



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO SIDA



**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE
RESPOSTA AO HIV E SIDA
2015 - 2019
PEN IV**

Maputo - 2015



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO SIDA

**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE
RESPOSTA AO HIV E SIDA
2015 - 2019
PEN IV**

**APROVADO NA 37ª SESSÃO ORDINÁRIA DO CONSELHO DE MINISTROS
REALIZADA A 20 DE OUTUBRO DE 2015**

ÍNDICE

ABREVIATURAS	00
PREFÁCIO	00
SUMÁRIO EXECUTIVO	00
I INTRODUÇÃO	00
I. SITUAÇÃO DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE	00
II. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PEN III E DESAFIOS	00
III. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA RESPOSTA	00
IV. OBJECTIVOS E RESULTADOS ESPERADOS DO PEN IV	00
4.1. Principais Objectivos	00
4.2. Resultados esperados	00
V. POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS	00
5.1. Populações Vulneráveis	00
5.2. Populações Chave	
5.3. Priorização e adaptação Geográfica	
VI. COORDENAÇÃO E GESTÃO DA RESPOSTA NACIONAL	
6.1. Coordenação e Gestão da Resposta Nacional	
6.2. Coordenação com o MISAU e o Papel dos Outros Sectores	
6.3. O Papel das Lideranças	
VII. ÁREAS PRIORITÁRIAS DE ACCÇÃO	
7.1. ÁREAS PROGRAMÁTICAS BÁSICAS	
7.1.1. Prevenção Combinada	
7.1.2. Cuidados e Tratamento	
7.1.3. Mitigação das Consequências	
7.2. AMBIENTE FAVORÁVEL (INTERVENÇÕES CATALÍTICAS)	
7.2.1. Redução do estigma e discriminação	
7.2.3. Literacia legal	
7.2.4. Serviços legais associados ao HIV	
7.3. FORTALECIMENTO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	
7.3.1. Fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde	
7.3.2. Sector Comunitário	
VIII. MONITORIA E AVALIAÇÃO	
IX. CUSTOS	
X. REFERÊNCIAS	

ABREVIATURAS

APE	Agente Polivalente Elementar
ARV	Anti-retroviral
ATIP	Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor
ATIU	Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
ATSC	Aconselhamento e Testagem em Saúde Comunitária
CCR	Consulta da Criança em Risco
SESP	Sistema Electrónico de Seguimento do Paciente
CMMV	Circuncisão Masculina Médica Voluntária
CPN	Consulta Pré-Natal
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
COV	Criança Órfã e Vulnerável
CSE	Comunidade de Santo Egídio
DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
DOTs	Tratamento sob Observação Directa
ECOSIDA	Empresários Contra o SIDA
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
FCS	Fortalecimento do Sistema Comunitário
GTM	Grupo Técnico Multisectorial
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
HTA	Hipertensão Arterial
IBBS	Inquérito Integrado Biológico e Comportamental
IMC	Índice da Massa Corporal
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
IMASIDA	Inquérito Nacional dos Indicadores sobre Imunização, Malária e HIV e SIDA
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique

ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
M&A	Monitoria e Avaliação
MTS	Mulheres Trabalhadoras de Sexo
OCB	Organizações Comunitárias de Base
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PASD	Programa de Acção Social Directa
PCR	Reacção em Cadeia da Polimerase
PF	Planeamento Familiar
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
PSM	Gestão de Procura e Abastecimento
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
RH	Recursos Humanos
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
TB	Tuberculose
US	Unidade Sanitária

PREFÁCIO

Entramos para um novo quinquénio com a convicção de que a resposta nacional ao HIV e SIDA tem feito progressos assinaláveis na provisão de serviços de saúde e comunitários que beneficiam cada vez mais pessoas – mulheres, homens, jovens, idosos e crianças. Os últimos anos de articulação da nossa abordagem estratégica apresentaram-nos desafios e constrangimentos que despontaram na redução à escala global do financiamento em consequência da crise financeira, o que obrigou a um redimensionamento do esforço sem, todavia, comprometer os resultados e metas projectados e concordados.

Durante a vigência do Plano Estratégico anterior (PEN III 2010-2014), os serviços de saúde no contexto do HIV e SIDA ganharam novo ímpeto. A aprovação e implementação de estratégias mais ousadas, como é o caso do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV (2013 – 2017), do Plano Nacional da Eliminação da Transmissão Vertical e adopção da opção B+, resultaram no incremento de pessoas em tratamento anti-retroviral, particularmente mulheres, ainda que em crianças o ritmo tenha sido lento. No mesmo período, vimos incrementar-se o número de pessoas aconselhadas e testadas, ao mesmo tempo que a aprovação do Plano de Expansão da Circuncisão Masculina dava sinais do valor que esta componente terá no futuro, para a prevenção de novas infecções pelo HIV.

Dados dos inquéritos realizados, dão-nos o necessário conforto de que, relativamente à comunicação e informação sobre o problema, a mensagem tem estado a chegar aos diferentes quadrantes deste extenso país. Uma mensagem que faz o aproveitamento dos valores sócio-culturais dos locais onde é veiculada, que são os principais pontos de entrada para uma verdadeira moçambicanização da resposta.

Este será, certamente, o legado que esta geração de Planos Estratégicos, o Plano Estratégico de Combate ao HIV e SIDA – 2015-2019 (PEN IV) terá que herdar. Um legado que transporta desafios estruturantes, sobretudo nos domínios da coordenação, da catalisação do esforço e da provisão dos necessários incentivos para que os demais sectores, além do da Saúde, continuem a fazer a sua parte. O PEN IV está alinhado com o Programa Quinquenal do Governo 2015-2019.

O PEN IV leva em conta um aprendizado sobre as abordagens estratégicas de reconhecimento internacional, quer na área biomédica, quer na comportamental ou sócio-comunitária. Mas reconhece a necessidade de mais evidências no domínio da prevenção, com a necessária profundidade os determinantes da sexualidade, bem como as dinâmicas sexuais e comportamentais dos novos grupos populacionais cuja contribuição para novas infecções é inquestionável.

Este Plano Estratégico tem a responsabilidade de encontrar uma resposta acertada para reduzir a incidência da infecção pelo HIV na população jovem, particularmente em raparigas de 15 aos 24 anos, o que implica reforçar a educação comunitária e familiar para prevenção desde os 10 anos. Tem, igualmente, que aprimorar a questão dos direitos humanos das pessoas vivendo com HIV e SIDA e de outros grupos populacionais “especiais” que a pesquisa mostra apresentarem uma prevalência elevada ou um contributo a não menosprezar nas novas infecções, entre eles, pessoas em reclusão, trabalhadoras de sexo e os seus clientes e homens que fazem sexo com homens.

A articulação de fórmulas mais ousadas de mobilização de recursos – incluindo um investimento oportuno e estratégico nas janelas de financiamento tradicionais no concerto de nações, o incentivo às parcerias público-privadas, a exploração da responsabilidade social corporativa dos grandes investidores, sobretudo tendo em conta a necessidade de uma mão-de-obra saudável para os novos desafios do desenvolvimento do país, são de capital importância e, quiçá, uma página ainda por preencher.

E para termos compensado o nosso esforço, impõe-se a melhoria dos sistemas de gestão e administração de recursos, dos veículos de alocação e fornecimento de bens e serviços, de auditoria técnica e financeira e sobretudo de monitoria dos resultados.

Com todos os ganhos aqui sintetizados e os constrangimentos que ainda prevalecem, o PEN IV dá-nos a confiança de entrarmos para um novo ciclo com oportunidades e desafios próprios do momento histórico em que nos inserimos, mas com a lição já estudada e com a necessária vontade e cometimento de triunfarmos.

Carlos Agostinho do Rosário



Primeiro-Ministro e Presidente do CNCS

SUMÁRIO EXECUTIVO

O HIV e o SIDA continuam a constituir um dos mais destacáveis desafios de saúde pública em Moçambique. O Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA para o quinquénio 2015-2019 - PEN IV, mantém a abordagem multisectorial que o Governo vem seguindo desde o ano 2000. Esta abordagem reforça e dinamiza o envolvimento de todos os sectores do Estado, da Sociedade Civil e do Sector Privado nos esforços de contenção de novas infecções com HIV e na mitigação das consequências do SIDA no tecido social da família moçambicana.

O PEN IV é parte da leitura que os inquéritos e estudos epidemiológicos e comportamentais oferecem – com destaque para o INSIDA (2009), o relatório da actualização dos Modos de Transmissão (2013) e os Inquéritos Biológicos e Comportamentais junto de algumas populações chave. Ponderando essa informação o em conjugação com a capacidade estruturada, quer humana, quer infra-estrutural e financeira existente ou a mobilizar para fazer face ao peso da epidemia, estabelece os seus objectivos e metas.

Em conformidade com a leitura desses dados, a prevalência nacional do HIV situa-se em 11.5% na população dos 15 aos 49 anos, afectando desproporcionalmente mulheres (13,1%) e homens (9,2%), em circunstâncias em que a maior vulnerabilidade à infecção recai sobre raparigas e mulheres jovens, dos 15 aos 24 anos, que chegam a ter uma prevalência de HIV três vezes maior que a dos seus pares do sexo masculino².

A prevalência de HIV em Moçambique varia, também, e de forma destacável, por província. A taxa de prevalência é maior na zona sul, em particular nas províncias de Gaza (25,1%), Maputo (19,8%) e Maputo Cidade (16,8%) o que, pode ser explicado, em parte, pela migração laboral circular entre Moçambique, África do Sul e Suazilândia e as condições ideais de transmissão do HIV criadas nesse contexto. A província de Inhambane com a prevalência de 8,6% é a menos afectada. A zona centro também apresenta alta prevalência de HIV (Sofala - 15,5%; Manica - 15,3%, Zambézia - 12,6% e Tete - 7%), provavelmente por conter importantes corredores de transporte terrestre que ligam os países vizinhos ao porto da Beira e que servem como base para o desenvolvimento de lugares de perigo iminente (hotspots). A zona norte apresenta taxas de prevalência mais baixas (Cabo Delgado - 9,4%; Nampula - 4,6% e Niassa - 3,7%), quando comparadas às taxas nacionais, o que pode ser explicado, entre outros factores, por apresentar taxas de circuncisão 50% maiores quando comparadas às taxas nacionais².

Entretanto, embora não se saiba ainda exactamente porquê, segundo as projecções obtidas pelo espectro, a zona norte, ao contrário das outras zonas do país, apresenta uma tendência crescente de incidência e de taxa de prevalência de HIV, principalmente nas províncias de Nampula e Cabo Delgado. Em 2020, se não houver modificações nas actividades de prevenção, a zona norte passará a ser a zona que mais contribui com o maior número de novos casos no país. Mais pesquisas são necessárias para o melhor entendimento dos factores responsáveis pela variação da magnitude da infecção pelo HIV entre províncias, especialmente no que respeita a factores culturais e sociais.

O país vive uma situação de epidemia generalizada que afecta todos os segmentos da população, ainda que determinados grupos populacionais se destaquem, quer em termos de vulnerabilidade e propensão à contracção do vírus do SIDA, quer em termos de prevalência da infecção no seu seio.

Tendo em conta a informação e os dados acima, o PEN IV tem como objectivo principal reduzir o número de novas infecções por HIV. Este objectivo tem implícita a melhoria da qualidade de vida das PVHS e a minimização dos impactos negativos associados ao SIDA nos sectores de actividade e na família.



Como pressupostos para aferir-se o seu impacto, o PEN IV estabelece os seguintes resultados:

- 1.** Aumentar o conhecimento abrangente do HIV nos jovens dos 15 aos 24 anos para 60% em 2019;
- 2.** 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;
- 3.** Aumentar a percentagem de homens circuncidados para 80% até 2019;
- 4.** Alcançar 94% de mulheres grávidas com sero-estado em HIV conhecido na Consulta Pré-Natal;
- 5.** Assegurar que 96% das mulheres grávidas HIV positivas em PTV recebam tratamento anti-retroviral;
- 6.** Aumentar a proporção de beneficiários ao tratamento anti-retroviral para 80% dos elegíveis até 2019;
- 7.** Aumentar a retenção ao tratamento anti-retroviral após três anos para 70% até 2019.

Sendo estas metas nucleares, a sua ligação com metas de actividades conexas permitirá a compreensão que se deve ter de um plano que, pela sua natureza multisectorial, a sua implementação envolve a contribuição de vários sectores e actores.

A implementação do Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA 2015-2019 será feita tendo em conta uma série de actividades nas áreas de prevenção, de cuidados e tratamento e da mitigação dos impactos no tecido social moçambicano, incluindo a pesquisa operacional. Tais actividades foram criteriosamente definidas e, no seu conjunto procuram dar suporte à prestação de serviços de saúde cada vez mais qualitativos e à criação de condições de demanda dos mesmos pela população em geral e, em particular, às populações-chave e grupos vulneráveis.

Enquanto isso, e cumprindo com os princípios que sustentam a filosofia que orienta a resposta nacional no seu todo, onde se destacam a multisectorialidade, a descentralização, a moçambicanização da mensagem, a observância aos direitos humanos, a resposta baseada em evidências, entre outros, a implementação deste plano será apoiada e galvanizada por um conjunto de acções catalíticas, que incluem o reforço da coordenação, a literacia legal e serviços legais associados ao HIV, a redução do estigma e da discriminação, o reforço dos sistemas de saúde, de acção social e comunitário, bem como a criação de condições para impulsionar-se a adesão ao tratamento, o interface necessário entre o HIV e a Tuberculose e a advocacia e mobilização de recursos.

Uma monitoria sustentada na base de indicadores mensuráveis permitirá analisar e ponderar em tempo útil a evolução do esforço investido e, onde mostrar-se oportuno, a introdução das necessárias acções para corrigir desvios de foco ou proceder-se a ajustamentos inevitáveis.

O resultado final que se espera com o conjunto de acções e investimentos que o PEN IV projecta, é uma redução do número de novas infecções, da mortalidade e morbilidade associadas ao HIV e SIDA, bem como uma significativa estabilização da vida das famílias moçambicanas e, sobretudo, uma crescente disponibilidade de força de trabalho apta para os desafios que a economia nacional e o desenvolvimento humano colocam.

O custo total de implementação do presente plano para os cinco anos é o equivalente em meticais a US\$ 2.108 mil milhões, observando-se um aumento anual progressivo do equivalente em meticais a US\$ 351 milhões em 2015, para US\$ 495 milhões em 2019. Grande parte dos custos do plano (83%) está relacionada com as áreas programáticas básicas. O tratamento anti-retroviral representa a componente mais onerosa do plano com 54% do custo total. O custo dos programas que visam promover o uso do preservativo, a comunicação e mobilização comunitária para a mudança de comportamento e criação da demanda para as US, representam 11% de todos os custos do plano.

Em média, o custo anual de implementação do PEN IV não ultrapassa os 2% do PIB do país.

Vista parcial da cidade de Maputo



INTRODUÇÃO

Moçambique tem privilegiado na resposta ao HIV e SIDA, uma abordagem multisectorial. Esta abordagem confronta a infecção com HIV e as suas consequências numa dimensão de saúde pública e de desenvolvimento.

A formulação do presente Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA é produto de um compromisso colectivo e entrega dos actores nacionais engajados nos esforços de luta contra o HIV e SIDA, representando diversas entidades públicas, privadas, da sociedade civil e dos parceiros internacionais acreditados em Moçambique, sob a liderança e coordenação do Governo, através do Conselho Nacional de Combate ao SIDA.

O exercício tomou em consideração as recomendações da avaliação da implementação do anterior Plano Estratégico Nacional¹, da implementação do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV no Sector da Saúde² e da formulação da Nota Conceptual submetida ao Fundo Global, em Outubro de 2014, para financiamento em áreas estratégicas e prioritárias da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique.

Para além daqueles documentos importantes, o processo de elaboração do PEN IV apoiou-se em estudos e inquéritos levados a cabo nos últimos anos, dos quais se destacam o Relatório da Actualização dos Modos de Transmissão³, o Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens⁴, o Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Trabalhadoras de Sexo⁵, o Inquérito Demográfico de Saúde⁶ e o Modelo de Impacto das Intervenções na Incidência de HIV⁷.

A nível internacional, a formulação deste documento inspirou-se nas recomendações da ONUSIDA e de outros organismos de referência em torno das abordagens de prevenção, de cuidados e tratamento, bem como do direccionamento das estratégias para áreas onde a evidência científica é inquestionável.

Esse volume de informação e dados ajudou a orientar o exercício para uma análise mais pormenorizada dos principais desafios e constrangimentos que tornam a resposta nacional ao HIV e SIDA um desafio que ainda não tem os retornos que todos esperamos ou desejamos, designadamente a redução de novas infecções, a eliminação da transmissão vertical e o controlo e gestão da prevalência, permitindo que as PVHS tenham boa qualidade de vida e plena realização dos seus direitos.

Com efeito, nos últimos anos, o percurso que o país vem descrevendo na confrontação dos desafios impostos pelo HIV e SIDA tem conhecido características diversas. A avaliação da implementação da resposta nacional, viabilizada pelo Plano Estratégico de Combate ao HIV e SIDA – PEN III¹⁹, mostra que os programas de educação e consciencialização sobre os perigos da infecção com HIV espalharam-se, através dos meios de comunicação de massa e comunicação interpessoal, pelo país fora; que mais moçambicanos submeteram-se ao aconselhamento e testagem para conhecerem o seu seroestado; que o programa de prevenção da transmissão vertical expandiu incluindo a adopção da Opção B+, beneficiando mais mulheres grávidas; e que houve um assinalável crescimento de unidades sanitárias que oferecem o tratamento e um consequente aumento de pessoas em TARV.

Apesar desse visível esforço, a situação do HIV e SIDA no país mantém-se preocupante, com uma prevalência acima de 10% na população geral e uma taxa de incidência que ainda não baixou de forma significativa⁸. A agravar a situação, a avaliação mostra que a redução do financiamento no combate ao HIV e SIDA tem produzido um revés ao esforço investido para manter os necessários serviços e o contínuo fortalecimento dos sistemas de saúde e comunitários. Como consequência imediata, já é notória a desagregação e desaparecimento de organizações da sociedade civil e de base comunitária que ajudavam na prevenção primária, nos cuidados e apoio domiciliários aos doentes e na ligação entre as famílias e as unidades sanitárias.

Para atingir os seus objectivos, as estratégias do PEN IV enfocam em áreas e intervenções que demonstram a evidência de resultados. Este enfoque é sustentado pelo quadro de investimento que assenta em actividades programáticas que geram impacto directo na redução da transmissão do HIV e na morbilidade e mortalidade associadas ao SIDA . Esta abordagem também compreende actividades de apoio que criam os ambientes e as condições objectivas para o progresso, promovendo a demanda dos serviços e a maximização do desempenho em cada actividade programática.

É perante este quadro de ganhos encorajadores e adversidades preocupantes - que o país entra para o seu IV Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA - 2015 a 2019. Os objectivos deste documento destacam a visão de um país sem SIDA, visando a redução de novas infecções por HIV, promovendo, em simultâneo, uma contínua melhoria de qualidade de vida das PVHS, e contribuindo para reduzir e mitigar os impactos do SIDA em todas as esferas de vida e actividade.

Para atingir os seus objectivos, as estratégias do PEN IV enfocam em áreas e intervenções que demonstram a evidência de resultados. Este enfoque é sustentado pelo quadro de investimento que assenta em actividades programáticas que geram impacto directo na redução da transmissão do HIV e na morbilidade e mortalidade associadas ao SIDA⁹. Esta abordagem também compreende actividades de apoio que criam os ambientes e as condições objectivas para o progresso, promovendo a demanda dos serviços e a maximização do desempenho em cada actividade programática.

Com isso, tem-se em vista confrontar as barreiras estruturais, sociais e individuais que criam constrangimentos na dinamização da prevenção, do aconselhamento e testagem, da adesão ao tratamento, do apoio e protecção social e legal das PVHS e minorias sexuais ou grupos marginalizados, incluindo a protecção social e legal da rapariga, os cuidados para com as crianças órfãs e vulneráveis e, de um modo geral, para a mitigação dos efeitos adversos que o HIV e o SIDA provocam no tecido social.

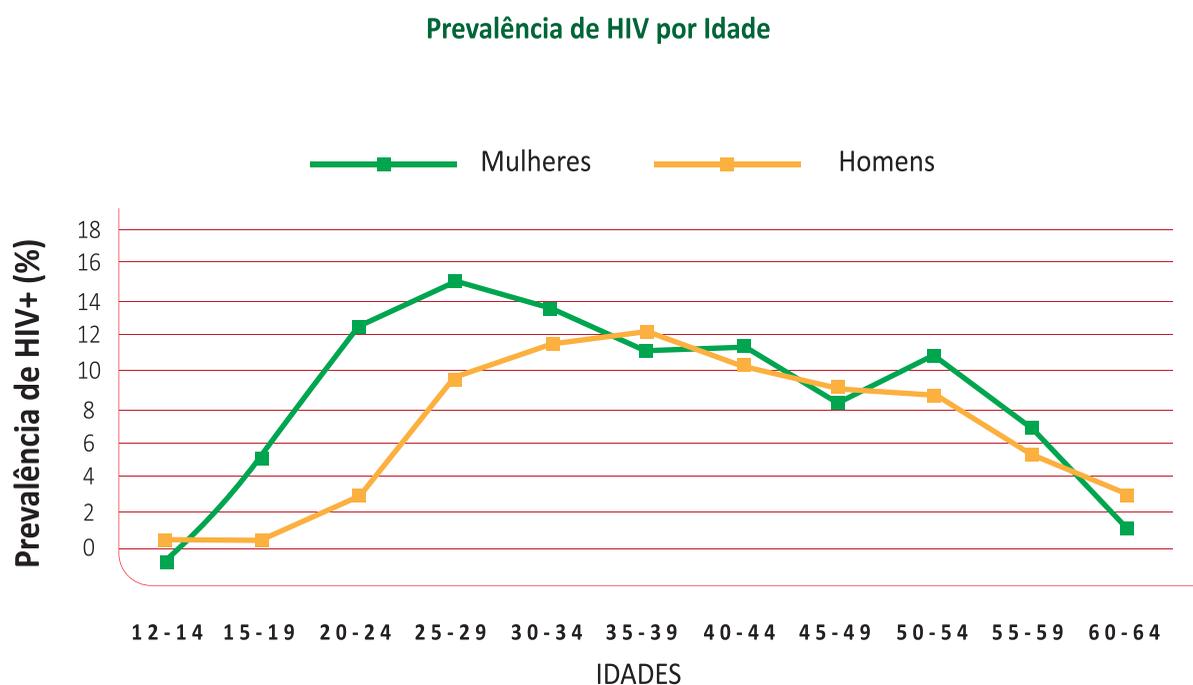
I.

SITUAÇÃO DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

Moçambique está entre os países do mundo com as maiores taxas de prevalência de HIV. O último relatório da ONUSIDA lançado em Melbourne, Austrália, na Conferência Internacional sobre a problemática do HIV e SIDA, em Julho de 2014, colocava Moçambique entre os cinco países do mundo onde os índices de novas infecções continuam a crescer e constituem uma preocupação¹⁰.

A prevalência nacional ponderada, medida em adolescentes, jovens e adultos dos 15 aos 49 anos de idade em 2009, foi estimada em 11,5%, de acordo com o INSIDA¹¹, sendo 13,1% em mulheres e 9,2% nos homens. Em termos numéricos, esta percentagem, no horizonte da população moçambicana, estimada no mesmo ano em 20.6 milhões, pressupunha que 1.4 milhões de moçambicanos viviam com HIV e SIDA. Em termos de comportamento epidemiológico do HIV e SIDA na extensão do país, o INSIDA apresentou diferenças regionais marcantes, com 17,8%, 12,5% e 5,6% da população dos 15 aos 49 anos de idade infectada pelo HIV no sul, centro e norte do país, respectivamente. A prevalência do HIV é mais elevada nas áreas urbanas (15,9%) em relação às áreas rurais (9,2%).

A epidemia nacional tem um rosto maioritariamente feminino. As mulheres são desproporcionalmente afectadas, principalmente na faixa etária de 15 a 24 anos, chegando a apresentar 3 vezes mais probabilidades de serem infectadas com HIV quando comparadas aos homens da mesma idade¹¹.



As estimativas mais recentes no país, resultantes de exercícios de modelagem mostram que, actualmente, 1.6 milhões de pessoas vivem com HIV e cerca de 320 pessoas se infectam e outras 225 morrem por SIDA diariamente⁸. Estas estimativas mostram, igualmente, a existência de um mosaico formado por diferentes estágios da epidemia no país. Assim, a zona sul parece ter atingido o seu pico em 2013, com 18,2% de adultos vivendo com HIV. No centro, a epidemia atingiu o seu pico em 2005 (13,6%) e, a partir de então, iniciou um declínio, alcançando 9,7% dos adultos em 2013. A zona norte apresenta uma epidemia em franca expansão, sendo que, em 2013 estimou-se que 6,4% da população adulta vivia com o HIV⁸.

Em termos genéricos, é destacável que a prevalência de HIV em Moçambique varia, e de forma assinalável, por província¹¹ (Tabela 1). A taxa de prevalência é maior na zona sul, em particular nas províncias de Maputo e Gaza, o que, pode ser explicado, em parte, pela migração laboral circular entre Moçambique, África do Sul e Suazilândia e as condições ideais de transmissão do HIV criadas nesse contexto¹². A zona centro também apresenta uma alta prevalência de HIV, provavelmente por conter importantes corredores de transporte terrestre que ligam os países vizinhos ao porto da Beira e que servem como base para o desenvolvimento de *hotspots*. A zona norte apresenta taxas de prevalência mais baixas quando comparadas às taxas nacionais, o que pode ser explicado, entre outros factores, por apresentar taxas de circuncisão 50% maiores quando comparadas às taxas nacionais⁶.

Entretanto, embora não se saiba ainda exactamente porquê, percebe-se que a zona norte, ao contrário das outras regiões do país, apresenta uma tendência crescente de incidência e de taxa de prevalência de HIV (Figuras 1 e 28), principalmente nas províncias de Nampula e Cabo Delgado. Em 2020, se não houver modificações nas actividades de prevenção, a zona norte passará a ser a zona que mais contribui com o maior número de novos casos no país. Mais pesquisas são necessárias para o melhor entendimento dos factores responsáveis pela variação da magnitude da infecção pelo HIV entre províncias, especialmente no que respeita a factores culturais e sociais.

Tabela 1. Prevalência de HIV na população de 15 a 49 anos por sexo e província. Moçambique, 2009¹¹

Prevalência do HIV (%)			
Província	Mulheres	Homens	TOTAL
Niassa	3.3	4.3	3.7
Cabo Delgado	9.5	9.2	9.4
Nampula	5.5	3.3	4.6
Zambézia	15.3	8.9	12.6
Tete	8.0	5.7	7.0
Manica	15.6	14.8	15.3
Sofala	17.8	12.6	15.5
Inhambane	10.0	5.8	8.6
Gaza	29.9	16.8	25.1
Maputo Província	20.0	19.5	19.8
Maputo Cidade	20.5	12.3	16.8

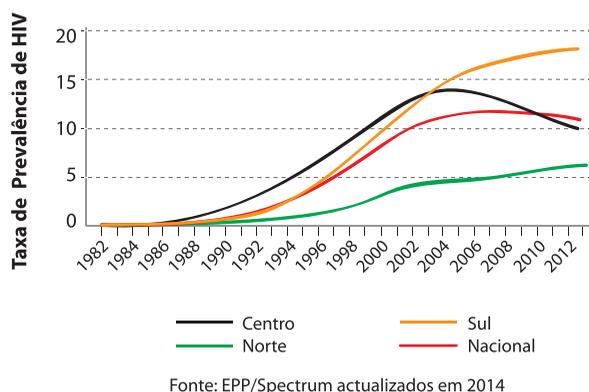


Figura 1: Taxa de prevalência estimada de HIV (%) por zona e ano. Moçambique, 1982 a 2013

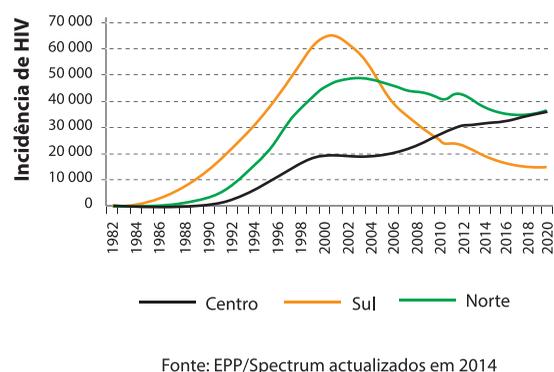


Figura 2: Estimativa do número de novas infecções por HIV na população de 15 a 49 anos por ano e zona. Moçambique, 1982 a 2013

Apesar de a epidemia de HIV em Moçambique ser considerada generalizada, certos grupos populacionais são mais vulneráveis à infecção pelo HIV. Um Estudo recente de estimativa da contribuição dos diferentes modos de transmissão do HIV na incidência da doença em adultos no país³ mostrou que, em 2013, a serodiscordância entre pessoas em relações heterossexuais estáveis (25,6%), as relações sexuais múltiplas (22,6%) e os parceiros regulares de pessoas com múltiplas parcerias (21,6%) haviam sido os que mais contribuíram para a incidência de HIV no país.

Os resultados daquele estudo demonstram, adicionalmente, que 28,7% de novas infecções ocorreram em populações-chave, sendo que, a percentagem é maior nas regiões norte (onde a população de clientes de trabalhadoras de sexo chega a quase 23% da população masculina) e centro pela alta contribuição da rede de sexo comercial. O mesmo estudo sustenta que a contribuição dos Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH) e as suas parceiras é somente de 0,3%³.

Enquanto isso, outros grupos populacionais vulneráveis importantes para a dinâmica do HIV em Moçambique são: a população móvel, designadamente - camionistas (taxa de prevalência de 21,9%)¹³, agricultores moçambicanos que trabalham em plantações na África do Sul (41,5%)¹⁴; mineiros (22,3%)¹⁵; a população prisional (24%)¹⁶; e raparigas de 10 a 24 anos.

Os modos de transmissão do HIV em Moçambique revelam ainda que a transmissão de mãe para filho tem também um contributo importante na incidência e prevalência do HIV e SIDA no país. Apesar da rápida implementação da Opção B+ no último ano, a transmissão vertical do HIV ainda se apresenta como um desafio para o controlo da epidemia. A taxa de prevalência de HIV em mulheres em consultas pré-natal foi estimada em 15,8%¹⁷, e a SIDA representa a primeira causa indirecta de mortalidade materna.

Em 2013, foi estimado que 11 921 crianças nascidas das 100 121 mães seropositivas estariam infectadas pelo HIV, o que resulta numa taxa de transmissão vertical de 11,9%⁸. A manutenção da alta taxa de transmissão vertical pode ser, em parte, explicada pela baixa taxa de partos institucionalizados (54%)⁶ que apresenta um impacto directo no acesso ao pacote completo de prevenção da transmissão vertical (PTV) e na cascata de cuidados de saúde reprodutivos, maternos e infantis. Estimativas epidemiológicas mostram que 12 000 crianças se infectam anualmente e um total de 190 000 crianças no país vive presentemente com o HIV⁸.

O impacto do SIDA no país é agravado pela alta prevalência da tuberculose, que é um dos maiores problemas de saúde pública no país e é a infecção mais comum entre PVHS. A taxa de co-infecção

TB/HIV é de 56%¹⁸. Um grande desafio é o surgimento de estirpes de *mycobacteriumtuberculosis* (MTB) resistente aos medicamentos anti-TB, cuja prevalência é estimada em 3,5% entre os casos novos¹⁸. A TB infantil permanece um desafio complexo e constitui uma grande contestação para o controlo da TB e redução da mortalidade infantil.



II.

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PEN III E DESAFIOS

No ano 2010, o Governo de Moçambique aprovou o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA¹ (PEN III, 2010 – 2014), cuja implementação conheceu resultados assinaláveis em algumas áreas, desvios e estagnação noutras, e muitas lições que servirão de base na articulação da nova visão estratégica para o país.

A avaliação dos primeiros três anos de implementação daquele documento estratégico¹⁹ registou que as componentes biomédicas conheceram avanços encorajadores, com a expansão do número de unidades sanitárias que oferecem tratamento anti-retroviral, de 216 em finais de 2010, para 563 em finais de 2013²⁰.

Enquanto isso, o número de mulheres grávidas a beneficiar da profilaxia para a prevenção da transmissão do vírus do HIV de mãe para filho cresceu acentuadamente com a adopção da Opção B+ no contexto do novo Protocolo da OMS sobre a matéria, que, no país, vem a coberto do Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012-2015²¹. Como resultado, no final de 2013, 84% das unidades de saúde (US) que oferecem consultas pré-natal (CPN) prestavam serviços de PTV, o que permitiu que a cobertura atingisse 83,7% no mesmo período²⁰.

Na esfera comportamental, a prevenção continuou a destacar-se como uma das principais prioridades em que o país deverá apostar. Com efeito, o serviço de aconselhamento e testagem registou mais de 4.5 milhões de pessoas aconselhadas e testadas, o que demonstra uma maior abertura para o conhecimento do sero-estado, por um lado e, por outro, uma articulação conseguida das abordagens de comunicação para a mudança de comportamento e as estratégias nacionais de criação de serviços de apoio²⁰. A educação de pares e a dinamização de uma comunicação rural facilitada pelas línguas locais, quer através do aproveitamento dos meios de comunicação de massa, quer por vias de diálogos comunitários ajudou, não só a criar uma maior compreensão sobre a pandemia, como também, a desmistificar o estigma e discriminação, o que permitiu uma maior consciência das responsabilidades individuais e colectivas no seio das famílias e das comunidades.

Outras opções de pacotes de prevenção que a avaliação trouxe à superfície, são a expansão da circuncisão masculina médica e voluntária, que consta de um plano nacional, uma vez demonstradas as evidências do seu contributo na redução do risco de infecção com HIV. Nesta área específica registou-se um crescimento do número de unidades fixas que oferecem a circuncisão, de 16 para 27, ao mesmo tempo que o número de circuncidados aumentou de 90 509 para 146 046.

O escoamento e gestão logística da distribuição do preservativo aumentou, fruto de melhorias na coordenação dos actores envolvidos neste serviço. Apesar desse feito, a nível provincial persistem desafios associados ao escoamento dos preservativos, particularmente a partir dos armazéns regionais para os múltiplos pontos de redistribuição nas comunidades.

A avaliação também documentou inquéritos realizados em torno das populações-chave, embora limitados a algumas cidades, e amostras pequenas, permitiram fazer algumas extrapolações da prevalência do HIV entre as MTS⁵ e HSH⁴, população prisional¹⁶, mineiros¹⁵ e camionistas¹³.

Na sub-componente de Detecção e Tratamento de ITSs, só se atingiu 67% da meta estabelecida de número de casos diagnosticados e tratados em 2013.

Durante os três anos de implementação do PEN III, foi notória uma preocupação voltada à aplicação da legislação que tutela os direitos de PVHS. Um registo assinalável neste domínio foi a revisão e aprovação de um novo pacote legislativo nesta área, que não só fundiu as duas Leis então vigentes, nomeadamente a Lei 5/2002²³, de 5 de Fevereiro e a Lei 12/2009²⁴, de 21 de Março, como também introduziu novos dispositivos legais de maior cobertura de direitos de PVHS.

Relativamente ao desenvolvimento de sinergias com os diferentes parceiros da resposta, foi assinalável o registo de iniciativas de advocacia e capacitação para o empoderamento da mulher e da rapariga, levadas a cabo por organizações da sociedade civil. A despeito disso, a nível comunitário constatou-se que não houve uma resposta eficiente na adopção de práticas comportamentais seguras que contribuem para reduzir o risco de vulnerabilidade da rapariga e da mulher.

Em termos do envolvimento do sector privado, constatou-se uma redução da dinâmica das acções de coordenação e de implementação de programas de combate ao SIDA no local de trabalho em resultado da redução de financiamento. Mas ao nível do sector público foi notório o esforço dedicado à implementação da estratégia de luta contra o HIV e SIDA na função pública²⁵ cuja incidência recaiu mais para o nível central, mas com algumas actividades com as Secretarias Provinciais. Neste exercício de implementação da estratégia de luta contra o HIV e SIDA na função pública, persiste o desafio de uma planificação e orçamentação verdadeiramente integrada.

Na componente programática de apoio às crianças órfãs e vulneráveis (COV), registou-se a aprovação do Plano Nacional de Acção para a Criança, 2013-2019²⁶, que traz um instrumento com os critérios mínimos em cuidados para com as COVs, incluindo o guião de referência de serviços clínicos e sociais para os COVs. Durante a implementação do PEN III, cerca de 1 118 720 crianças órfãs e vulneráveis receberam apoio multiforme.

Um dado que a avaliação assinalou no que se refere à componente de mitigação, tem a ver com a necessidade de fortalecer as intervenções na área de segurança alimentar, HIV e nutrição, incluindo o desenvolvimento de normas, protocolos e planos operacionais relativos à nutrição no contexto do HIV. Igualmente, o desenvolvimento da capacidade dos trabalhadores de saúde nas US e dos provedores de saúde na comunidade, com enfoque sobre assuntos de nutrição e HIV, foi apontado como importante.

Ao nível das comunidades, a falta de recursos para financiar organizações de base comunitária (OCB) representou um grande constrangimento na implementação das intervenções de índole comunitária. Esta redução de financiamento tornou menos destacáveis as acções inseridas em cuidados domiciliários, incluindo nas visitas domiciliárias, que poderiam ser um importante mecanismo de estímulo à adesão ao TARV.

Por fim, ao analisar as componentes de suporte, a avaliação anota um esforço de coordenação multisectorial para a articulação das direcções estratégicas contidas no PEN III, através do desenvolvimento de planos sectoriais ao nível central e provincial, que não terão sido integralmente consequentes, nuns casos por falta de financiamento e noutros por apenas terem projectado os dois primeiros anos de implementação, mas sem uma clara articulação dos indicadores para a medição dos progressos a alcançar. Nesse contexto, olha-se criticamente para o esforço investido no sentido de trazer-se ao debate as grandes preo-

cupações sobre o HIV e SIDA da escala mundial para o seu enquadramento estratégico no país, bem como o apoio prestado na produção dos planos distritais, o que viabilizou a recomendação do Governo no que concerne à descentralização. Como constrangimentos chave desta área, destacam-se a redução do financiamento e a focalização da resposta em actividades meramente biomédicas.

Com uma dimensão crítica assinalável, a avaliação anotou as fragilidades verificadas no domínio da monitoria e avaliação que se traduzem na ausência de um instrumento de monitoria, com indicadores simples e mensuráveis para acompanhar e facilitar a implementação do PEN III e correcção de desvios, tendo recomendado a imperativa funcionalização do Grupo Técnico Multisectorial de M&A e a necessidade de produção oportuna de um documento para a monitoria da Estratégia Nacional Multisectorial.

Anotando e reconhecendo os impactos que a redução do financiamento exterior ao HIV e SIDA conheceu na vigência do PEN III, devido à crise financeira internacional, a avaliação chamou a atenção para o redimensionamento do cometimento financeiro do Estado moçambicano, ao mesmo tempo que sugere um exercício de mobilização doméstica de recursos adicionais, atendendo que o rastreio da despesa pública investida na área de saúde e do HIV e SIDA, em particular, mostra um investimento baixo e estacionário em algumas áreas e uma total ausência de alocações públicas noutras áreas-chave, como é o caso do TARV.

Igualmente crítico, a avaliação registou que o fortalecimento do sistema nacional de saúde conheceu um considerável retrocesso nos últimos anos, com destaque para a componente comunitária, com a consequente desagregação e/ou desaparecimento de organizações da sociedade civil moçambicana, dados os constrangimentos de financiamento.

Tendo em conta os desafios cada vez mais crescentes da coordenação multisectorial, a avaliação chamou a atenção para a necessidade (i) do realinhamento e redimensionamento do CNCS/SE e respectivos núcleos provinciais, assim como de se investir na transferência de conhecimento e competências de planificação para os níveis provinciais e distritais, subsidiados pela provisão de conhecimento sobre o comportamento da epidemia; (ii) de se investir um maior esforço na mobilização de recursos nacionais; (iii) e de se reforçar a capacidade das Organizações da Sociedade Civil (OSC) em advocacia e representação dos interesses das suas múltiplas constituências.



III.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA RESPOSTA

O PEN IV é baseado em princípios orientadores que definem os valores a serem aplicados e defendidos por todos os actores na prestação de serviços relacionados com a luta contra a epidemia do HIV e que informam e sustentam as fundações da abordagem estratégica contidas no presente documento. Estes princípios são os seguintes:

1. Descentralização

As políticas, os programas e os serviços devem assegurar que haja uma capacidade de resposta ao nível local, onde a maioria da população vulnerável se encontra. Com este princípio, realça-se a importância do distrito como ponto de partida de todos os processos de envolvimento sectorial, comunitário e familiar na resposta ao HIV e SIDA. A planificação e implementação das acções da resposta ao HIV e SIDA devem capitalizar as sinergias existentes ao nível do distrito, de modo a responder aos desafios e necessidades específicas das comunidades locais. A parceria entre o sector público, privado e organizações da sociedade civil, deve encontrar bases operacionais de expressão a nível distrital, como parte de uma estratégia de maior aproximação e interacção com famílias e comunidades moçambicanas que precisam de serviços.

2. Moçambicanização da mensagem

Este princípio reafirma a dimensão multicultural da realidade moçambicana e com ela o imperativo de os programas e a comunicação para a mudança de comportamento e transformação social terem em atenção as características locais da epidemia, os contextos sociais e culturais onde os moçambicanos vivem. Com a moçambicanização da mensagem, o conteúdo das abordagens de comunicação na resposta ao HIV e SIDA deve ser estruturado, sistematizado, atento às dinâmicas de género e implementado de uma forma contínua e dialogante, fazendo uso dos múltiplos meios e canais de comunicação disponíveis a nível nacional, comunitário, familiar e interpessoal.

3. Multisectorialidade

O HIV e SIDA continuam a constituir um dos grandes problemas de desenvolvimento e uma séria ameaça aos progressos e ganhos conseguidos em várias esferas da actividade económica, social e política, exigindo um tratamento e atenção de destaque em todos os sectores do Governo e sociedade em geral. Não sendo o HIV e SIDA uma questão exclusiva do sector da saúde, sob este princípio, a coordenação efectiva dos esforços de todos os actores envolvidos na resposta ao HIV e SIDA deve ser vista como chave para a complementaridade e sucesso das intervenções.

4. Resposta centrada nos Direitos Humanos e na Justiça de Género

Com este princípio pretende-se garantir que a inclusão das questões dos Direitos Humanos e de Género esteja contida e observada em todas as áreas estratégicas e prioritárias da resposta ao HIV e SIDA no país, de modo a criar-se um ambiente social e legal que encoraje as pessoas a usarem os serviços disponíveis. Igualmente, os serviços e todo o atendimento oferecidos à população no contexto dos cuidados associados ao HIV e SIDA, devem ter em conta o respeito, a salvaguarda, a protecção e promoção dos direitos das PVHS, sem discriminação fundada na idade, sexo, género, orientação sexual, idioma, religião, estatuto sócio-económico, raça, etnia e deficiência, contribuindo, assim, para a equidade de género, a redução

do estigma e da discriminação e de outras formas de violação dos direitos humanos que constituem uma barreira a uma resposta nacional efectiva.

5. Abordagens baseadas em evidências

Os programas e intervenções devem ser guiados por evidências. A pesquisa operacional deve ser utilizada para gerar mais evidências para melhorar a implementação dos programas. A dinamização da prevenção a partir da evidência deverá sustentar-se no uso de intervenções e abordagens custo-eficácia (Prevenção Combinada).

6. Abordagem integrada e holística

As políticas e programas devem ter como objectivo fornecer serviços abrangentes e integrados de saúde primária que incluam HIV, TB e outras doenças associadas para garantir o bem-estar das pessoas e, particularmente, o crescimento e o desenvolvimento ideal da criança e do adolescente/jovem de ambos os sexos. Parcerias intersectoriais e a coordenação entre todos os prestadores de serviços do governo, sociedade civil, organizações religiosas e sector privado são necessárias, devendo constituir os alicerces de realização deste princípio.

7. Envolvimento, participação e responsabilidade partilhada

As crianças, adolescentes – rapazes e raparigas - e os seus tutores, PVHS, MTS, HSH, populações móveis e comunidades – com particular atenção às mulheres - devem ser consultados, envolvidos e participarem no desenvolvimento, implementação, monitorização e prestação de contas sobre políticas e programas que lhes afectam, a fim de assegurar a relevância, a adequação e apropriação dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento oferecidos. Indivíduos, famílias e comunidades, são chamados a partilhar responsabilidades em torno da prevenção da infecção com HIV junto dos seus entes, incluindo a mobilização para o tratamento e para o acesso a outros serviços de saúde e conexos.

8. Parcerias

As instituições do sector público, sector privado, organizações não-governamentais e sociedade civil e os prestadores de serviços, devem procurar estabelecer acordos de colaboração e compromissos específicos, com base no respeito mútuo, igualdade, responsabilidade partilhada e complementaridade, para contribuir e reforçar a implementação de políticas e programas da resposta nacional.

9. Sustentabilidade

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

10. Equidade e acesso universal

As políticas, os programas e os serviços devem ter como objectivo assegurar que todas as pessoas, especialmente as vulneráveis – PVHS, mulheres, raparigas, trabalhadores móveis e migrantes, pessoas com deficiência e COVs, tenham a oportunidade de atingir o seu potencial de saúde integral. A garantia de acessibilidade aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento deve ser continuamente aprimorada.



IV.

OBJECTIVOS E RESULTADOS ESPERADOS DO PEN IV

4.2. PRINCIPAIS OBJECTIVOS

O objectivo principal do investimento a engajar ao longo dos próximos cinco anos na resposta ao HIV e SIDA, sob orientação do presente Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA, é o de reduzir, significativamente, o número de novas infecções por HIV.

Este objectivo é associado à preocupação geral de garantir qualidade de vida às PVHS e aos seus dependentes, bem como mitigar os impactos do SIDA nos sectores da vida económica e social do país.

Aliados ao objectivo geral, o presente plano estabeleceu os seguintes objectivos específicos:

- 1.** Reduzir a taxa de transmissão vertical do HIV de 8,7% em 2014, para menos de 5% até 2019; e
- 2.** Reduzir a mortalidade relacionada ao HIV e SIDA em 40% até 2019.

4.2. RESULTADOS ESPERADOS

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

- 1.** Aumentar o conhecimento abrangente do HIV nos jovens de 15 a 24 anos, de 41% em 2011, para 60% em 2019.
- 2.** Aumentar a cobertura do uso de preservativo na última relação sexual entre pessoas que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses, de 27% em 2011, para 50% em 2019;
- 3.** Aumentar a percentagem de homens circuncidados de 51% em 2009, para 80% até 2019;
- 4.** Alcançar 94% de mulheres grávidas com sero-estado em HIV conhecido na consulta pré-natal em 2019 (linha de base - 93% em 2014);
- 5.** Assegurar que 96% das mulheres grávidas HIV positivas em PTV recebam tratamento anti-retroviral /linha de base - 87% em 2014);
- 6.** Aumentar a proporção de beneficiários ao tratamento anti-retroviral dos 67% em 2014, para 80% dos elegíveis até 2019;
- 7.** Aumentar a retenção ao tratamento anti-retroviral após três anos de 52% para 70% até 2019.

V.

POPULAÇÕES PRIORITÁRIAS

Embora o HIV seja um problema grave para toda a sociedade moçambicana, algumas populações são consideradas prioritárias por contribuírem de forma importante em termos de novas infecções ou por apresentarem um limitado acesso aos serviços disponíveis, devido à sua condição.

O PEN IV prevê uma abordagem holística da população geral, entretanto prevê também, colocar ênfase em populações prioritárias por meio de estratégias especificamente desenhadas para as suas necessidades, com o objectivo de se potencializar o impacto e a sustentabilidade da resposta. No presente documento, as populações prioritárias são divididas em dois subgrupos, nomeadamente, populações vulneráveis e populações-chave.

5.1. Populações vulneráveis

No presente PEN IV, em consonância com as directrizes da OMS, estabelece como população vulnerável aquela que é particularmente vulnerável à infecção pelo HIV, isto é, aquela que tem oportunidades desiguais, sujeita a factores sociais, culturais, económicos e políticos, que a tornam mais susceptível de se infectar ou de desenvolver o SIDA²⁸. Adicionalmente, o PEN IV distingue dois subgrupos de populações vulneráveis, com base nas diferentes abordagens estratégicas de que necessitam: (i) aqueles vulneráveis por apresentarem alta taxa de incidência de HIV; e (ii) aqueles vulneráveis por apresentar limitado acesso aos serviços de mitigação.

Nesse contexto, são consideradas populações vulneráveis:

a) Pela alta incidência:

- **Mulheres jovens entre os 15-24 anos:** são desproporcionalmente afectadas, com prevalência de 11,1% (3 vezes maior do que meninos da mesma idade) (INSIDA). Apresentam maior vulnerabilidade biológica, comportamental, sócio-económica e cultural.
- **Trabalhadores móveis e migrantes (incluindo trabalhadores mineiros, camionistas de longo curso, trabalhadores sazonais nas indústrias extractivas, no garimpo, nas obras públicas e nas machambas):** O SIDA tem, provavelmente, uma relação mais próxima com a migração do que qualquer outra doença infecciosa. As populações migrantes são consideradas propensas a comportamentos sexuais de risco²⁹ e tendem a ter maior prevalência de HIV do que as populações não migrantes^{30, 31}.

- **Casais serodiscordantes:** a combinação da alta taxa de prevalência de serodiscordância entre casais (10%¹¹) e a baixa taxa de uso de preservativo entre pessoas em relações estáveis⁶ faz com que a transmissão do HIV nesse grupo populacional seja uma das principais fontes da epidemia em Moçambique (25,6% das novas infecções ocorreram nesse grupo populacional³).

b) Pelo limitado acesso aos serviços de mitigação disponíveis:

- **PVHS:** são vulneráveis pelo risco de reinfeção e pela dificuldade de acesso aos serviços de cuidados, tratamento e mitigação, devido ao estigma e discriminação e a outras limitações.
- **Raparigas entre os 10-14 anos:** a evidência mostra que a prevalência de HIV começa a aumentar a partir dos 15 anos entre as raparigas¹¹. Desta forma, é necessário intervir mais precocemente em termos de prevenção primária, tomando em conta os contextos de normas sociais e práticas culturais.
- **Crianças órfãs e vulneráveis da/na rua:** são especialmente vulneráveis devido ao abuso e exploração aliados ao acesso limitado a condições básicas como alimentação, cuidados de saúde, cuidados por parentes, protecção, educação e habitação.
- **Pessoas com deficiência:** apresentam limitado acesso aos serviços de prevenção, cuidado e tratamento, devido não só ao estigma e à discriminação, mas às suas próprias limitações.

5.2. Populações-chave

O presente plano subscreve a definição proposta pela OMS, na qual se definem populações-chave como aquelas que devido a comportamentos de risco estão mais expostas e em maior risco de se infectarem pelo HIV. As populações-chave também enfrentam diversas barreiras legais e sociais que dificultam o seu acesso a serviços de ordem diversa como também aumentam a sua vulnerabilidade ao HIV³². No contexto da resposta nacional de combate ao HIV e SIDA, são consideradas populações-chave:

- **Mulher trabalhadora de sexo (MTS):** são consideradas como uma das populações-chave por apresentarem alta prevalência de HIV e pelo facto de a rede sexual (formada pelas MTS, os seus clientes e as parceiras regulares dos clientes), contribuir com 30,2% das novas infecções por HIV em Moçambique⁵.
- **Homens que fazem sexo com homens (HSV):** a prevalência de HIV entre HSH é similar à prevalência entre homens em geral⁴. Entretanto, sofrem estigma e discriminação que os afasta dos serviços de saúde, o que demanda políticas específicas que se ajustem às suas necessidades.
- **Pessoas que usam drogas injectáveis:** a pesquisa entre PID documentou uma prevalência de HIV e SIDA de 50,2% neste grupo populacional, o que demonstra tratar-se de uma situação que de longe supera as prevalências encontradas em outras categorias de populações-chave no país. Com estes dados há a clara indicação da relevância desta população na manutenção da epidemia de HIV no país e a necessidade do planeamento de intervenções específicas para a mesma.
- **Reclusos:** a pesquisa recente mostrou que a prevalência de HIV entre reclusos é bem mais elevada que a prevalência na população masculina em geral¹⁶. Os reclusos estão sob maior risco de adquirirem o HIV por meio de partilha de equipamento para uso de drogas injectáveis e relações sexuais desprotegidas. Caso a infecção pelo HIV seja adquirida no ambiente prisional e o diagnóstico for tardio, existe também, o risco de transmissão do vírus a outros aquando do retorno do recluso à comunidade.

5.3. Priorização e adaptação geográfica

As evidências mostram que um investimento focalizado em estratégias direccionadas a eliminar as fontes primárias de alimentação da cadeia infecciosa não só reduz a incidência, como também, com o tempo, tem impacto na redução da prevalência na população geral³⁴.

Assim, entre as prioridades estratégicas do PEN IV, uma atenção especial será direccionada às populações-chave e vulneráveis, especialmente através de actividades de prevenção do HIV específicas e desenhadas para os contextos e ambientes onde estes segmentos da população vivem e convivem.

O PEN IV prevê a elaboração de pacotes de intervenções desenhados para as necessidades específicas de cada população prioritária, incluindo, mas não limitado a:

- (i)** Acesso a serviços de prevenção, cuidados e tratamento de HIV e SIDA, com enfoque particular na promoção de programas de comunicação e educação inspirados da realidade sócio-cultural local e promoção da saúde sexual e reprodutiva, incluindo a prevenção de ITS e HIV, assim como de redução do impacto da violência e estigma e discriminação;
- (ii)** Adaptação das mensagens e pacotes de serviços às especificidades geográficas e sócio-culturais;
- (iii)** O empoderamento dos líderes locais com destaque para aqueles com reconhecida influência em matérias de sexualidade (conselheiros ou madrinhas de ritos de iniciação, PMT, entre outros) relativamente à prevenção do HIV;
- (iv)** O empoderamento dos provedores de serviços sociais e de saúde, de modo a torná-los profissionais habilitados no atendimento amigável de populações-chave e vulneráveis;
- (v)** Acesso a serviços de protecção para a prevenção da violência baseada em género, física ou sexual, assim como os serviços de protecção social para famílias vulneráveis.

VI.

COORDENAÇÃO E GESTÃO DA RESPOSTA NACIONAL

6.1. Coordenação e gestão da resposta nacional

A coordenação é uma das áreas de crucial importância na resposta nacional, tendo como essência aglutinar consensos que definam estratégias de combate ao HIV e SIDA, focalizando-se em áreas identificadas como chave nos planos estratégicos e em programas sectoriais.

Um dos principais ganhos da coordenação é permitir a aglutinação de esforços para uma mais eficiente alocação e uso dos recursos, bem como para o desenvolvimento de sinergias e de parcerias público-privadas e destes para com a sociedade civil.

A coordenação mantém a visão de unicidade, permitindo o revigorar da visão multisectorial da resposta assente num único órgão de articulação e aglutinação dos esforços e investimentos nacionais, uma única estratégia comungada por todos e uma única abordagem de monitoria assente numa plataforma de indicadores da resposta nacional de consenso.

A coordenação mantém a visão de unicidade.



DESAFIO

Durante a implementação do PEN III foram vários os constrangimentos enfrentados na área da coordenação nomeadamente:

- A deficiente gestão e partilha de informação, tanto estratégica como operacional da resposta ao HIV a todos os níveis;
- A ausência de definição clara dos mecanismos de coordenação nos níveis central, provincial e distrital em termos de número e tipo de encontros a serem realizados, periodicidade, actores, aliada ao deficiente funcionamento dos mesmos ao nível provincial e distrital;
- A deficiente capacidade humana, técnica e de meios materiais do CNCS em todos os níveis para a operacionalização efectiva dos mecanismos de coordenação da resposta;
- O deficiente cometimento do sector público, privado, da sociedade civil e parceiros internacionais na implementação de acções com vista a uma coordenação efectiva da resposta multisectorial ao HIV;
- O deficiente cometimento das lideranças do sector público e privado para a mobilização de uma resposta multisectorial dinâmica e efectiva.
- A capacidade limitada de recursos humanos e materiais, a todos os níveis, resultando nas deficiências de planificação, implementação e monitorização das acções da resposta multisectorial ao HIV e SIDA.

ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

- Reforçar a implementação do princípio dos três Uns (Um único plano estratégico, Um único sistema de monitoria e avaliação e Uma única entidade coordenadora) como ferramenta-chave para a coordenação dos esforços multisectoriais da resposta a todos os níveis;
- Definir os mecanismos de coordenação da resposta a serem implementados em cada um dos níveis de actuação (distrital, provincial e central) e institucionalizar as abordagens definidas de modo a fortalecer o diálogo entre os diversos actores para uma coordenação efectiva;
- Continuar a promover o comando das acções de resposta ao HIV, aos níveis político e técnico, através de um maior envolvimento e protagonismo das lideranças aos mais diversos níveis, sectores e especialidades atinentes à resposta nacional;
- Fortalecer a capacidade técnica, humana e institucional do CNCS e da sociedade civil, dos sectores privado e público a todos os níveis e comunidades e os próprios líderes comunitários, para garantir a funcionalidade dos mecanismos de coordenação para uma resposta mais efectiva, alargada e integrada.

6.2. Coordenação com o MISAU e o papel dos outros sectores

A avaliação da implementação do Plano Estratégico Nacional 2010-2014 documentou uma prestação valiosa de outros sectores prioritários na abordagem multisectorial da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, para além do da saúde, em áreas e actividades-chave direccionadas à prevenção e mitigação dos impactos da pandemia em diferentes grupos populacionais.

O PEN IV continuará a privilegiar uma articulação e coordenação com todos os sectores a quem recai a responsabilidade de, na abordagem do HIV como matéria transversal, integrar esta componente nos seus planos, garantindo que o local de trabalho seja equipado de políticas, estratégias e acções de consciencialização sobre as medidas de prevenção e dos serviços disponíveis para beneficiar os cidadãos, bem como da necessária mitigação das consequências do HIV e SIDA na massa laboral e nas suas famílias.

No exercício de tradução das direcções estratégicas contidas neste documento para os planos sectoriais, será imperioso estabelecer-se uma plataforma de aproveitamento e continuada melhoria dos ganhos obtidos da implementação do PEN III em todos os sectores de actividade, mas com particular atenção naqueles que têm responsabilidades sobre a população jovem, como são os casos dos sectores da Saúde, Educação e Desenvolvimento Humano, Juventude e Desportos.

O sector de **Género, Criança e Acção Social**, com grupos populacionais específicos, tem na presente estratégia a incumbência de articular intervenções específicas para pessoas com deficiência, mulheres em situação de vulnerabilidade, idosos e crianças órfãs e vulneráveis, devendo otimizar as possibilidades que as políticas de protecção social no país preconizam. Essa estratégia visa assegurar, particularmente, que os serviços de protecção e apoio social sejam parte integral dos serviços de prevenção primária, cuidados e tratamento do HIV para a população.

O sector de **Educação e Desenvolvimento Humano** terá a responsabilidade de implementar acções específicas de prevenção com crianças, adolescentes e jovens dentro da escola e, através deste, apoiar na disseminação de informação sustentada pela evidência científica, simples e clara sobre HIV e SIDA para as famílias e comunidades de onde as crianças, adolescentes e jovens são provenientes. Sendo um dos sectores que emprega um maior número de funcionários e agentes do Estado, o sector será um dos que vão dinamizar a implementação da estratégia de combate ao HIV e SIDA para o servidor público.

O sector de **Juventude e Desportos**, com os jovens fora da escola e os desportistas, tem a responsabilidade de coordenar intervenções específicas para estes grupos.

O sector da **Cultura e Turismo**, que vela pelos artistas, guias de turismo e fazedores da cultura de um modo geral, tem a particularidade de, através do ARPAC, apoiar na pesquisa, documentação e divulgação de saberes sócio-antropológicos culturalmente adaptáveis à resposta contra a epidemia, devendo, igualmente, no contexto da moçambicanização das mensagens, ser um parceiro de primeira hora na articulação de textos simples de influenciar os comportamentos das audiências em relação à sexualidade e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

O sector dos **Transportes e Comunicação**, gerindo os corredores de desenvolvimento e considerando que os camionistas fazem parte dos grupos de risco, vai articular a implementação de intervenções específicas para este grupo, beneficiando também as populações vivendo ao longo dos corredores.

Sendo o HIV uma matéria transversal e de impactos visíveis no local de trabalho, é de capital importância a articulação com a função pública, com os sectores de lei e ordem, bem como com os que superintendem as relações de trabalho migratório para a viabilização das estratégias contidas no PEN IV. O sector de **Administração Estatal e Função Pública** ainda tem a responsabilidade de apoiar as intervenções comunitárias, através da coordenação do papel dos líderes comunitários.

A coordenação e articulação esperada na implementação do Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA, PEN 2015-2019, conhecerão o resumo que o diagrama abaixo traduz:





A presente estratégia inclui nas suas especificidades, a protecção e apoio social aos idosos.

6.3. O papel das lideranças

A liderança exercida através do exemplo, comprometimento e militância pessoal dos líderes aos vários níveis, tem logrado ganhos assinaláveis, criando ambientes apropriados de abertura e procura de serviços, desde os de saúde até aos de assistência psicológica e legal.

A experiência da Iniciativa Presidencial cuja réplica conheceu um movimento acentuado na vigência do PEN III, o trabalho exercido pelos Governos provinciais e distritais, a fiscalização dos grupos parlamentares e o papel das lideranças comunitárias em conjunto, têm sido referências em processos de advocacia em torno dos vários problemas que o HIV e SIDA representam, bem como em busca de soluções locais e apropriadas para ajudar a minimizar os impactos deste flagelo no tecido social nacional.

O **PEN IV** deverá continuar a encontrar espaços privilegiados onde as lideranças possam exercer o seu papel, devendo a coordenação nacional acompanhar e estimular as boas práticas desse exercício. Esta contribuição deverá constar das agendas do órgão coordenador da resposta ao HIV e SIDA, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), através do seu Conselho Directivo.

VII.

ÁREAS PRIORITÁRIAS DE ACÇÃO

As lições e os ganhos conseguidos na implementação das estratégias anteriores aconselham a uma criteriosa priorização, por um lado e, por outro, um investimento em áreas de retorno e de evidência comprovados. Baseando-se nesta informação foram identificadas as prioridades de momento da resposta nacional ao HIV e SIDA e seleccionadas aquelas que produzem efeito de cascata quando implementadas. O plano apresenta actividades programáticas no impacto na redução da transmissão do HIV e na morbilidade e mortalidade associadas ao SIDA.

O plano é composto por um pacote de actividades estruturadas e sistemáticas, bem como de intervenções de apoio e catalíticas que criam os ambientes, as sinergias e as condições propiciadoras do necessário progresso, criando a necessária demanda e a maximização do potencial do desempenho em cada actividade programática.

7.1. Áreas programáticas básicas

As áreas programáticas básicas são as áreas essenciais para uma resposta adequada ao HIV e SIDA. As actividades devem ser implementadas como um pacote de acções sinérgicas que respondem às necessidades específicas de homens, mulheres, rapazes e raparigas. As actividades programáticas básicas, no contexto moçambicano, são:

- i. Prevenção combinada: comunicação para a mudança social e de comportamento; a distribuição e promoção do preservativo masculino e feminino e lubrificantes compatíveis; ATS e a Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV); e biossegurança;**
- ii. Cuidados e tratamento de HIV e Prevenção da Transmissão Vertical;**
- iii. Mitigação das consequências.**

7.1.1. Prevenção combinada

a) Comunicação para a mudança de comportamento

A transmissão do HIV em Moçambique continua a ocorrer maioritariamente por vias de contacto sexual. As estratégias de prevenção mais usadas até agora têm focado na provisão de informação educativa e apelativa para a mudança de comportamento ou para a adopção de comportamentos mais preventivos em matérias de sexualidade.

A informação que é veiculada em torno do HIV e SIDA chega à grande maioria da população, tal como mostraram o INSIDA¹¹ e IDS 201¹⁶. No entanto, a sua influência e peso na mudança de comportamento para a redução de risco são pequenos.

As abordagens de comunicação para a prevenção têm privilegiado a abstinência, a fidelidade e o uso do preservativo, ao mesmo tempo que enfocam na mobilização comunitária, no *marketing* social, na promoção da saúde, na educação de pares e na promoção de serviços de referência nas comunidades.

Com o PEN IV, a dimensão da comunicação para a prevenção da infecção com HIV sustentar-se-á na mistura de abordagens biomédicas, comportamentais e estruturais priorizadas com possibilidade de surtir um alto e sustentável impacto na redução de novas infecções (prevenção combinada). A combinação dessas intervenções tem em vista dar resposta às necessidades de indivíduos, populações e comunidades tal como descrito na situação do HIV em Moçambique.

DESAFIOS

No quadro da resposta nacional ao HIV e SIDA, a comunicação deve ser assumida como uma área que influencia os processos sociais para a mudança social e de comportamento, activa movimentos sociais e reforça políticas públicas. O desafio principal da comunicação é promover uma visível mudança de comportamento e adopção de práticas sexuais seguras.

Apesar de uma crescente tomada de consciência popular sobre a problemática do HIV e SIDA, quer por vias das mensagens e intervenções dispersas de comunicação e advocacia, quer pelo testemunho ou experiência vivenciada junto de um ente ou pessoa conhecida doente ou que morre vítima da SIDA, a verdadeira mudança de comportamento em face desses episódios dolorosos tem sido um processo lento, o que exige o revigorar da cultura de prática de sexo seguro, particularmente entre casais serodiscordantes, pessoas seronegativas e aquelas que não conhecem a sua situação serológica.

A comunicação deve ser revigorada em grupos populacionais específicos, devendo explorar novas abordagens de comunicação e influência sobre a consciência e ambientes que propiciam comportamentos sexuais de maior risco para a saúde, incluindo a promoção junto desses grupos de abordagens de comunicação que provam evidência de sucesso (prevenção combinada).

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

A reversão dos cenários que os modos de transmissão nos oferecem na actualidade, passará pela implementação de abordagens de comunicação que, incidindo sobre indivíduos ou grupos específicos, promovem o necessário incentivo, conhecimento e opções para a tomada de decisões informadas sobre acções práticas de prevenção da infecção pelo HIV. Esta abordagem deverá expor, tanto aos grupos específicos quanto às comunidades de uma forma geral, a uma nova aprendizagem veiculada por vias da educação comunitária baseada no respeito que influencie novas formas de encarar a sexualidade e ofereça o necessário apoio às estruturas locais influentes na prevalência de determinados padrões de comportamento de valores e tradições, para engendrem mudanças positivas em matérias de saúde sexual e reprodutiva.

Assim, concorrerão para esse fim a:

- Promoção de mensagens informativas sobre os modos de transmissão e prevenção de HIV e outras ITS e os diversos serviços comunitários e clínicos para adolescentes e jovens e para a população geral, de maneira adequada, através da comunicação baseada no diálogo, como uma actividade contínua. Estas mensagens deverão também ser extensivas às pessoas portadoras de deficiência auditiva e visual (Braille);

- Promoção de comportamentos sexuais saudáveis e dos direitos à saúde sexual e reprodutiva na população geral, tendo como prioridade os adolescentes e jovens. Desses comportamentos destacam-se, a prática de sexo seguro (para quem não se abstém do sexo), uso regular e consistente do preservativo, início tardio da vida sexual para os adolescentes, eliminação de parceiros múltiplos e tratamento das ITS (Infecções Transmissíveis Sexualmente). Aqui serão priorizadas mensagens e intervenções que estimulam o uso do preservativo;
- Promoção da prevenção positiva na comunidade com intervenções que incentivem o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV, bem como a redução de novas infecções pelo HIV;
- Promoção de intervenções que estimulem mudanças sociais nas comunidades, mobilizando as lideranças para fortalecerem a redução do estigma e discriminação em relação às Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (PVHS); apoio psicossocial para pessoas PVHS; rejeição social de múltiplos parceiros; incremento da aceitação e demanda dos serviços de saúde; referências aos serviços clínicos; apoio para retenção aos serviços; adesão ao TARV; igualdade de género; diminuição da violência baseada no género, incluindo a redução dos índices de casamentos prematuros e de gravidezes precoces; mitigação e cuidados domiciliários de crianças órfãs;
- Promoção/Divulgação dos Direitos Humanos das PVHS, com especial ênfase ao direito à vida e condições dignas de vida;
- Promoção/Divulgação dos serviços de aconselhamento e testagem de HIV e outros serviços de prevenção combinada com enfoque particular para raparigas de 10-14 anos e mulheres jovens de 15-24 anos;
- Promoção de um diálogo informativo e formativo sobre as formas de transmissão do HIV com os praticantes da medicina tradicional;
- Promoção de intervenções que visem a redução de casamentos prematuros e violência baseada no género;
- Promoção do envolvimento das confissões religiosas para a divulgação da mensagem para a mudança de comportamento, tendo em conta o seu papel persuasivo e facilidade que têm de fazer passar a mensagem com regularidade na comunidade.

b) Preservativos e lubrificantes

O uso consistente do preservativo masculino e feminino e lubrificantes compatíveis nas relações sexuais é um elemento indispensável para a redução das novas infecções pelo HIV e para a prevenção da gravidez indesejada. A sua promoção deve estar acompanhada de iniciativas de comunicação educativa para que homens e mulheres sexualmente activos compreendam que o preservativo é um elemento de protecção que deve ser usado de forma responsável e com respeito mútuo.

DESAFIOS

Apesar da disponibilidade do preservativo ter aumentado ao longo dos anos, a sua utilização correcta e consistente permanece baixa: apenas 30,6% das mulheres e 23,3% dos homens dos 15-49 anos em parceiras sexuais múltiplas utilizaram o preservativo masculino na última relação sexual⁶. O uso do

preservativo feminino, de acordo com o mesmo relatório, é ainda mais baixo, sendo de 2% tanto para homens como para mulheres.

Além disso, dados disponíveis mostram que a auto-avaliação do risco do HIV continua fraca e a não utilização do preservativo está relacionada com a baixa percepção do risco. Em Moçambique já foram documentadas tendências de fraco e/ou não uso do preservativo, ligado a barreiras sócio-culturais e religiosas e a dinâmicas de relações desiguais de poder entre homens e mulheres.

Constata-se ainda a deficiência na gestão logística do preservativo com o enfoque na colocação deste dispositivo de prevenção no usuário final ao nível das comunidades urbanas e rurais.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Para responder a estes desafios, a estratégia preconiza aumentar o número de homens e mulheres sexualmente activos que usam de forma correcta e consistente os preservativos masculino e feminino, com destaque para as pessoas com múltiplos parceiros sexuais, os casais serodiscordantes, populações-chave, adolescentes e jovens através de:

- (i) Contínuo reforço de capacidade logística e da melhoria na cadeia de distribuição gratuita do preservativo feminino, masculino e lubrificantes a todos os níveis, sobretudo a nível do distrito e na comunidade;
- (ii) Produção de materiais de comunicação apropriados ao contexto moçambicano com mensagens moduladas, conforme as especificidades do grupo alvo seleccionado, aliada ao *marketing* social e a uma forte comunicação interpessoal; e o envolvimento dos líderes comunitários, praticantes da medicina tradicional, parteiras tradicionais e conselheiros dos ritos de iniciação na sua disseminação;
- (iii) Massificação do uso do preservativo feminino acompanhado de uma ampla capacitação sobre o seu uso ao nível comunitário.

Na sua abordagem, a estratégia prioriza corredores, zonas francas e de desenvolvimento industrial e zonas turísticas, locais de concentração das populações-chave e vulneráveis. Os sectores públicos e privado serão considerados como complementares nesta estratégia, o que implica a diferenciação nas estratégias de *marketing* social sem gerar nenhuma competição, atendendo públicos semelhantes, de modo a garantir a maximização dos resultados preconizados pela estratégia para esta componente.

Ao mesmo tempo, a abordagem estratégica nesta componente orienta para a identificação de evidências, através de pesquisas para melhor compreensão das necessidades e barreiras no acesso e uso do preservativo, sobretudo o feminino, e o estabelecimento de parcerias para a partilha e utilização do conhecimento. É importante ainda a provisão de meios de prevenção alternativos sobre os quais a mulher tenha exclusivo poder de decisão e promover a documentação e partilha de histórias de sucesso sobre a criação da oferta e demanda do preservativo feminino e masculino.

c) Circuncisão Masculina Médica Voluntária (CMMV)

A circuncisão masculina reduz em cerca de 60% o risco dos homens contraírem o HIV, através de relações sexuais desprotegidas com mulheres infectadas, bem como, diminui o risco de aquisição de outras infecções de transmissão sexual que facilitam a entrada do HIV. Sendo assim, ela é uma das intervenções estratégicas importantes na redução da cadeia de transmissão deste vírus.

DESAFIOS

Os principais desafios da componente de CMMV estão relacionados com:

- 1.** Factores culturais e outros que influenciam de forma negativa a geração de demanda e a promoção da adesão a este procedimento;
- 2.** A insuficiente cobertura desses serviços derivada, também, pelas limitadas condições das infra-estruturas existentes para a realização dos procedimentos (apenas 33 US realizam esse procedimento nas províncias foco do Plano Estratégico da CMMV).

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

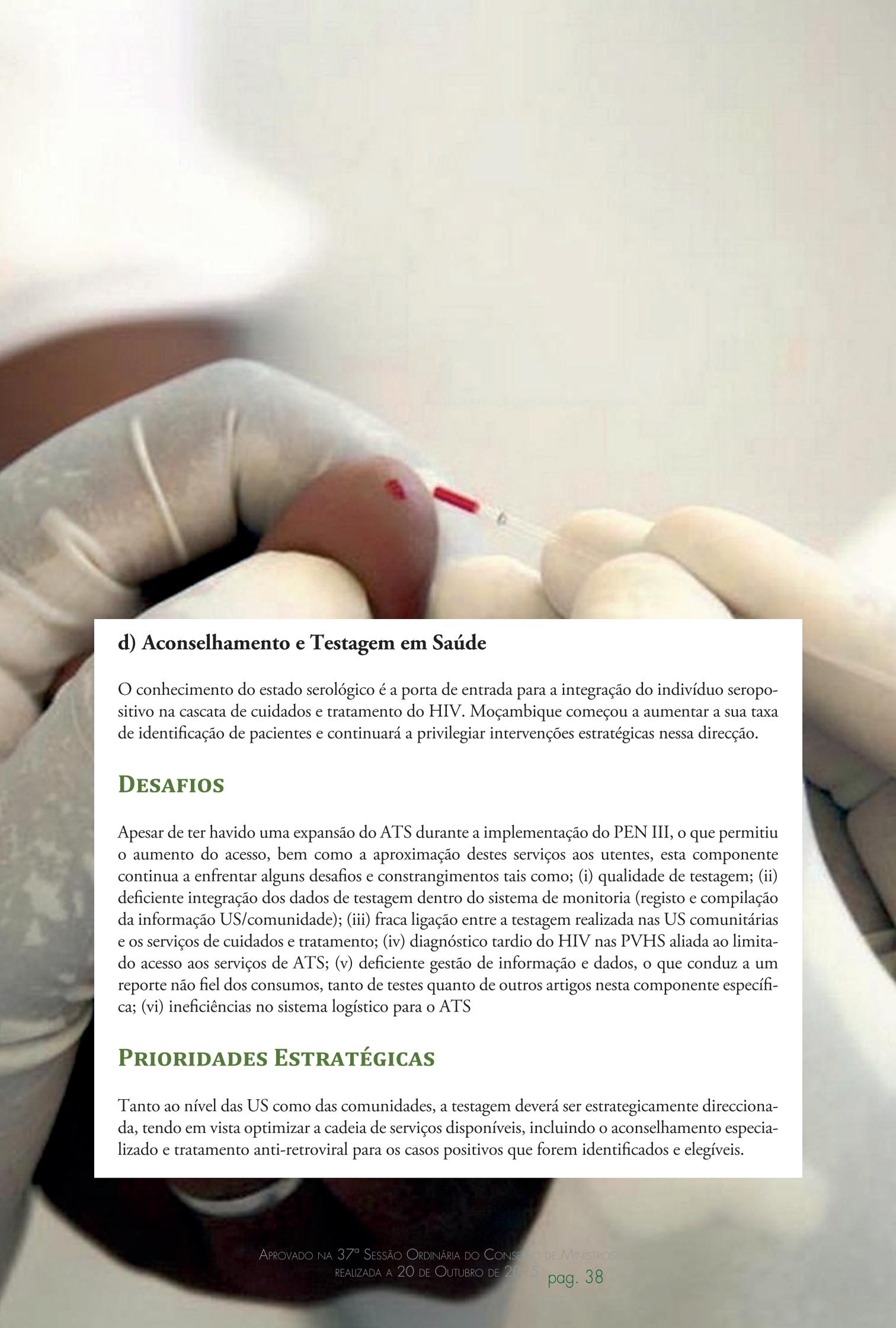
O PEN IV pretende dar continuidade à expansão dos serviços de CMMV, planificados na Estratégia Nacional de Circuncisão Masculina²². Tal estratégia tem como objectivo circuncidar cerca de 2 000 000 de homens entre 10 – 49 anos de idade entre 2013-2017. Esta actividade decorre principalmente nas províncias de Maputo Cidade, Maputo Província, Gaza, Sofala, Manica, Zambézia e Tete, onde a prevalência da CM é relativamente baixa e a prevalência do HIV é elevada. Com a inclusão de mais parceiros no apoio ao programa, espera-se um incremento das actividades com maior expansão de unidades fixas destes serviços nas províncias da Zambézia, Tete e Manica, bem como dos serviços móveis.

No que concerne ao aumento da demanda para os serviços, o enfoque deverá ser a operacionalização de forma efectiva da estratégia de comunicação para a geração da demanda informada (2013 – 2017), que inclui mensagens prioritárias e define caminhos criativos para se atingir os grupos alvo e chave para esta intervenção.

O programa não consiste apenas na realização do acto cirúrgico, mas sim num pacote de acções preventivas que são oferecidas em simultâneo, a saber:

- Aconselhamento e testagem para o HIV;
- Diagnóstico, manejo e tratamento sintomáticos de ITSs;
- Fornecimento e promoção de preservativos;
- Aconselhamento sobre a prevenção de HIV, incluindo a redução do risco e práticas de sexo seguro, bem como sensibilização para o combate a VBG;
- Educação sobre a circuncisão masculina.

O pacote oferecido no serviço de CMMV constitui uma oportunidade ímpar para a captação e retenção da população masculina nos serviços de prevenção, cuidados e tratamento.



d) Aconselhamento e Testagem em Saúde

O conhecimento do estado serológico é a porta de entrada para a integração do indivíduo seropositivo na cascata de cuidados e tratamento do HIV. Moçambique começou a aumentar a sua taxa de identificação de pacientes e continuará a privilegiar intervenções estratégicas nessa direcção.

DESAFIOS

Apesar de ter havido uma expansão do ATS durante a implementação do PEN III, o que permitiu o aumento do acesso, bem como a aproximação destes serviços aos utentes, esta componente continua a enfrentar alguns desafios e constrangimentos tais como; (i) qualidade de testagem; (ii) deficiente integração dos dados de testagem dentro do sistema de monitoria (registo e compilação da informação US/comunidade); (iii) fraca ligação entre a testagem realizada nas US comunitárias e os serviços de cuidados e tratamento; (iv) diagnóstico tardio do HIV nas PVHS aliada ao limitado acesso aos serviços de ATS; (v) deficiente gestão de informação e dados, o que conduz a um reporte não fiel dos consumos, tanto de testes quanto de outros artigos nesta componente específica; (vi) ineficiências no sistema logístico para o ATS

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Tanto ao nível das US como das comunidades, a testagem deverá ser estrategicamente direccionada, tendo em vista otimizar a cadeia de serviços disponíveis, incluindo o aconselhamento especializado e tratamento anti-retroviral para os casos positivos que forem identificados e elegíveis.

1. Modelo de abordagem do ATS

- Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor – ATIP: é iniciado pelo provedor de saúde que oferece a oportunidade aos utentes de conhecerem o seu estado serológico para o HIV, tanto para fins de prevenção, diagnóstico e tratamento;
- Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Utente – ATIU: é iniciado pelo indivíduo que procura conhecer o seu estado em relação ao HIV, tanto para fins de prevenção da infecção quanto para planificar melhor a sua vida após uma orientação por parte do provedor. Nesta modalidade o teste é solicitado pelo utente e os resultados são "utilizados" pelo indivíduo para a tomada de decisão sobre a sua vida;
- Aconselhamento e Testagem na Comunidade - ATSC: É o aconselhamento e testagem que acontece voluntariamente na comunidade, onde os utentes podem receber os serviços em casa, feiras de saúde, local de trabalho, etc.

2. Intervenções específicas

- Envolvimento dos educadores de saúde no apoio à sensibilização e ligação entre os serviços de ATS e de cuidados e tratamento; identificação, sensibilização, educação para prevenção, e encaminhamento da população-chave e parceiros/familiares dos casos índice;
- Assegurar a ligação entre os serviços de AT e serviços de saúde (cuidados e tratamento e prevenção): implementação das guias de referência; uso das plataformas existentes para cruzamento da informação e confirmação de ligação com os serviços de saúde; registo de testagem sem anonimato; fortalecimento da coordenação entre USs e organizações da comunidade que realizam testagem; uso de educadores de saúde/activistas para apoiar na referência dos pacientes da comunidade para US e entre os serviços da US;
- Assegurar a ligação dos utentes vulneráveis com enfoque para as raparigas de 10-14 anos e mulheres jovens de 15-24 anos atendidas nos serviços de AT aos serviços de protecção, cuidados e apoio para a redução da vulnerabilidade, estigma e discriminação;
- Registos e gestão dos testes rápidos: a simplificação dos registos da actividade de testagem bem como a elaboração de um fluxo para gestão e acesso dos testes rápidos, principalmente pelas organizações que testam na comunidade deve ser uma prioridade para melhorar esta componente. A massificação do uso do mapa de consumo para controlo e apoio na gestão também deve ser massivamente implementado;
- Qualidade de testagem: seguimento e implementação da directriz de qualidade de testagem e cumprimento do credenciamento dos indivíduos que podem capacitar/treinar devidamente os restantes provedores.

A abordagem estratégica aqui preconizada deverá também agregar campanhas de sensibilização que, combinando a abordagem de mobilização para adesão aos serviços de saúde nas US que as organizações comunitárias e ONGs levam a efeito, possam consciencializar a população, particularmente os grupos cujas práticas sexuais inspiram cuidados, a procurarem serviços de saúde mais cedo.

e) Biossegurança

A biossegurança tem como objectivo prevenir a ocorrência de infecções associadas aos cuidados de saúde, constituindo, portanto, um padrão de segurança e de qualidade assistencial. Deve ser cumprida em todos os procedimentos clínicos.

Desde o surgimento do HIV e SIDA, no início da década de 80, os profissionais da área de saúde experimentaram uma intensa preocupação com a possibilidade de adquirirem o HIV em decorrência das suas actividades profissionais, sendo, por isso, cada vez mais crescente a necessidade de actualizarem os conhecimentos e aplicarem as ferramentas de protecção, através do uso das normas de biossegurança. Estas normas englobam todas as medidas que visam evitar riscos físicos, biológicos entre outros, que são muitas vezes encontrados em ambientes hospitalares.

DESAFIOS

Durante a implementação do PEN III vários foram os constrangimentos encontrados para uma efectiva implementação das precauções universais de biossegurança nas unidades sanitárias, concretamente:

- Insuficiente disponibilidade de Equipamento de Protecção Individual (EPI);
- Deficiente funcionamento e falta de manutenção de equipamentos de biossegurança (aparelhos de lavagem, esterilização, incineradoras, etc.), assim como a falta de condições adequadas em infra-estruturas (água corrente, energia, espaço físico, etc.);
- Insuficiente conhecimento das precauções universais de biossegurança por parte dos profissionais de saúde (gestão do lixo e material hospitalar, fluídos corporais, entre outros) aliado à negligência na implementação das mesmas).

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Com vista a ultrapassar estes constrangimentos prevê-se para os próximos anos:

- Reforçar a disponibilização do EPI e material médico-cirúrgico em todas as unidades sanitárias, através de uma correcta planificação e orçamentação, bem como uma atempada disponibilização;
- Continuar a promover acções de sensibilização e formação dos profissionais de saúde para o uso contínuo e racional do EPI e para adopção das precauções universais de biossegurança;
- Prover profilaxia pós-exposição a todos os profissionais de saúde seronegativos expostos a fluídos corporais contaminados;
- Prover informação sobre HIV aos funcionários por ocasião da sua formação inicial e permanentemente, sob a forma de educação continuada;
- Prover profilaxia pós-exposição a todos os casos de violência sexual;
- Reforçar a comunicação e formação dos PMT no sentido de adopção de práticas seguras no exercício das suas actividades;
- Sangue seguro.

Sangue Seguro: A transfusão de sangue é um risco para transmissão do HIV. Apesar dos dados nacionais demonstrarem que a via mais comum de transmissão é a heterossexual, existe um risco muito grande de

quase 90% de ficar infectado, através de derivados de sangue.

Moçambique possui uma rede de cerca de 150 bancos de sangue, baseados na estrutura administrativa dos hospitais e com orientação política e metodológica do Programa Nacional de Transfusão de Sangue.

O sangue é rastreado para as doenças infecciosas recomendadas, sendo que em relação ao HIV tem demonstrado uma estabilização em 6% nos dadores de sangue. Todas as unidades são testadas, por testes rápidos a nível secundário, e ELISA a nível terciário e quaternário. Constitui um desafio a implementação efectiva do inquérito para avaliação do risco e o recrutamento e retenção de dadores de baixo risco.

O Governo aprovou em 2011, a criação do Serviço Nacional de Sangue (SENASA), indo de encontro à estratégia da Organização Mundial de Saúde para a criação de um serviço baseado em dadores 100% voluntários, sem o qual nenhum país pode prover sangue suficiente para os pacientes que requerem transfusão de sangue, assente em 4 pilares:

- 1.** Promover a cultura de doação voluntária;
- 2.** Construir e manter uma base de dadores;
- 3.** Prover serviços de qualidade para o dador;
- 4.** Criar serviços de qualidade de atendimento ao dador.

Posto isto, a sua implementação visa permitir:

- (i)** Assegurar o fornecimento de sangue seguro em quantidades suficientes às Unidades Sanitárias, através da educação, motivação, recrutamento e retenção de dadores de baixo risco e melhoramento do processo de selecção de dadores de sangue;
- (ii)** Reduzir transfusões sanguíneas desnecessárias, através da promoção do uso racional de sangue;
- (iii)** Garantir a testagem do sangue para HIV, hepatites B, hepatite C e sífilis, segundo os procedimentos operacionais padronizados (POP) aprovados; e
- (iv)** Garantir a implementação do sistema de avaliação interna e externa e qualidade.

7.1.2. Cuidados e Tratamento

O TARV é fundamental para prolongar e melhorar a qualidade de vida das PVHS e contribui para a diminuição da transmissão do vírus em 96%. A provisão do tratamento anti-retroviral às PVHS elegíveis é crucial para o alcance dos objectivos da resposta nacional à epidemia do HIV.



Com o presente Plano Estratégico, visiona-se “uma sociedade saudável, com uma melhor qualidade de vida e livre do risco de novas ITS, incluindo o HIV e SIDA”.

DESAFIOS

Várias intervenções de cuidados e tratamento para HIV e SIDA que apresentam evidências de eficácia não estão a ser devidamente implementadas para todos os pacientes. Apesar da rápida expansão dos serviços de cuidados e tratamento para HIV e SIDA no nosso país, ainda se regista um insuficiente nível de cobertura do tratamento anti-retroviral, especialmente do TARV pediátrico, uma limitada qualidade dos serviços clínicos prestados e altos índices de abandono.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Os pacotes de intervenções e metas específicas para transpor as lacunas identificadas, são descritos abaixo:

Cuidados e tratamento do adulto

1. Expansão de TARV até 2019

A contínua expansão e oferta de cuidados do tratamento é uma das prioridades do Governo de Moçambique. Assim, para o período de 2015 – 2019, prevê-se aumentar o número de US que oferecem cuidados e tratamento anti-retroviral, de 50% até 80% das US do SNS; a expansão projectada deverá ter uma atenção especial na componente pediátrica e do adolescente, bem como em oferecer regimes simplificados da primeira linha;

2. Oferecer regimes simplificados de primeira linha

Desde o ano de 2013, Moçambique tem vindo a oferecer um regime simplificado em dose fixa combinada, seguro, tolerável e de toma única. Actualmente, os regimes de primeira linha no adulto, são:

- Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz
- Zidovudina + Lamivudina + Niverapina

3. Melhoria da qualidade de atendimento ao paciente

a. Manejo de infecções oportunistas, TB/ HIV

As infecções oportunistas são comuns entre as pessoas vivendo com HIV, e têm implicações significativas na condição de vida do paciente. É indicado o rastreio e tratamento das mesmas em cada consulta de forma rotineira.

b. Rastreio e manejo das ITS

As ITS continuam a ser uma preocupação entre os pacientes vivendo com HIV. Assim, está recomendado o seu rastreio rotineiro em cada consulta, bem como o devido seguimento e tratamento de acordo com os protocolos nacionais.

Referir que segundo as normas nacionais, o manejo das mesmas deverá ser feito, usando uma abordagem sindrómica, aplicando um pacote mínimo de ITS: (i) redução do risco de infecção, através de informação, educação e comunicação sobre ITS; (ii) aconselhamento e testagem para o HIV a todos os pacientes e contactos com ITS; (iii) rastreio de ITS a todos os pacientes HIV+ em todas as consultas; (iv) oferecer tratamento para a abordagem sindrómica de casos ITS; (v) rastreio e tratamento correcto da sífilis a toda a mulher grávida na consulta pré-natal e à mulher no PF/pós parto; (vi) convidar o parceiro para rastreio precoce e tratamento; (vii) provisão de preservativos e promoção do seu uso adequado e consistente.

c. Melhorar o manejo de doenças não transmissíveis e cânceros em pacientes com HIV

Desde o início dos cuidados e tratamento em 2003, o manejo de infecções oportunistas tem sido priorizado. No entanto, já se verifica a necessidade de se melhorar o manejo de outras condições que acompanham o HIV como as doenças não transmissíveis e o câncero.

d. Apoio e cuidados nutricionais

A infecção pelo HIV, pela sua natureza fisiopatológica, está associada ao risco de desenvolvimento de desequilíbrios nutricionais e desnutrição. Para além disso, sabe-se que a disponibilidade de alimentos tem afectado a adesão ao tratamento ARV. Neste sentido, está recomendada a avaliação e aconselhamento nutricional de rotina em cada consulta, e o seu respectivo tratamento, obedecendo às normas nacionais.

e. Manejo de falências terapêuticas e reacções medicamentosas adversas

O manejo das falências terapêuticas e reacções adversas medicamentosas, constituem um desafio para os profissionais de saúde, tanto pela sua natureza fisiopatológica que acarreta maior grau de conhecimento clínico e experiência, como também porque para o seu manejo é necessário que estejam criadas condições na área de laboratório e farmácia com custos elevados, capacitação de recursos humanos e sistema de vigilância. Como forma de garantir o seu diagnóstico precoce e de prevenir as sequelas. Está recomendado o rastreio rotineiro a cada consulta.

f. Cuidados paliativos e domiciliários integrados:

Cuidados paliativos: a integração de práticas de cuidados paliativos e de medicamentos para o alívio da dor e outros sintomas, servirá para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e das suas famílias. A expansão da cobertura de cuidados paliativos em todo o país compreende uma abordagem de saúde pública em relação à criação de cuidados paliativos, que são orientados ao factor população e risco e não somente aos sintomas e doenças.

Cuidados domiciliários integrados: os cuidados domiciliários continuam a ser o alicerce da participação da sociedade civil na mitigação dos efeitos das doenças crónicas, incluindo o HIV e SIDA nas pessoas, famílias e comunidades. Para o efeito, os cuidados domiciliários integrados vão para além dos cuidados tradicionalmente prestados no nível comunitário, mas também na promoção de acções visando: (i) a educação para a adesão e retenção dos pacientes no tratamento; (ii) a educação para o tratamento; (iii) a educação para a prevenção de novas infecções, através da combinação de estratégias e prevenção positiva; (iv) a educação nutricional, com particular ênfase para a alimentação da PVHS; (v) a educação para o combate à violência baseada no género que pode constituir fonte de novas infecções; (vi) a educação para o combate ao estigma e à discriminação às pessoas vivendo com doença.

g. Melhoria de qualidade

Com a rápida expansão dos serviços de cuidados e tratamento para HIV e SIDA no nosso país, urge a necessidade da implementação de estratégias e metodologias que visam melhorar a qualidade do desempenho dos serviços clínicos prestados.

Para a implementação de uma estratégia de melhoria de qualidade no nosso contexto, foram identificados os seguintes elementos essenciais: (i) necessidade de liderança a todos os níveis de implementação; (ii) plataforma simplificada para avaliação de desempenho clínico; (iii) estrutura organizacional funcional;

(iv) programa de capacitação técnica em Melhoria de Qualidade; (v) plataforma de envolvimento dos pacientes e das suas comunidades; (vi) plataforma para aprendizagem contínua; e (vii) alinhamento com outros sectores.

h. Retenção e adesão TARV / Pré-TARV

As principais intervenções para melhorar a adesão aos cuidados e tratamento, são: (i) regimes simplificados de tratamento anti-retroviral; (ii) expandir a estratégia GAAC; (iii) garantir *stocks* de segurança de ARVs para pelo menos 3 meses, na US; (iv) estabelecer um sistema de identificação de pacientes com risco ou antecedentes de baixa adesão e desenvolver grupos de apoio; (v) realizar buscas activas consentidas para pacientes faltosos e abandonos, em coordenação com actores comunitários (CBO, educadores de pares, APEs); (vi) sessões de aconselhamento pré-TARV e reforço do aconselhamento para adesão durante o TARV (vii); desenvolver modelos de cuidados e estratégias de retenção com enfoque para mulheres grávidas, lactantes e crianças que articulem com a família e os sistemas comunitários.

i. Monitoria clínica e laboratorial

Após a inscrição do paciente nos cuidados e tratamentos, estes deverão ser monitorados clinicamente assim como laboratorialmente. Esta monitoria é necessária com o intuito de monitorar a resposta ao tratamento e possível toxicidade às drogas.

j. Apoio psicossocial e prevenção positiva

O número crescente de PVHS em cuidados e tratamento, remete a que se encontrem formas de melhorar a adesão ao tratamento e cuidados. O APSS no contexto do HIV/SIDA compreende as seguintes intervenções chave: (i) apoio psicossocial específico para crianças e adolescentes; (ii) aconselhamento a pacientes Pré-TARV e TARV; (iii) apoio psicossocial e reforço da adesão a pacientes faltosos ou abandonos (iv) intervenções comunitárias de apoio, reforço da adesão e de ligação (referência e contra-referência) com as US; (v) oferta do pacote de intervenções de prevenção positiva; (vi) oferta de intervenções de prevenção positiva comunitária, intensificando actividades de comunicação para a mudança de comportamento, mobilizando as lideranças e os órgãos de comunicação social e fortalecimento das estruturas de apoio às PVHS na comunidade.

k. Co-infecção tuberculose e HIV

A tuberculose constitui a principal causa de morte em adultos infectados pelo HIV e, Moçambique, apresentou uma taxa de co-infecção estimada em 56% em 2013.

O país continuará a pautar por intervenções que têm demonstrado um impacto significativo. Estas intervenções serão implementadas de uma maneira integrada e coordenada, envolvendo os programas de TB, ITS – HIV/SIDA e organizações de base comunitária:

A nível das unidades sanitárias

De acordo com as recomendações da OMS, Moçambique adoptou as actividades colaborativas TB/HIV. No que concerne ao sector da Tuberculose, as actividades irão centrar-se no seguinte: modelo de paragem única, ou seja a provisão de serviços e cuidados de saúde aos pacientes co-infectados no sector da Tuberculose.

No que concerne às consultas TARV deverá ser oferecido o seguinte: (i) rastreio rotineiro da TB aos pacientes HIV positivos, durante as consultas; (ii) fornecer a profilaxia com izoniazida e melhorar o registo destes pacientes de modo a aumentar a percentagem de pacientes elegíveis que iniciam o TPI; (iii) elaboração do plano de controlo de infecções.

A nível da comunidade

- Treinamento de agentes comunitários de saúde em material de TB e HIV: educação, rastreio, aconselhamento e testagem, busca de contacto de TB e Caso Índice, apoio na adesão ao tratamento, busca de faltosos;
- Envolvimento de líderes comunitários no apoio aos activistas comunitários no que diz respeito à identificação de faltosos e referência dos casos presuntivos de TB/HIV;
- Criação de demanda e literacia para TB e HIV ao nível da comunidade.

4. Ligação comunidade-US

- a. Realizar encontros trimestrais com as lideranças comunitárias;
- b. Actividades de cuidados domiciliários integrados;
- c. Comunicação.



5. Crianças e adolescentes vivendo com HIV

O TARV pediátrico é uma das prioridades do Ministério da Saúde em Moçambique. É neste sentido que foi desenvolvido o pacote de intervenções específicas para TARV pediátrico que consiste em:

- (i) Aumentar o acesso ao TARV das crianças elegíveis;
- (ii) Aumentar a retenção das crianças HIV em cuidados;
- (iii) Melhorar a qualidade do atendimento das crianças expostas e HIV+ nas USs;
- (iv) Melhorar o seguimento dos adolescentes HIV+.

Os grupos prioritários a serem alcançados em termos de cuidados e tratamento deverão incluir também as crianças de 0 a 14 anos, particularmente as crianças de 0 até 2 anos que são mais vulneráveis por causa da progressão rápida da doença e conseqüente alta mortalidade, sobretudo nos primeiros meses de vida.

Os adolescentes precisam de atenção pela maior vulnerabilidade ao HIV; início precoce da actividade sexual; maior risco de fraca adesão e abandono ao TARV; maior vulnerabilidade ao estigma e discriminação; transição dos serviços pediátricos (para crianças) para os serviços de TARV adultos; maior risco de violência baseada no género e por alguns adolescentes HIV positivos revelarem desnutrição.

Quanto ao foco geográfico a ser priorizado, o plano projecta impulsionar a expansão do TARV pediátrico a áreas geográficas de alta prevalência do HIV e da baixa cobertura de serviços, a expansão de TARV pediátrico para as US mais periféricas com base na transferência de competências para outros profissionais não especializados.

No contexto do TARV pediátrico, o plano tem em vista abordagens para fortalecer as ligações entre os serviços de aconselhamento e testagem e serviços de cuidados e tratamento; fortalecer competências e habilidades dos clínicos que realizam o manejo de HIV em crianças e adolescentes; melhorar a oferta de serviços; sensibilizar e envolver a comunidade para o diagnóstico do HIV nas crianças e adolescentes; aumentar o acesso aos serviços de apoio; melhorar a retenção no TARV; formar todas as categorias de RH aprovados em tratamento pediátrico; simplificar os instrumentos de M&A; aumentar o envolvimento da sociedade civil; reforçar referências de crianças diagnosticadas pelo HIV na SMI para serviço TARV, através dos Educadores de Pares e, garantir medicamentos para IO (especificamente isoniazida).



Os adolescentes precisam de atenção pela maior vulnerabilidade ao HIV

6. Prevenção da transmissão vertical

A prevalência de HIV em mulheres grávidas é maior do que na população em geral -15,8%¹⁷, demonstrando a importância da saúde da mulher e da criança e da PTV na epidemia do HIV.

No âmbito do compromisso global, Moçambique ratificou, em Julho de 2011, o Plano Global de Acção para a Eliminação da Transmissão Vertical (ETV) com os seguintes objectivos gerais; (i) reduzir o número de novas infecções por HIV em crianças em 90%; e (ii) reduzir o número de mortes maternas relacionadas ao SIDA em 50%.

No país, o PTV desenvolveu esforços assinaláveis para a criação de condições que propiciassem o alcance destes, de modo a responder ao presente desafio de eliminação. Dentre estes podem-se citar a Avaliação Nacional do Programa, o realinhamento das metas nacionais, o desenvolvimento de metas provinciais e distritais de ETV e a revisão de normas terapêuticas para provisão de terapias mais eficazes para as mães e as suas crianças. Subsequentemente, o desenvolvimento do Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical²¹ foi o corolário de todos estes processos de modo a alcançar os objectivos específicos propostos (oferta de profilaxias mais eficazes a 90% das mulheres grávidas, sendo 80% TARV; redução da transmissão vertical para <5%).

O quadro referencial de ETV no país envolve os quatro pilares da PTV, nomeadamente: (i) a prevenção primária da infecção para HIV em mulheres em idade sexual e reprodutiva, com especial atenção para adolescentes e jovens; (ii) a prevenção de gravidezes indesejadas, com atenção na integração do PF em outros serviços como os cuidados e tratamento para HIV; (iii) a prevenção da transmissão vertical; e (iv) a oferta de cuidados e tratamento anti-retroviral para mulheres grávidas, lactantes e suas famílias (filhos e parceiros).

A expansão geográfica do PTV, assim como o aumento de cobertura de profilaxias mais eficazes, possibilitou a redução do número de novas infecções pediátricas de 27 000 (2009) para 12 000 (2013). Contudo, Moçambique continua sendo o sexto país com maiores taxas de novas infecções pediátricas no mundo, contribuindo em 8% destas novas infecções a nível global¹⁰.

O início do TARV universal para a mulher grávida e lactante, a expansão do Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) para crianças expostas ao HIV, o desenvolvimento e início da implementação da integração do PF no seguimento da mulher na CCR e nos serviços de HIV e a implementação do tratamento universal para parceiros serodiscordantes da SMI (parceiros HIV positivos de grávidas e lactantes HIV negativas) apoiaram os avanços nesta mudança de cenário.

DESAFIOS

Apesar destes avanços, o PTV ainda enfrenta vários desafios que influenciam negativamente na boa prestação de cuidados de saúde à mulher grávida e lactante e sua família. A avaliação do PEN III, assim como a avaliação de meio-termo do plano de aceleração do HIV e plano de ETV, identificaram alguns pontos que estão alinhados com os objectivos e prioridades do PTV.

Entre as lacunas identificadas é importante ressaltar a fraca implementação de intervenções focadas em raparigas jovens e adolescentes, chegada tardia das mães e crianças na SMI, fraca retenção ao contínuo de cuidados nos serviços de SMI (CPN, parto e pós-parto e CCR), assim como a adesão às profilaxias e/ou tratamento, envolvimento dos parceiros e família nos serviços de SMI, fraca cobertura de DPI e fraca intervenção comunitária. Outros desafios são representados por constrangimentos no uso regular dos dados.



PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Tendo em consideração o cenário atrás descrito, importa ressaltar a pertinência da integração das acções, não apenas ao nível das Unidades Sanitárias, mas também daquelas implementadas ao nível comunitário, promovendo a integração dos sistemas de saúde e comunitário e incluindo diferentes intervenientes (líderes comunitários, líderes religiosos, APEs, praticantes de medicina tradicional, parteiras tradicionais, entre outros). Esta integração permitirá a implementação de intervenções mais abrangentes e com maior penetração na comunidade, com o objectivo de aumentar a demanda, adesão e retenção no contínuo de cuidados do PTV/SMI.

Nesse contexto, o PEN IV prevê, em estreito alinhamento com o plano de ETV, a implementação das seguintes intervenções:

Pilar 1: a prevenção primária de infecção por HIV, com enfoque em jovens e adolescentes (rapazes e raparigas), o que inclui o aumento do acesso à testagem para HIV, parceiros de mulheres grávidas e lactantes na SMI e o fortalecimento do acesso ao tratamento a parceiros sero-discordantes de mulheres grávidas e lactantes. Essas intervenções constituem, também, uma importante porta de entrada da população masculina aos serviços de saúde.

Pilar 2: a prevenção de gravidezes indesejadas que se orienta para a integração do PF em todas as portas de entrada, prioritariamente no seguimento dos adolescentes e pacientes HIV positivas; e a implementação de estratégias para a mudança de comportamento e geração de demanda de PF focadas em adolescentes e jovens (rapazes e raparigas).

Pilar 3 e 4: no que concerne à PTV e aos cuidados e tratamento, planeia-se a expansão da opção B+ nas US periféricas a oferecer PTV, de forma faseada, fundamentada na priorização geográfica baseada no volume de atendimento por provedor, prevalência de HIV e disponibilidade de recursos humanos; a retirada gradual da oferta da opção A; a expansão e fortalecimento do DPI; a melhoria da adesão e retenção no seguimento contínuo de cuidados do PTV/SMI, por meio de intervenções ao nível comunitário; e melhoria da qualidade da testagem para HIV na SMI.

7.1.3. Mitigação das consequências

a) Apoio nutricional e alimentar para pessoas vivendo com HIV e SIDA

Apesar do aumento impressionante na cobertura do tratamento anti-retroviral (TARV) em países de baixa renda, a mortalidade por HIV continua alta em muitos casos. Esta evidência científica mostra que a mortalidade nos primeiros meses de TARV é duas, a seis vezes maior em países de baixa renda do que em países de alta renda. Isto é principalmente relacionado à desnutrição, que enfraquece o sistema imunológico, para além dos efeitos do próprio HIV. Quando a nutrição e o apoio alimentar são integrados no tratamento, podem reduzir a mortalidade e salvar vidas.

DESAFIOS

Há uma alta prevalência de desnutrição aguda em pacientes adultos com HIV. A desnutrição aguda aumenta o risco de surgimento de efeitos colaterais aos medicamentos, a probabilidade e gravidade de infecções oportunistas e das complicações metabólicas de longo prazo, tais como a dislipidemia, a obesidade e a resistência à insulina, principalmente no início do tratamento. Aliado a isso, destaca-se também a fraca avaliação nutricional das PVHS, com consequente demora no diagnóstico dos casos de desnutrição e a fraca capacidade das instituições de tutela em dar resposta aos poucos casos identificados.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Em 2013, o Ministério da Saúde aprovou o protocolo do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN)³⁶ que focaliza o tratamento da desnutrição em mulheres grávidas e lactantes e em adultos, especialmente aqueles com HIV e tuberculose. As prioridades que este protocolo defende incluem:

- Promover a amamentação exclusiva até aos 6 meses de todos os recém-nascidos de mães HIV positivas;
- Promover a educação, aconselhamento e avaliação nutricional rotineira das PVHS tanto nas US como nas comunidades;
- Promover e garantir o tratamento da desnutrição aguda em PVHS com produtos suplementares (CSB- Corn Soya Blend) e terapêuticos (leites e Plumpy Nut) de acordo com as normas nacionais do MISAU;
- Prestar apoio alimentar a pacientes HIV+ desnutridos em TARV referenciados do PRN e numa situação sócio-económica vulnerável;
- Promover o uso de alimentos localmente disponíveis e de alto valor energético para a prevenção da desnutrição nas comunidades; e,
- Reforçar iniciativas de empoderamento económico e geração de renda, visando a sustentabilidade da componente nutricional com foco particular nas pessoas infectadas e afectadas, especialmente as mulheres jovens.

b) Crianças órfãs e vulneráveis

Apesar de a questão dos direitos da criança ter vindo a ganhar algum protagonismo nos últimos anos, Moçambique continua entre os países do mundo, onde a situação da orfandade é crítica. Dados da UNICEF apontam que o país conta com um milhão e 200 mil crianças órfãs e outras 600 mil em situação considerada vulnerável³⁷. Deste horizonte, os dados dão conta que somente 13 mil crianças se encontram em centros de acolhimento institucional. O quadro torna-se ainda mais cinzento, ao considerar-se que 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, a uma maior vulnerabilidade de infecção por ITS e, particularmente o HIV.

DESAFIOS

Os desafios de inserção social destas crianças e a projecção de um futuro de esperança incluem a provisão de um aconselhamento e assistência psicológica para gerir traumas e dor de perda, de abandono e perseguição, bem como de alimentação condigna, educação, alojamento, acesso a cuidados de saúde, o registo notarial para a busca de identidade e cidadania e toda a protecção social para a realização plena dos seus direitos e um crescimento humanizado.

ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

A necessidade continuada de busca de inserção social junto de famílias alargadas e comunidades que têm vindo a assumir protagonismo no acolhimento destas crianças.

Assegurar o acesso aos serviços básicos e protecção social para as crianças órfãs e vulneráveis nas províncias mais afectadas pelo HIV e SIDA, através da criação de mecanismos excepcionais de assistência e apoio.

Capacitar continuamente os órgãos do Governo que tutelam este grupo específico para uma provisão de serviços mais qualitativa, bem como manter viva a mobilização das comunidades para apoiar a inserção efectiva destas crianças órfãs e vulneráveis e fornecer serviços essenciais, são as principais estratégias usadas para se alcançar este objectivo. A capacitação institucional é uma pré-condição para melhorar a vida das crianças vulneráveis.

A provisão do pacote de serviços básicos, cuja abordagem aponta para um mínimo de três serviços num horizonte de seis serviços básicos: educação, cuidados de saúde, apoio material/financeiro (incluindo o acesso aos atestados de pobreza), apoio nutricional, apoio psicossocial e apoio legal (incluindo o acesso às certidões de nascimento), continua uma aposta que ao longo da vigência do PEN IV deverá ser promovida e consolidada.

7.2. Ambiente favorável (intervenções catalíticas)

As intervenções de apoio ou catalíticas são aquelas que, incorporando a dimensão dos direitos humanos e da justiça de género, auxiliam a geração e desenvolvimento de um ambiente favorável para a criação de demanda e maximização do impacto nas actividades programáticas básicas. Estas intervenções incluem: a mobilização comunitária e a comunicação de massas voltada à redução do estigma e da discriminação, os programas-chave de direitos humanos, os programas com enfoque em género, advocacia e pesquisas e a informação estratégica.

A inclusão de intervenções catalíticas na resposta nacional ao HIV e SIDA tem em vista, por um lado, reduzir os índices de violação de direitos humanos das PVHS, bem como contribuir para a minimização e suprimimento das iniquidades de género, ajudando a eliminar práticas sócio-culturais que constituem uma total violação dos direitos individuais das mulheres e dos direitos humanos.

DESAFIOS

Apesar de ter havido a ratificação de Convenções, Tratados, Protocolos e revisão da legislação relevante na área do HIV durante a implementação do PEN III, o que permitiu alinhar as intervenções do país com os principais compromissos internacionais e a sua consequente apropriação ao nível nacional, esta componente continua a enfrentar desafios e constrangimentos tais como:

- i.** Necessidade de regulamentação, divulgação e implementação da nova lei aprovada em 2014;
- ii.** O desconhecimento da legislação que protege os direitos das PVHS por este grupo alvo;
- iii.** A fraca observância da transversalidade das questões dos Direitos Humanos e Género nas intervenções;
- iv.** A implementação de acções de prevenção, tratamento, cuidados, mitigação sem a necessária e explícita consideração das barreiras sócio-culturais que limitam o potencial das abordagens;
- v.** O facto de os serviços de referência e integração social ainda não garantirem a protecção dos grupos vulneráveis, ao mesmo tempo em que escasseiam projectos de geração de renda para suprir as necessidades dos infectados e afectados;
- vi.** A existência de um número limitado de programas que respondam aos assuntos específicos de Direitos Humanos e HIV e SIDA;
- vii.** Um número reduzido aliado à fraca cobertura de programas de sensibilização de homens para homens no país;
- viii.** A persistência de fragilidades na implementação do mecanismo multisectorial de atendimento integrado à mulher vítima da violência, dadas as complexidades institucionais e dos serviços de referência para os casos de violação sexual;
- ix.** A insuficiência e falta de qualificação de provedores de serviços de saúde para grupos especiais;

- x.** A fraca cobertura das instituições que fornecem serviços jurídicos, aliado ao facto de, em muitos casos, estes serviços se apresentarem inacessíveis e dispendiosos para os mais vulneráveis;
- xi.** A “fraca” e inadequada resposta dos serviços de prevenção do HIV para segmentos populacionais de alto risco de exposição a esta infecção, como é o caso dos reclusos;
- xii.** A prevalência de práticas tradicionais e costumeiras que expõem as raparigas e mulheres a um maior risco de infecção pelo HIV, como os casamentos prematuros, o inexistente ou limitado direito das mulheres à herança, à posse e propriedade de bens e de informação;
- xiii.** A prevalência de índices elevados de estigma, discriminação, e a falta de sigilo nas US, expõe a privacidade que assiste às PVHS e outros grupos vulneráveis; e
- xiv.** A implementação deficiente do sistema de monitoria e avaliação ao nível dos direitos humanos e sem a necessária desagregação dos dados por sexo e idades por parte dos provedores de serviço e sem o seu reporte ao sistema nacional de monitoria.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

A natureza transversal das acções catalíticas obriga a uma maior sistematização e priorização para evitar redundância, falta de foco, dispersão e ineficiência. Assim, as estratégias prioritárias de intervenção enquadrar-se-ão nas seguintes sub-áreas: redução do estigma e discriminação, literacia legal e serviços legais relacionados ao HIV.

Ainda existe uma fraca cobertura das instituições que fornecem serviços jurídicos



7.2.1. Redução do estigma e discriminação

A redução do estigma e da discriminação contra as PVHS e grupos com comportamentos de risco, como as MTS, os HSH e os migrantes, é essencial para maximizar a resposta contra o SIDA, aumentando o acesso e a retenção junto dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento, aproximando a comunidade a esses serviços.

Para aquele propósito, o PEN IV prevê a integração de questões sobre confidencialidade, ética, dever de tratar e direitos humanos na formação dos provedores de serviços de saúde (profissionais da US e activistas). Esta integração tem como finalidade dar um contributo e substrato material à humanização dos serviços de saúde, permitindo que as populações se sintam cada vez mais confortáveis em buscar e permanecer nos serviços de saúde.

Adicionalmente, projectam-se nesta abordagem estratégica acções de aceitabilidade da condição de viver com o HIV no seio das comunidades, que devem ser integradas nas actividades de comunicação para a mudança social e de comportamento.

7.2.2. Redução da discriminação contra as mulheres no contexto do HIV

As desigualdades de género e as diversas formas de violência contra a mulher continuam a ser uma realidade em muitas comunidades, contribuindo para uma maior exposição ao risco das raparigas e mulheres. Adicionalmente, prevalecem ainda práticas sócio-culturais que constituem uma total violação dos direitos individuais das mulheres e dos direitos humanos e colocam grupos vulneráveis mais expostos ao risco.

A aposta em actividades como serviços de informação legal ou assessoria legal, é vinculada na abordagem estratégica do presente documento, tendo em vista os seguintes propósitos:

- (i) Confrontar as práticas de violência baseada no género que expõem a mulher e a rapariga à vulnerabilidade da infecção com HIV e SIDA;
- (ii) Ajudar a resolver ou minorar disputas decorrentes nas comunidades, onde os tabus em torno do HIV e SIDA continuam a influenciar a separação de casais, a culpabilização da mulher sobre o infortúnio familiar e a sua expulsão do lar, em condições em que os seus direitos não só estão silenciados pelo sistema patriarcal predominante, mas também suplantados pelos medos de exposição da sua situação de saúde.

Com esta abordagem busca-se, igualmente, um investimento na consciência colectiva, visando influenciar mudanças positivas nas normas tradicionais perniciosas e no recurso a uma cada vez mais actuante mitigação estratégica. Nestes exercícios é imperioso o engajamento das lideranças tradicionais e comunitárias, dos praticantes da medicina tradicional, bem como dos tribunais comunitários.

7.2.3. Literacia legal

A literacia legal informa e educa o indivíduo para que se consciencialize sobre os seus direitos (incluindo os seus deveres) ao acesso a serviços de prevenção, cuidados, tratamento e apoio. De igual modo, dá-lhe ferramentas para, de forma informada e educada, identificar, analisar e ponderar aspectos críticos inerentes aos seus direitos de cidadania e agir em conformidade. Os serviços legais devem apoiar as pessoas no acesso à justiça de forma a garantir a protecção do indivíduo e dos seus direitos.

Como forma de dar sentido à literacia legal, o PEN IV projecta actividades como o fortalecimento e capacitação das redes de PVHS com respeito ao direito a herança, da obrigação de tratar, ao direito, ao respeito e à confidencialidade e à protecção de menores.

7.2.4. Serviços legais associados ao HIV

As práticas sócio-culturais que promovem a violência de género têm um contributo no agravamento da vulnerabilidade da mulher no contexto do HIV e SIDA.



7.3. Fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional de Saúde em Moçambique compreende o sector público, o sector privado com fins lucrativos, o sector privado com fins não lucrativos e o comunitário. O sector público, que é o Serviço Nacional de Saúde (SNS), constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional. O SNS está organizado em 4 níveis de atenção, sendo o nível I o mais periférico e é onde se implementa a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o nível II a servir de referência para as condições clínicas que não têm resposta no nível I, como por exemplo, as complicações de parto, lesões, emergências médico-cirúrgicas, etc. Os níveis III e IV são fundamentalmente orientados para acções curativas mais especializadas e constituem referência para os níveis inferiores.

Quanto ao sector privado com fins lucrativos, este está a desenvolver-se gradualmente, especialmente nas grandes cidades. A política de saúde em vigor reconhece o papel do sector privado na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, as relações público-privadas estão sendo exploradas no país, as iniciativas de contratação de serviços a Organizações Não Governamentais (ONGs) estão em curso. Existe, ainda que incipiente, o processo de prestação de cuidados de saúde pelo sector privado com fins não lucrativos, feita essencialmente pelas ONGs estrangeiras e algumas entidades religiosas, de comum acordo com o Ministério da Saúde (MISAU).

Para completar a estrutura do SNS em Moçambique, é importante tomar em consideração a existência de actividades de prestação de serviços ao nível da comunidade, com destaque para a medicina tradicional. Estima-se que mais da metade da população moçambicana procura e recebe cuidados prestados por praticantes de medicina tradicional, nas suas diversas formas, incluindo profetas.



Edifício do MISAU em Maputo

7.3.1. Fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde

O fortalecimento do sistema de saúde é uma estratégia-chave do Governo de Moçambique e é a base para assegurar a execução das actividades para o alcance dos objectivos preconizados no Programa Quinquenal do Governo 2015-2019³⁸, particularmente as de prevenção e controlo do HIV e SIDA. Devido à importância crucial do sistema de saúde, existe a necessidade premente do seu reforço a nível central, provincial, distrital e de posto administrativo.

As principais áreas de reforço são:

- Recursos humanos
- Laboratório
- Logística, produtos médicos e equipamentos
- Infra-estrutura
- Mecanismo de financiamento da resposta ao HIV
- Sistemas de informação, monitoria e avaliação

a) Recursos humanos

DESAFIOS

Para melhoria contínua do acesso e qualidade do serviço de saúde, há necessidade crescente em profissionais de saúde e com melhores qualificações técnicas. Moçambique tem uma grande escassez de profissionais de saúde. A maioria dos serviços baseados em clínica é fornecida por pessoal não-médico, em particular por técnicos e agentes de medicina curativa e enfermeiros. Há um défice quantitativo de técnicos de farmácia, laboratório, enfermeiras e outras categorias de profissionais de saúde, o que poderá constituir uma ameaça para o sucesso dos objectivos preconizados para o combate ao HIV. Portanto, a questão de recursos humanos com as necessárias qualificações, em quantidade e qualidade a todos os níveis é crítica.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

Em consideração a estas limitações dentro do Serviço Nacional de Saúde, o Governo apoiou os esforços de integração de serviços para aumentar a eficiência dos cuidados de saúde primários.

O Governo, através do Ministério da Saúde e da Ciência, Tecnologia, Ensino Superior e Técnico Profissional, vai continuar a formar, de forma acelerada, profissionais de saúde. Com a expansão dos serviços e para uma melhor resposta serão necessários cerca de 30 810 profissionais de saúde (médicos: 1.449; medicina curativa: 4.723; enfermeiros de SMI: 10 611; enfermeiros gerais: 1.052; técnicos de laboratório: 1.706 e técnicos de farmácia: 2.269). Por outro lado, o plano de aceleração da resposta ao HIV 2013-17, também inclui uma revisão das estimativas de treinamento baseado em necessidades aumentadas devido à expansão do serviço de HIV.

b) Laboratórios

DESAFIOS

Os principais desafios a nível nacional são: falta de um plano estratégico para a área de laboratório, deficiente informatização, processos ineficientes para a aquisição de equipamentos, reagentes e materiais de consumo e falta de padronização de monitoria, avaliação e supervisão.

PRIORIDADES ESTRATÉGICAS

O Ministério da Saúde está finalizando a elaboração do Plano Estratégico do Laboratório que preconiza a melhoria da infra-estrutura laboratorial; aumento do número e capacidade técnica do pessoal e incremento da cobertura dos exames laboratoriais essenciais.

Serão implementados sistemas de avaliação externa e de gestão da qualidade e de manutenção de equipamento no que se refere a diagnóstico de HIV em adultos e crianças, contagem de células CD4, carga viral, bioquímica, hematologia, diagnóstico microscópico e molecular (GeneXpert) da tuberculose, e a outros exames laboratoriais de relevância para o HIV e SIDA;

Será expandida e melhorada a qualidade da rede de encaminhamento de amostras e retorno rápido dos resultados e fortalecido os sistemas de gestão de informação de laboratório, incluindo o estabelecimento de uma base de dados central para melhor planificação, quantificação e utilização de dados para tomada de decisão.

Com o aumento do número de pacientes, haverá uma necessidade de expansão da rede laboratorial e uma necessidade de adquirir mais 31 equipamentos de hematologia; 42 equipamentos de bioquímica; 19 equipamentos convencionais de CD4; 9 máquinas de carga viral (plataforma ABBOT) e 5 máquinas de PCR.

Será expandida e melhorada a qualidade da rede de encaminhamento de amostras



c) Logística, produtos médicos e equipamentos

DESAFIOS

A necessidade de desenvolvimento e aprimoramento de sistemas de gestão de dados e informação que permitam prever, diagnosticar e manter a previsibilidade de *stocks* de produtos, artigos, equipamentos, incluindo condições de armazenamento e transporte para a garantia da qualidade, segurança e actualidade dos produtos de saúde é um desafio constante. Trata-se de um domínio que exige, igualmente, a documentação permanente dos fluxos de demanda e oferta, de aquisições e encomendas de produtos, incluindo a monitoria dos produtos em transição, de forma a auxiliar na emissão de relatórios oportunos e com a necessária persuasão para a útil e oportuna tomada de decisões pelas lideranças.

Recentemente, foi aprovado um plano estratégico para a logística farmacêutica (PELF) que visa um abastecimento regular e continuado de medicamentos e produtos de saúde vitais para a prestação de serviços de qualidade. Neste sentido, será vital encurtar o ciclo de resposta, garantir entregas atempadas, minimizar os *stocks* e otimizar os custos de distribuição, obtendo dados exactos dos pontos de consumo, em particular dos hospitais, os principais consumidores. Um plano de implementação (PdI) para o PELF foi criado em 2014 que descreve o cronograma das actividades com principal realce para a cadeia de aprovisionamento.

ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

Definiu-se que para responder aos desafios acima expostos a cadeia de aprovisionamento funcionaria com 3 armazéns centrais (de natureza regional), localizados nas cidades de Maputo, Beira e Nampula, contra os 2 armazéns actualmente existentes e servindo cada um prioritariamente as zonas sul, centro e norte e 30 armazéns intermediários contra os 11 actualmente existentes, que necessitarão de reabilitação, ampliação e construção com o mapeamento efectuado.

No sentido de melhorar a cadeia de abastecimento, nomeadamente através da quantificação, previsão, distribuição e gestão de armazéns é pertinente a existência de um sistema de informação e gestão de logística (LMIS).

O transporte de medicamentos do nível central até aos armazéns (provinciais/intermediários) é terceirizado e destes para as USs será combinado entre uma frota própria de terceirização.

d) Infra-estruturas

DESAFIOS

Actualmente o país tem cerca de 1.492 unidades sanitárias, que se distribuem nas seguintes categorias: Nível I (1.428 centros de saúde); Nível II (18 hospitais rurais e 20 hospitais distritais); Nível III (8 hospitais provinciais e 5 hospitais gerais) e; Nível IV (3 hospitais centrais e 2 hospitais especializados)

Estima-se que mais de 35% da população ainda vive a 45 minutos de uma unidade sanitária. A escassez de unidades sanitárias constitui uma grande limitação para o acesso aos serviços de saúde. Para além do número reduzido, a falta de água e electricidade e a exiguidade de espaços, limitam a capacidade de provisão de serviços de qualidade. A limitação financeira também tem contribuído para um lento crescimento da rede sanitária.

ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

A prioridade estratégica para esta área será a reabilitação, ampliação e construção de unidades sanitárias de modo a aumentar espaço para a realização de consultas, melhorar a capacidade laboratorial e local de armazenamento de fármacos e consumíveis.

e) Financiamento para resposta ao HIV

DESAFIOS

As acções de combate ao HIV constituem um programa fortemente dependente de financiamento externo dado a elevados custos das intervenções de prevenção, tratamento e mitigação. Nos últimos anos o Governo de Moçambique tem vindo a envidar esforços com vista a aumentar a sua participação no financiamento.

PRIORIDADE ESTRATÉGICA

Neste contexto, o financiamento do PEN poderá estar integrado numa estratégia de financiamento do sector de saúde que está em processo de elaboração e através de qualquer outro mecanismo inovador para o aumento das receitas domésticas. Caberá ao CNCS, em coordenação com o MISAU, definir a componente operacional mais viável para o efeito.

f) Sistemas de informação

A monitoria e avaliação fiável e contínua é essencial para demonstrar o progresso no alcance dos resultados e impacto da resposta. Um sistema de monitoria consolidado facilitará a implementação do Plano Estratégico, fornecendo informações para a tomada de decisões baseada em evidências. As prioridades de formação do SIS são: (i) melhoria da gestão em todos os níveis; (ii) a formação de recursos humanos suficientes para realizar as actividades do SIS em todos os níveis (que inclui a formação de técnicos SIS em planificação, SIS e ME); e (iii) garantir a infra-estrutura local para a institucionalização dos sistemas de informação nos níveis provincial e distrital.

A realização periódica de inquéritos de base populacional, em locais de sentinela e em populações-chave, deverá ser um dos pilares para a monitorização da epidemia em Moçambique. Adicionalmente, a resistência aos anti-retrovirais deverá ser monitorada através da realização de inquéritos específicos. A pesquisa operacional e em sistemas de saúde deverão ser instituídas a todos os níveis do sistema nacional de saúde para permitir que as políticas e práticas sectoriais sejam informadas pela evidência científica.

7.3.2. Sector Comunitário

Os sistemas comunitários são mecanismos e estruturas lideradas pela comunidade, pelas organizações comunitárias de base e por grupos organizados para interagir, coordenar e implementar a resposta aos desafios e necessidades da comunidade.

No contexto da saúde, o Fortalecimento dos Sistemas Comunitários (FSC) é a abordagem que promove o desenvolvimento sustentável da comunidade e das organizações e actores comunitários, o que permite que estes contribuam para intervenções comunitárias de saúde e outras, a serem implementadas de forma sustentável.

A finalidade do FSC é desenvolver o papel das comunidades, organizações comunitárias, redes de organizações da sociedade civil e outros actores para desenhar, implementar, monitorar e avaliar as actividades e serviços com o objectivo de melhorar e maximizar os resultados da saúde.

O fortalecimento do sistema comunitário é uma forma de melhorar o acesso e utilização dos serviços formais de saúde, aumentando o engajamento comunitário nas áreas da saúde, cuidados sociais, advocacia, promoção de saúde, literacia para o tratamento, monitoria, cuidados domiciliários e numa resposta compreensiva, em geral, para assegurar um ambiente favorável para estas intervenções. O fortalecimento do sistema comunitário é importante para maximizar a vantagem comparativa que as organizações comunitárias e a sociedade civil em geral têm para interagir com as comunidades afectadas, reagir às necessidades e desafios da comunidade e estabelecer a ligação com os grupos mais afectados.

DESAFIOS

Apesar de a importância do fortalecimento do sistema comunitário - como elemento chave para uma resposta mais sustentável - ter uma abordagem recorrente em documentos estratégicos como o PEN III, o plano de aceleração da resposta ao HIV, a estratégia da humanização dos serviços de saúde, entre outros, em Moçambique, a sua estruturação e tratamento é recente.

O sistema comunitário apresenta uma actuação frágil, com um número muito reduzido de parceiros e doadores, canalizando financiamento para impulsionar as intervenções comunitárias para a área social e de saúde em particular. Estas fragilidades reflectem-se na escassez de evidência e literatura sobre a contribuição da acção comunitária na resposta nacional, havendo poucas intervenções custeadas e financiadas e sistemas de informação e de base de dados frágeis.

Como desafios deste sistema colocam-se:

- i.** A coordenação entre as organizações comunitárias e a sociedade civil, o desenvolvimento de capacidades das organizações comunitárias e da sociedade civil para implementarem intervenções apropriadas e relevantes à sua natureza e área de vantagem comparativa;
- ii.** O fortalecimento dos fóruns de coordenação da sociedade civil que ainda são frágeis e nem sempre funcionais e com sistemas menos claros de prestação de contas;
- iii.** O reforço do poder e capacidades das organizações comunitárias e da sociedade civil para influenciar decisões que respondam às suas necessidades, especialmente em políticas, em formulação de estratégias e planos de implementação;
- iv.** O reforço da sua capacidade técnica e/ou analítica para participar nos principais fóruns de tomada de decisões com a qualidade e consistência desejáveis.

Pacotes principais de intervenção

Os serviços comunitários são de extrema importância para o sucesso dos serviços clínicos. Neste sentido, para a garantia de melhor articulação, harmonia e complementaridade entre os dois sistemas, priorizam-se as seguintes áreas e intervenções:

- i.** Ambiente favorável e advocacia: incluindo o engajamento comunitário e advocacia para melhorar as políticas, o ambiente legal e governação e as questões que afectam os determinantes de saúde.
 - Acções estratégicas: mobilização das redes comunitárias para o engajamento em campanhas e movimentos solidários, incluindo populações-chave;
 - Envolvimento dos líderes comunitários e figuras influentes na comunidade, através de capacitações e desenvolvimento de *kits* de advocacia para melhor orientar as suas intervenções;
 - Redes comunitárias, parcerias e coordenação, através de criação de fóruns de coordenação a nível local, em estreita ligação com a plataforma de coordenação nacional.
- ii.** Criação de um fundo para o financiamento das acções comunitárias, incluindo o desenvolvimento de capacidades técnicas para a maximização dos resultados;
- iii.** Desenvolvimento e reforço de capacidade técnica e de mobilização de recursos, incluindo recursos humanos com pessoal técnico apropriado e capacidade organizacional;
 - Formações técnicas em finanças, documentação e outros elementos essenciais para uma boa governação e gestão organizacional;
 - Mobilização de recursos: recrutamento e treinamento de recursos humanos com capacidade técnica apropriada ao objecto principal da organização; elaboração de planos estratégicos alinhados ao quadro estratégico nacional, ilustrando claramente a contribuição das organizações comunitárias, através de um plano definido de monitoria e avaliação, igualmente alinhado com o PEN.
- iv.** Intervenções comunitárias e implementação de serviços acessíveis a todos e desenvolvimento de acções de sensibilização e capacitação para o aumento da transparência e prestação de contas;
- v.** Fortalecimento da liderança organizacional e planificação, incluindo a gestão, prestação de contas e liderança para as organizações e sistemas comunitários;
- vi.** Responsabilização comunitária, através da realização de fóruns distritais de concertação para o HIV, que reúne 2 vezes por ano, incluindo:
 - Reforço de plataformas províncias, 1 sessão por ano;
 - Envolvimento de instituições/organizações que trabalham na monitoria de qualidade de serviços;
 - Reforço da plataforma nacional da sociedade civil, 1 vez por ano.
- vii.** Monitoria e avaliação, mentoria e planificação, incluindo a integração de indicadores do sistema comunitário no sistema de monitoria e avaliação da resposta nacional;
- viii.** Estabelecimento de um fundo de subvenções que reúna um mecanismo de financiamento e desenvolvimento institucional das OSC.



É importante o envolvimento das comunidades nos Planos Estratégicos

VIII.

MONITORIA E AVALIAÇÃO

A monitoria e avaliação são uma componente indispensável para subsidiar a tomada de decisões informadas em todas as fases de trabalho com o Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA. O seguimento, a recolha e tratamento de dados, a documentação de informação de forma acurada permitem a tomada de medidas correctivas em tempo oportuno, por um lado e, por outro, ajudam a eliminar a duplicação de esforços, actuando como plataformas para a planificação e execução de actividades dentro de um quadro orientado a partir de indicadores previamente concordados.

DESAFIOS

Os desafios actuais da área de monitoria e avaliação compreendem a necessidade de um Plano de Monitoria para o Plano Estratégico Nacional, que vincule as actividades comunitárias, bem como o desenvolvimento de acções de advocacia em altos níveis de tomada de decisão para que essa área alcance a dimensão merecida e necessária.

Adicionalmente impõe-se como desafio, a operacionalização da base de dados do CNCS e a advocacia para maior compromisso dos parceiros em alimentar o sistema de M&A da resposta nacional. Por fim, torna-se urgente melhorar o funcionamento dos Grupos Técnicos Multisectoriais (GTM) ao nível provincial; a melhoria da coordenação entre os actores responsáveis pela resposta, tanto a nível biomédico quanto sócio-comportamental; e o alinhamento entre as áreas financeira e programática, incluindo a eliminação da duplicação de informação alimentada por fontes diversas.

PACOTES PRINCIPAIS DE INTERVENÇÃO

Com o objectivo de responder aos desafios acima mencionados, estabelece-se, no contexto do PEN IV, um Plano Único de M&A para a resposta nacional de combate ao HIV/SIDA, como forma de reforçar o carácter multisectorial e melhor integrar as áreas biomédica e não biomédica da resposta. O plano pretende ser o documento referencial que explicita as directrizes técnico-científicas e operacionais da política de M&A da resposta nacional.

O plano versa sobre a capacitação de recursos humanos e a revitalização, em todos os níveis de funcionamento dos GTMs, que têm como função principal complementar a capacidade técnica das equipas de monitoria e avaliação. O plano de M&A do PEN IV traz, também, as metas propostas para o período de 2014 a 2019 e estabelece o quadro de indicadores com definições claras a serem utilizados para medir o progresso da resposta nacional em conjunto com as suas linhas de base.

ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

Elaboração de um plano único de M&A para a resposta nacional ao HIV e SIDA.

Desenvolvimento de um sistema de recolha de informações de actividades comunitárias de combate ao HIV e SIDA, incluindo ferramentas de recolha primária e uma plataforma informatizada para compilação desses dados.

Reforço da coordenação nacional das actividades comunitárias de combate ao HIV e SIDA e sistematização da recolha, análise e reporte dos dados dessas actividades.

Implementação de um plano para a verificação e melhoria da qualidade de dados do sector da saúde.

Implementação de actividades de vigilância epidemiológica para caracterizar o estado da epidemia de HIV no país, incluindo inquéritos focalizados na população chave.

Realizar actividades de pesquisa operacional para otimizar a utilização de dados recolhidos e aumentar o potencial impacto da vigilância e das pesquisas na melhoria dos programas e das políticas.

Abranger novas áreas de vigilância do HIV segundo as directrizes internacionais mais recentes.

Desenvolver capacidades para criar uma cultura organizacional de políticas e práticas guiadas pela vigilância, pesquisa e avaliação de forma adequada e sustentável.

VIGILÂNCIA E PESQUISA OPERACIONAL

A formulação de estratégias eficazes para a prevenção e controlo do HIV e SIDA depende de uma ampla compreensão do grau de disseminação do vírus do SIDA no país e da sua dinâmica em vários grupos vulneráveis ou populações-chave. A informação gerada, através de uma colheita sistemática de dados sobre a prevalência, riscos comportamentais e acesso aos serviços de saúde, permite compreender a tendência da epidemia e o impacto das políticas vigentes.

Na população em geral, a vigilância epidemiológica do HIV em Moçambique, durante a vigência do PEN IV, será realizada por meio de Rondas de Vigilância Epidemiológica em mulheres grávidas (RVE) bi-anuais e do inquérito de indicadores sobre imunização, malária e HIV e SIDA em Moçambique (IMASIDA) a ser conduzido em 2015. Essas pesquisas fornecerão informações úteis sobre a prevalência do HIV em Moçambique, bem como sobre os conhecimentos, atitudes e práticas relacionados ao HIV e SIDA.

Através de outras análises quantitativas e qualitativas buscar-se-á o reforço da plataforma de evidência relativa à combinação de intervenções mais efectivas, tomando em conta as normas sócio-culturais prevalentes, para a redução do risco de infecção nas populações vulneráveis, particularmente nas raparigas entre os 10-14 anos e mulheres jovens entre os 15-24 anos.

O PEN IV também projecta a exploração do aumento da utilização de dados de rotina sobre o HIV para fins de vigilância epidemiológica. Nos próximos cinco anos, esforços serão investidos para viabilizar a continuidade da avaliação da disponibilidade, integralidade e comparabilidade entre os dados do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) na Consulta Pré-natal (CPN) e os dados das RVE, com vista a providenciar informação para uma eventual transição na utilização dos dados de rotina do PTV para a vigilância do HIV.

Embora os resultados dos inquéritos da população em geral forneçam informações valiosas, é também importante ter dados sobre a dinâmica da infecção pelo HIV entre as populações-chave da qual fazem parte, dentre outros, as Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS), os Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), Pessoas que Injectam Drogas (PID), mineiros, camionistas de longo curso e prisioneiros.

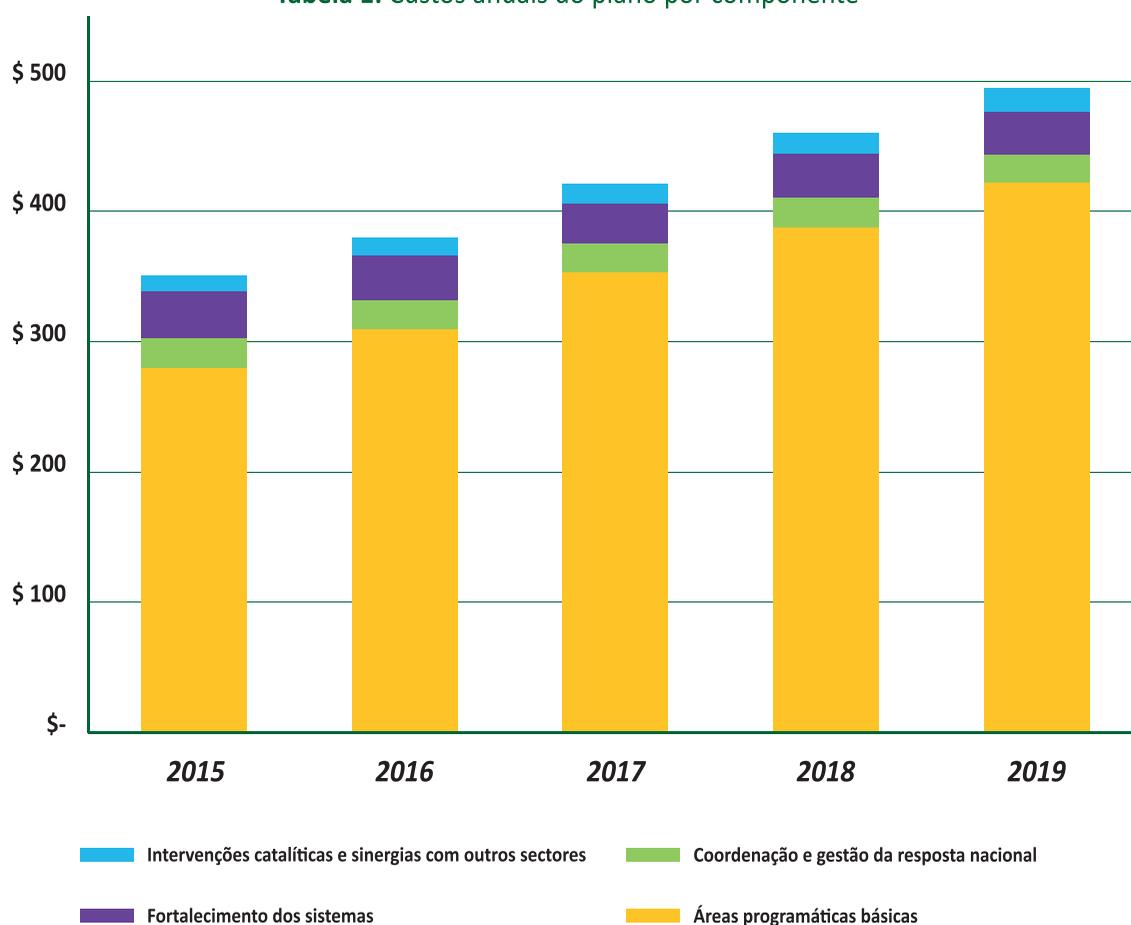
O PEN IV também prioriza o desenvolvimento de pesquisas periódicas em áreas emergentes, tais como a resistência adquirida ao tratamento anti-retroviral. Além de pesquisas de vigilância epidemiológica, pesquisas operacionais são, também, elementos críticos para a expansão dos serviços de prevenção, cuidado e tratamento do HIV e SIDA.

Durante a vigência do PEN IV, projecta-se a realização de pesquisas operacionais com o objectivo de investigar o impacto de actividades comunitárias de combate ao HIV/SIDA, tais como as intervenções para aumentar a adesão e retenção aos serviços de saúde ou intervenções para mudanças de comportamento de risco.

IX. CUSTOS

O custo de implementação do presente plano foi estimado, utilizando a metodologia e ferramenta do *Resource Needs Model*. O custo total do plano para os cinco anos é de US\$ 2.108 milhões, observando-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 dólares americanos por habitante⁷.

Tabela 1: Custos anuais do plano por componente



A grande proporção do custo do plano (83%) está relacionada com as áreas programáticas básicas, seguida do fortalecimento dos sistemas (8%), a coordenação e gestão da resposta (5%) e as intervenções catalíticas ou sinergias com outros sectores (4%).

O custo do tratamento anti-retroviral representa a componente mais onerosa do plano com 54% do custo total. Com o aumento de pessoas a iniciar a terapia anti-retroviral, os custos ligados ao TARV atingem US\$ 263 milhões em 2019 (ou seja 50% do custo total). Uma parte substancial do custo do TARV está ligada à aquisição e disponibilização dos ARVs nas Unidades Sanitárias, os quais atingem

US\$ 98 milhões em 2015 e US\$ 146 milhões em 2019. Este aumento reflecte o aumento de pacientes a iniciar a segunda linha de tratamento e o aumento na retenção ao TARV entre 2015 e 2019. Além dos ARVs, os custos laboratoriais também aumentam de US\$ 27 milhões em 2015 a USD 80 milhões em 2019. Esta variação deve-se ao início progressivo da monitoria da carga viral, cujo custo é estimado ao equivalente em meticais a US\$ 30 (trinta dólares americanos) por paciente ao ano. O resto dos custos do TARV incluem a prestação de serviços, a provisão de cotrimoxazole ou profilaxia para TB e o apoio nutricional (o equivalente em meticais a US\$ 20-21 milhões de dólares americanos anuais).

Outros custos relacionados às áreas programáticas básicas incluem os programas para a eliminação da transmissão vertical (9%) e a circuncisão masculina (6%). O custo dos programas que visam promover o uso do preservativo, a mudança de comportamento ou referir a população aos centros de saúde representam 11% de todos os custos do plano e incluem a comunicação e mobilização comunitária (US\$ 14-23 milhões anuais), a distribuição pública ou *marketing* social do preservativo (US\$ 13-24 milhões anuais), ou através de programas de prevenção para jovens ou no local de trabalho (US\$ 7-11 milhões anuais).

As actividades catalíticas e de sinergias com outros sectores identificadas no plano incluem programas de direitos humanos e género relacionados ao HIV (US\$ de 0.3 milhões em 2015 a US\$ 3.6 milhões em 2019) e o apoio e protecção as crianças órfãs e vulneráveis (US\$ 12-15 milhões anuais).

O fortalecimento do sistema de saúde e do sistema comunitário será uma componente chave para permitir uma expansão dos programas básicos. Estes programas irão custar entre US\$ 31 e US\$ 36 milhões anuais (ou 8% do custo total do plano). A maior parte deste custo (US\$ 26 milhões ao ano) está ligada ao fortalecimento do sistema de saúde e inclui a construção, ampliação ou reabilitação de unidades sanitárias, laboratórios ou depósitos de medicamentos e artigos médicos, a aquisição de equipamento para medir a carga viral ou melhorar a distribuição de produtos médicos. O reforço do sistema comunitário irá custar entre US\$ 2.3 e 4.1 milhões, enquanto entre US\$ 1.8 a US\$ 5.3 milhões serão necessários para formações.

Finalmente, os custos necessários para gestão, coordenação e monitoria da resposta nacional estão estáveis (US\$ 22-23 milhões anuais).

Tabela XX: Síntese de custos por área programática (2015-2019)

Custo anual do PEN IV (US\$ milhões)	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019	
Áreas programáticas básicas	280.0	309.4	353.6	387.7	422.3	1,729.6	83%
Tratamento anti-retroviral	155.9	176.5	212.5	237.6	263.0	1,045.5	50%
Aconselhamento e Testagem (ATS)	8.8	10.3	11.8	13.4	15.1	59.4	3%
Eliminação da Transmissão Vertical (ETV)	30.0	33.4	36.5	39.6	42.5	182.0	9%
Circuncisão Masculina	32.8	30.2	27.3	24.1	20.5	134.9	6%
Prevenção nos grupos de alto risco (TS&C, HSH, PID, Reclusos)	3.3	4.2	5.1	6.2	7.4	26.2	1%
Prevenção nos jovens e no local de trabalho	6.9	7.9	8.9	10.0	11.1	44.8	2%
Comunicação para a mudança de comportamento	14.0	16.2	18.5	20.9	23.5	93.1	4%
Distribuição e promoção dos preservativos	13.3	15.8	18.5	21.4	24.5	93.5	4%
Outros cuidados e tratamento (IO, ITS, cuidados domiciliários,)	10.5	10.5	9.8	9.7	9.7	50.2	2%
Outros programas de prevenção (PEP, segurança do sangue, etc.)	4.4	4.5	4.7	4.8	4.9	23.3	1%
Intervenções catalíticas e sinergias com outros sectores	12.2	13.7	14.8	16.0	18.4	75.2	4%
Direitos Humanos e Género	0.3	0.9	1.2	1.8	3.6	7.9	0%
Apoio a crianças orfãs e vulneráveis	11.9	12.8	13.6	14.2	14.8	67.3	3%
Fortalecimento dos sistemas	36.0	34.1	31.4	33.6	32.3	167.4	8%
Fortalecimento do sistema de saúde	28.0	27.0	25.7	25.7	25.7	132.2	6%
Fortalecimento do sistema comunitário	2.7	3.3	3.9	4.0	4.1	17.9	1%
Formações	5.3	3.8	1.8	3.9	2.5	17.3	1%
Coordenação e gestão da resposta nacional	23.2	22.9	21.9	23.0	21.9	113.0	5%
Coordenação e gestão nacional da resposta	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	20.7	1%
Monitoria e avaliação nacional da resposta	19.1	18.8	17.8	18.9	17.8	92.2	4%
TOTAIS	351.4	380.1	421.6	460.3	494.9	2,085.1	100%

X.

REFERÊNCIAS

- ¹Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010 – 2014. Maputo, Moçambique. 2009.
- ²Ministério da Saúde. Relatório de Avaliação de meio termo do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e do plano de ETV. Maputo 2014.
- ³CNCS, GTM, ONUSIDA, Distribuição da Incidência de Infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de Transmissão, 2013. Maputo, Moçambique. 2014.
- ⁴INS, CDC, UCSF, Pathfinder International, PSI, LAMBDA, I-Tech. Relatório Final: Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique. 2011.
- ⁵INS, CDC, UCSF, Pathfinder International, I-Tech. Relatório Final: Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique 2011-2012. São Francisco. 2013.
- ⁶MISAU, INE, ICF Internacional. Moçambique. Inquérito Demográfico e de Saúde 2011 (Internet). Calverton, Myraland, EUA, MISAU, INE e ICFI. 2013. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>.
- ⁷Korenromp EL, Gobet B, Fazito E, Lara J, Bollinger L, Stover J (2015) Impact and Cost of the HIV/AIDS National Strategic Plan for Mozambique, 2015-2019—Projections with the Spectrum/Goals Model. PLoS ONE 10(11): e0142908. doi:10.1371/journal.pone.0142908.
- ⁸UNAIDS. UNAIDS Global Report 1013. HIV Estimate Annex Table. 2014.
- ⁹Schwartländer B, Stover J, Hallett T, Atun R, Avila C, Gouws E, et al. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. The Lancet. 2011; 377(9782): 2031- 41.
- ¹⁰UNAIDS. The GAP Report (Internet) Genebra: UNAIDS, 2014 (citado em 16 de Julho de 2014).
- Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/name,97466,en.asp>.
- ¹¹INS, INE, CNCS, ICF Macro, Calverton. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009). 2010.
- ¹²Selvester K, Cambaco D, Bié V, Mndzebele A. Determinants of HIV in key hotspots on the southern transport corridor: Maputo to Swaziland. 2012.
- ¹³Universidade de Califórnia, São Francisco (UCSF), CDC, Pathfinder International, I-Tech, Universidade Católica de Moçambique, Instituto Nacional de Saúde. Resultados Preliminares: estudo sobre a saúde dos camionistas. 2012.
- ¹⁴IOM. Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey (IBBS) In the Commercial Agricultural Sector in South Africa. South Africa. 2010 p.82.
- ¹⁵Universidade de Califórnia, San Francisco (UCSF), MISAU, INS, MITRAB, CDC, I-TECH. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Trabalhadores Moçambicanos nas Minas da República da África do Sul, Moçambique. 2012.
- ¹⁶Serviço Nacional Penitenciário, INS, UNODC. Avaliação da Situação de HIV/ITS/TB e Necessidades de Saúde em Ambientes Penitenciários em Moçambique. 2014.
- ¹⁷INS, INE, GTM, Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta contra o HIV e SIDA em Moçambique. Ronda de vigilância epidemiológica do HIV e Sífilis em mulheres grávidas em Moçambique, 2011: principais resultados. Grupo Técnico Multisectorial de Combate ao HIV/SIDA (GTM), 2013.
- ¹⁸Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose. Relatório de Actividades desenvolvidas durante o Ano de 2013. 2014.
- ¹⁹CNCS. Relatório de Avaliação do Plano Estratégico

Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2010-2014 (PEN III). 2014.

²⁰República de Moçambique, Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Saúde. Relatório Anual 2013. Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Maputo; 2014.

²¹Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Saúde Pública, Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Plano Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012-2015. 2014.

²²Plano Estratégico para a Expansão da Circuncisão Masculina Médica e Voluntária em Moçambique 2013-2018.

²³República de Moçambique. Lei 05/2002. Lei de Protecção do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com HIV e SIDA. Boletim da República; 2002.

²⁴República de Moçambique. Lei 12/2009. Lei de Protecção das Pessoas Vivendo com HIV. Boletim da República; 2009.

²⁵República de Moçambique. Ministério da Função Pública. Estratégia de Combate ao HIV e SIDA na Função pública (2009-2013). Maputo, 2009.

²⁶República de Moçambique. Ministério da Mulher e Acção Social. Plano Nacional de Acção para a Criança (2013-2019). Maputo, 2013.

²⁷1.118.720 crianças órfãs e vulneráveis receberam apoio multiforme.

²⁸UNAIDS. UNAIDS Terminology Guidelines. Genebra, 2011.

²⁹IOM (2012): Riscos e Vulnerabilidade do HIV: Análise dos principais Determinantes no Corredor de Transportes de Nacala. Maputo.

³⁰Park, H. H., et al. (2009): Incidence of Tuberculosis and HIV and Progression of Silicosis and Lung Function Impairment among Former Basotho Gold Miners. *Am. J. Ind. Med.* 52(12).

³¹Stuckler, D., Basu, S., e McKee, M. (2010): Governance of Mining, HIV and Tuberculosis in Southern Africa. *Global Health Governance* 4(1).

³²OMS. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key popula-

tions. Genebra, 2014.

³³Teodoro E, Boothe M, Baltazar C, Young P, Frank H, Sathane I, Gouveia M, Horth R. Urgent Need for Harm-Reduction Interventions in Mozambique: Results from the Integrated Bio-Behavioral Survey among People Who Inject Drugs. IAS 2015 – Vancouver, Canadá.

³⁴UNAIDS. Location, location: Connecting people Faster to HIV Services. Genebra, 2015.

³⁵UNAIDS. Global Plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive (2011 – 2015). Genebra, 2011.

³⁶Protocolo do Programa de Reabilitação Nutricional. 2013.

³⁷Dados Unicef sobre COVs.

³⁸República de Moçambique. Programa Quinquenal do Governo 2015-2019. Maputo, 2015.

EM DEFESA DA VIDA



MOÇAMBIQUE