versão, a quarta (desde 2000), cobre o período 2015-19 (Plano Estratégico Nacional IV, PEN IV).

O PEN IV baseia-se em princípios orientadores que definem os valores a serem aplicados e defendidos por todos os actores na prestação de serviços relacionados à luta contra a epidemia do HIV e que informam e sustentam as fundações da abordagem estratégica nele contidas. Estes princípios são os seguintes:

- Descentralização
- Moçambicanização da Mensagem
- Multi-sectorialidade
- Resposta centrada nos Direitos Humanos e na Justiça de Género
- Abordagens baseadas em evidências
- Abordagem integrada e holística
- Envolvimento, participação e responsabilidade partilhada
- Parcerias
- Sustentabilidade

- Equidade e Acesso universal

O objectivo geral do PEN IV é a redução do número de novas infecções por HIV. Este objectivo é associado à preocupação geral de garantir qualidade de vida às Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) e seus dependentes, bem como mitigar os impactos da SIDA nos sectores de vida económica e social do país.

Aliados ao objectivo geral, o PEN IV estabeleceu os seguintes objectivos específicos:

- Reduzir a incidência do HIV por transmissão sexual em 30% até 2019 (passando de 320 novas infecções diárias em 2013, para 224 em 2019);
- Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV para menos de 5% até 2019; e
- Reduzir a mortalidade relacionada ao HIV em 40% até 2019.

Os resultados estratégicos esperados no fim dos cinco anos são os seguintes:

- Aumentar o conhecimento abrangente do HIV nos jovens de 15 a 24 anos para 60% em 2019.
- Aumentar a cobertura do uso de preservativo na última relação sexual entre pessoas que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses para 50% em 2019;
- Aumentar a percentagem de homens circuncidados para 80% até 2019;
- Alcançar 94% de mulheres grávidas com sero-estado em HIV conhecido na Consulta Pré-Natal;
- Assegurar que 96% das mulheres grávidas HIV positivas em PTV recebam Tratamento Antirretroviral;
- Aumentar a proporção de beneficiários ao Tratamento Antirretroviral para 80% dos elegíveis até 2019;
- Aumentar a retenção ao tratamento antirretroviral após três anos para 70% até 2019.

O PEN IV define as populações prioritárias aquelas sobre as quais deverá ser dada ênfase, por meio de estratégias especificamente desenhadas para as suas necessidades. As populações prioritárias são divididas em dois subgrupos, nomeadamente, populações-chave e populações vulneráveis. No contexto da resposta nacional de combate ao HIV, o PEN IV considera como populações-chave:

- Mulher trabalhadora de sexo;
- Homens que fazem sexo com homens;
- Pessoas que injectam drogas;
- Reclusos.

O PEN IV, define como populações vulneráveis:

a) Pela sua elevada taxa de incidência do HIV:

- Mulheres jovens entre os 15-24 anos;
- Trabalhadores móveis e migrantes (incluindo trabalhador mineiro, camionistas de longo curso, trabalhador sazonal nas indústrias extractivas, no garimpo, nas obras públicas e nas propriedades agrícolas);
- Casais sero-discordantes.

b) Pelo seu limitado acesso aos serviços de mitigação disponíveis:

- PVHIV;
- Raparigas entre os 10-14 anos;
- Crianças órfãs e vulneráveis da/na rua;

- Pessoas com deficiência

As actividades programáticas básicas propostas no PEN IV são:

- Prevenção Combinada:

- Comunicação para Mudança Social e de Comportamento;
- Distribuição e Promoção do preservativo masculino e feminino e lubrificantes compatíveis;
- Aconselhamento e Testagem em Saúde;
- Circuncisão Masculina;
- Biossegurança

- Cuidados e tratamento de HIV e Prevenção de Transmissão Vertical:

- Expansão de Tratamento Antirretroviral
- Oferta de regimes simplificados de primeira linha
- Melhoria de qualidade de atendimento ao paciente

- Mitigação das consequências

- Apoio Nutricional e Alimentar para Pessoas Vivendo com HIV
- Crianças Órfãs e vulneráveis

O PEN IV preconiza o desenvolvimento de um ambiente favorável à criação de demanda e maximização do impacto das actividades programáticas básicas. Para tal, propõe:

- Intervenções catalíticas (direitos humanos e justiça de género)
- Sinergias com outros sectores
- Fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde
- Fortalecimento do Sistema Comunitário

O custo total de implementação do PEN IV para os cinco anos foi estimado em US\$ 2.108 milhões. Observa-se um aumento anual progressivo de US\$ 351 milhões a partir de 2015 para US\$ 495 milhões em 2019. Em média, o custo anual de implementação do PEN IV não ultrapassa 2% do PIB de Moçambique ou o equivalente a US\$ 13 por habitante.

1.3.2 Sector Saúde e resposta ao HIV

O Programa de controlo das ITS-HIV e SIDA, sob a umbrela da Direcção Nacional de Assistência Médica, é a unidade do MISAU que continua a assumir a responsabilidade da gestão dos serviços de HIV relacionados com a Saúde no seio do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique. Tem por missão regular, coordenar e fazer a supervisão da prestação de serviços de prevenção e de cuidados e tratamento para PVHIV.

Presentemente, a sua actividade é conduzida por um plano iniciado em 2013 e inicialmente previsto até 2015, mas recentemente prolongado até 2017. O *Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA* define três objectivos principais, com as suas respectivas metas. A Tabela 1 mostra essa informação, comparada com o que de facto, foi realizado.

Tabela 1. Os principais objectivos e respectivas metas do Plano de Aceleração, até final de 2015, comparativamente ao realizado (%)

Objectivo	Meta	Realizado
Aumentar a percentagem de adultos e crianças HIV elegíveis recebendo a terapia antirretroviral para	80	84
Reduzir o número de novas infecções em	50	12
Reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho para	5	8,7

Fonte: Plano de Aceleração, 2013-17

O Plano de Aceleração estabelece como resultados e benefícios adicionais da sua implementação os seguintes:

- Uma redução da mortalidade relacionada com o SIDA de 30%;
- Aumentar o acesso ao TARV das mulheres grávidas até 80%;
- Aumentar a taxa de retenção aos serviços de cuidados e tratamento aos 36 meses até 70%;
- Uma redução do número de mortes atribuídas à TB em pacientes co-infectados TB/HIV de 50%;
- Criação de uma cultura livre de estigma e discriminação ligada ao TB e HIV;
- Eliminação virtual de gravidezes não desejadas em mulheres infectadas pelo HIV;
- Optimização do sistema nacional de logística e da cadeia de aprovisionamento;
- Reforço dos recursos humanos nacionais em prol de uma maior capacidade na saúde;
- Optimização das redes de laboratório nacionais para o diagnóstico e a vigilância da doença;
- Desenvolvimento de um sistema de M&A HIV racional e sustentável que facilita a toma de decisões.

1.4 Visão geral dos dados relativos aos indicadores

Abaixo (

Tabela 2) se apresentam os dados relativos aos indicadores que não foram reportados no último GARPR, relativos a Pessoas que Injectam Drogas. Incluem-se também os indicadores programáticos de PTV, TARV, TB/HIV e recursos financeiros.

Tabela 2. Dados reportados ao GARPR por objectivo. Moçambique, 2015

Objectivo 2: Reduzir a transmissão de HIV em Pessoas que injectam drogas (PID) em 50% até 2015 (%)			
Indicador	2014/2015		
2.2. Percentagem de PID que declararam ter usado preservativo na última relação sexual	52,4 - Maputo	29,1 - Nampula	
2.3. Percentagem de PID que declararam ter utilizado seringas esterilizadas na última vez em que se injectaram	59,0 - Maputo	69,4 - Nampula	
2.4. Percentagem de PID que pediram o teste de HIV, foram testados e receberam o resultado nos últimos 12 meses	24,6 - Maputo	21,9 - Nampula	
2.5. Percentagem de PID que vivem com HIV	50,3 - Maputo	36,8 - Nampula	
Metas 1 e 2. Estimativas do tamanho das populações-chave			
Tamanho populacional de pessoas que injectam drogas	0,22 - Maputo	0,17 - Nampula	
Objectivo 3: Eliminar as novas infecções por HIV nas crianças até 2015 e reduzir substancialmente as mortes maternas relacionadas com a SIDA (%)			
Indicador	2013	2014	2015
3.1. Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que receberam profilaxia de ARVs para reduzir o risco da transmissão vertical*	77,5	88,8	94,8
3.1a Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que receberam medicamentos ARVs para si próprias ou seus bebés durante a amamentação	-	86,6	91,5
3.2. Percentagem de crianças nascidas de mães seropositivas e que foram testadas dentro de dois meses após o nascimento	35,4	42,9	46,8
3.3 Percentagem estimada de infecções por HIV em crianças de mulheres	11,9	8,7	6,2

seropositivas nascidas nos últimos 12 meses

Objectivo 4: Atingir 15 milhões de PVHIV recebendo TARV até 2015			
Indicador	2013	2014	2015
4.1. Percentagem de adultos e crianças vivendo com HIV, recebendo terapia antirretroviral*	34,4	43,8	53,3
4.2. Percentagem de adultos e crianças com HIV recebendo TARV 12 meses após o início da terapia antirretroviral	74	71	66

Objectivo 5: Reduzir mortes por TB em PVHIV em 50%, até 2015			
Indicador	2011	2012-13	2014-15
5.1. Percentagem de casos estimados de TB/HIV que receberam tratamento combinado de TB/HIV	9,8	24,6	28

Objectivo 6: Reduzir a lacuna mundial de recursos para SIDA até 2015, e alcançar um investimento anual global de USD 22-24 biliões, nos países de baixa e média renda			
6.1. Despesa doméstica e internacional em SIDA por categoria e fontes financeiras (USD, milhões)	260,3	-	330,4

* As coberturas apresentadas na presente Tabela para os indicadores 3.1 e 4.1 diferem das coberturas reportadas em GARPR anteriores, pois o denominador usado nos anos anteriores foram substituídos por aqueles gerados pela versão mais recente dos arquivos *Spectrum*, a fim de remover o viés de estimativas geradas por diferentes versões e parâmetros internos do software.

2. Visão geral da epidemia da SIDA

2.1 Prevalência e incidência do HIV

A última ronda de vigilância epidemiológica realizada em Moçambique, no seio das mulheres grávidas que frequentam as CPN, foi a de 2011 (quando se identificou uma taxa nacional mediana, de 15,8%). Esta era a 5ª ronda de um processo que se vem desenvolvendo regularmente (de 2-2 ou de 3-3 anos) no país, desde 2002.

O único estudo de prevalência de base populacional conduzido em Moçambique cujos resultados estão disponíveis data de 2009. Entretanto, decorre desde 2015, um novo inquérito nacional de prevalência (Inquérito Nacional de Indicadores de Imunização, Malária, HIV/SIDA e outras doenças - IMASIDA) e seus resultados são esperados para o final de 2016.

Entretanto, dados de estimativas-chave de HIV mais recentes, conduzidas por meio do programa Spectrum, mostram que presentemente, vivem em Moçambique, 1,5 milhão de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), e ocorrem cerca de 223 novas infecções e 108 óbitos relacionados com o HIV por dia.

Estudo sobre os modos de transmissão do HIV foi realizado em Moçambique em 2013¹ e concluiu que entre as novas infecções estimadas para 2013, a maioria ocorre na região Sul (40%), que contribui com apenas 24% para a população adulta no País (Figura 1). As regiões Centro e Norte contribuíram com, 36 e 24% respectivamente, do total de novas infecções no País, em 2013.

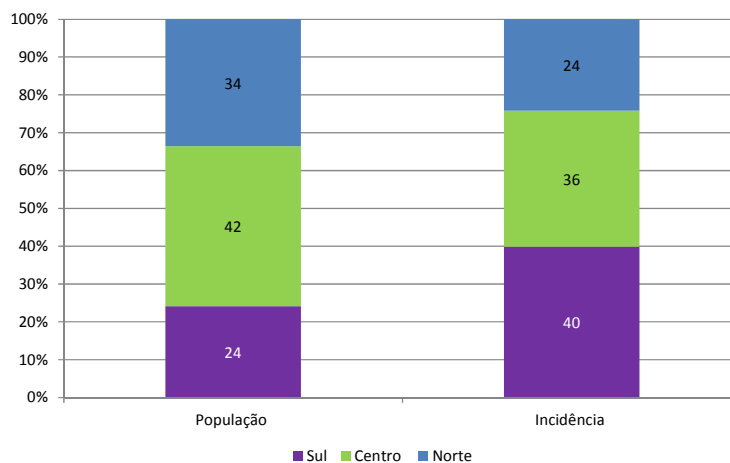


Figura 1. Distribuição populacional em Moçambique e distribuição proporcional da incidência do HIV, por região, 2013

Os modos de infecção que mais contribuíram para a incidência em 2013, foram as relações heterossexuais estáveis (25,6%), as relações sexuais em pessoas que têm múltiplas parcerias (22,6%) e os parceiros de pessoas que têm múltiplas parcerias (PMP) (21,6%).

O estudo MoT definiu populações-chave como sendo mulheres trabalhadoras do sexo (MTS), clientes de MTS e homens que fazem sexo com homens (HSH), e constatou que, em 2013, 28,7% das novas infecções ocorreram entre estas populações-chave. A contribuição destas populações-chave para o número total de novas infecções é maior nas regiões Centro e Norte. Isso ocorre devido ao grande número de novas infecções devidas ao sexo transaccional.

¹ Distribuição da incidência de infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão, 2013. Maputo: ONUSIDA; 2014.

A rede de sexo transaccional, constituída pelas MTS, seus clientes e as parceiras regulares dos clientes, contribuem com 30,2% para a incidência de infecções por HIV. Esta percentagem varia de acordo com a região, sendo 14,4%, 38,5% e 42,4% nas regiões Sul, Centro e Norte, respectivamente.

HSH contribuem com apenas 0,3% do total de novas infecções no País, sem grandes variações regionais. São estimados 37 novos casos entre as suas parceiras regulares.

2.2 HIV em populações-chave

Moçambique vem realizando desde 2011 inquéritos integrados biológicos e comportamentais no seio de populações-chave. Os resultados desses inquéritos entre MTS e HSH já foram reportados em relatórios GARPR anteriores.

Entretanto, em 2015, foram divulgados os resultados do inquérito realizado entre de pessoas que injectam drogas, em duas cidades de Moçambique. Os detalhes deste estudo são apresentados na sessão sobre populações-chave.

3. Resposta nacional à epidemia de SIDA

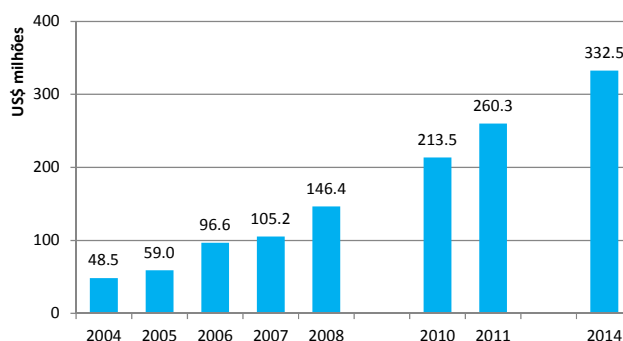
3.1 Compromissos nacionais e implementação do programa

Despesas domésticas e internacionais em HIV e SIDA

As despesas domésticas e internacionais em SIDA, por categorias e fontes de financiamento, são descritas e analisadas abaixo, utilizando os resultados da Medição de Gastos em SIDA (MEGAS) para o ano de 2014, implementada pelo Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS).

O presente exercício apresenta os dados mais recentes sobre os gastos em HIV e SIDA em Moçambique. Os resultados apresentados neste capítulo por área programática podem ser diferentes dos resultados da Medição de Gastos em SIDA em 2014, devido a mudança das classificações GARPR.

A MEGAS indica que se atingiu em 2014 o valor recorde de USD 332,5 milhões gastos em programas de HIV e SIDA o que corresponde a um crescimento de 28% sobre o montante de USD 260,3 milhões apurados para 2011 (Figura 2).



Fonte: CNCS, MEGAS 2014 (2016)

Figura 2. Gastos totais em HIV e SIDA em Moçambique, 2004-2014 (USD milhões)

De uma maneira geral os dados para 2014, bem como os de anos anteriores, evidenciam a forte dependência da resposta nacional à pandemia do HIV e SIDA do financiamento externo, o qual representou cerca de 95% (USD 314,1 milhões) do total dos gastos realizados em 2014.

Os recursos públicos domésticos foram 4,9% (USD 16,2 milhões) e os privados domésticos cerca de 0,7% (USD 2,2 milhões) do total dos gastos em 2014. O aumento de gastos totais em HIV nos últimos quatro anos foi essencialmente devido ao crescente apoio do Governo dos Estados Unidos da América, que aumentou a sua contribuição para HIV em 32% entre 2011 e 2014, correspondendo a USD 60,4 milhões adicionais.

De facto, em 2014, a maior contribuição veio do Governo dos Estados Unidos da América, com um total de USD 247,0 milhões, cerca de 74% do total dos gastos apurados na resposta nacional ao HIV e SIDA. A segunda contribuição mais importante veio do GFATM – Fundo Global contra HIV, Tuberculose e Malária que gastou USD 30,9 milhões, correspondendo a 9,3% do total. Os outros fundos internacionais incluem outros financiamentos bilaterais (governos), no total de USD 15,5 milhões (4,7%), outras agências multilaterais, com USD 11,1 milhões (3,3%), e organizações não-governamentais internacionais e filantrópicas, com USD 9,7 milhões (2,9%).

A dependência de recursos externos é mais elevada na área de cuidados e tratamento, onde 97% dos gastos foram suportados por fontes financeiras internacionais, sendo 91% concentrados no financiamento dos Estados Unidos e do Fundo Global.

A análise dos gastos por área programática (Tabela 3) mostra que os gastos em Cuidados e Tratamento foram os mais importantes (USD 121,8 milhões), seguidos, por ordem decrescente, dos gastos relacionados com o reforço do sistema e gestão da resposta (USD 111,6 milhões), de

prevenção da transmissão sexual (USD 46,6 milhões), prevenção da transmissão vertical (USD 22,1 milhões), sinergias com sectores de desenvolvimento (USD 16,2 milhões), habilitadores críticos (USD 7,9 milhões) e outros (USD 6,4 milhões).

Tabela 3. Gastos em HIV por área programática e fonte financeira, 2014 (USD, milhões)

	Fontes Públicas	Fontes Privadas	PEPFAR	Fundo Global	Outros Internacionais	Grand Total
1. Prev. da Transmissão Sexual	594,266	1,961,544	28,346,030	3,799,330	9,880,704	44,581,874
2. Prev. em HIV para pessoas que injectam drogas			357,498		0	357,498
3. Prev. Transmissão Vertical	958,530		16,478,774	2,252,129	2,373,518	22,062,951
4. Acesso Universal ao Tratamento	3,649,214	85,856	89,873,868	20,962,761	7,196,509	121,768,208
6. Governança e sustentabilidade	7,867,054		96,043,577	792,748	6,894,013	111,597,392
7. Habilitadores críticos	1,846,831		2,710,941	1,527,953	1,829,668	7,915,393
8. Sinergias com outros sectores	1,268,151	192,050	11,617,103	1,239,197	1,858,520	16,175,021
(i) Prevenção para populações vulneráveis	7,873		1,465,736	62,259	497,299	2,033,167
(ii) Pesquisa em HIV e SIDA					102,500	102,500
(iii) Outros programas não desagregados	5,288		62,546	237,142	5,604,035	5,909,011
Grand Total	16,197,207	2,239,450	246,956,073	30,873,519	36,236,767	332,503,016

Apesar de representar a principal área de financiamento, os gastos em tratamento e cuidados não aumentaram de forma significativa. Em 2014, cerca de 63% dos gastos para cuidados e tratamento foram para TARV e 5% para serviços de Pré-TARV ou cuidados paliativos. O resto foi alocado a programas de apoio e retenção de utentes (22%) e testagem em HIV (10%), iniciado pelo utente e pelo provedor.

Os gastos com prevenção da transmissão sexual atingiram USD 46,6 milhões em 2014, contra USD 25,7 milhões em 2011, ou seja, um aumento de 81%. Este aumento é essencialmente devido a expansão do financiamento do programa de circuncisão masculina, no qual os gastos expandiram de USD 3,5 milhões em 2011 para USD 17,6 milhões em 2014.

Os gastos em prevenção da transmissão focalizada em populações de alto risco aumentaram 89%, atingindo USD 3,4 milhões em 2014. No entanto, os gastos relacionados com informação e comunicação para mudança de comportamento, integrados em programas para populações vulneráveis ou jovens, manteve-se.

Os gastos relacionados com o reforço do sistema de saúde ou gestão da resposta nacional aumentaram 74% entre 2011 e 2014, atingindo USD 111,6. Deste valor, USD 39,3 milhões foram directamente alocados ao reforço do sistema de saúde, USD 40,4 milhões para despesas em logística e gestão de programas, USD 16,5 milhões para informação estratégica e USD 15,4 milhões para coordenação e planeamento da resposta.

O financiamento do HIV através de sinergias com outros sectores registaram uma diminuição de 12% entre 2011 e 2014, mas com variações entre sectores. Enquanto o financiamento de actividades relacionadas com a protecção social (incluindo apoio a Crianças órfãs) caiu 40%, para atingir USD 7 milhões em 2014, as sinergias com o sector da saúde aumentaram em 90%, para atingir USD 4,3 milhões.

Enfim, os gastos para o desenvolvimento de habilitadores críticos à resposta em HIV e SIDA incluíram o desenvolvimento institucional das ONGs (USD 4,3 milhões) e advocacia (USD 3,5 milhões).

As diferentes fontes de financiamento, e as entidades que deles se beneficiam, têm prioridades programáticas diferentes. Os cuidados e tratamento foram a principal área programática financiada pelo Fundo Global, pelo Governo dos Estados Unidos e por outras fontes internacionais, respectivamente com 68%, 52% e 43% das suas contribuições, se consideramos os gastos relacionados com o reforço do sistema de saúde.

De igual modo, 11% dos gastos provenientes do Governo dos Estados Unidos foi alocado à prevenção da transmissão sexual, enquanto esta área absorveu 48% dos gastos financiados por outras fontes bilaterais. A contribuição do Orçamento do Estado para a resposta ao HIV e SIDA foi

alocado em 49% na coordenação da resposta ou produção de informação estratégica, seguido de 23% em cuidados e tratamento, 11% nos habilitadores críticos, 8% em sinergias com outros sectores e 10% na prevenção da transmissão sexual ou vertical.

3.2 Compromissos nacionais e instrumentos de política

3.2.1 Protecção da pessoa vivendo com HIV

Em 2014, foi promulgada a lei nº 19/204 – *Lei de Protecção de pessoa, do trabalhador e do candidato a emprego vivendo com HIV e SIDA* – previamente aprovada pela Assembleia da República.

Face à necessidade de garantir maior respeito pela dignidade da pessoa vivendo com HIV e SIDA, a lei estabelece os direitos e deveres da pessoa vivendo com HIV e SIDA e garante a promoção de medidas necessárias para a prevenção, protecção e tratamento da mesma. Igualmente, estabelece os direitos e deveres do trabalhador ou candidato a emprego vivendo com HIV e SIDA.

Estabelece que a pessoa vivendo com HIV e SIDA goza dos mesmos direitos e tratamento de qualquer outra pessoa, não devendo ser discriminada ou estigmatizada em razão do seu estado de seropositividade.

O Estado garante o direito à assistência jurídica e ao patrocínio judiciário à pessoa vivendo com HIV e SIDA ou seu representante, nos casos em que sejam violados os seus direitos, decorrentes da presente Lei e demais legislação aplicável, sugerindo para tal, o apoio de ONGs.

3.2.2 Envolvimento da sociedade civil na resposta ao HIV

O envolvimento da sociedade civil (SC) na resposta ao HIV tem crescido consistentemente em Moçambique. Continua a funcionar uma Plataforma da SC que integra representantes de numerosas instituições, embora as populações-chave estejam pouco representadas.

A Plataforma da SC tem sido envolvida no desenvolvimento de políticas, planificação e implementação de serviços. Contudo, o seu envolvimento em actividades de orçamentação e monitoria e avaliação tem sido menor. Também o envolvimento da SC na resposta ao nível do sector Saúde tem sido reduzido.

De uma maneira geral, há necessidade de criar mais oportunidades, no sentido de assegurar um envolvimento mais activo, especialmente para PVHIV e populações-chave.

A SC presta uma grande parte dos serviços de HIV dirigidos a PVHIV, HSH, PID e MTS, cuidados paliativos, direitos humanos, redução do estigma e discriminação, cuidados domiciliários, e apoio a Crianças Órfãs, mas tem fraco acesso a apoio financeiro e técnico para implementar actividades.

3.2.3 Direitos Humanos

Em 2015, as autoridades Moçambicanas procederam à revisão do Código Penal vigente. O Código Penal antigo criminalizava a homossexualidade, embora de forma indirecta. O comércio sexual e a injeção de drogas ainda são criminalizadas em Moçambique.

A associação LAMBDA, que defende das minorias sexuais, continua há oito anos à espera de ser oficializada pelas autoridades governamentais. Contudo, há um certo grau de abertura pública em relação à problemática das orientações sexuais.

O acesso das populações chave e vulneráveis aos serviços de HIV continua deficiente, devido a falta de reconhecimento e protecção de que são alvo, na generalidade. De facto, as políticas e leis não-discriminatórias, não especificam a protecção das populações-chave.

Em resumo, a resposta ao HIV em Moçambique tem conhecido desenvolvimentos legais, estratégicos e políticos que são benéficos para o controlo da epidemia. Estas forças, contudo, precisam ser mais integradas na vida quotidiana e tornadas acessíveis aos mais vulneráveis. Na realidade, as leis e estratégias de que o país dispõe, contemplando a protecção dos direitos humanos, incluindo aqueles relacionados com o HIV, raramente são totalmente implementadas, e normalmente não estão acessíveis a toda a gente.

3.2.4 A resposta no local de trabalho

A ECOSIDA (*Empresários contra a SIDA*) continua a ser a instituição que serve de umbrela e é porta-voz de empresas privadas que desenvolvem actividades contra a SIDA. A inscrição nesta instituição é voluntária e sujeita a pagamento de quotas. Por isso, é relativamente limitado o espectro de empresas participantes, apesar da sua presença a nível nacional (excepto Niassa e Zambézia).

A ECOSIDA tem presentemente 92 empresas membros, mas há um total de cerca de 1 000 empresas implementando acções de resposta ao HIV no local de trabalho.

A ECOSIDA é guiada por um plano operacional alinhado com os documentos nacionais correlacionados, incluindo intervenções de prevenção, advocacia e redução do estigma e discriminação. Por questões estratégicas nacionais, relacionadas com as novas directrizes sobre Aconselhamento e Testagem, a ECOSIDA está a deixar de promover o Aconselhamento e Testagem de trabalhadores das empresas, assim como a elaboração de políticas de SIDA das empresas, como fazia no passado.

O Grupo de coordenação da resposta ao HIV no local de trabalho, que incluía a ECOSIDA, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Internacional para as Migrações (OIM), e sindicatos e associações de trabalhadores, incluindo o sector informal, deixou de funcionar, por ter sido concluída a operacionalização do subsistema de monitoria e avaliação. Actualmente, a coordenação das actividades do sector privado, acontece directamente pela ligação ECOSIDA e CNCS, aos níveis nacional e provincial

O funcionamento da ECOSIDA é financiado essencialmente com fundos do Fundo Global para a SIDA, TB e Malária, que atingiram cerca de 1,5 milhão USD em 2014 e 1 milhão USD em 2015. A resposta ao HIV no local de trabalho ainda enfrenta desafios como:

- Sustentabilidade; contribuição das empresas é ainda incipiente;
- Estimativa do índice de estigma e discriminação no local de trabalho;
- Viabilidade de um imposto sobre o sector privado de contribuição para a resposta ao HIV;
- Aconselhamento e Testagem ao nível do local de trabalho.

3.3 Programas nacionais

3.3.1 Prevenção

(i) Uso de preservativo

Em 2015, as aquisições de preservativos foram feitas através do FNUAP (total do preservativo feminino e 50% do preservativo masculino) e da USAID (50% do preservativo masculino). A Tabela 4 ilustra o volume de aquisições de preservativos no país, no período 2011-15.

Tabela 4. Aquisições de preservativos (milhões), Moçambique, 2011-15

	2011	2012	2013	2014	2015
Preservativo Masculino	95,3	64,4	29,4	21,5	53,3
Preservativo Feminino	-	1	1	1,5	1,35

Fonte: CMAM

A partir de 2014, em resultado da criação pelo MISAU, de um grupo de trabalho (*task force*) para a segurança de bens e produtos de saúde da mulher e da criança em Moçambique, onde se inclui o preservativo, a cadeia de distribuição foi consolidada, havendo agora uma melhor coordenação e uma melhor monitoria da disponibilidade.

Este grupo de trabalho visa a integração entre as necessidades programáticas e logísticas, para assegurar a disponibilidade contínua de stocks a todos os níveis, através da quantificação correcta das necessidades, da análise e discussão das requisições, assim como da distribuição atempada dos bens e produtos.

(ii) -Circuncisão Masculina

Em 2012, o Ministério da Saúde (MISAU) definiu uma estratégia nacional para a expansão da circuncisão masculina (CM) para o período 2013-17, com uma meta de 2 milhões de homens com idades compreendidas entre os 10 e os 49 anos de idade, no mesmo período. Foram definidas como prioritárias as províncias com menor prevalência de circuncisão e maior prevalência do HIV. Em 2013, foi formalmente constituído o Programa Nacional de Circuncisão Masculina.

A Figura 3 mostra o número consistentemente crescente de beneficiários no período 2011-15. O total de circuncisões realizadas desde o início do programa ascende a 652 274, correspondendo a 32% da meta estabelecida na estratégia nacional. Actualmente, o Programa está presente em oito províncias do país (com excepção de Niassa, Cabo Delgado e Inhambane). O número de unidades sanitárias onde é praticada a circuncisão, tem vindo a crescer consistentemente, totalizando 58 em 2015. Existem também seis unidades móveis.

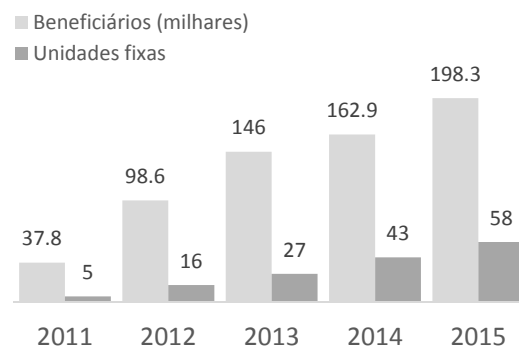


Figura 3. Beneficiários da circuncisão masculina e unidades fixas. Moçambique, 2011 a 2015

A distribuição dos beneficiários por idade mostra que 45% deles estão entre os 10 e os 14 anos de idade (Figura 4). O grupo 10-24 anos representa quase 90% do total. Constatam-se picos sazonais de afluência às unidades de CM, a meio de cada ano, durante a época seca e fria (Maio a Setembro).

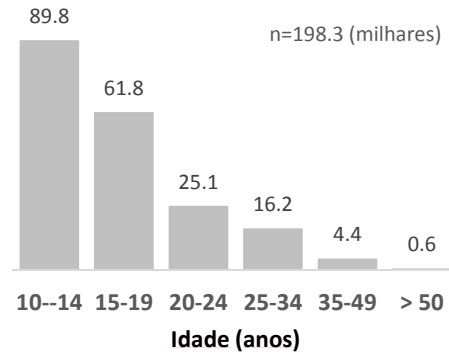


Figura 4. Beneficiários da circuncisão masculina por idade. Moçambique, 2015

Para além do mero acto cirúrgico de circuncisão, o Programa oferece em simultâneo um pacote de acções preventivas, incluindo aconselhamento e teste do HIV, detecção e tratamento de infecções de transmissão sexual sintomáticas, distribuição e promoção do preservativo, aconselhamento sobre a prevenção do HIV, incluindo a redução do risco e práticas de sexo seguro. Em 2015, foram testados para o HIV cerca de 124 mil utentes, dos quais foram positivos 1,9%.

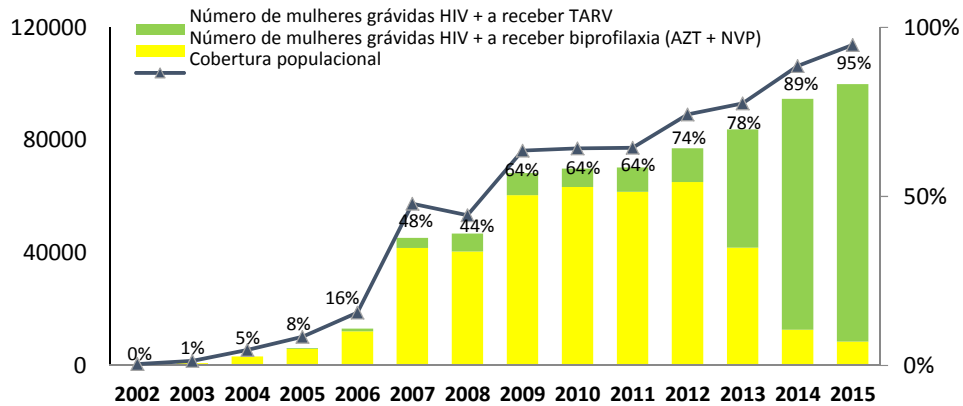
A experiência acumulada, sugere que a expansão do programa para os distritos longínquos das províncias deverá ser feita através de unidades móveis, baseadas numa unidade sanitária. Isto porque, a criação de unidades fixas implica a construção de infraestruturas, equipamento médico-cirúrgico, tratamento do lixo biomédico. São bem conhecidas as causas da dificuldade de materialização destas condições no país, especialmente em termos financeiros e de tempo de execução.

O Programa é financiado pelo CDC. As actividades são implementadas por parceiros, tendo a *Jhpiego* contribuído para o maior número de circuncisões realizadas. *ICAP* e *CHASS-SMT* são os outros implementadores.

(iii) Prevenção da Transmissão Vertical

Com o início da implementação da Opção B+ no país em 2013, prossegue de forma acelerada a expansão das US a oferecer Opção B+. De facto, nos finais de 2015 existiam 1288 unidades sanitárias (US) a oferecer PTV: destas, 926 US ofereciam a Opção B+ (72% das US com PTV) e 362 US ofereciam a Opção A, com uma cobertura de 91,5% das mulheres grávidas seropositivas em PTV recebendo TARV. Contudo, há ainda estrangulamentos na retenção destas mulheres na cascata da Saúde Materno-Infantil (SMI)/PTV.

A Figura 5 mostra a evolução da oferta de ARVs para PTV, no período 2002-15. É evidente um crescimento consistente do número de mulheres grávidas HIV-positivas em PTV, com uma taxa de cobertura de 94,8%, em 2015. É também bem evidente a crescente substituição do bi-profilaxia pela terapia tripla (TARV).



Fonte: Numeradores – MISAU; Denominadores – *Spectrum* (finalizado em Abril 2016)

Figura 5. Mulheres grávidas HIV-positivas a receber ARVs nas CPN, 2002-15

Entre 2011 e 2015, o crescimento da cobertura foi acima de 20%. Mas é a partir de 2013 que o crescimento se torna mais consistente, e é especialmente visível a introdução da Opção B+ com a oferta massiva do TARV.

A

Figura 6 mostra a evolução da cascata da Consulta Pré-Natal (CPN) no período 2014-15, incluindo o total de mulheres grávidas (MG) que se apresentaram na 1ª CPN, a percentagem daquelas que tiveram o seu sero-estado conhecido (seja por já ser conhecido antes da consulta ou por ter realizado teste para HIV na CPN), assim como a percentagem daquelas que foram diagnosticadas como positivas.

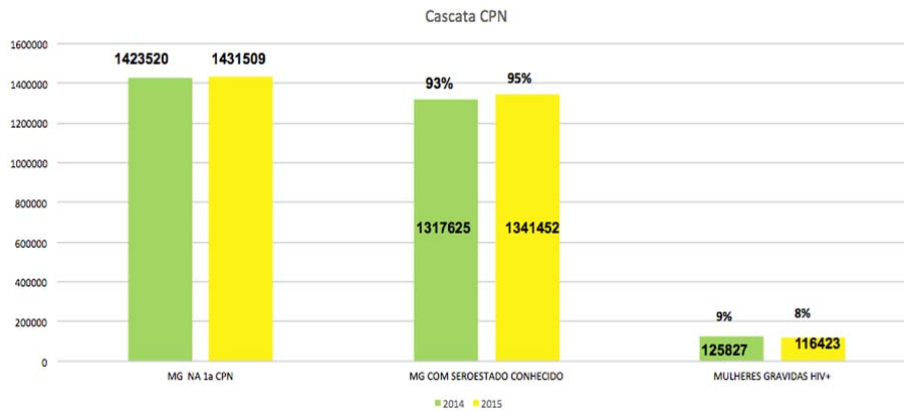


Figura 6. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas na 1ª CPN; Mulheres grávidas com sero-estado conhecido; Mulheres grávidas HIV-positivas, 2014-15

A Figura 7 mostra as intervenções de que as MG HIV-positivas beneficiaram, tais como profilaxia com cotrimoxazol, ARVs para PTV (TARV e bi-profilaxia) em 2014-15. A Figura 8 mostra a cascata da Maternidade, com o total de mulheres grávidas (MG) seropositivas, aquelas que recebem TARV e os recém-nascidos (RN) recebendo profilaxia com ARVs. É notório o crescimento desses parâmetros de 2014 para 2015.

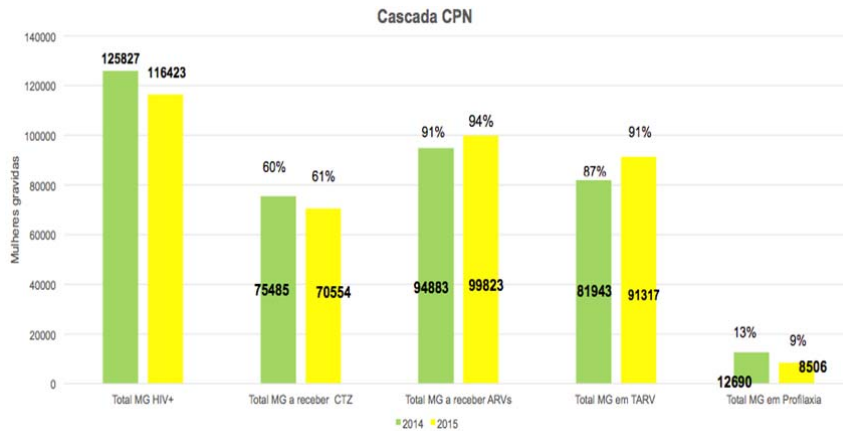


Figura 7. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas HIV-positivas; MG a receber CTZ; MG a receber ARVs; MG em TARV; MG em bi-profilaxia, 2014-15

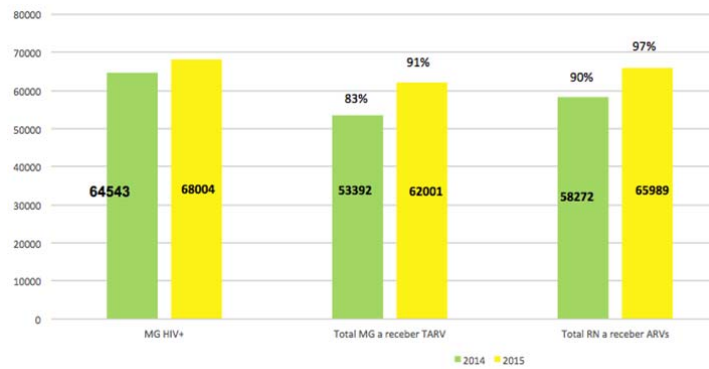


Figura 8. Cascada da Maternidade: Mulheres grávidas HIV-positivas; MG a receber TARV; MG a receber ARVs, 2014-15

Em Moçambique, o envolvimento dos parceiros das mulheres grávidas que frequentam as CPN é fraco na generalidade. Contudo, nas três províncias nortenhas, a percentagem de parceiros que foram testados em 2015 atinge níveis importantes: Nampula (72%), Cabo Delgado (64%) e Niassa (41%) (Figura 9). Nas províncias a sul do Zambeze, as percentagens são muito menores, desde um mínimo de 4% em Manica, a um máximo de 18% em Gaza.

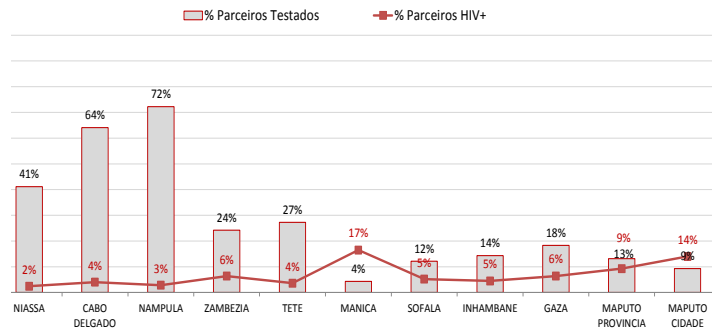


Figura 9. Parceiros de mulheres grávidas que frequentam as CPN: percentagem e seropositividade, por província, 2015

A percentagem de parceiros que se revelaram positivos para o HIV, oscila entre 2% em Niassa a 17% em Manica. Maputo Cidade e Maputo Província também registaram taxas elevadas: 14% e 9%, respectivamente. Nas restantes províncias, esta taxa oscilou entre 3% e 6%.

Assim se pode inferir que há necessidade de esforços adicionais para testagem de parceiros na zona sul, onde as suas taxas de seropositividade são mais elevadas, assim aumentando a probabilidade de identificação de parceiros positivos. Deste modo se poderão reduzir as novas infecções por HIV nas mulheres grávidas e lactantes, providenciando tratamento aos parceiros seropositivos das mulheres grávidas e lactantes seronegativas.

(iv) Diagnóstico precoce infantil

Quase todas as unidades sanitárias (US) públicas (98%) que oferecem PTV em Moçambique incluem no seu pacote a colheita de PCR (*Polymerase Chain Reaction*) DNA HIV para crianças expostas ao HIV, visando incrementar o diagnóstico precoce infantil (DPI). O país dispõe de cinco laboratórios de referência para o processamento de amostras de PCR DNA e carga viral: Nampula, Quelimane, Beira, Xai Xai e Maputo. Pouco menos de metade (44%) destas US (526) dispõe de impressora SMS.

A evolução da cobertura populacional total de PCR, e antes dos dois meses de idade, para o período 2012-15, está ilustrada na Figura 10 e na Figura 11.

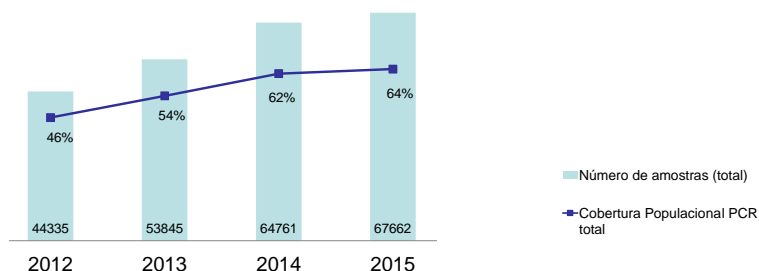


Figura 10. Cobertura populacional de PCR. Moçambique, 2012-2015

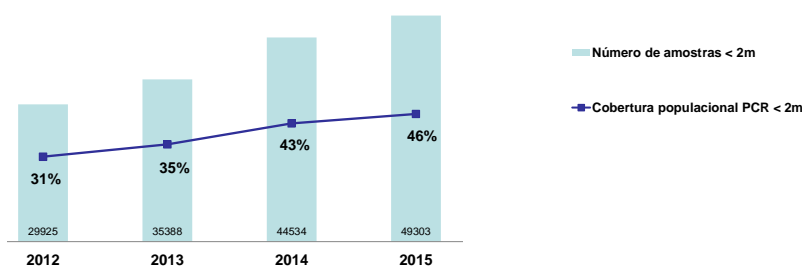


Figura 11. Cobertura populacional de PCR antes dos dois meses de idade. Moçambique, 2012-2015

Em 2015, a cascata do DPI mostra a taxa de 4% (1865) para PCR positivo no seio das quase 74 mil crianças expostas ao HIV que se apresentaram na Consulta da Criança de Risco (CCR), filhos de cerca de apenas 2/3 de todas as mulheres grávidas que atenderam as CPN (Figura 12). Este representa o elo mais fraco da cascata, com uma grande perda de oportunidades. Outra fraqueza notável é a relativamente baixa taxa de crianças expostas ao HIV que foram testadas com PCR antes das oito semanas de idade.

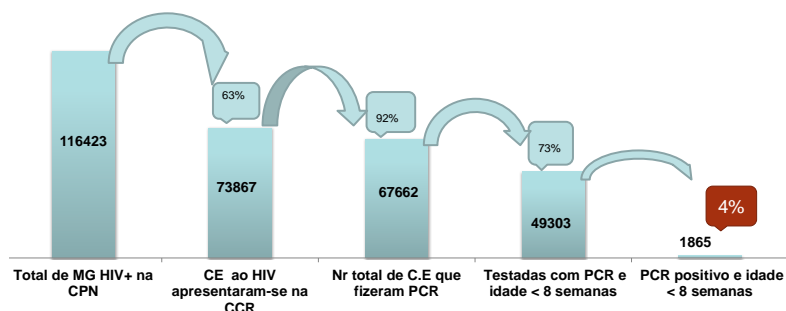


Figura 12. Cascata do DPI, 2015

A Figura 13 mostra os sucessos e os desafios do Programa de PTV do MISAU nos últimos anos: a elevada participação (91%) das mulheres grávidas na primeira CPN², e o facto de a quase totalidade (94,8%) daquelas que são seropositivas estarem a receber ARVs para PTV (91,5% delas em TARV) constituem os maiores sucessos.

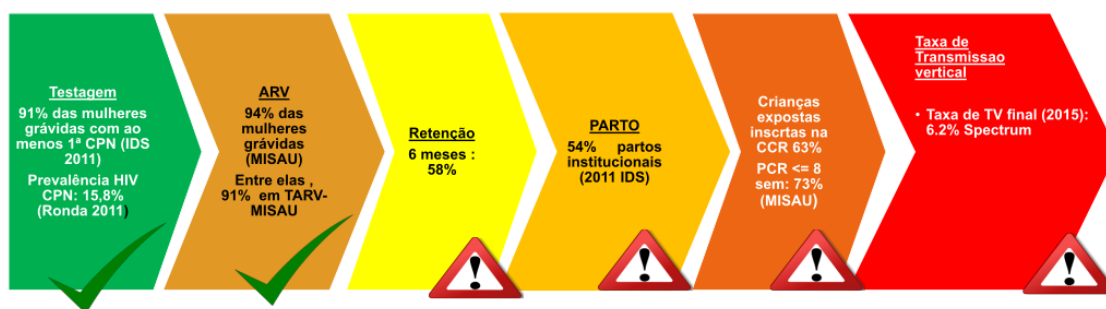


Figura 13. Sucessos e desafios da PTV em Moçambique, 2015

Contudo, a taxa de transmissão vertical estimada em 6,2% em 2015 ainda está aquém da meta traçada no Plano de Aceleração da resposta ao HIV do MISAU, de 2013, que preconizava a redução da taxa de transmissão do HIV de Mãe-para-Filho para 5%, até 2015.

Em 2015, havia cerca de 112,6 mil crianças infectadas por HIV em Moçambique (*Spectrum*, 2015). Isto deve-se a fraca retenção (58% aos 6 meses) das utentes em ARVs, baixa taxa de partos institucionais (54% em 2011), reduzida frequência (63%) das CCR pelas crianças expostas ao HIV, e baixa percentagem destas que são testadas com PCR antes das oito semanas de vida.

Esta colheita tardia de amostras de PCR e conseqüente atraso no início do TARV para estas crianças, aliada a deficiências na qualidade de colheita de amostras para PCR DNA HIV e do funcionamento dos laboratórios que processam as amostras para DPI, em conjunto com a fraca retenção acima referida, contribuem para que a taxa de transmissão vertical não tenha sido mais reduzida. A sobrecarga de trabalho a que estão submetidas as enfermeiras de SMI, as principais provedoras dos serviços de PTV, impede uma melhor qualidade dos serviços.

Como desafios do PTV, podem ser citados:

- Fortalecimento da adesão e retenção nos serviços de SMI/PTV, que está sendo abordado por meio da finalização da Estratégia de Comunicação no contexto do PTV e do mapeamento dos actores comunitários;

² Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF *International* (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

- Prevenção de novas infecções em mulheres em idade reprodutiva, que está sendo abordada pelo fortalecimento do envolvimento do homem e pelo tratamento para parceiros sero-discordantes;
- Prevenção de gravidezes indesejadas, abordada pela estratégia de integração de PF/HIV;
- Na área de DPI, +é necessário a melhoria da qualidade das amostras (refrescamento, supervisões de apoio), o aumento do acesso ao DPI e a melhoria Fluxo de amostras e resultados (site DPI);
- Realizar a avaliação da implementação do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical
- Melhorar a qualidade de testagem na SMI
- Reforçar a implementação na SMI do pacote da APSS/PP focado na SMI
- Aprovação do papel da Mãe mentora e revitalização do Grupo de Mãe para Mãe
- Treinamento de pessoal de SMI em Carga Viral e identificação de Falências Terapêuticas
- Suporte na implementação dos novos instrumentos de SMI

(v) Aconselhamento e Testagem

Em 2014 e 2015, foram realizados cerca de 5,7 e 6,6 milhões de testes de HIV, respectivamente, ultrapassando largamente as metas estabelecidas. A esmagadora maioria destes (81% e 87%, em 2014 e 2015, respectivamente) foi usada no âmbito do Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor (ATIP), e especialmente nas Consultas Pré-Natais. O Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente (ATIU) representou 8% e 10%, em 2014 e 2015, respectivamente. O Aconselhamento Comunitário representou 11% e 3% em 2014 e 2015, respectivamente.

A ligação entre os serviços de teste de HIV e os cuidados e tratamento ainda é deficiente, sendo apenas 67% e 62% dos diagnosticados inscritos nos cuidados de HIV, em 2014 e 2015 respectivamente.

O MISAU produziu uma nova directriz nacional para os serviços de teste do HIV, que contempla as respectivas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicadas em 2015. Nela se preconiza um esforço concentrado na procura de pessoas vivendo com o HIV e seu encaminhamento para os serviços de cuidados e tratamento.

Assim, definem-se grupos específicos e prioritários para o Aconselhamento e Testagem (AT): (i) mulheres grávidas e seus parceiros; (ii) crianças com idades compreendidas entre zero e dez anos, filhos de mães seropositivas e/ou com sintomatologia sugestiva de infecção por HIV; (iii) parceiros e filhos de pessoas vivendo com HIV (caso-índice); (iv) populações-chave - trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas que injectam drogas e reclusos; (v) população vulnerável - raparigas adolescentes e jovens dos 10-24 anos de idade, camionistas, mineiros, trabalhadores sazonais e casais sero-discordantes.

A implementação do ATIP também é regulamentada nesta directriz, definindo concretamente as condições da sua utilização como rotina, consoante os serviços que prestam o AT.

A directriz contém também orientações detalhadas relativas ao Aconselhamento Comunitário, incluindo as suas modalidades (fixa, móvel ou domiciliária) e os seus principais alvos: populações-chave e populações vulneráveis, parceiros e filhos de caso-índice e candidatos a circuncisão masculina voluntária.

Definem-se estratégias destinadas a garantir o seguimento e a continuidade dos serviços, incluindo a ligação dos serviços de AT com os serviços de cuidados e tratamento, através de medidas administrativas (abertura de processos, por exemplo), uso de educadores de pares/conselheiros ou seu equivalente, visitas domiciliárias, grupos de apoio de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), entre outras.

Estabelecem-se as normas relativas à formação/acreditação de provedores de saúde para as diferentes modalidades de AT, incluindo Conselheiros envolvidos no AT Comunitário.

A gestão da enorme quantidade de testes rápidos que estão a ser usados no país representa outro desafio que se propõe melhorar, nomeadamente através da operacionalização dos fluxos de gestão de testes rápidos, e de gestão de dados.

A qualidade da testagem é abordada como uma preocupação crescente que está a ser alvo de acções tendentes à sua melhoria, nomeadamente através da operacionalização dos núcleos provinciais de qualidade de testagem.

(vi) Infecções de Transmissão Sexual

O sector das infecções de transmissão sexual (ITS) foi recentemente alvo de uma avaliação profunda das actividades de prevenção e controlo das ITS: normas, gestão de medicamentos e insumos e monitoria e avaliação (M&A). A identificação dos pontos fortes, barreiras e oportunidades de reforço relacionados, foi outro objectivo da avaliação. As seguintes constatações constituíram a base para a avaliação:

- Prevalência elevada de sífilis em mulheres grávidas;
- Tendência a modificação da etiologia das principais síndromes ligadas às ITS;
- Crescente resistência da *N. gonorrhoeae* aos antibióticos;
- Prevalência elevada e o reconhecimento da importância das hepatites;
- Vulnerabilidade e prevalência das IST nas populações-chave.

Em termos de gestão programática, a avaliação constatou como pontos fortes, a integração das ITS no programa de HIV e SIDA, a existência de instrumentos de recolha de dados e reporte da informação, assim como normas e orientações. A principal barreira identificada foi a forte dependência de financiamento externo.

Relativamente à oferta de serviços prevenção, cuidados e tratamento, foram identificados os seguintes pontos fortes:

- Disponibilidade e oferta de preservativos;
- Vacina pentavalente utilizada de rotina na CCS (Hepatite B);
- Implementação feita por profissionais de saúde treinados;
- Procura de cuidados nas US por parte dos utentes.

E as seguintes barreiras:

- Fraca testagem dos pacientes com ITS para o HIV
- Ausência de testagem e vacinação para Hepatite B para grávidas e populações chave
- Fluxogramas diferentes da abordagem sindrómica das ITS
- Aderência aos fluxogramas pelos profissionais de saúde não é consistente e os mesmos nem sempre estão disponíveis nas salas de consulta
- Pouca atenção a populações-chave
- Indisponibilidade de livros de registo em todas as portas de atenção
- Importante subnotificação devido as lacunas no registo da informação

A avaliação incluiu também os sectores de Farmácia e Laboratório e faz recomendações a serem implementadas aos vários níveis.

As infecções de transmissão sexual (ITS) continuam a ser geridas na base da *abordagem sindrómica*, nas unidades sanitárias públicas do país.

A **Error! Reference source not found.** mostra o número de casos de ITS diagnosticados e tratados no período 2011-15. Para 2014 e 2015, estes valores equivalem a cerca de 60% e 70% respectivamente, das metas previstas.

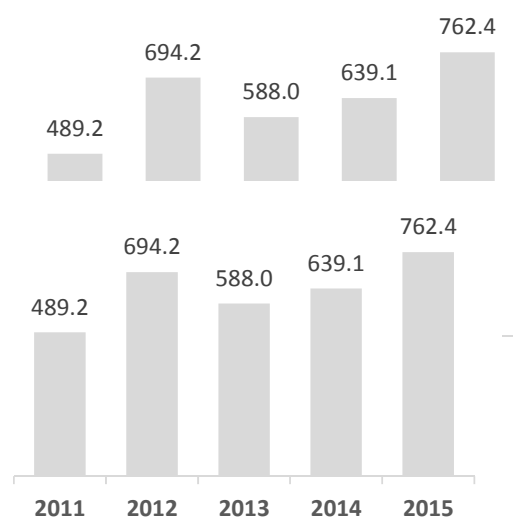


Figura 14. Número de caso de ITS diagnosticados e tratados. Moçambique, 2011 - 2015

Constata-se um fraco registo destes casos nas unidades sanitárias, assim como anomalias na compilação das estatísticas dos sectores com serviços ITS, pelos que estes dados devem ser considerados insuficientes. Em 2015, a esmagadora maioria (85%) dos casos diagnosticados refere-se a homens, sendo apenas cerca de 100 000 as mulheres a quem foi feito este diagnóstico (Figura 15). Mais de metade dos casos (60%) representam indivíduos com mais de 25 anos de idade, enquanto aqueles com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos contribuem para 38% das ITS diagnosticadas.

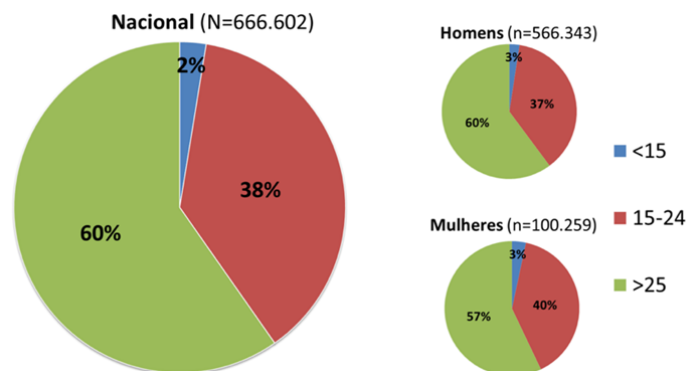


Figura 15. Número de casos de ITS diagnosticados por sexo e idade. Moçambique, 2015

Em 2015, 59% das cerca de 1 400 000 mulheres que frequentaram as CPN foram testadas para sífilis (826 mil) (Figura 16). Isto representa um crescimento importante em relação a anos anteriores. A sero-prevalência média da sífilis em mulheres grávidas atendidas nas Consultas Pré-Natais foi de 4%, em 2015. As províncias nortenhas continuam a registar taxas superiores à média (Cabo Delgado e Zambézia apresentam as mais elevadas: 10% e 6%, respectivamente), tal como em anos anteriores.

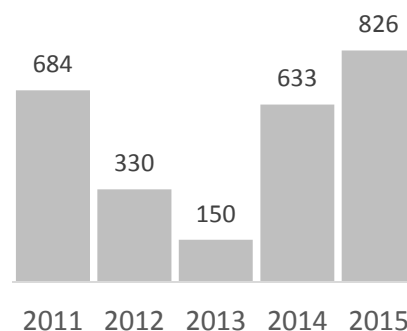


Figura 16. Mulheres grávidas testadas para sífilis na CPN (milhares), 2011-15

(vii)S

segurança do sangue

A segurança do sangue é assegurada pelo *Programa Nacional de Transfusão de Sangue (PNTS)*, que coordena e supervisa todas as actividades relacionadas com as transfusões de sangue no país. O Serviço Nacional de Sangue foi aprovado pelo governo em finais de 2015. Aguarda-se a nomeação do novo corpo directivo e a aprovação dos estatutos.

A Figura 17 mostra a evolução do número anual de doações de sangue, no período 2011-15, evidenciando uma relativa estabilidade ao longo dos últimos anos. A taxa de doações voluntárias vs. doações familiares regista um crescimento a favor das doações familiares (51%, 56% e 60%, em 2011, 2012, e 2013, respectivamente), o que reduz a segurança do sangue.

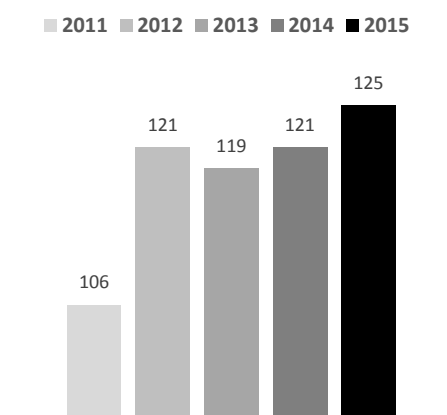


Figura 17. Doações de sangue anuais, Moçambique, 2011-15 (milhares)

A Tabela 5 traduz os resultados da rotina do rastreio de infecções transmissíveis através das transfusões.

Tabela 5. Percentagem de marcadores infecciosos nas doações de sangue, 2011-15

	2011	2012	2013	2014	2015
HIV	5.8	6	6	5.2	4.9
Sífilis	1.4	9	2	3.3	3.8
Hepatite B	4.5	4.6	3.6	4	4
Hepatite C	0.9	0.7	0.5	0.6	0.7

Com excepção do HIV, todos os outros marcadores registam um aumento da sero-prevalência nos últimos dois anos, apesar dos esforços do PNTS para uma selecção rigorosa dos dadores. O PNTS implementa sistemas de gestão da qualidade laboratorial, em todos os bancos de sangue de nível central e provincial.

O Centro de Referência Nacional de Sangue, criado em 2013 pelo PNTS, ainda não está completamente operacionalizado. Presentemente, este Centro é responsável pela colheita, testagem

do sangue, produção de hemo-componentes e distribuição sangue aos hospitais José Macamo, Mavalane e Provincial de Maputo.

São os seguintes do desafios do PNTS:

- Garantir qualidade no processo de testagem de sangue para rastreio de infeções transmissíveis via transfusão de sangue (HIV, Hepatites B e C).
- Desenvolvimento de estratégias de mobilização
- Informatização dos bancos de sangue

3.3.2 Cuidados, tratamento e apoio

(i) Tratamento Antirretroviral

Em 2011, o número de unidades sanitárias (US) oferecendo tratamento antirretroviral (TARV) no país era inferior a 300. Quatro anos depois, nos finais de 2015, este número tinha mais que triplicado (937). Isto representa um incremento na cobertura de serviços TARV no Serviço Nacional de Saúde para o período 2011-15, de 18 para 65 por cento (Figura 18). Assim foi largamente ultrapassada a meta proposta no Plano de Aceleração do programa de HIV, de 707 US a oferecer TARV em 2015. A Figura 19 ilustra a expansão geográfica dessas US no período 2011-15.

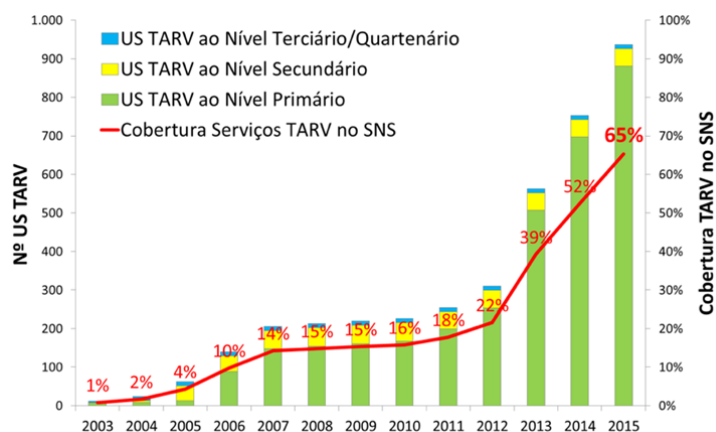


Figura 18. Evolução do Número de US TARV. Moçambique, 2003- 2015

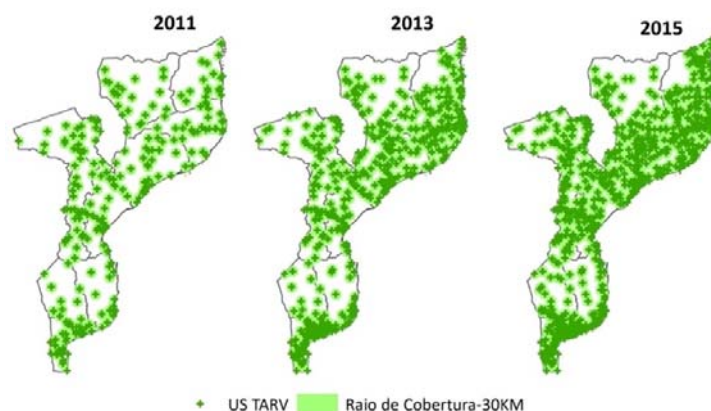


Figura 19. Expansão geográfica das US oferecendo TARV. Moçambique, 2011- 2015

Em paralelo, o número de beneficiários do TARV também conheceu um crescimento exponencial, de menos de 300 mil em 2011 para mais de 800 mil em finais de 2015, o que corresponde a uma cobertura do TARV entre PVHIV equivalente a 53% (Figura 20).

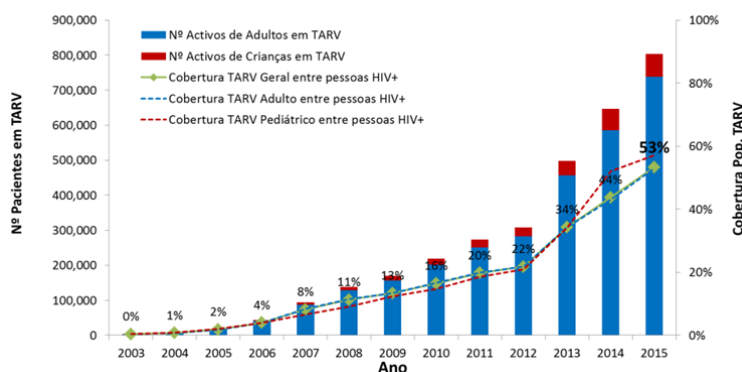


Figura 20. Evolução de beneficiários do TARV (crianças e adultos) e cobertura TARV entre PVHIV, 2003-2015

Deve notar-se que a distribuição geográfica dos beneficiários do TARV é ainda muito desigual, sendo maioritários na região Sul (cerca de 45% do total de beneficiários), e especialmente na cidade e província de Maputo, assim como nas capitais provinciais, onde a oferta do TARV se iniciou vários anos antes do recente crescimento explosivo. Em resultado disso, cerca de 75% dos actuais beneficiários do TARV estão concentrados em cerca de 20% das US que oferecem TARV.

A retenção em TARV continua a ser o calcanhar de Aquiles do Plano de Aceleração da resposta. Na realidade, menos de metade dos beneficiários ainda continua a receber tratamento ao fim de 3 anos. A Figura 21 ilustra esta situação, onde se nota também que cerca de 1/3 dos beneficiários já abandonou o tratamento ao final de um ano.

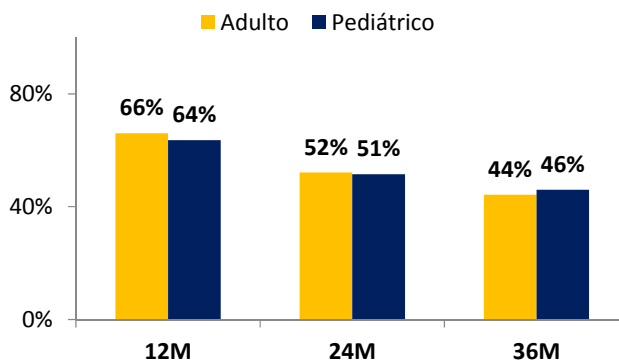


Figura 21. Retenção em TARV aos 12, 24 e 36 meses. Moçambique, 2015

Estes valores estão muito aquém das metas estabelecidas no Plano de Aceleração para o ano 2015: 70% aos 36 meses e 84% aos 12 meses. A logística relativa aos ARVs representa um desafio de proporções crescentemente exorbitantes, em correspondência ao explosivo incremento de beneficiários.

Os regimes terapêuticos do TARV presentemente oferecidos resumem-se essencialmente ao TDF+3TC+EFV - cerca de $\frac{3}{4}$ dos beneficiários – e o AZT+3TC+NVP – 20% - sendo os restantes 5% representados por uma variedade de outros regimes diversos (Figura 22).

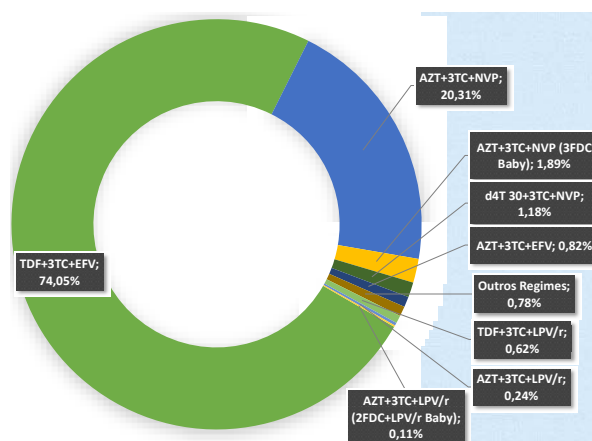


Figura 22. Regimes terapêuticos do TARV. Moçambique, 2015

Naturalmente que a gestão dos stocks de ARVs se torna problemática, levando a situações de difícil resolução, nomeadamente excessos de stock de alguns ARVs (especialmente de 2ª linha) para períodos de 2-3 anos, devido a previsões que se revelaram incorrectas, obrigando eventualmente a cancelamentos ou atrasos de embarques programados.

(ii) CD4 e carga viral

A rede laboratorial do país dispõe de 57 instrumentos convencionais para contagem de CD4 e 256 instrumentos *Point-of-Care Pima CD4* (para contagem de células CD4 à periferia). Em 2015, os instrumentos *Pima* cobriam cerca de $\frac{1}{4}$ da testagem CD4 (em 2011 cobriam 4% apenas). Em 2013,

forma feitos cerca de 850 mil testes para contagem de CD4. Em 2015, este número cresceu para cerca de 1,1 milhão. A taxa de rejeição de amostras é muito elevada: 21%.

O MISAU publicou em 2015, uma directriz para a implementação da carga viral (CV) em Moçambique. Deste modo, com a expansão massiva do tratamento, almeja-se padronizar uma metodologia de seguimento de beneficiários do TARV, que permita a identificação de falências terapêuticas. O uso do teste de CV oferece uma indicação mais precisa da falência ao TARV e da necessidade de mudança para segunda linha.

A directriz estabelece como objectivo a longo prazo o uso do teste de carga viral de forma rotineira em todos os beneficiários do TARV. Define os objectivos específicos da directriz, e inclui os critérios para requisição de análise de CV. Em 2015, foram constituídas equipas provinciais (com excepção de Niassa, Cabo Delgado e Manica) para promoverem e monitorarem o uso da carga viral, para o que receberam uma formação específica. Presentemente, existem no país seis laboratórios com capacidade para processar amostras para CV. A Figura 23 mostra a sua localização, assim como as respectivas províncias beneficiárias. Em 2015, foram feitos 160 mil testes da carga viral.



Figura 23. Localização geográfica dos laboratórios com capacidade para processar amostras para CV e respectivas províncias beneficiárias

Os constrangimentos enfrentados na implementação do plano de carga viral incluem:

- Constrangimentos clínicos: fraca capacidade de criação de demanda e incumprimento dos critérios de testagem
- Constrangimentos laboratoriais: dificuldades com o fornecimento de reagentes e consumíveis; avarias constantes dos equipamentos; e altas taxas de rejeição das amostras.

(iii) Co-gestão do tratamento da TB e do TARV

Os Programas Nacionais de Controlo de ITS-HIV e SIDA (PNC ITS-HIV e SIDA) e da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde, partilham as responsabilidades de realização das suas actividades colaborativas.

Serviços de TB prestados pelo Programa de HIV

Continuou a registar-se um fraco rastreio da Tuberculose por parte do PNC ITS-HIV e SIDA, em 2014-15. A meta nacional de 89% preconizada no Plano de Aceleração para 2015, ficou longe de ser alcançada (54%) (Tabela 6), o que oferece evidências de que estas perdas de oportunidades requerem uma atenção especial.

Em contrapartida, foi alcançada a meta do Tratamento Profilático com Isoniazida (TPI) proposta no Plano de Aceleração (45%). Apesar disso, regista-se a fraca provisão de TPI e seguimento dos respectivos casos.

Tabela 6. Rastreamento de TB e Profilaxia TPI dos casos HIV-positivos, 2011-15 (%)

	2011	2012	2013	2014	2015
Rastreamento TB	88	67	50	65	54
Profilaxia TPI	15	-	17	29	45

Fonte: MISAU, SAPR 2015

Serviços de HIV prestados pelo Programa de TB

A Tabela 7 oferece um panorama geral da situação relativa à Tuberculose (TB) em Moçambique, no período 2011-15, no que se refere à taxa de incidência, taxa de notificação de todas as formas de TB e número de casos notificados de TB resistente a multidrogas. Nota-se uma variação ligeira de todos os parâmetros ao longo dos anos, mas pouco significativa.

Tabela 7. Indicadores relativos à TB. Moçambique, 2011-15

	2011	2012	2013	2014	2015
Taxa de incidência da TB*	548	551	551	551	-
Taxa de notificação de todas as formas de TB*	-	214	219	233	237
Nr. de casos notificados de TB resistente a multidrogas	146	213	313	482	644

* (/100 000 pessoas)

O Programa de TB estabeleceu a rotina de testar para o HIV todos os seus doentes. A Figura 24 ilustra a evolução anual do número de casos de TB detectados, testados para o HIV, co-infectados, e aqueles que recebem TARV, no período 2011-15.

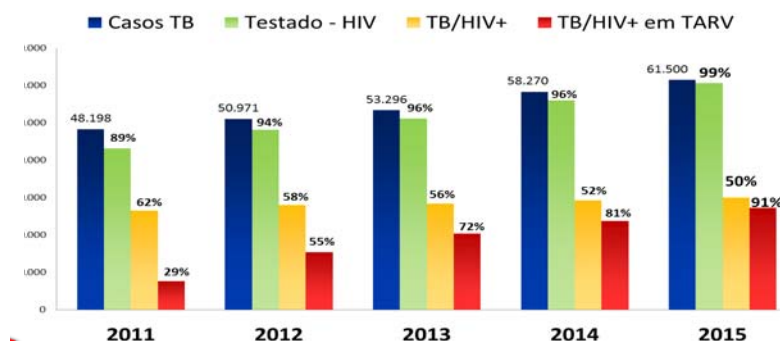


Figura 24. Número de casos de TB detectados, testados para o HIV, co-infectados, e aqueles que recebem TARV, 2011-15

Todos estes parâmetros têm vindo a crescer consistentemente ao longo dos anos. Constitui excepção a percentagem de co-infectados, que tem vindo a decrescer ligeiramente.

É notória a testagem da quase totalidade dos casos de TB detectados, especialmente em 2015, em que este valor atingiu os 99%, assim alcançando a meta proposta no Plano de Aceleração da

resposta ao HIV. É também digna de menção a elevada percentagem de casos de co-infecção que iniciaram TARV. Este sucesso é resultado da implementação do modelo de *Paragem Única* em todas as unidades que oferecem TARV.

Implementação do GeneXpert

O país dispõe actualmente de 42 instrumentos para teste de *Genexpert*. Em 2015, foram realizados 33,5 mil testes, com uma taxa de utilização média de 140 teste/mês, por instrumento.

Principais desafios

A disponibilização regular de medicamentos anti-TB consta entre os desafios do PNCT, que continua a registar esporadicamente roturas de stock a nível da Unidade Sanitária, embora reduzidos. Isto é devido principalmente a problemas no processo de distribuição (requisição por parte das províncias e aviamento por parte dos depósitos provinciais e distritais).

(iv) Cuidados domiciliários

Está em curso a elaboração de uma directriz nacional para os Cuidados Domiciliários, em resultado da necessidade de o MISAU realinhar a área de Cuidados Domiciliários, face às transformações na sua natureza, após a massificação do tratamento. Foi identificado um cenário de proliferação de variados formatos de recolha de dados e implementação de actividades.

Foi também constatada a existência de muitas partes interessadas na área dos Cuidados Domiciliários (ONG nacionais, estrangeiras, associações de base comunitária, organizações de cooperação bilateral, multilateral, unidades sanitárias), nem sempre adoptando abordagens convergentes.

(v) Populações-chave

Inquérito biológico e comportamental integrado entre PID

Em 2015, foram divulgados os resultados preliminares – as taxas ainda não foram validadas - do primeiro inquérito biológico e comportamental (*IBBS- Integrated Biological and Behavioral Survey*) entre Pessoas que Injectam Drogas (PID)³.

Foi o primeiro a ser realizado no país no seio de PID e faz parte de um conjunto de cinco inquéritos conduzidos no seio de grupos de alto risco para o HIV em Moçambique, entre 2011 e 2014. Os primeiros quatro – trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens, trabalhadores Moçambicanos nas minas da África do Sul e Camionistas de longo curso.

O presente estudo tinha como objectivo:

- Estimar a prevalência do HIV, do vírus da hepatite B (HBV) e do vírus da hepatite C (HCV);
- Estimar o tamanho da população de PID;
- Identificar os comportamentos de risco associados ao HIV;
- Avaliar a utilização e o acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde entre as PID.

³ Inquérito Integrado Biológico e Comportamental em Pessoas que Injectam Drogas (PID). Maputo: MISAU, Instituto Nacional de Saúde; 2015.

Os participantes do inquérito foram recrutados através da amostragem por cadeia de referência (*Respondent driven sampling*, RDS), uma metodologia amplamente usada em populações-chave consideradas de alto risco para a infecção pelo HIV e ITS, que são de difícil acesso.

Eram elegíveis para participar no inquérito homens e mulheres com 18 ou mais anos de idade, que residiram, trabalharam ou socializaram na área do inquérito nos 12 meses anteriores ao inquérito, que tivessem injectado droga sem prescrição médica naquele período, ou alguma vez em sua vida. Para participar era preciso dar o consentimento informado.

Foram inscritos no inquérito 353 PID em Maputo e 139 em Nampula, entre Setembro de 2013 a Março de 2014. Os participantes que consentiram, responderam a uma entrevista, deram uma amostra de sangue para efeitos de testagem de vigilância (no laboratório central do Instituto Nacional de Saúde) e tiveram a oportunidade de fazer o teste rápido de HIV e Hepatite B e Hepatite C com resultado imediato no local do inquérito.

Todos os participantes com qualquer resultado positivo no teste rápido foram referidos para uma unidade sanitária seleccionada pelos investigadores do inquérito com equipas formadas para os receber.

A prevalência de HIV entre as PID foi de 50,3% em Maputo e 36,9% em Nampula, as duas áreas urbanas do país onde decorreu o inquérito. A prevalência de HIV entre as PID de cada área urbana aumenta significativamente por cada faixa etária. Na faixa etária de 35 ou mais anos de idade, atingiu 73,1% em Nampula.

A prevalência do vírus da hepatite B (HBV) entre as PID foi de 32,1% em Maputo e 36,4% em Nampula. Enquanto a prevalência do vírus da hepatite C (HCV) foi de 44,6% em Maputo e 7,0% em Nampula.

Estimativa do Tamanho da População de PID

Com base na mediana de quatro metodologias para cálculo do tamanho da população, estimamos que 0,22% da população de Maputo injecta drogas (1684 PID) e que 0,17% da população de Nampula injecta (520 PID).

Descrição demográfica

Em Maputo, a maior parte das PID (54,4%) estava na faixa etária dos 25 aos 34 anos de idade, enquanto em Nampula, 42,6% estava na faixa etária dos 24 ou menos anos de idade. Sendo que 92,9% são do sexo masculino, em Maputo e 97,0%, em Nampula.

A grande parte, 65,4% e 49,7% das PID eram solteiras ou nunca tinham casado em Maputo e Nampula, respectivamente. Em relação ao nível de escolaridade, um número elevado das PID havia atingido o nível secundário ou superior, sendo 43,0% e 71,6% em Maputo e Nampula, respectivamente

A maior parte das PID nas duas áreas do inquérito falavam a língua portuguesa, 71,4% em Maputo e 67,6% em Nampula. Em Maputo e Nampula, respectivamente, 99,8% e 96,7% das PID, eram moçambicanas. Viviam na província do inquérito, 99,9% de Maputo e 97,6% de Nampula.

Características do consumo de drogas

Em Maputo, 61,9% e em Nampula 19,5% das PID consomem drogas injectáveis diariamente. A heroína é a droga mais injectada entre as PID (81,3% Maputo e 73,0% Nampula). Mais de quatro em cada 10 PID (50,3% em Maputo e 42,4% em Nampula) partilharam agulhas ou seringa alguma vez na sua vida. Uma em cada quatro PID partilhou seringas no mês anterior ao inquérito.

Características das relações sexuais

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 30,4% dos homens que injectam drogas em Maputo e 60,3% em Nampula tiveram duas ou mais parceiras sexuais ocasionais. Entre as mulheres que injectam drogas em Maputo, 40,5% teve dois ou mais parceiros sexuais neste período, não foi possível avaliar o comportamento sexual nas PID em Nampula devido ao tamanho de amostra.

Entre as PID que tiveram relações sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito, 47,6% em Maputo e 70,9% em Nampula não usou o preservativo da última vez que teve sexo.

Uso de serviços de prevenção e saúde

Nos 12 meses anteriores à realização do inquérito, 90,5% das PID em Maputo e 59,2% em Nampula não teve contacto com educadores de pares ou activista de HIV.

Uma em cada quatro PID em Nampula recebeu alguma vez tratamento para *overdose*, substituição de drogas ou programa de destoxificação contra 2,5% em Maputo.

Três em cada 10 PID em Maputo e quatro em cada 10 em Nampula nunca fez o teste de HIV. Entre as PID em Maputo que alguma vez haviam recebido um resultado positivo ao fazer o teste de HIV, metade está a fazer TARV e 26,1% partilhou seringas nos últimos 30 dias.

Experiência com discriminação

Nos 12 meses anteriores ao inquérito, 7,9% e 32,6% das PID em Maputo e Nampula teve alguma experiência de discriminação. Nos mesmos locais, respectivamente 72,2% e 42,6% das PID, foi preso alguma vez.

Recomendações

Os resultados do estudo demonstram a necessidade da implementação de um pacote compreensivo de programas de Redução de Danos (*Harm Reduction*) para a prevenção, cuidados e tratamento de HIV e hepatites entre as PID em Moçambique.

Directriz para integração dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV e SIDA para as populações-chave no sector da saúde

Em 2015, o MISAU publicou uma directriz regulamentando a integração dos serviços a oferecer às populações-chave (prevenção, cuidados e tratamento do HIV) no sector da Saúde.

Os objectivos principais da directriz são:

- Promover o acesso a serviços de saúde de qualidade para as populações-chave;
- Consolidar as estratégias de humanização dos serviços de saúde para a oferta de serviços livres de discriminação e estigma;
- Assegurar a integração de serviços amigáveis e abrangentes para os grupos de alto risco nas unidades sanitárias do país;
- Fortalecer a ligação efectiva entre os diferentes serviços oferecidos pelas unidades sanitárias, e entre o sector saúde e os serviços comunitários;
- Assegurar o acesso a testagem para o HIV e aos cuidados e tratamento.

As populações-chave são definidas como:

- Mulheres trabalhadoras do sexo (MTS): mulheres que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, seja ocasionalmente ou regularmente.
- Homens que tem sexo com homens (HSH): todos os homens que tem relações sexuais com outros homens.

- Pessoas que injectam drogas (PID): pessoas que injectam psicotrópicos por razões não terapêuticas, por qualquer via de injeção.
- Reclusos: todos os detidos em justiça criminal e serviços penitenciários, durante o período de investigação do crime, enquanto aguarda julgamento, condenado, antes e depois da sentença.

As intervenções do sector saúde preconizadas na directriz incluem acções a vários níveis: comportamentais, biomédicas e estruturais. Estabelece-se um pacote mínimo de serviços:

- Oferta de aconselhamento e testagem para o HIV
- Aconselhamento para práticas seguras
- Rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS
- Rastreio de TB
- Cancro do colo do útero e da mama/rastreio de carcinoma da próstata
- Oferta de preservativo/lubrificante
- PPE: violência sexual
- Pacote de VBG
- Oferta de um método de PF
- Convite ao parceiro(a)
- TARV (CD4<500)

O pacote mínimo é oferecido:

- Nas US definidas pelas províncias como sendo prioritárias;
- Todas as populações-chave (MTS, HSH, PID, Reclusos)
- TARV deve ser oferecido de acordo com as normas para população geral (CD4<500)

Está previsto também um pacote completo, que inclui o pacote mínimo adicionado de TARV universal, a ser implementado de forma faseada, com início em 20 US, localizadas nos *hot spots* e nos corredores rodoviários, destinado apenas a MTS e HSH.

As principais orientações contidas na directriz são:

- Integração nos Serviços de Saúde;
- Abordagens de identificação ao nível da US e da comunidade;
- Inclusão de informação e orientação para população prisional;
- M & A: SESP irá apoiar na análise da informação

(vi) Apoio psicossocial e prevenção positiva

Em 2015, dentre os cerca de 300 000 utentes inscritos em pré-TARV depois de diagnosticados, 44% receberam acolhimento em apoio psicossocial e prevenção positiva (APSS/PP) e 34% receberam aconselhamento pré-TARV. Receberam seguimento de adesão 30% dos cerca de 800 mil beneficiários do TARV; destes, 23% receberam o pacote completo de Prevenção Positiva. Continua a constatar-se um registo deficiente das actividades de APSS e PP nas unidades sanitárias. Igualmente, o empenho dos clínicos nestas actividades é fraco. Em 2015, foi publicada uma directriz nacional de APSS/PP.

(vii) Órfãos e outras crianças vulneráveis

O PEN IV traça assim o panorama trágico da situação das crianças órfãs e vulneráveis em Moçambique: “dados da UNICEF apontam que o país conta com um milhão e 200 mil crianças órfãs e outras 600 mil em situação considerada vulnerável. Deste horizonte, os dados dão conta que somente 13 mil crianças se encontram em centros de acolhimento institucional. Os números apontam para 24 mil famílias chefiadas por crianças, estimando-se, ao mesmo tempo, que pelo menos 5 mil

crianças vivem na rua, incluindo raparigas transitando para a adolescência, o que as torna mais vulneráveis à exploração, à prostituição e abuso e, por conseguinte, às ITS e, particularmente, ao HIV”.

O Ministério do Género, Criança e Acção Social tem como atribuições, entre outras, a protecção e materialização dos direitos da criança, visando o seu desenvolvimento integral, assim como a assistência social a pessoas e agregados familiares em situação de pobreza e de vulnerabilidade, incluindo crianças.

No âmbito da mitigação do impacto do HIV, foi assegurada, em parceria com as organizações não governamentais e da sociedade civil, a provisão de serviços básicos a crianças órfãs e vulneráveis. Neste contexto, foi prestada assistência a mais de 270 mil e 204 mil crianças, em 2014 e 2015, respectivamente, a nível das comunidades, igualmente repartidas por ambos os sexos.

Esta assistência traduz-se na provisão de alimentação, vestuário, material escolar e integração no ensino, assistência médica e medicamentosa, apoio psicossocial e apoio legal, e habitação.

Os agregados familiares chefiados por crianças de 12 a 18 anos, são contempladas pelo Programa de Apoio Social Directo que consiste em transferências sociais para um apoio prolongado em espécie, destinado a fazer face a situação de choques que agravam o grau de vulnerabilidade de pessoas ou agregados familiares em situação de pobreza e sem meios próprios para satisfazer as suas necessidades básicas.

Em 2014 e 2015, este apoio beneficiou 7,355 e 7,390 agregados chefiados por crianças, respectivamente.

No âmbito de atendimento à criança desamparada, e com vista a garantir que cada criança cresça numa família e num ambiente são e harmonioso, foram reunificadas em famílias biológicas e em famílias de acolhimento, 1 295 crianças e 1 564 crianças, em 2014 e 2015, respectivamente, igualmente repartidas por ambos os sexos.

Em 2015, foi realizada uma reunião nacional do Núcleo multisectorial para Crianças Órfãs e Vulneráveis.

4. Boas práticas

4.1 Melhoria da retenção em TARV na PTV, Gaza

Um bom exemplo da melhoria da retenção em TARV no seio das grávidas e lactantes vem da província de Gaza, através do uso de um programa de desenvolvimento da liderança, denominado Liderança, Gestão e Governação, destinado a obter melhores resultados de saúde.

Este programa representa um processo experimental de aprendizagem e melhoria do desempenho em ciclos de seis meses que potencializa as pessoas de todos os níveis de uma organização a aprender as práticas de liderança, gestão e governação, enfrentar desafios e alcançar resultados mensuráveis usando uma ferramenta principal: o modelo do desafio.

A iniciativa surgiu na sequência da constatação de que, apesar de a situação da Província em PTV em 2014 ser muito boa em termos de testagem das gestantes/lactantes (99%), oferta de Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol (96%) e oferta de TARV nas CPN (99%), a retenção em TARV aos seis meses (65%) e aos 12 meses (55%) estava em níveis muito baixos.

O programa foi implementado nos dois distritos com retenção mais baixa da província, aos 12 meses: Xai Xai (48%) e Chibuto (45%). Foram envolvidas 24 pessoas de seis US, incluindo Médico e Técnicos médios (Técnico de Medicina, de Farmácia, de Laboratório), Enfermeira de SMI, e conselheira.

Estas pessoas foram expostas a quatro oficinas de trabalho com o objectivo de aprender e aplicar nas US as práticas de liderança, gestão e governação, e desenvolver e implementar um plano de acções prioritárias que respondam aos maiores obstáculos que identificaram.

Foram identificados os principais obstáculos:

- A nível das gestantes/comunidade: estigmatização, discriminação, Informação, Educação e Comunicação inadequadas sobre HIV e PTV, falta de envolvimento comunitário, fraco envolvimento do parceiro, medo de perder o lar;
- A nível dos Provedores: fraco aconselhamento, problemas de atitudes, qualidade do atendimento, registo incompleto de dados, problema de coordenação entre os serviços duma US;
- A nível dos procedimentos: deficiente fluxo dos processos clínicos.

As intervenções principais incidiram em:

- Melhoria do aconselhamento (espaço, tempo, conteúdo);
- Formação de grupos de mães para mães;
- Convidar outros membros da família para as consultas;
- Busca activa via telemóvel e visitas domiciliares logo que há atrasos ou faltas;
- Envolvimento dos líderes comunitários, dos comités de saúde para apoiar na sensibilização;
- Reorganização e repartição de tarefas a nível da equipe da US;
- Melhoria da arrumação dos processos, do registo, da compilação dos dados.

Os resultados mensuráveis em termos de retenção em TARV no seio de gestantes e lactantes que frequentam as consultas de SMI de seis US de dois distritos, estão resumidos na Tabela 8. Pode notar-se uma importante melhoria da retenção aos três e aos seis meses, antes e depois da intervenção.

Tabela 8. Retenção em TARV no seio de gestantes e lactantes aos 3 e aos 6 meses, antes e depois da intervenção

	DISTRITO DE XAI XAI			DISTRITO DE CHIBUTO		
	CS J. NYERERE	CS CHONGOENE	HR CHICUMBANE	CS CHAIMITE	CS MALEHICE	HR CHIBUTO
Situação inicial 3 meses	100%	82%	74%	72%	76%	77%
Situação inicial 6 meses	59%	78%	54%	55%	53%	64%
Coorte Maio-Julho 2015	23	28	64	24	30	113
aos 3 meses (avaliação de Agosto a Outubro 2015)	96%	96%	75%	100%	100%	92%
aos 6 meses (avaliação de Novembro 2015 a Janeiro 2016)	96%	93%	66%	100%	100%	87%

Outros resultados obtidos em consequência da intervenção:

- Melhor clima de trabalho na US;
- Trabalho de equipe com uma visão comum partilhada, equipe mais coesa e solidária;
- Melhor distribuição das tarefas;
- Mudanças de postura, de atitudes dos provedores (colaboração, comprometimento e alinhamento);

- Satisfação dos clientes.

Os benefícios do programa podem resumir-se na melhoria:

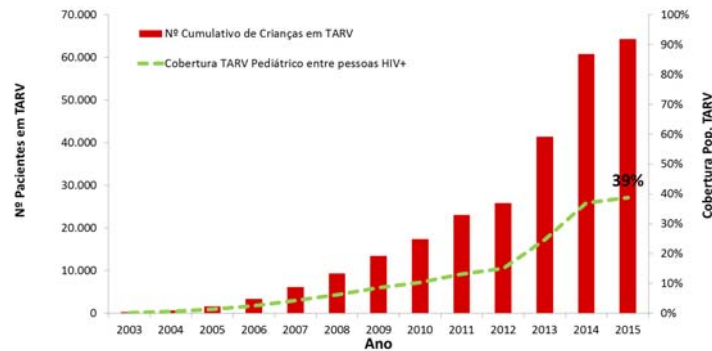
- Dos resultados de saúde;
- Das habilidades de liderança (como alinhar, mobilizar staff e grupos de interesse);
- Das habilidades de gestão (como analisar desafios, desenvolver planos de acção, organizar a equipe, distribuir tarefas, seguir a implementação e monitorar resultados);
- Apropriação e comprometimento do staff;
- Do trabalho de equipe e do clima do trabalho;
- Da participação dos grupos de interesse.

5. Principais desafios e acções correctivas

5.1 Plano de melhoria do TARV pediátrico

Em 2015, as metas traçadas para o TARV pediátrico ficaram a 50% no que respeita a novos inícios (cerca de 18 mil vs. cerca de 36 mil), e em 65%, relativamente a cumulativos activos em TARV (cerca de 64 mil vs. cerca de 99 mil). Apesar disso, quando comparados com os de 2014, estes dados revelam um crescimento em cerca de 3,5 mil activos.

A Figura 25 mostra a evolução da cobertura do TARV pediátrico no período 2003-15, em relação à população HIV-positiva, revelando uma cobertura actual de 39% para o TARV pediátrico.



* Usando o número de pessoas HIV+ como denominador no cálculo

Figura 25. Evolução da cobertura do TARV pediátrico no período 2003-15

A retenção em TARV pediátrico, a nível nacional, atinge as cifras de 65%, 52% e 49%, aos 12, 24 e 36 meses, respectivamente. Na tentativa de reverter esta situação, foi estabelecido o Plano de melhoria do TARV pediátrico. Elaborado, em conjunto com as equipas provinciais, o plano destina-se a melhorar o acesso e qualidade de cuidados e tratamento das crianças HIV positivas

Os principais objectivos deste plano são:

- Identificação precoce de crianças infectadas por HIV
- Aumentar o acesso das crianças elegíveis ao TARV
- Melhorar a qualidade do atendimento das crianças expostas e infectadas por HIV nas US
- Aumentar a retenção em cuidados das crianças HIV
- Melhorar o acesso aos serviços e a qualidade de seguimento dos adolescentes HIV+

A estrutura do plano assenta em quatro pilares fundamentais, abaixo listados, assim como as respectivas implementações a nível central:

- Acesso ao TARV:
 - Distribuição de 60 novas impressoras SMS para o DPI;
 - Introduzido novo critério de início de TARV em crianças dos 5-14 anos;
 - Elaborado o guião de dosagens dos ARV pediátricos;
- Retenção em cuidados e tratamento;
 - Estratégia de comunicação em elaboração
- Qualidade do atendimento:
 - Cinco províncias dotadas de equipamento para Carga Viral
- Adolescentes HIV+
 - Pacote de atendimento do Adolescente vivendo com HIV na consulta de doenças crónicas, em elaboração.

No que concerne às actividades da responsabilidade do nível provincial, o ponto da situação da implementação do Plano para a melhoria do desempenho do TARV pediátrico regista:

- Acesso ao TARV:
 - Expansão das US com PTV que fazem colheita de PCR;
 - Alocação de impressoras de PCR para recepção dos resultados
 - Atribuição de metas de ATIP pediátrico por US/gabinete de testagem/clínico;
 - Rastreio sistemático das crianças com sero-estado desconhecido na CCS;
 - Testagem baseada no caso-índice;
 - Testagem nas Brigadas Móveis;
 - Criação do fluxo efectivo para testagem nas portas de entrada de pediatria e ligação com o serviço TARV;
 - Identificação de gabinetes para consulta de TARV pediátrico;
 - Abertura de processo clínicos no gabinete do ATS;
 - Formação contínua em ATS, ATIP, DPI nas US;
- Retenção em cuidados e tratamento;
 - Capacitação dos conselheiros em aconselhamento de adesão, incluindo seguimento de adesão à CCR e revelação diagnóstica;
 - Listagem semanal de faltosos e abandonos para busca consentida;
 - Abordagem familiar nos cuidados e tratamento
 - Criação de Grupos de mãe para mãe
- Qualidade do atendimento:
 - Sessões clínicas para discussão de temas relacionados com o seguimento de crianças HIV positivas;
 - Realização de tutorias clínicas e visitas de apoio técnico às US periféricas;
 - Formação dos clínicos na identificação dos casos de suspeita de falência e colheita e interpretação da CV;
 - Revisão sistemática dos processos clínicos, identificação dos indicadores com fraco desempenho e elaboração de planos de melhoria;
- Adolescentes vivendo com HIV
 - Criação de um espaço físico para atendimento do adolescente jovem, com horário de funcionamento adequado;
 - Formação dos provedores em matéria de SAAJ;
 - Implementação de Paragem Única nos SAAJ;
 - Criação de grupos de apoio de adolescentes HIV+.

As actividades desenvolvidas recentemente no âmbito deste plano, estão resumidas abaixo:

- Realização de um Fórum de TARV Pediátrico provincial para apresentação do plano, elaboração do plano de acção em conjunto com os distritos, e plano de monitoria após três meses de implementação;
- Visitas de apoio técnico aos distritos e US com baixo desempenho;
- Retro informação mensal do desempenho ao ponto focal provincial de HIV;
- Abertura de processo clínico, realização da 1ª consulta na CCR e triagem;
- Início do TARV em enfermaria de pediatria e posterior referência aos serviços TARV;
- Referência física das crianças do UATS para o serviço TARV e garantir a 1ª consulta no mesmo dia;
- Limpeza de arquivo clínico para identificar crianças em Pré-TARV elegíveis (com CD4 < 500 células/mm³) e encaminhar ao TARV;
- Monitoria diária da testagem nas diferentes portas de entrada pelo director clínico da US (nas sedes distritais);
- Nas ocorrências, é feita leitura do número de crianças testadas e número daquelas que foram positivas em cada ponto de testagem, e confrontação com o número de inscritos (nas sedes distritais e US de grande volume).

Os principais desafios encontrados na esfera da implementação deste plano foram:

- No âmbito do DPI:

- Impressoras de PCR insuficientes/não funcional (instabilidade da corrente eléctrica e rede móvel);
- Demora no retorno de resultados de PCR;
- Roturas de testes *Determine* e *Unigold*, kits de PCR, kits de CV, e Rodas pediátricas;
- Espaço físico para ATIP na CCS e Paragem Única no SAAJ;
- Fraco registo de faltosos e abandonos nos livros da farmácia.

Cruzamento de dados no fornecimento de ARVs

O crescimento do número de beneficiários do TARV em quase meio milhão num período de três anos (2013-15), desde cerca de 350 mil até 800 mil, acarretou inúmeros desafios logísticos novos para os quais o país não estava preparado.

Em consequência, o registo dos medicamentos ARVs enferma de problemas crescentes, face ao seu volume crescente. Por isso, não são raros os registos em que se constata trocas nos regimes terapêuticos, duplicações de informação, erros de digitação, etc.

Para monitorar a magnitude do problema, foi instituída em 2012 a prática de cruzamento de dados relativos ao fornecimento e uso de ARVs, provenientes de duas fontes paralelas: da Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM), com dados recolhidos do Módulo Básico e da Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) com dados recolhidos dos Mapas Mensais de Informação de ARVs (MMIAS), através do Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos.

A Figura 26 mostra a discrepância dos dados da DNAM e da CMAM no que respeita ao número de beneficiários do TARV, no período 2013-15.

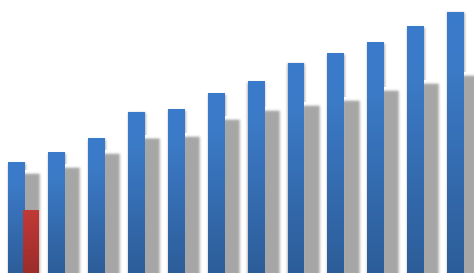


Figura 26. Discrepância no número de beneficiários do TARV: cruzamento dos dados da DNAM e da CMAM, 2013-15

Constata-se um aumento consistente da discrepância entre os dados de uma e outra instituição, ao longo do tempo. Na realidade, a discrepância era de 10% no início de 2013, quando a oferta do TARV começou a crescer explosivamente, em cumprimento do Plano de Aceleração do MISAU, para atingir 27% nos finais de 2015. Em termos absolutos, isto significa a exorbitante discrepância de quase 200 000 beneficiários.

Algumas unidades sanitárias (10) bem identificadas registaram discrepâncias de mais de 3 000 beneficiários, no último trimestre de 2015. Algumas províncias (C. Delgado, Nampula e Sofala) registaram discrepâncias acima de 50%, no mesmo período. Somente duas províncias (Maputo província e Maputo cidade) registam um nível de discrepância considerado aceitável (menor que 10%).