

Diagnóstico Situacional sobre a Implementação da Recomendação Opção B+ , da Transmissão Vertical do VIH e da Sífilis Congênita, no âmbito da Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP

Consultora: Helena M.M. Lima, MD, PhD



CPLP
Comunidade dos Países
de Língua Portuguesa



DST-AIDS
HEPATITES VIRAIS



Organização
Pan-Americana
da Saúde

RELATÓRIO FINAL - MOÇAMBIQUE

AGOSTO – 2017/ REVISADO ABRIL 2018

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
Tabelas, Gráficos e Figuras	3
Siglas	4
Introdução	6
Dados Epidemiológicos - SIDA	8
Opção B+	17
Crianças em TARV	18
Tabela-síntese	23
Conclusões e Recomendações	27
Bibliografia	33

Tabelas, Gráficos e Figuras

Tabela 1. Linha do tempo do PTV em Moçambique. Fonte: MOZ_2016.

Tabela 2. Unidades de Saúde com PTV e as respectivas opções de tratamento para grávidas em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Tabela 3. Indicadores Relativos à Tuberculose em Moçambique, 2011 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Tabela 4. Retenção em Tratamento Antirretroviral entre gestantes e lactentes aos três e aos seis meses após intervenção em Moçambique, 2014. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 1. Evolução do número de Unidades Sanitárias disponibilizando Terapia Antirretroviral no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, entre 2003-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 2. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas na 1ª CPN; Mulheres grávidas com sorologia conhecida; Mulheres grávidas HIV em Moçambique, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 3. Cascata da CPN em Moçambique: Mulheres Grávidas (MG) HIV+; MG recebendo CTZ; MG em TARV; MG em biprofilaxia, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 4. Cobertura populacional total do exame PCR (Polymerase Chain Reaction) em Moçambique, 2012 – 2015. Fonte: GARPR, 2016

Gráfico 5. Cobertura populacional de PCR antes dos dois meses de idade em Moçambique, 2012-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 6. Evolução de beneficiários do Tratamento Antirretroviral, crianças e adultos e cobertura TARV entre Pessoas Vivendo com HIV entre 2003 – 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 7. Mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV nas CPN, 2002-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 8. Cascata da Maternidade em Moçambique: Mulheres Grávidas HIV+; MG a receber TARV; MG a receber ARV, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 9. Parceiros de mulheres grávidas que frequentam CPN: percentagem e soropositividade para HIV por província, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 10. Evolução da cobertura do Tratamento Antirretroviral pediátrico no período de 2003 a 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Gráfico 11. Retenção em Terapia Antirretroviral aos 12, 24 e 36 meses em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Figura 1. Expansão geográfica das Unidades de Saúde com oferta de Tratamento Antirretroviral em Moçambique entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Figura 2. Sucessos e desafios da Prevenção à Transmissão Vertical em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016. Figura 3. Mulheres grávidas testadas para sífilis na CPN (milhares) em Moçambique, período entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Figura 4. Cascata do Diagnóstico Precoce Infantil, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

SIGLAS

<p>ACA – Avaliação Conjunta Anual ARV – Antirretroviral AQD - Avaliação da Qualidade de Dados ATIP – Aconselhamento e Testagem Iniciados pelo Provedor ATS – Aconselhamento e Testagem em Saúde</p> <p>AZT – Zidovudina CBA - Confederation of Business Associations CCR - Consulta de Criança em Risco</p> <p>CCS – Consulta da Criança Sadia CDC - Centers for Disease Control and Prevention CDCS – Comissão Distrital de Combate ao Sida CD₄ - <i>Cluster of Differentiation</i> – Linfócitos T CD₄ CIA - Central de Inteligência Americana CITT - Centro de Investigação e Transferência de Tecnologias para o Desenvolvimento Comunitário CM – Circuncisão Masculina</p> <p>CMAM – Centro de Medicamentos e Artigos Médicos</p> <p>CNCS – Conselho Nacional de Combate ao sida COV's – Crianças Órfãs e Vulneráveis CPF – Consulta de Planeamento Familiar CPN – Consulta Pré-Natal CPP - Consulta Pós-Parto CTZ – Cotrimoxazol DPI – Diagnóstico Precoce Infantil DPM – Depósito Distrital de Medicamentos DPS – Direção Provincial de Saúde DNAM - Direção Nacional de Assistência Médica EcoSIDA – Empresários Contra o HIV e Sida ELISA - Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (<i>ensaio de imunoabsorção enzimática</i>) E-TV – (Iniciativa Global de) Eliminação da Transmissão Vertical FDC – Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade FRELIMO - Frente de Libertação de Moçambique</p> <p>GAAC - Grupos de Apoio à Adesão Comunitária</p> <p>GARPR - Global Aids Response Progress Report GF – Global Fund (Fundo Global)</p> <p>GTM&A – Grupo Técnico Multisetorial de Monitoramento e Avaliação HSH - Homens que fazem Sexo com Homens</p> <p>HGJMM - Hospital Geral de J. Macamo Maternidade IBBS - Integrated Biological and Behavioral Survey IDS – Inquérito Demográfico de Saúde (<i>Demographic and Health Surveys – DHS</i>) GF – Global Fund (Fundo Global)</p>	<p>IEC – Informação, Educação e Comunicação INE – Instituto Nacional de Estatística INS – Instituto Nacional de Saúde ITS - Infecções de Transmissão Sexual</p> <p>INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e sida em Moçambique M & A – Monitoramento e Avaliação MEGAS – Medição de Gastos em sida MG – Mulher Grávida</p> <p>MICS – Inquérito Sobre Indicadores Múltiplos MINED – Ministério da Educação MINT – Ministério do Interior MISAU – Ministério da Saúde MJD – Ministério da Juventude e Desportos MMAS – Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social MMIA – Mapa Mensal de Informação de Antirretrovirais MONASO – Rede de Organizações de Luta contra o sida (<i>Mozambican Network of Aids Services Organizations</i>) MOT – Modos de Transmissão MPD – Ministério da Planificação e Desenvolvimento MTS – Mulher Trabalhadora do Sexo NED - Núcleos Estatísticos Distritais NEP - Núcleos Estatísticos Provinciais NPCS – Núcleo Provincial de Combate ao HIV NVP – Nevirapina OCB – Organização Comunitária de Base ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio OIT – Organização Internacional do Trabalho OMS - Organização Mundial da Saúde ONG - Organização Não Governamental</p> <p>ONUSIDA – Agência das Nações Unidas para a aids</p> <p>OSC – Organização da Sociedade Civil</p> <p>PARP - Plano de Ação para Redução da Pobreza Absoluta PARPA II - Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 PAV – Programa Alargado de Vacinação PCR - Proteína C-Reativa – Reação em Cadeia Polimerásica PEN - Plano Estratégico Nacional (I, II, III e IV)</p> <p>PENSAÚDE - Plano Estratégico em HIV/Aids do Setor Saúde PEPFAR – President's Emergency Plan for Aids Relief PNB – Pacote Nutricional Básico POA – Plano de Orçamento Anual</p> <p>PPE – Profilaxia Pós-Exposição</p>
---	---

PES - Plano Econômico e Social
PME – Programa de Medicamentos Essenciais
PNCT - Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PNTS - Programa Nacional de Transfusão de Sangue
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRN – Programa de Reabilitação Nutricional
PTMF - Prevenção da Transmissão do HIV da Mãe para a Criança
PTV - Programa de Transmissão Vertical
PVHIV - Pessoas Vivendo com HIV
PVHA - Pessoas Vivendo com Aids
PVHS – Pessoas Vivendo com HIV e Sida
QAD – Quadro de Avaliação de Desempenho
RENAMO - Resistência Nacional de Moçambique
RN – Recém-nascido
RVE – Ronda de Vigilância Epidemiológica
SDSMAS - Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Ação Social
SENASI - Serviço Nacional de Sangue
SIDA/Aids - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIMAM – Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos
SMI - Saúde Materno-Infantil
SMNI – Saúde Materna, Neonatal e Infantil
SMNIAJ – Saúde Materna, Neonatal e Infantil, Adolescente e Jovem
SMS – Short Message Service – serviço de mensagens curtas
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SSR – Saúde Sexual Reprodutiva
SVC – Sistema de Vigilância Comportamental
TARV – Terapia Antirretroviral
TB – Tuberculose
TB-MDR - Tuberculose Multi Droga Resistente
TB-XDR - Tuberculose extra resistente
TCS – Trabalhadores Comunitários de Saúde
TIO – Tratamento de Infecções Oportunistas
TOR – Termos de Referência
TV - Transmissão Vertical
UATS – Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde
UNDP - United Nations Development Programme (=PNUD)
UNGASS – Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas para o HIV e aids
UPC – Unidade de Planificação e Coordenação
USAID – Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (*U.S Agency for International Development*)
US – Unidade de Saúde
VIH/ HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

Introdução

Moçambique é um país da costa oriental da África Austral que tem como limites ao norte a Tanzânia, a noroeste o Malawi e a Zâmbia, a oeste o Zimbábue, a África do Sul e a Suazilândia; a leste a parte do Oceano Índico denominada Canal de Moçambique. Neste Canal, os vizinhos são Madagascar e Comores; no Índico, para leste de Madagascar, estão as dependências de Ilha da Reunião, Juan de Nova e Ilha Europa. Tem uma extensão geográfica de 801.590 km².

A população de Moçambique é estimada em aproximadamente 25 milhões de habitantes (25.051.922), sendo 12.082.792 homens e 12.939.140 mulheres¹.

As etnias que compõem a população são 99,66% africanos – Makhuwa, Tsonga, Lomwe, Sena e outros); europeus, 0,06%, euro-africanos 0,2%; Indianos 0,08%.

A língua oficial é o Português, mas há muitas línguas nacionais, como: Cicopi, cinyanja, cinyungwe, cisenga, cishona, ciyao, echuwabo, ekoti, elomwe, gitonga, maconde (ou shimakonde), kimwani, macua (ou emakhuwa), memane, suaíli (ou kiswahili), suazi (ou swazi), xichanga, xironga, xitswa e zulu². Estimativas apontam para idioma Emakhuwa falado por 25,3% da população, seguido por Português (10,7%), Xichangana (10,3%), Cisena (7,5%), Elomwe (7%), Echuwabo (5,1%) e outros idiomas Moçambicanos (acima descritos, 30,1%) e outros, 4%.

Segundo estimativas do Governo de Moçambique³, o país é predominantemente católico (28,4%), seguido por Muçulmanos (17,9%), Cristãos (15,5%), sendo 10,9% pentecostais e 1,3% anglicanos, ateus ou agnósticos 18,7% e sem especificação 0,7%.

A visita de campo a Moçambique ocorreu entre 12 e 16/10/2015 em Maputo, sendo as entrevistas e visitas organizadas pelo Programa de Transmissão Vertical (PTV), do Ministério da Saúde. Participaram como entrevistados 37 pessoas, em entrevistas individuais ou em grupo, e foram visitados os serviços de Hospital Geral J. Macamo Maternidade (HGJMM) e o Centro de Saúde 1o. de Maio. Foram reunidas todas as informações obtidas nas entrevistas e encontros a partir dos registros da consultora, dados oficiais nos documentos fornecidos e dados obtidos em pesquisas anteriores e posteriores ao campo. Foram disponibilizados pelo Governo de Moçambique para o presente diagnóstico dezoito documentos oficiais relacionados ao tema da Opção B+, produzidos entre 2009 e 2015.

A resposta nacional ao HIV/SIDA iniciou-se em Moçambique no ano de 1988, com o estabelecimento do Programa de Prevenção e Controle no Ministério da Saúde. Em 2000, o Governo aprovou o primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN) de Combate ao HIV/SIDA e criou o Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS) para a coordenação das ações de resposta à epidemia. A resposta nacional é sustentada basicamente por financiamentos externos⁴. Em 2011, recursos internacionais representaram cerca de 95% do investimento em HIV do país.

¹ <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Populacao>. Acesso em outubro de 2017.

² www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Informacao-Geral. Acesso em fevereiro de 2017.

³ <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique>. Acesso em julho de 2017.

⁴ Dados obtidos em entrevistas realizadas e dados em documentos oficiais.

O Programa Nacional de Controlo (PNC) de Infecções Transmissíveis Sexualmente ITS-HIV/SIDA é a entidade responsável do Serviço Nacional de Saúde para a gestão dos serviços de saúde relacionados ao HIV⁵. A sua missão é a de coordenação, regulamentação e prestação de cuidados e tratamento aos pacientes vivendo com HIV. O Programa de controlo das ITS-HIV e aids, sob a coordenação geral da Direcção Nacional de Assistência Médica, é a unidade do Ministério da Saúde - MISAU que continua a assumir a responsabilidade da gestão dos serviços de HIV relacionados com a Saúde no seio do Sistema Nacional de Saúde de Moçambique.

Planos Estratégicos Nacionais (PEN) de Moçambique⁶:

O primeiro Plano Estratégico Nacional PEN I foi elaborado e implementado entre 2000-2002; o PEN II (2005-2009) foi o marco para a integração do tema do VIH e SIDA em documentos e projetos de planificação da política nacional como por exemplo o Plano de Ação para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II). Em 2006 foi criado o Grupo de Referência de Prevenção ao VIH, presidido pelo Ministro da Saúde. O PEN III (2010-2014) incluiu os grupos de populações-chave e populações vulneráveis. O PEN IV (2015-2019)⁷, tem como princípios orientadores a descentralização, a chamada *Moçambicanização da Mensagem*, a multissetorialidade, a base em Direitos Humanos e Justiça de Género, abordagens com base em evidências científicas, integradas e holísticas, parcerias, envolvimento e responsabilidade partilhada e sustentabilidade.⁸

No âmbito da melhoria da qualidade dos dados do HIV, a unidade de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional de Combate às ITS/Sida, Ministério da Saúde (MISAU) de Moçambique (PNC ITS-HIV/SIDA), em coordenação com os programas de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) e Circuncisão Masculina (CM), concluiu em 2014 o piloto nacional da estratégia de Avaliação da Qualidade de Dados (AQD)⁹.

Fluxo das notificações em HIV/SIDA

O fluxo de informação e notificação tem início com o registo na Unidade Sanitária. A unidade sanitária envia relatório mensal ao Distrito. Os indicadores de cada programa são agregados e reportados rotineiramente numa ficha que serve como resumo de dados do período. Esses resumos são elaborados nas unidades sanitárias pelos pontos focais de HIV e Saúde Materno-Infantil (SMI) para ao envio aos Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Ação Social (SDSMAS) na sede distrital. Os dados então são compilados, arquivados e enviados para as Direções Provinciais de Saúde (DPS), onde se repete o processo de compilação a armazenamento e daí os resumos provinciais são elaborados pelo supervisor e gestor provincial de HIV/Aids e responsável de SMI – e dali para o órgão central.

⁵Relatório Anual 2014. Relatório das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. República de Moçambique. Ministério da Saúde - Serviço Nacional de Saúde. Maputo, 2015. 67 páginas (Doravante denominado Relatório Anual 2014); GARPR_2014 = MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 31 March, 2014, Doravante denominado GARPR 2014.

⁶Resposta Global à SIDA. Relatório do Progresso, 2016- Moçambique. República de Moçambique. Ministério da saúde -Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS); Ministério do Género, Criança e Acção Social. Maputo, Abril de 2016. 42p. Doravante denominado GARPR 2016.

⁷GARPR_2016:7.

⁸GARPR_2016:8.

⁹Relatório Anual 2014.

Os dados são introduzidos no Módulo Básico, um aplicativo eletrônico de agregação e reporte da informação de rotina. Os resumos em papel são transferidos para os Serviços Distritais de Saúde e Mulher e Ação Social (SDSMAS), onde são introduzidas no Módulo Básico por técnicos que trabalham nos Núcleos Estatísticos Distritais (NED). Uma cópia eletrônica da estatística distrital do Módulo Básico é transferida para a DPS, onde será consolidada e arquivada nos Núcleos Estatísticos Provinciais (NEP). Do NEP, o arquivo eletrônico com a estatística provincial é transmitido ao Departamento de Informação de Saúde do MISAU, onde são globalizados e armazenados numa única base de dados nacional¹⁰.

Dados Epidemiológicos - SIDA:

Moçambique tem uma epidemia do tipo generalizada, com uma taxa de prevalência de HIV de 11,5%, sendo um dos 15 países mais afetados do mundo pelo HIV, contribuindo com 6% a 8% na ocorrência de novas infecções pediátricas no planeta. Está entre os 15 países com o maior número de pessoas vivendo com HIV/Aids no mundo. Aproximadamente 1.6 milhões de pessoas estão infectados pelo HIV em Moçambique, sendo 1.400.000 adultos maiores de 15 anos e cerca de 190.000 crianças¹¹.

Cerca de 90% das novas infecções pediátricas do mundo ocorrem na África Subsaariana, e Moçambique está entre os oito países prioritários, dentre os 22 do plano global. Estima-se em cerca de 160 mil óbitos por aids no ano 2013¹². Observam-se diferenças na evolução da epidemia de HIV nas diferentes regiões do país: o centro e as regiões setentrionais apresentam uma tendência de estabilidade, enquanto o Sul demonstra uma tendência ascendente para a epidemia do VIH. A taxa nacional mediana de transmissão vertical é estimada em 15,8%¹³. Desde 2015 iniciou-se novo inquérito nacional de prevalência¹⁴.

A Prevenção da Transmissão do HIV da Mãe para o Filho (PTMF) é um ponto considerado crucial¹⁵ para entrada e trabalhos com prevenção primária, tratamento, cuidados e apoio para mães, crianças e famílias com HIV. Para reduzir a TV o Ministério da Saúde implementou o Programa de Transmissão Vertical do HIV (PTV) em 2002, em oito unidades sanitárias em Maputo, Beira e Chimoio. Em 2004, o PTMF foi incluído no Plano Estratégico em HIV/Aids do Setor Saúde (PENSAÚDE 2004-2008) e no PEN II (2005-2009). No início de 2006, alinhada com a política do Ministério da Saúde, os serviços de PTMF começaram a integrar a rotina da saúde materno infantil.

Essas ações foram facilitadas pelas novas normas e diretrizes, como ampliação da testagem, contagem de CD₄ nos serviços de cuidado pré-natal e a introdução do Diagnóstico Precoce Infantil para HIV às crianças expostas abaixo de 18 meses de idade. Para começar o PTMF, foram preconizados o teste rápido para HIV e o protocolo com administração de dose simples de Nevirapina com 36 semanas de gravidez, depois antecipado para 28 semanas.

¹⁰ Entrevistas de campo e análise de documentos oficiais. Maputo, 2015.

¹¹ GARPR_2016.

¹² WHO. Mozambique: Facsheets of Health Statistics 2016 - African Health Observatory. Geneva, 2015. 5p.

¹³ GARPR_2016:12.

¹⁴ Inquérito Nacional de Indicadores de Imunização, Malária, HIV/SIDA e outras doenças – IMASIDA.

¹⁵ http://www.afro.who.int/index.php?option=com_content&view=article&id=3134&Itemid=2874, acesso em fevereiro de 2016.

A prevalência estimada entre grávidas em Moçambique, segundo o Plano Nacional da Eliminação da Transmissão Vertical (PNETV) de 2012 foi de 15,8%; em 2011^{16,17}, sendo 10,9% na região norte, 16,06% na região central e 23,6% na região sul. Entre 2002 e 2011 houve uma oscilação entre 13% e 16% da prevalência de HIV entre grávidas. Em 2011 foi estruturada a Vigilância Sentinela para grávidas, sendo a quinta etapa do projeto de rotina em vigilância implementado a cada 2-3 anos desde 2002¹⁸.

A percentagem estimada de infeções por HIV em crianças filhas de mulheres soropositivas nascidas nos últimos 12 meses (dezembro de 2014 a dezembro de 2015) foi de 6,2%¹⁹. Em junho de 2011, os Estados Membros da Nações Unidas, pela Declaração de compromisso na Assembleia Geral, ratificaram os compromissos de alto nível, comprometendo-se a eliminar a Transmissão Vertical de mãe para filho (até <5%), oferecer TARV para 80% de pacientes elegíveis, reduzir em 50% as novas infeções por HIV.

Nesse contexto foram desenhados em 2012 o *Plano Nacional de Erradicação da Transmissão Vertical* (PNETV) e o *Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e Sida*, em que são descritas as atividades a serem desenvolvidas para alcance das metas globais.

Em 2011 os chamados “grupos de mãe para mãe” foram implementados, oferecendo apoio psicossocial e ajuda à adesão. Ainda em 2011²⁰ foi implantada a Paragem Única, com a integração do TARV nas consultas de SMI e da prescrição ao TARV para a mulher grávida e lactante HIV+ pela enfermeira de SMI, em todas as US com TARV/PTV. Ao mesmo tempo, a expansão à implementação da Opção A para todas as US com SMI. Estima-se um total de 42% das mulheres atendidas nos serviços de pré-natal foram aconselhadas e testadas em 2011.

Desde 2012 houve uma expansão do serviço de Prevenção à Transmissão Mãe-Filho (PTMF), com 1170 serviços de saúde fornecendo PTMF, e 1213 em 2013²¹; foi um processo de discussão, aprovação e desenvolvimento da implementação da Opção B+ em junho de 2013²², com delegação de tarefas para Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (ESMI); desde 2010 as Unidades de Saúde implementaram a Opção A. Também no Plano Nacional está a proposta de treinamento das Parteiras Tradicionais nas novas estratégias, capacitação de líderes comunitários e envolvimento da mídia, em programas de rádios nacionais e comunitárias para apresentação da TARV Universal.

Tendo em 2013 sido aprovada a introdução da Opção B+, esse tratamento foi implementado nas Unidades de Saúde com serviço de TARV e as Unidades de Saúde Periféricas continuaram com a Opção A²³.

Também foi implementada a Paragem Única na Saúde Materno-Infantil, a integração dos cuidados de HIV nos serviços de SMI. Para a implementação da Opção B+ no país, considerou-se a escassez de recursos humanos, em especial na área médica, e a necessidade de promover

¹⁶ GARPR 2014.

¹⁷ Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Manual de bolso, 2014, República de Moçambique.

¹⁸ GARPR, 2014.

¹⁹ GARPR_2016:1-11.

²⁰ Plano Nacional da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012 – 2015. MISAU. Governo de Moçambique, 2012.

²¹ GARPR, 2014.

²² GARPR 2014.

²³ Rel Anual 2014.

e capacitar enfermeiras nos serviços de saúde materno-infantil, que receberam autorização para prescrição de TARV para mulheres grávidas e lactantes. Em dezembro de 2013, 1084 enfermeiras foram treinadas e 1.498 foram capacitadas em 2014²⁴. A Linha do Tempo - PTV de Moçambique é a seguinte:

Tabela 1. Linha do tempo do PTV em Moçambique.

Ano	Atividade	Evolução das Opções Terapêuticas
2002	Início da implementação da PTV em 8 US	Dose Única Nevirapina
2004	Integração do programa no PEN Saúde 2004-2008	
2006	Integração da PTV nos serviços de SMI	AZT – 28 semanas
2007	Expansão dos serviços de PTV	
2010	Adoção da Opção A de tratamento para PTV	AZT – 14 semanas
2011	Endossado o Plano Global de E-TV 2012/2015 Elaboração do Plano Nacional de E-TV 2012/2015	
2012	Início da preparação para Opção B+	
2013	Início da implementação da Opção B+ (junho)	742 US Opção B+ (59,4% US PTV)/505 US Opção A

Fonte: MOZ_2016²⁵.

Em 2014, 87% das mulheres grávidas HIV+ que receberam ARV em 2014 estavam em TARV e 91,5% das mulheres grávidas soropositivas em PTV estavam recebendo TARV²⁶. Havia 123 mil grávidas HIV+ registradas na Consulta Pré-Natal. Em fevereiro de 2015²⁷ o quadro no Programa de PTV era o seguinte:

Tabela 2. Unidades de Saúde com PTV e as respectivas opções de tratamento para grávidas em Moçambique.

Ano	2015	% US PTV	2016	% US PTV
Unidades de Saúde - PTV	1250		1288	
Unidades com a Opção B+	742	59,4	926	72
Unidades com a Opção A	505		362	

Fonte: GARPR, 2016.

Considera-se que, com a implementação da Opção B+, houve grande aumento no uso de ARV para PTMF em 2013, quando estima-se que 50% das mulheres grávidas estariam recebendo esse tratamento.

Entre 2002 e 2015 houve uma evolução na oferta de ARV para PTV, com crescimento consistente e constante do número de mulheres grávidas HIV+ em PTV, com uma taxa de cobertura de 94,8% em 2015²⁸.

²⁴ Rel Anual 2014:11.

²⁵ MOZ_2016 = dados enviados pelo Governo de Moçambique em 2016.

²⁶ GARPR_2016:9.

²⁷ Ponto de Situação da Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança/ PTV – Reunião Nacional de PTV – Dra. Munira Abudou, 09/02/2015. Paper.

²⁸ GARPR_2016:19.

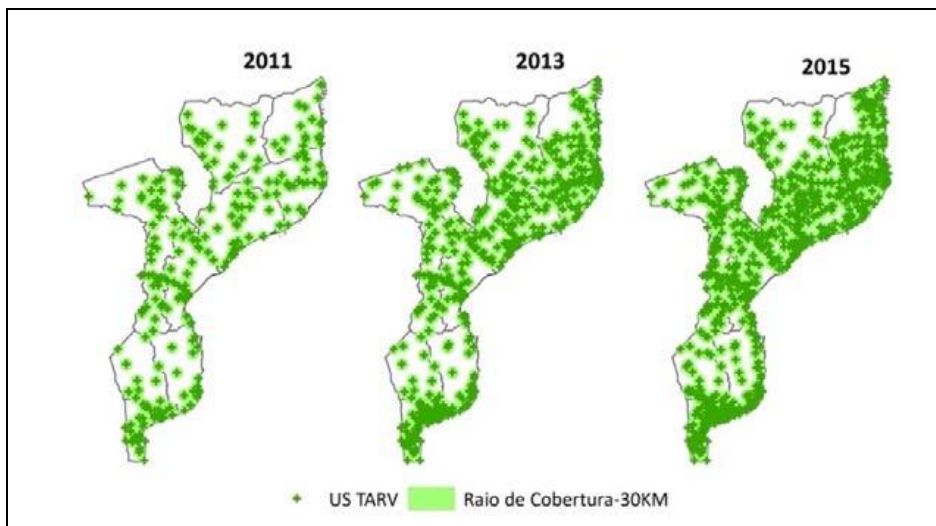


Figura 1. Expansão geográfica das Unidades de Saúde com oferta de Tratamento Antirretroviral em Moçambique entre 2011 e 2015. Fonte: GARPR, 2016.

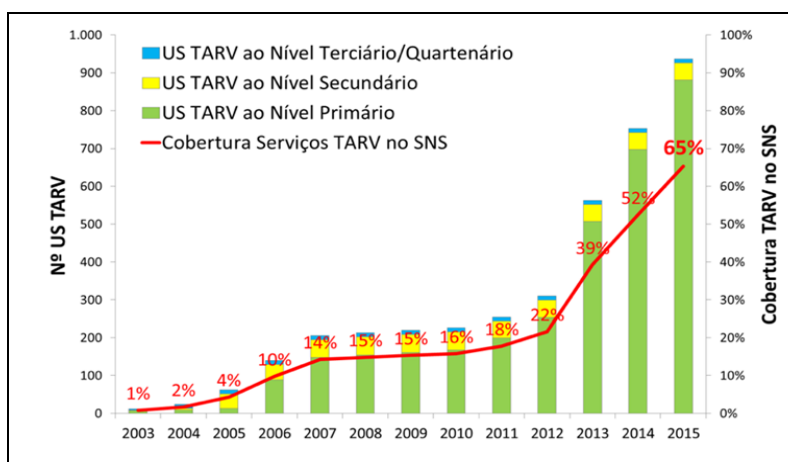


Gráfico 1. Evolução do número de Unidades Sanitárias disponibilizando Terapia Antirretroviral no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique, entre 2003-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Os desafios do PTMF são a ampliação e fortalecimento da Opção B+, a adesão e retenção, apoio psicossocial, a estratégia de consulta conjunta mãe-e-filho, envolvimento dos parceiros, qualidade dos dados, recursos humanos, revezamento e multiplicidade de tarefas, monitoramento regular e melhorar a qualidade.

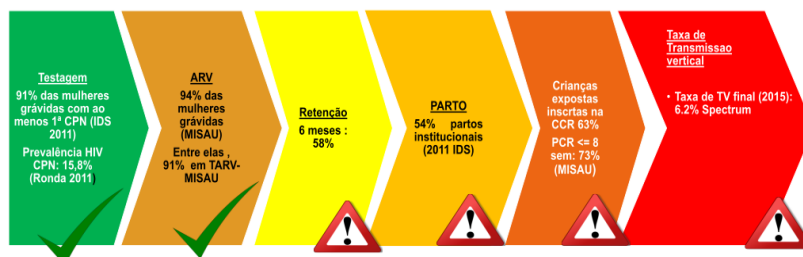


Figura 2. Sucessos e desafios da Prevenção à Transmissão Vertical em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

O gráfico abaixo mostra a evolução da cascata da Consulta Pré-Natal no período 2014-2015.

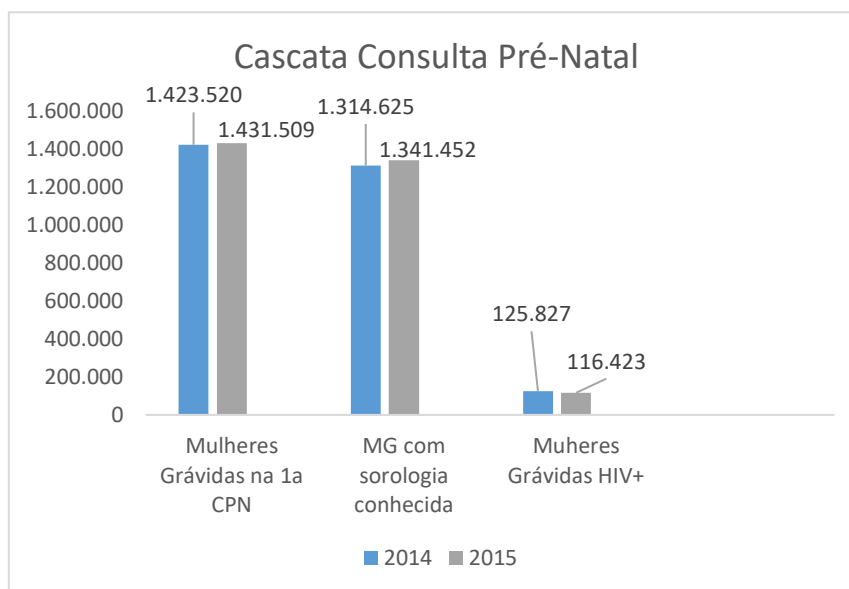


Gráfico 2. Cascata da Consulta Pré-Natal (CPN): Mulheres grávidas na 1ª CPN; Mulheres grávidas com sorologia conhecida; Mulheres grávidas HIV em Moçambique, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

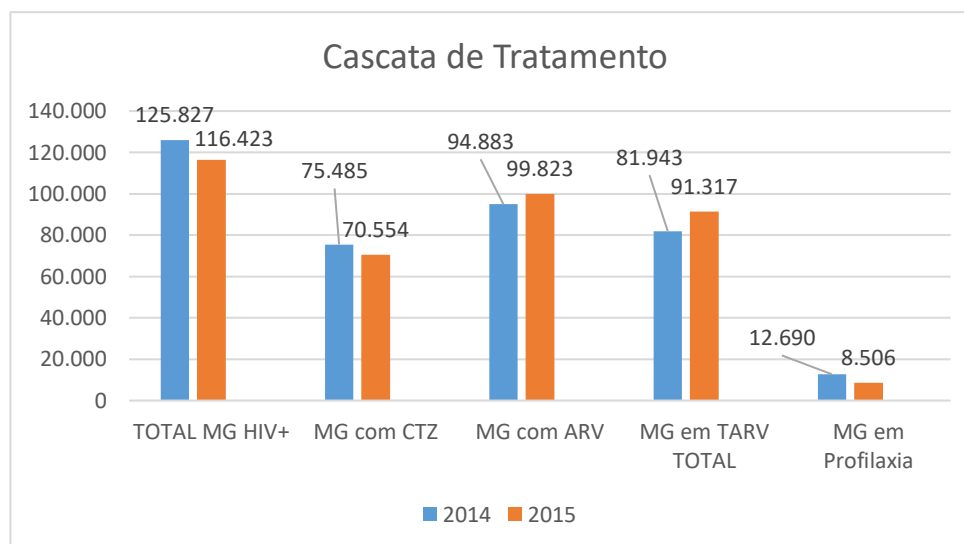


Gráfico 3. Cascata da CPN em Moçambique: Mulheres Grávidas (MG) HIV+; MG recebendo CTZ; MG em TARV; MG em bprofilaxia, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

Tuberculose (TB)

A tuberculose é a infecção oportunista mais frequente e principal causa de morte nas pessoas infectadas pelo HIV em Moçambique. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e o Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA são parceiros em uma Força-Tarefa na resposta nacional à coinfeção TB/VIH ²⁹.

²⁹ Guião TARV 2014:143.

Tabela 3. Indicadores Relativos à Tuberculose em Moçambique, 2011 – 2015.

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

* (/100 000 pessoas)

Fonte: GARPR, 2016.

Políticas de combate ao TB/VIH, materiais de capacitação e modelos de relatórios têm sido desenvolvidos e aplicados na maioria das províncias. O Protocolo Nacional recomenda que o tratamento de tuberculose seja prioritário em relação ao início do Tratamento Antirretroviral³⁰. Não há dados específicos sobre incidência e prevalência de coinfeção aids/tuberculose entre gestantes em Moçambique nos documentos analisados ou nas entrevistas realizadas em campo.

Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST/ Sífilis

Em 2015, 59% das cerca de 1 400 000 mulheres que frequentaram as CPN foram testadas para sífilis (826 mil) (Figura abaixo). Isto representa um crescimento importante em relação a anos anteriores³¹.

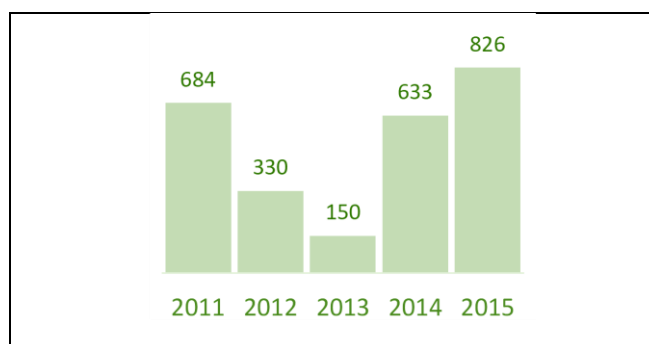


Figura 3. Mulheres grávidas testadas para sífilis na CPN (milhares) em Moçambique, período entre 2011 e 2015.

Fonte: GARPR, 2016.

A soroprevalência média da sífilis em mulheres grávidas atendidas nas Consultas Pré-Natais foi de 4%, em 2015³². As províncias do Norte apresentam taxas superiores à média: Cabo Delgado e Zambézia 10% e 6%, respectivamente. O fluxo de testagem de sífilis em tese segue os mesmos parâmetros que a testagem para HIV. Porém, em campo houve referência a eventuais rupturas de estoque de testes para os três trimestres e dificuldades em extensão da testagem para os parceiros das mulheres grávidas em CPN³³.

³⁰ Guião TARV 2014:28.

³¹ GARPR, 2016.

³² GARPR, 2016.

³³ Relatório Anual 2014.

Testagem

A testagem para HIV não é obrigatória em Moçambique. O paciente tem o direito a se recusar a fazer o teste, sendo a recusa verbal aceita.³⁴ Em 2014 foram realizados 5.726.580 testes para HIV, com soroprevalência de 8,5%; estima-se que 51% das pessoas testadas forma alcançadas através das Consultas de Saúde Materno Infantil³⁵.

CD4 e Carga Viral

O MISAU publicou em 2015 uma diretriz para a implementação da carga viral (CV) em Moçambique e foram feitos 160 mil testes de carga viral. Existem no país seis laboratórios com capacidade para processar amostras para CV. Das 1.120 unidades sanitárias com PTV que colhem PCR (Proteína C-Reativa) de crianças expostas ao HIV, 460 estão equipadas com impressoras para a emissão dos resultados laboratoriais. Quase todas as unidades sanitárias (US) públicas (98%) que oferecem PTV em Moçambique incluem no seu pacote a colheita de PCR (Polymerase Chain Reaction) DNA HIV para crianças expostas ao HIV; pouco menos de metade (44%) destas US (526) dispõe de impressora SMS³⁶. A evolução da cobertura populacional total de PCR e da aplicação antes dos dois meses de idade para o período de 2012 a 2015 estão ilustradas nas figuras abaixo:

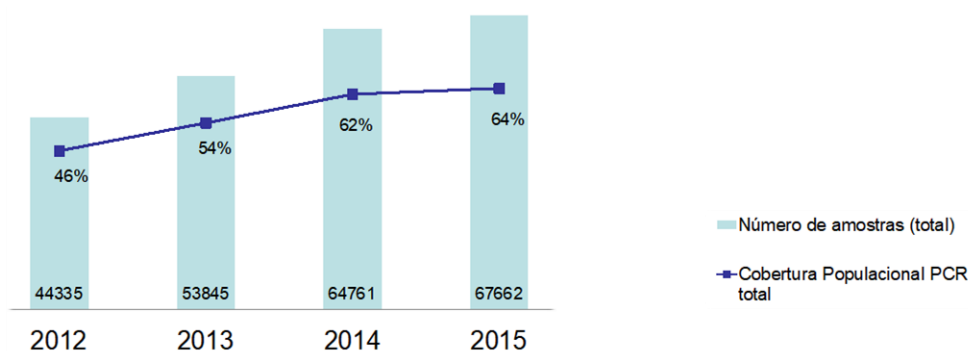


Gráfico 4. Cobertura populacional total do exame PCR (Polymerase Chain Reaction) em Moçambique, 2012 – 2015. Fonte: GARPR, 2016.

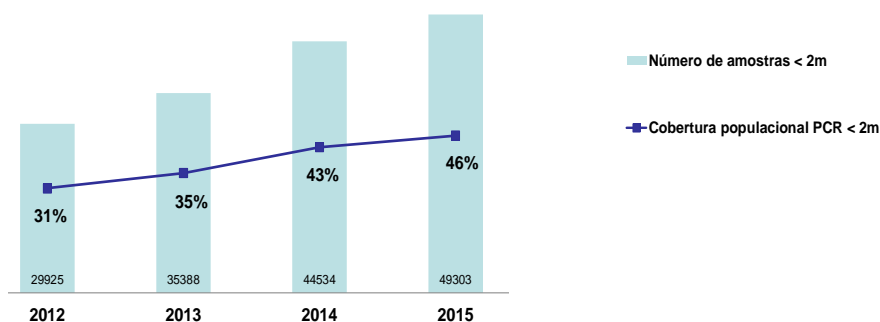


Gráfico 5. Cobertura populacional de PCR antes dos dois meses de idade em Moçambique, 2012-2015. Fonte: GARPR, 2016.

³⁴ Guião, 2014:10.

³⁵ Relatório Anual 2014:23.

³⁶ GARPR, 2016:22.

O tempo entre coleta de sangue e fornecimento de resultado é superior a 28 dias, por conta de problemas de logística e fluxo irregular de transporte dentro da província e entre província e laboratório de referência. Ainda há uma baixa coleta de amostras em algumas províncias, com chegada tardia de crianças aos centros de tratamento³⁷.

O pico de mortalidade das crianças infectadas em transmissão vertical é entre 3 e 4 meses de idade.

Em 2015, a cascata do Diagnóstico Precoce Infantil mostra a taxa de 4% (1865) para PCR positivo dentre as quase 74 mil crianças expostas ao HIV que se apresentaram na Consulta de Criança de Risco (CCR). Este é considerado o elo mais fraco da cascata, com a grande perda de oportunidades (“perdidos de vista”). Outro ponto de vulnerabilidade a ser enfrentado é a relativamente baixa taxa de crianças expostas ao HIV que foram testadas com PCR antes das oito semanas de idade.

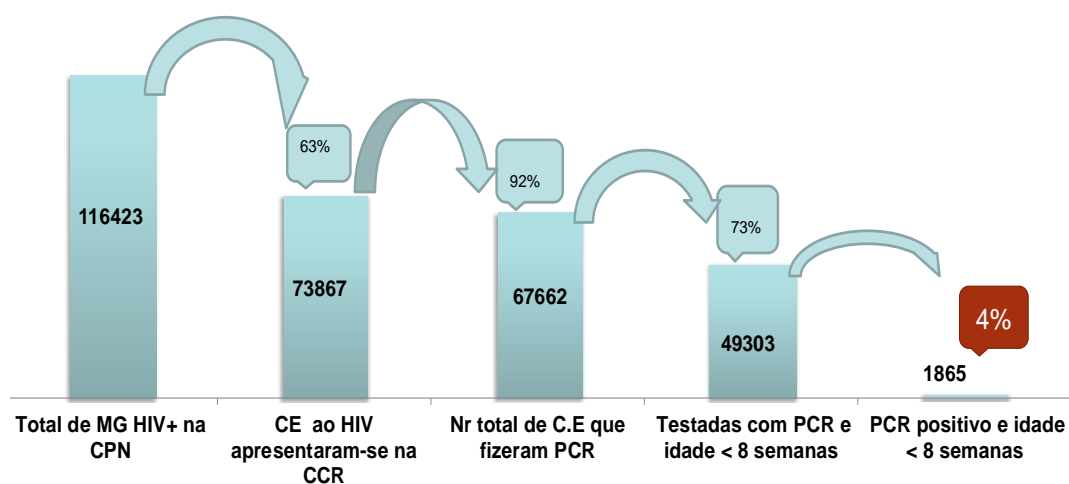


Figura 4. Cascata do Diagnóstico Precoce Infantil, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

Tratamento antirretroviral (TARV):

Em Moçambique, estima-se que 53,3% dos adultos e crianças vivendo com HIV recebam terapia antirretroviral. Destes, 66% seguiram recebendo TARV um ano após o início do tratamento em 2015³⁸.

O número de unidades sanitárias que fornecem tratamento antirretroviral é de 753 unidades uma cobertura de 52% da rede³⁹. Em 2014 foi elaborado o *Protocolo Para Atenção a Gestantes HIV+ e Criança Exposta* (“Guião TARV”⁴⁰). Em 2015 o acesso universal ao Tratamento ARV em Moçambique estava estimado em 97% das 1.450 unidades sanitárias que implementam a Opção B+ no país.

³⁷ Dados obtidos em campo.

³⁸ GARPR_2016:10.

³⁹ Guia, 2014: 8

⁴⁰ Guia de Tratamento Antirretroviral e infecções oportunistas no adulto, adolescente, grávida e criança. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, 2014. Doravante denominado “Guião”.

Com a implementação da Opção B+ em junho de 2013 o número de mulheres HIV + beneficiadas pelo programa subiu para 50% em 2013 e 87% em 2014. O país aumentou exponencialmente, entre 2012 e 2013, o fornecimento de TARV. Em 2013, mais de 200.000 recém-infectados iniciaram TARV. Em 2012, o número de pessoas em ARV era de 308.578, enquanto em 2013 esse número chega a quase meio milhão – 497.455.

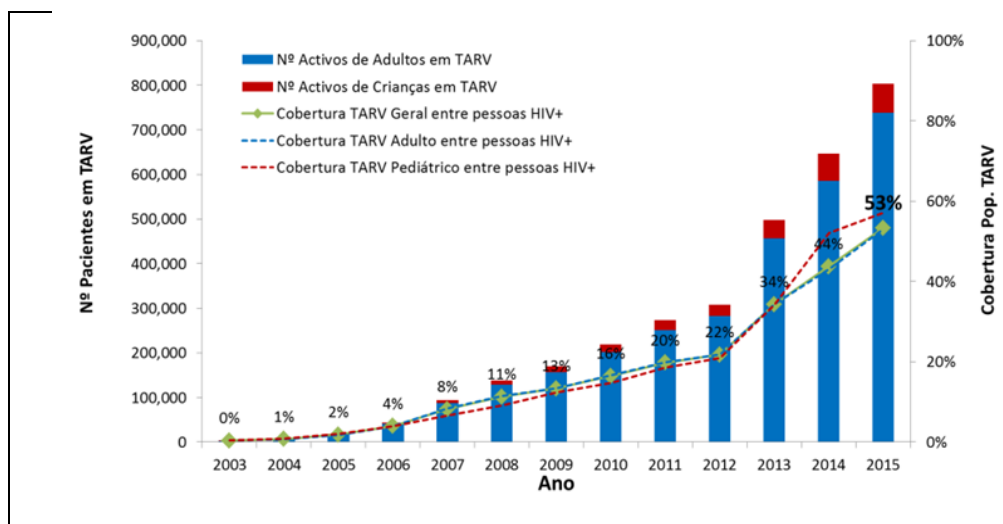


Gráfico 6. Evolução de beneficiários do Tratamento Antirretroviral, crianças e adultos e cobertura TARV entre Pessoas Vivendo com HIV entre 2003 – 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

A percentagem de mulheres grávidas soropositivas que receberam profilaxia de ARV para reduzir o risco da transmissão vertical foi aumentando progressivamente de 77,5% em 2013, passando a 88,8% em 2015 e chegando a 94,8% em 2015. A percentagem de mulheres grávidas soropositivas que receberam medicamentos ARV para si próprias ou seus bebês durante a amamentação foi de 86,6% em 2014 para 91,%% em 2015⁴¹.

Opção B+

A Opção B+ está implantada em Moçambique, integrada ao Serviço de Saúde Materno-Infantil e ao Programa de Eliminação da Transmissão Vertical (PTV). A Opção B+ é conhecida pelos profissionais dos serviços de saúde - a estratégia da administração da medicação a partir do diagnóstico positivo para a sorologia de HIV já está assimilada - embora nem sempre pelo nome “B+”⁴².

Nos primeiros 28 dias após o parto, a mulher será seguida juntamente com seu bebê na Consulta Pós-Parto (CPP) e registrada no livro correspondente (da CPP). Após 28 dias pós-parto, se a mulher recebe métodos contraceptivos, será registrada no livro de Consulta de

⁴¹ GARPR_2016:10.

⁴² Como verificado nas entrevistas em campo.

Planejamento Familiar; se não recebe, deve ser registrada no livro de Consulta de Criança em Risco (CCR)⁴³.

O protocolo para amamentação preconiza⁴⁴: (a) De 0 a 6 meses: aleitamento materno exclusivo; (b) de 6 a 12 meses: introdução de alimentos complementares adequados, continuando a amamentação durante os 12 primeiros meses de vida; (c) Após 12 meses: amamentação deve continuar até que uma dieta complementar e nutricionalmente adequada e segura possa ser oferecida sem leite materno. O desmame deve ser gradual, durante o período de um mês.

As crianças de 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses e receberem tratamento profilático contra parasitoses, também semestralmente, a partir dos 12 meses⁴⁵. Após o desmame os bebês devem receber alimentação de substituição segura e adequada. O protocolo enfatiza: *o uso de substitutos do leite materno deve ser recomendado, temporária ou permanentemente, APENAS na existência de razões médicas aceitáveis para tal, ou para crianças órfãs que não possam beneficiar-se de uma ama-de-leite. A sua administração deve ser através do copo e NÃO BIBERÃO*⁴⁶. A desnutrição é um problema grave e com alta prevalência em Moçambique.

Em relação aos partos, alguns dados de 2011 indicam a realização de 54% dos partos em ambiente institucional. Segundo a WHO, o número de partos atendidos por profissionais de saúde entre mulheres de 15 a 19 anos foi estimado entre 46% e 61%. A questão do parto cesariana e hospitalar ou institucional é de grande importância tanto para avaliação das condições sorológicas da mãe e do bebê como para realização da profilaxia para ambos. As maternidades de referência são assim classificadas por critérios culturais e socioeconômicos, mas também porque possuem mosquiteiros⁴⁷, elementos essenciais na prevenção da Malária.

O gráfico abaixo também mostra a clara redução da *biprofilaxia* após a introdução da Opção B+ em 2013⁴⁸.

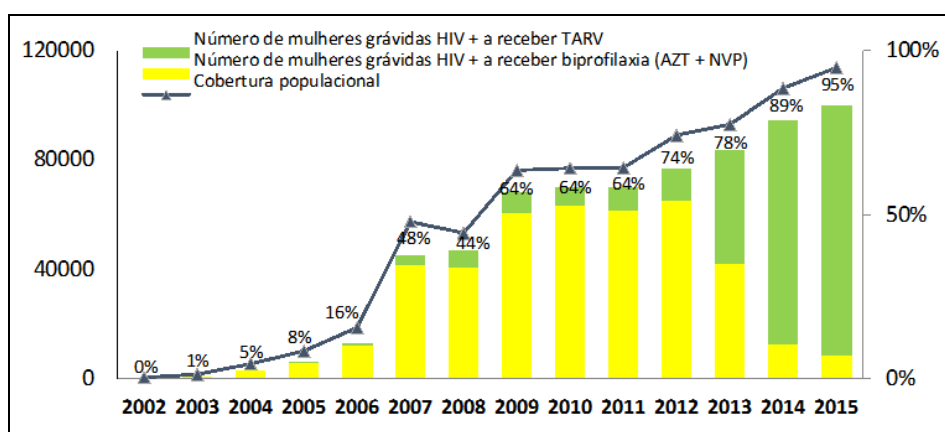


Gráfico 7. Mulheres grávidas HIV+ recebendo ARV nas CPN, 2002-2015. Fonte: GARPR, 2016.

⁴³ Manual de Bolso, 2014:38.

⁴⁴ Manual de Bolso, 2014.

⁴⁵ Guião TARV, 2014:69.

⁴⁶ Guião TARV, 2014:69.

⁴⁷ Entrevistas em campo, 2015.

⁴⁸ GARPR_2016.

Grupos de mães para mães, educação aos pares, capacitações para aprimoramento dos profissionais são algumas das práticas consideradas bem-sucedidas. As enfermeiras do programa de Saúde Materno-Infantil são habilitadas a testar, aconselhar, medicar e cuidar da adesão e retenção das pacientes e seus filhos. São as profissionais em maior número no país: 10 mil profissionais para uma população de quase 30 milhões de pessoas.

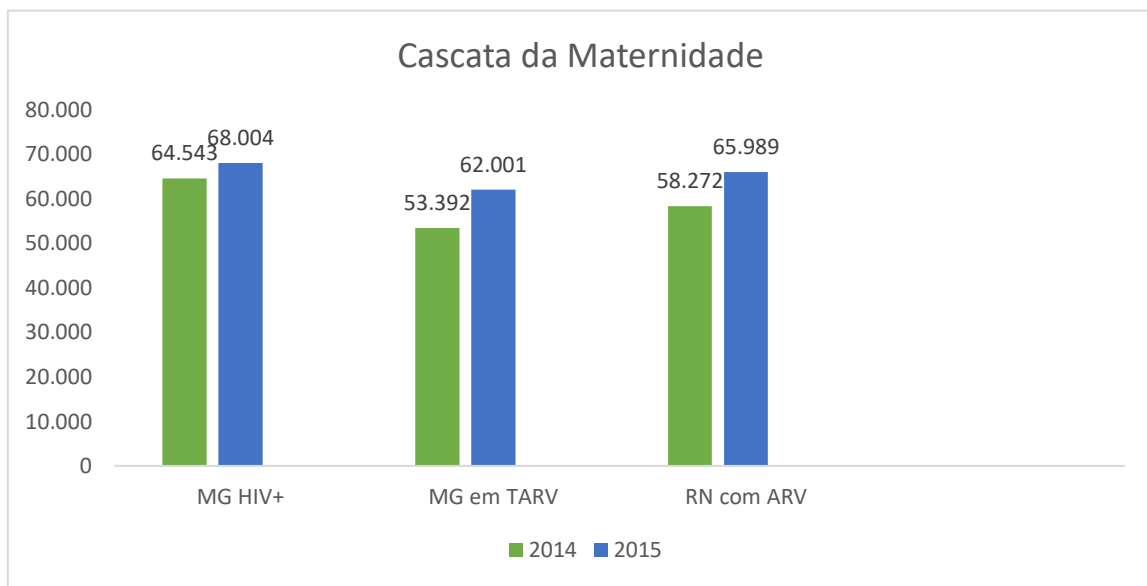


Gráfico 8. Cascata da Maternidade em Moçambique: Mulheres Grávidas HIV+; MG a receber TARV; MG a receber ARV, 2014-2015. Fonte: GARPR, 2016.

A percentagem de parceiros acessados pelos programas é muito pequena, em média de 17%, com picos superiores de 72% (Nampula) e picos inferiores de 3 a 6% (Zambeza)⁴⁹.

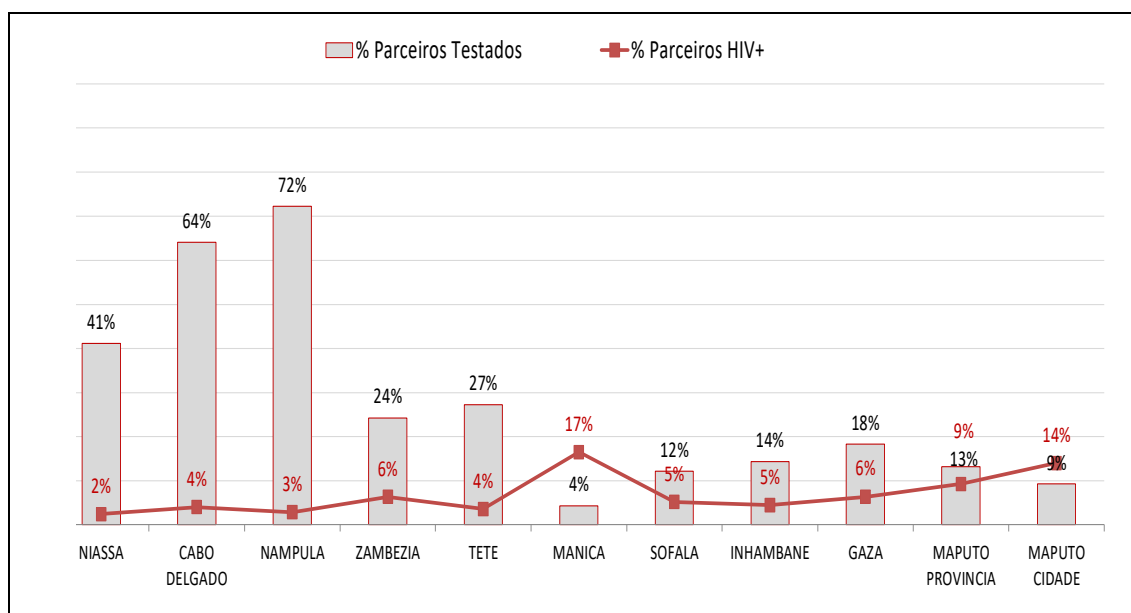


Gráfico 9. Parceiros de mulheres grávidas que frequentam CPN: percentagem e soropositividade para VIH por província, Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

⁴⁹ GARPR_2016:21;

Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) e seguimento de recém-nascidos

A implementação do diagnóstico precoce infantil (DPI) é considerada estratégia prioritária para o governo de Moçambique; o pico de mortalidade de crianças na vida intrauterina ou perinatal é entre 3 e 4 meses de idade. Sem ação, 1/3 das crianças morrem até 1 ano, ½ das crianças até 2 anos⁵⁰.

A percentagem de crianças nascidas de mães soropositivas e que foram testadas em até dois meses após o nascimento foi de 46,8% em 2015⁵¹. Os testes diagnósticos para a confirmação ou exclusão da infecção pelo HIV na criança exposta são o teste virológico da Proteína C- Reativa, o chamado PCR de HIV (a partir das 4 semanas até os 9 meses) e o teste rápido para o HIV⁵², a partir dos 9 meses, aos 18 meses ou 2 meses após o desmame para confirmar ou excluir a infecção⁵³.

Crianças em TARV

O número de serviços de saúde que oferecem tratamento antirretroviral pediátrico aumentou de 22 em 2005 para 148 em 2007, 316 em 2012, 563 em 2013 e 707 EM 2015⁵⁴.

A Opção B+ para profilaxia é oferecida concomitantemente à Opção A, sendo esta última fornecida nas Unidades de Saúde que ainda não oferecem TARV Universal. Nas Unidades de Saúde onde não há serviços TARV, todas as grávidas testadas positivas para HIV devem ser avaliadas para elegibilidade em todas as consultas através dos critérios de estágios clínicos da OMS^{55,56}.

O tratamento de crianças HIV+ é referida como uma das mais altas prioridades do Programa de HIV do Ministério da Saúde. O número estimado de crianças HIV+ em Moçambique em 2013 é de 180.000 – 190.000⁵⁷. Em 2013, o Ministério da Saúde determinou o acesso universal das crianças abaixo de cinco anos ao tratamento com antirretrovirais.

Foram realizados treinamentos em TARV pediátrica para diferentes profissionais de saúde, com os respectivos materiais de treinamento. Crianças em TARV representavam em 2013 apenas 8,3% (41.400) do total de pessoas em tratamento com ARV⁵⁸.

⁵⁰ ABUDOU, M. – *Paper*, 2015.

⁵¹ GARPR, 2016.

⁵² Determine e Unigold.

⁵³ Manual de Bolso, 2014.

⁵⁴ GARPR_2014.

⁵⁵ Estágios I e II, não iniciar TARV; estágios III e IV iniciar TARV independentemente da contagem de CD₄.

⁵⁶ Guião TARV 2014 pp.78-80.

⁵⁷ GARPR 2014.

⁵⁸ GARPR_2014.

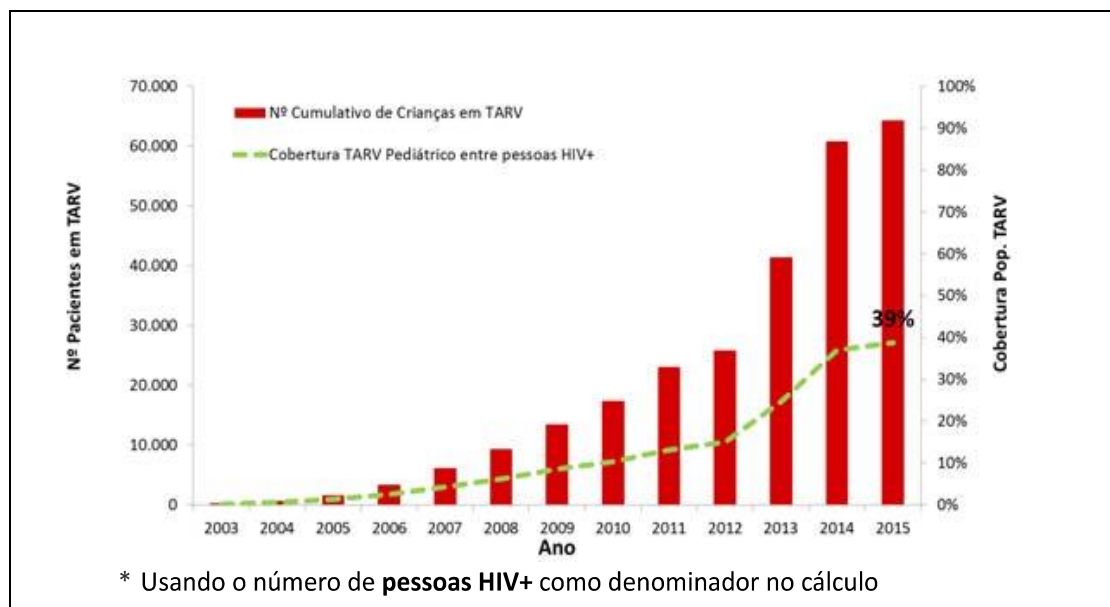


Gráfico 10. Evolução da cobertura do Tratamento Antirretroviral pediátrico no período de 2003 a 2015 em Moçambique. Fonte: GARPR, 2016.

Essa percentagem está abaixo dos 15% recomendados pela OMS para ART pediátrico, mas representa um importante aumento em relação a 2012 (25.891 crianças em TARV). Em 2013, a cobertura de ARV pediátrico era de 36,3%, tendo sido maior do que os anos anteriores - respectivamente em 2012, 26% e 2011, 22%. Esse índice ainda está distante dos 80% preconizados pela OMS.

Retenção

Estima-se que 48% das grávidas iniciadas em TARV na PTV são retidas até 12 meses⁵⁹. Cerca de 75% dos pacientes em TARV estão sendo seguidos em 18% das 753 chamadas US TARV (Unidades de Saúde que administram TARV) no país. Em 2014 o Comitê TARV realizou encontros de coordenação, com ênfase a orientações para TARV em situações de ruptura de estoque e criação dos comitês TARV provinciais, além de determinar os parâmetros para *faltoso* e *abandono*. Também foi implementada uma base de dados de falências, que está funcionando em regime experimental⁶⁰. Em relação à Retenção de adultos e crianças, os dados mostram que os adultos são mais vulneráveis a curto prazo e as crianças mais vulneráveis a longo prazo⁶¹.

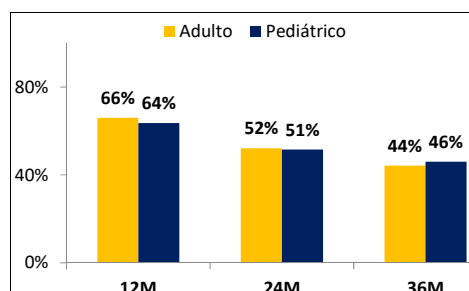


Gráfico 11. Retenção em Terapia Antirretroviral aos 12, 24 e 36 meses em Moçambique, 2015. Fonte: GARPR, 2016.

⁵⁹ Relatório Anual 2014.

⁶⁰ Relatório Anual 2014:7.

⁶¹ Relatório Anual 2014.

A descentralização é considerada essencial para aumento da adesão ao tratamento, com ampliação das redes de apoio da comunidade, aumento da integração entre o PTMF e TARV pediátrica, melhorando qualidade, monitoramento e avaliação e introduzindo carga viral no país. Considera-se que o controle das agendas na recepção deva ser essencial em cada Unidade de Saúde para monitoramento da adesão e o seguimento clínico dos pacientes soropositivos.

Boas Práticas em Adesão

Com objetivo de melhorar a retenção em TARV entre grávidas e lactantes, a província de Gaza, realizou um programa de desenvolvimento da liderança denominado *Liderança, Gestão e Governança*. A iniciativa surgiu na sequência da constatação de que, apesar de a situação da Província em PTV em 2014 ser muito boa em termos de testagem das gestantes/lactantes (99%), oferta de Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol (96%) e oferta de TARV nas CPN (99%), a retenção em TARV aos seis meses (65%) e aos 12 meses (55%) estava em níveis muito baixos. O programa foi implementado nos dois distritos com as taxas de retenção mais baixas da província: Xai Xai (48%) e Chibuto (45%)⁶². Os resultados foram:

Tabela 4. Retenção em Tratamento Antirretroviral entre gestantes e lactentes aos três e aos seis meses após intervenção em Moçambique, 2014.

	Distrito de Xai Xai			Distrito de Chibuto		
	CS J NYERERE	CS CHONGOENE	HR CHICUMBANE	CS CHAIMITE	CS MALEHICE	HR CHIBUTO
Situação inicial 3 meses	100%	82%	74%	72%	76%	77%
Situação inicial 6 meses	59%	78%	54%	55%	53%	64%
Coorte Maio-Julho 2015	23	28	64	24	30	113
Retenção aos 3 meses (até outubro de 2015)	96%	96%	75%	100%	100%	92%
Retenção aos 6 meses (até janeiro 2016)	96%	93%	66%	100%	100%	87%

Fonte: GARPR, 2016.

Fidedignidade dos dados

O crescimento do número de beneficiários do TARV em quase meio milhão num período de três anos (2013-15), desde cerca de 350 mil até 800 mil, acarretou inúmeros desafios logísticos novos para os quais o país não estava preparado. Desde 2012 há cruzamento de dados relativos ao fornecimento e uso de ARV provenientes de duas fontes paralelas: da Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM⁶³), com dados recolhidos do Módulo Básico e da Central

⁶² GARPR_2016: 17.

⁶³ DNAM – reporta número de pacientes ativos em TARV ao fim de um período, sendo “ativo” o paciente que pega medicamentos no último mês e também o “atrasado” que faltou menos de 2 meses desde a última retirada de medicamentos agendada.

de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM⁶⁴) e os dados recolhidos dos Mapas Mensais de Informação de ARV (MMIAS), através do Sistema de Informação de Medicamentos e Artigos Médicos.

Constata-se um aumento consistente da discrepância entre os dados de uma e outra instituição ao longo do tempo. De 10% no início de 2013 a 27% no final de 2015. Em termos absolutos, isto significa a discrepância de quase 200 000 beneficiários.

Direitos

Em 2014, foi promulgada a lei nº 19/204 – *Lei de Proteção de pessoa, do trabalhador e do candidato a emprego vivendo com HIV e SIDA* – previamente aprovada pela Assembleia da República, considerando-se que um aspecto essencial da adesão é a não-discriminação⁶⁵.

Para garantir maior respeito pela dignidade da pessoa vivendo com HIV e aids, a lei estabelece os direitos e deveres, garantindo a promoção de medidas necessárias para a prevenção, proteção e tratamento dessa pessoa. Estabelece que a PVHIV e PVAIDS gozam dos mesmos direitos e tratamento de qualquer outra pessoa, não devendo se discriminada ou estigmatizada em razão de seu estado de soropositividade. O Estado garante o direito à assistência jurídica e ao patrocínio judiciário à pessoa vivendo com HIV e Aids ou seu representante, nos casos em que sejam violados seus direitos, decorrentes da lei e demais legislação aplicável – sugerindo para tal o apoio de ONG⁶⁶.

⁶⁴ CMAM – traz o dado de valor máximo de retiradas de ARV no último trimestre, por unidade sanitária. Não inclui os faltosos.

⁶⁵ Lima, 2010.

⁶⁶ GARPR_2016:16.

Tabela-síntese - Moçambique

A tabela-síntese de Moçambique traz os diferentes indicadores demográficos e epidemiológicos apresentados nos diferentes documentos oficiais.

1	GERAL		Fontes
1.1	População	27 900 327 13 590 706 (48,7%) Homens 14 309 621 (51,3%) Mulheres	WHO_2012
		25 051 922 12 082 792 Homens 12 939 140 Mulheres	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
1.2	População urbana	32,2 %	MOZ_2016
	Taxa de urbanização	3,27 %	MOZ_2016
1.3	Expectativa de vida ao nascimento – em anos	54 53 - homens e 55 - mulheres	WHO_2012
		53,5 51,3 - h e 55,6 - m	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
1.4	Taxa total de fertilidade por mulheres	5,9 geral 6,6 rural e 4,5 urbano	WHO_2012
	Taxa de fertilidade/1000 mulheres 15-19 anos	5,15 crianças/mulher	WHO_2012
		3,5 crianças/mulher (urbano) 6,3 crianças/mulher (rural)	MOZ_2016 (IDS 2011)
	Número de nascimentos / 1000 mulheres de 15 – 19 anos	141 [128,6 – 152,6] urbano 183 [171,9 – 191,1] rural	IDS 2011
		141 (urbano) 183 (rural)	MOZ_2016
	Idade média gestacional	18,7 – 18,9 anos	WHO_2012
		19 anos	MOZ_2016
1.5	Taxa de crescimento da população	18,9 anos - 19 anos	IDS 2011
		2,7 % 2,45%	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014) WHO_2012
1.6	Taxa de nascimentos/ 1000	38,3 - 39,9	WHO_2012 = MOZ_2016
1.7	Prevalência de contraceção	11,6 geral 5,9 (15-19 anos)	WHO_2012 = IDS 2011
1.8	Crianças <5 anos abaixo do peso	4,70%	MOZ_2016 (Anuário Estatístico – Statistical Yearbook 2014)
		15,6 %	WHO_2012
1.9	Mortalidade infantil – total/ 1.000 nasc vivos (13º/mundo)	67,9/1.000	WHO_2016
		64/1.000	MOZ_2016
	Mortalidade neonatal	31,4 (rural) e 34,0 (urbana)	MOZ_2016 = IDS 2011
	Número de mortes fetais	127	MOZ_2016 = IDS 2011
	Taxa de mortes fetais	27,1 [19,5 – 35,9]	WHO_2015
1.11	Mortalidade materna/ 100 000 nascidos vivos	72 (rural) e 68,7 – 69,0 (urbana)	MOZ_2016 = IDS 2011
		489 [360 – 686] 408	WHO_2016 MOZ_2016 = RA_MOZ_2015
2	GESTANTES - PTV		
2.1	Cobertura de Pré-Natal	1288 US oferecendo PTV	GARPR_2016
		1109 US com pré-natal	RA_MOZ_2015
	Ao menos 1 consulta, geral	1.431.509	GARPR_2016
		91%	IDS 2011
Ao menos 1 consulta, 15-19a	92,4%	RA_MOZ_2015	
Pelo menos 4 consultas	50,6%	IDS 2011	
2.2	Cobertura de PTV	91%	GARPR 2014 = MOZ 2016
		91,5%	GARPR_2016
	Número de gestantes testadas	1.423.509	GARPR_2016

		1.248.505	GARPR 2014 = MOZ 2016
	Gestantes testadas que souberam o resultado	1.341.452	GARPR_2016
	Incluídas no PTV (HIV+) = testadas positivas para HIV na 1ª consulta	116.423	GARPR_2016
		94.883 (91%)/ 125.827	WHO_2014
		85.404	GARPR 2014 = MOZ 2016
2.3	Taxa de transmissão vertical HIV	15,9%	GARPR 2014 = MOZ 2016
		8,70%	GARPR 2016
	% de crianças de mãe HIV+ testadas	60%	RA_MOZ_2015
		46,8%	GARPR_2016
		35,3%	WHO_2014
2.4	Soroprevalência HIV - gestantes	25,0	WHO_2014
		15,80%	RVE, 2011
	Soroprevalência Gestantes 15 – 29a	25,4%	WHO_2014
		13,20%	RVE, 2011
2.5	Início do programa PTV no país	2002	PN_ETV_2012
2.6	Unidades que realizam PTV	1288 US oferecendo PTV	GARPR_2016
		563	GARPR 2014
		1.250	MOZ_2016 = RA_MOZ_2015
3	HIV/AIDS e SÍFILIS –		
3.1	Sítios sentinela	574	MOZ_2016
		1.250	RA_MOZ_2015
	Pacote Estatístico	Spectrum	MOZ_2016
3.2	Conhecimento sorologia HIV – grávidas, na 1ª cons pré-natal	93%	GARPR 2014 = MOZ 2016 RA_MOZ_2015
	Nº total testes realizados	5.726.580	MOZ_2016 (GARPR_2014)
	Testes 15 – 49 anos	82% homens e 79% mulheres	RA_MOZ_2015
	Testagem para mulheres	25,9 % teste+resultado	
	Testes em crianças	60 000	WHO_2014
	Pessoas > 15 a: test e acons.	4 674 739	
	Cobertura de testagem HIV entre gestantes	85% (mais de 1,2 milhões) 93%	RA_MOZ_2015
3.3	Prevalência Geral do HIV	15,80%	RVE 2011
	Prevalência do HIV/Aids 15 – 49 anos	11,5% (13,1% mulheres e 9,2% homens)	PN ETV 2012 = INSIDA 2009 = RA_MOZ_2015
		10,55%	WHO_2015
	Prevalência HIV/Aids entre mulheres jovens de 15 – 24 anos	15,8 [13% - 16%] 16%	PNETV 2012 2011
	Prevalência do HIV - gestantes	15,80% (13% - 16%)	PNETV_2012 = RVE_2011
	Taxa de transmissão vertical	8,7%	GARPR_2016
	% estimada de infecções por HIV em crianças filhas de mulheres HIV+ nos últimos 12 meses	6,2%	GARPR_2016
	Novos casos de infecção por ano	120 000	WHO_2016
		87.631	MOZ_2016 (Spectrum)
3.5	Número de pessoas HIV +	1.543.011	MOZ_2016 (Spectrum)
		1.505.900 [1. 400. 000 – 1. 800 000]	WHO_2015
	Adultos > 15 anos	1.400.000 [1.200.000 – 1.600.000]	WHO_2015
		1.378.572	MOZ_2016 (Spectrum)
	Mulheres > 15 anos	827.022	MOZ_2016 (Spectrum)
		820 000 [730 000 – 920 000]	WHO_2015
	Crianças < 15 anos vivendo cm HIV	190 000 [160 000 – 220 000]	WHO_2015
		164.439	MOZ_2016 (Spectrum)
	Total de grávidas HIV+	68.004	GARPR_2016
	Casos de transmissão vertical do HIV	41 400	GARPR 2014
		9.008	MOZ_2016 (Spectrum)
3.6	Órfãos (aids)	373.161	MOZ_2016 (Spectrum)
3.7	Taxa de Mortalidade por aids	305/100.000	WHO_2012

	Mortes relacionadas ao HIV/Aids	44.917 (5º país do mundo)	MOZ_2016 (Spectrum)
3.8	Nº de mulheres testadas para sífilis	826.000	GARPR_2016
	% de mulheres atendidas em pré-natal com resultado positivo para testagem de sífilis	59% 46,4% - 41% 5,8%	GARPR_2016 MOZ_2016 (Spectrum) WHO_2012
3.9	Cobertura de testagem de sífilis gestantes na 1ª cons pré-natal	46,3% 11,1%	GARPR_2014 WHO_2011
	Prevalência. de sífilis gestantes/ 100 000 nasc vivos	4% 2,2 % (1,2 – 8,2)	GARPR_2016 RVE_2011
	Mulheres com trat.sífilis PN	87,2 – 72,4%	GARPR_2014
	Casos de sífilis congênita	4.705 644	GARPR_2014 WHO_2013
4	TARV		
4.1	Cobertura de TARV (%)	84% 41,9% 67%	GARPR_2016 GARPR 2014 MOZ 2016 (Spectrum)
	Cobertura TARV -pessoas com infecção avançada	45 [36-55]	WHO_2012
	Cobertura de ARV para gestantes HIV+	94,8% (99.823 gestantes) 83,7 – 91%	GARPR_2016 GARPR 2014
	Cobertura ARV entre crianças	37 %	GARPR 2014
4.2	População em TARV	497 455 – 646.312 585.544	GARPR 2014 RA_MOZ_2015
	Pessoas vivendo com HIV, adultos e crianças, em TARV	53,3%	GARPR_2016
	Nº de Gestantes em TARV	82.160	MOZ_2016
	% Mulheres Grávidas HIV+ em TARV	94% (99.823) 91% (62.001)	GARPR_2016 GARPR_2016
	% estimada de gestantes HIV+ em TARV	91,5% (91.317 gestantes) 103.891	GARPR_2016 MOZ 2016 (Spectrum)
	% mulheres grávidas em Profilaxia	8.506 (9%)	GARPR_2016
	Crianças em TARV	41.400 60.768	GARPR_2014 = WHO_2013 MOZ_2016 = RA_MOZ_2015
	Taxa de Cobertura	8,3% 48%	GARPR_2014 = WHO_2013 RA_MOZ_2015
	% Recém-Nascidos com ARV	97% (65.989)	GARPR_2016
	% Adultos 15-24 anos	62,8 % - 67%	RA_MOZ_2015
	Taxa de retenção geral aos 12 meses	66% 67%	GARPR_2016 GARPR 2014
	Taxa de retenção geral aos 24 meses	55,9% 56,4% adultos 51,4% crianças	MOZ_2016
	Taxa de retenção geral aos 36 meses	51%	MOZ_2016
	Taxa de retenção 12 meses TARV ças filhas de HIV+	10,5%	MOZ_2016
	Taxa de retenção a 24 meses TARV	51 %	MOZ_2016
4.3	Número estimado de gestantes HIV+ necessitando ARV para prevenção da TV (critério UNAIDS/WHO)	103.891 100 000 [88 000 – 120 000]	MOZ 2016 (Spectrum) WHO_2013
	Número estimado de crianças precisando de TARV (critério UNAIDS/WHO)	72.081 100 000 [88 000 – 12 000]	MOZ 2016 (Spectrum) WHO_2013
5	SERVIÇOS DE SAÚDE		
5.1	Leitos hospitalares	0,84	MOZ_2016
5.2	Profissionais de saúde:		

	Número total de médicos	1.712	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015)
	% médicos/ 10.000 habitantes	0,26/10.000	WHO_2008
	Número de enfermeiras	10.964	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015)
	Dentistas	178	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015)
	Farmacêuticos	1.699	MOZ_2016 (40 Anos de Saúde em Moçambique)
	Técnicos de laboratório	1.573	MOZ_2016 (40 Anos de Saúde em Moçambique)
	Outros profissionais de saúde	2660	WHO_2014
	Psiquiatras trabalhando em saúde mental	0,04	MOZ_ 2016 (Anuário Estatístico de Saúde 2015) = WHO_2014
5.3	Serviços de teste e aconselhamento	1.250	MOZ 2016 = GARPR_2014
	Serviços que realizam TARV	1.288 Unidades 926 = Opção B+ 363 = Opção A	GARPR_2016
		753 (52% Cobertura) 742 das Un Saúde: Opção B+	RA_MOZ_2015

FONTES:

1. GARPR_2014 = MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 31 March, 2014.
2. GARPR_2016 = *Resposta Global à SIDA. Relatório do Progresso, 2016- Moçambique*. República de Moçambique. Ministério da saúde -Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS); Ministério do Género, Criança e Acção Social. Maputo, Abril de 2016. 42p.
3. IDS_2011 = MOÇAMBIQUE. *Inquérito Demográfico e de Saúde – Moçambique – 2011*. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE E ICFI. Março, 2013. 430p.
4. INSIDA_2009 = MOÇAMBIQUE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA 2009) em Moçambique*. Relatório Final 2009. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde. Maputo, Moçambique. ICF Macro Calverton, MD, EUA: Novembro de 2010. 333p.
5. MOZ_2016 = dados enviados pelo Governo Moçambicano em 2016. Entre parêntesis, as referências apresentadas pelo governo.
6. PN_ETV_2012 = MOÇAMBIQUE. *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012 – 2015 – PTV – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Maputo, 2012.
7. RA_MOZ_2015 = MOÇAMBIQUE. *Relatório Anual 2014 – Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA – Moçambique*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Serviço Nacional de Saúde. Março de 2015. 67p.
8. RVE_2011 = RVE_2013 = MOÇAMBIQUE. *Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV e Sífilis em Moçambique, 2011*. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, Outubro de 2013.
9. WHO_2015 = WHO_2012 = WHO_2008 = <http://www.who.int/gho/countries/moz.pdf?ua=1>

Conclusões e Recomendações - Moçambique - Opção B+:

Moçambique tem uma população jovem com profundos contrastes sociais e grande riqueza cultural. Os idiomas efetivamente falados no cotidiano, os rituais culturais de nascimento, casamento e morte tem peculiaridades ainda não integradas ao exercício da Saúde Coletiva. Ainda prevalecem valores e conceitos ocidentais europeus e americanos, desconsiderando a riqueza local e esse ponto – ao ser reconhecido – pode fortalecer ainda mais as ações que já existem e tem sucesso na capital e no interior.

A capilarização e integração das ações em Saúde Coletiva necessitam do aporte tanto dos líderes comunitários e religiosos como dos Praticantes de Medicina Tradicional, pois é a eles que a comunidade recorre de modo preferencial. A Opção B+ está em fase de implementação em Moçambique, e segue em caráter progressivo integrando-se aos serviços de saúde pré-natal.

Aspectos Positivos a serem valorizados

Moçambique apresenta um claro compromisso de Alinhamento Técnico – conceitual e metodológico – da construção da Resposta Nacional à Epidemia com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde em seus princípios e metas.

Um grande e importante mérito é a decisão política do país em pautar suas políticas com base nos achados e evidências científicos. Os profissionais envolvidos na gestão e formulação de políticas estão sensibilizados para as principais estratégias contemporâneas, como a Cascata de Cuidados (90-90-90), ênfase ao atendimento e inclusão das populações-chave em aids, populações vulneráveis e a grande demanda de mortes e órfãos ainda presentes em sua população geral.

Considerando-se a importância dos profissionais de saúde qualificados para a construção de uma resposta à epidemia, pode-se afirmar que o país tem profissionais comprometidos com a causa pública, devotados, que superam limitações das mais variadas ordens para manter o cotidiano da saúde em funcionamento e rotina. Há falta de recursos humanos em quantidade, o que sobrecarrega os profissionais em ação. E os melhores profissionais, que se destacam na atuação cotidiana, são chamados para compor as equipes gestoras nos diferentes níveis hierárquicos. Mas a seriedade, o compromisso e a clareza dos profissionais em relação tanto aos méritos como em relação aos problemas e dificuldades são aspectos a se valorizar.

Há um evidente esforço para integração de ações dos profissionais dos equipamentos de saúde pública e a comunidade, com aguda sensibilidade para as questões da carência nutricional, da falta de condições para estudos da população e a alta vulnerabilidade social de grande parte da população urbana e rural.

O governo, através das parcerias, fornece os insumos para prevenção, testagem e tratamento para HIV e aids.

O Programa de Tuberculose é bastante estruturado no País, com capilarização das Ações pelos Agentes Comunitários de Saúde (mesmo com limitação de recursos de deslocamento e auxílio financeiro), e a testagem para HIV já faz parte da rotina dos serviços de Tuberculose.

A testagem do sangue é uma preocupação atual, e com a disponibilização dos testes rápidos iniciou-se uma rotina de cuidados com os bancos de sangue.

Em Moçambique, a notificação e o registro dos casos de infecção por HIV e aids é realizada sistematicamente e vem aperfeiçoando-se com o tempo. As parcerias internacionais, em que se realiza não apenas treinamento, mas efetivamente a presença de consultores nos locais, têm auxiliado a construção de um sistema de Avaliação e Monitoramento fidedigno, não apenas na área de aids, como nas áreas imediatamente correlatas de tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Os principais Inquéritos sociodemográficos nacionais, mencionados em todos os documentos oficiais internacionais, estão relativamente atualizados, datando de até cinco anos atrás (2011), porém com o agudo senso crítico dos profissionais e investimentos na atualização imediata.

Algumas das estratégias criativas, inovadoras e por isso mesmo importantes na resposta nacional à epidemia de HIV e aids, sífilis congênita e outras infecções sexualmente transmissíveis e tuberculose, protagonizadas pelo Governo e algumas parcerias com as ONG são as seguintes:

a) Considerando-se a alta mortalidade entre os homens, a implementação de um consistente programa de Circuncisão Masculina (CM) tem sido uma estratégia que pode ser considerada uma Boa Prática. O projeto tem alta abrangência e realiza, não apenas o procedimento cirúrgico, mas toda uma abordagem de aproximação e construção de vínculo entre esses homens jovens e os serviços públicos de saúde. A expansão dessa ação pode beneficiar populações específicas como caminhoneiros, militares e homens que fazem sexo com homens.

b) Considerando-se a necessidade de integração dos serviços já existentes, para que a população em geral e as gestantes em particular tenham melhor acesso à saúde pública, é notável a soma de esforços entre os Programas de Saúde Materno-Infantil, tuberculose e aids para integração de serviços e estratégias. A estratégia de *Parada Única* simboliza essa ação.

c) Em relação à adesão, há farta documentação demonstrando a importância dos trabalhos com grupos. Nesse sentido, a realização dos Grupos de Mães para Mães é uma importante estratégia preventiva que não apenas aumenta a adesão ao tratamento antirretroviral, mas permite melhoria do nível de informação sobre a doença, tratamentos e prevenção, além do compartilhamento de experiências entre as mães que estão HIV+ e as relações destas com seus cônjuges/ parceiros, filhos, sua rede social de apoio e a possibilidade de construção de novos saberes pessoais a respeito de sua saúde em geral.

d) O seguimento dos recém-nascidos é um aspecto fundamental da Cascata de Cuidados: o primeiro passo, a saber, que todos conheçam sua sorologia para HIV. A estratégia do Diagnóstico Precoce Infantil (DIP) é essencial para a identificação dos casos de Transmissão Vertical. Em Moçambique, há centros para realização dos exames necessários e, mesmo com a limitação de recursos para a descentralização, a pedra fundamental foi lançada.

e) A significativa ampliação dos serviços de Testagem e Aconselhamento voluntários é um aspecto fundamental na resposta do país à epidemia de HIV e aids.

f) Posto que a adesão e a retenção fazem parte da eficácia da assistência, são dignas de nota a preocupação com as definições de *faltoso*, *abandonante* e *falência* e o início da mensuração dos dados de adesão e retenção para 12, 24 e 36 meses.

g) A realização de estudos e pesquisas com base científica tem trazido elementos importantes para subsidiar as políticas públicas, mapear os estigmas, novas práticas e novas dificuldades. Por exemplo, o recente estudo sobre usuários de drogas injetáveis. Recomenda-se a ampla divulgação destes estudos, não apenas em documentos oficiais, mas como parte das capacitações realizadas em saúde.

Os profissionais entrevistados na visita de campo apontam como boa prática a realização de supervisões nos serviços. As supervisões, de caráter multiprofissional, realizadas pelos gestores em nível federal, seriam periódicas (mensais), abrangendo Clínica, Vigilância, HIV, PTV, Farmácia, Assistência Social, Tuberculose, etc. Durante algum tempo essas supervisões foram realizadas de modo sistemático e todos os profissionais entrevistados referiram como um diferencial extremamente positivo em todos os aspectos.

Tanto para os gestores se aproximarem da realidade cotidiana da chamada “ponta”, como para os profissionais da ‘ponta’ sentirem amparo, cuidado e subsídios técnicos, atualizações teóricas e apoio por parte dos gestores hierarquicamente superiores. Recomenda-se o fortalecimento e a subvenção sustentável, permanente e inclusão da prática de supervisão como rotina para gestores e serviços em aids em Moçambique.

Em Moçambique, os profissionais de saúde poderiam capitalizar a seu favor e a favor da saúde pública como um todo a credibilidade que a população tem nos Praticantes de Medicina Tradicional. Esses curandeiros, benzedores, xamãs, carregam estratégias de respeito e escuta ao paciente que aumentam a adesão de modo inequívoco. Se essas pessoas estão há décadas – ou séculos – cuidando da saúde da população, seria importante sistematizar, na perspectiva científica, possíveis contribuições. Além disso, estruturar parcerias e capacitações não apenas doutrinárias e com primazia dos saberes ocidentais, mas os cientistas e profissionais de saúde abrirem espaços para compreender a lógica desses atendimentos.

A bioquímica, a epidemiologia, os saberes científicos podem se instrumentalizar e receber apoio dos saberes tradicionais. Há diálogo estabelecido, mesmo que por vezes áridos, do Governo Federal com os líderes comunitários e religiosos. Pensar estratégias de intercâmbio pode ser importante na capilarização e aumento da efetividade das ações. As baixas taxas de adesão podem ser melhoradas com essa articulação.

Aspectos a serem enfrentados - Pontos de Vulnerabilidade

Os pontos de vulnerabilidade da resposta nacional à epidemia de aids em Moçambique são, em sua maioria, conhecidos dos gestores. Referem-se sobretudo à limitação de recursos financeiros e humanos, que determinam problemas sociais que vão desde a falta de alimentos até a falta de exames específicos, como Carga Viral.

A sustentabilidade das ações é outro ponto de preocupação para os gestores, posto que o financiamento para as ações é praticamente 95% externo. Essa grande dependência do capital

externo e a baixa sustentabilidade das ações são preocupações de muitos profissionais, posto que Boas Práticas implementadas, com respostas positivas e alta eficácia – por exemplo, supervisões institucionais – precisaram ser interrompidas ou extintas por falta de verba.

A despeito das limitações financeiras, é notável o esforço do país para se adequar às diretrizes internacionais e contabilizar sua história em saúde do modo mais fidedigno possível.

Em relação à adequação das diretrizes de Moçambique para as diretrizes da Organização Mundial da Saúde à construção da resposta à epidemia de aids, as questões culturais de criminalização da homossexualidade (recém-revogada) e a exigência da maternidade são entraves significativos. A população *trans* ainda está invisível, tanto na documentação oficial analisada, como nas ações e estratégias preconizadas. Essa invisibilidade das populações mais vulneráveis é um ponto a ser enfrentado no país.

Quanto à documentação dos dados em HIV, aids, sífilis, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, Tuberculose, ao mesmo tempo em que há muitos documentos produzidos, há uma falta de consenso sobre os dados numéricos, porcentagens, às vezes num mesmo documento.

Também não há fichas catalográficas, estando os documentos registrados apenas com os logotipos das instituições parceiras na maioria dos casos.

No *Global Aids Response Progress Report* (GARPR) de 2016 é feita uma referência explícita em relação a dicotomias, contradições e multiplicidade de dados. É um dos principais problemas a ser resolvido em termos de efetivação da implementação da Opção B+, pois o número de gestantes testadas, estando ou não em TARV (posto que antes de 2013 havia critérios clínicos para inclusão das soropositivas no tratamento), bem como o número de recém-nascidos testados e recebendo medicação, são números extremamente variados não apenas nos documentos oficiais, como nos próprios documentos enviados pelos gestores para validação do presente relatório.

Um fator muito importante, decisivo para todos os cálculos em Epidemiologia, é o número de nascimentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, em Moçambique o número de registros de nascimento estava em torno de 47,9% (2013). Esse número compõe o denominador de diversos indicadores epidemiológicos, cálculo de taxas e recomenda-se, para efetiva implementação da Opção B+, que seja realizada uma Força-Tarefa para que sejam registrados todos os nascimentos do país.

A taxa de transmissão vertical, por exemplo, é calculada com denominadores diversos, o que provoca dificuldade no estudo aprofundado da dinâmica da epidemia no país. Portanto, como recomendação, a unificação dos dados epidemiológicos sobre HIV, aids e sífilis é primordial para a construção de uma resposta fidedigna às epidemias. Os dados podem e precisam ser melhor qualificados, pois demandam esforços, recursos e tempo para sua coleta, análise e divulgação.

Recomenda-se a implementação, em todos os documentos oficiais, de uma Ficha Catalográfica com a síntese da publicação já nas primeiras páginas do documento, contendo

título, autores ou instituições responsáveis, ano de publicação, registro, palavras-chave e se possível o link para disponibilização on line.

O discurso da saúde pública talvez precise ser incorporado pelas várias instituições executivas ministeriais que participam da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids. A linguagem formal, complexa, ainda parece pouco assimilada pela grande maioria dos líderes de outras instâncias, em especial as lideranças distritais.

Entende-se que as dificuldades no fluxo de notificação sejam muitas, por haver grande sobrecarga dos profissionais de enfermagem no atendimento dos pacientes e vários e diferentes livros para registro na rotina de atendimentos. O processo de registro, composto por muitos e diferentes papéis e formulários, muito burocratizado, o que dificulta a implementação de uma prática rotineira de sistematizar dados na atuação do profissional de saúde das Unidades de Saúde e, portanto, as ações de Vigilância, Monitoramento e Avaliação ficam prejudicadas e recorre-se a *estimativas*.

Um ponto extremamente delicado é a falta de profissionais de saúde mental no país. A ausência de um programa específico de saúde mental capilarizado nos Distritos de Saúde tem consequências negativas para toda a Cascata de Cuidados: abordagem para teste, busca de resultado, consultas iniciais, exames, adesão e vínculo aos serviços podem ser melhorados com a presença e atuação de profissionais da saúde mental.

A avaliação psiquiátrica e o acompanhamento psicológico muitas vezes são decisivos para o sucesso na adesão e no vínculo do paciente com o serviço. A recém-documentada presença de usuários de drogas injetáveis no país, por exemplo, requer a imediata implementação da estratégia de Redução de Danos no país, com disponibilização de insumos e acompanhamento médico clínico e psiquiátrico.

Ainda em relação aos recursos humanos em saúde, o baixo número de profissionais médicos no país traz evidente sobrecarga dos profissionais de enfermagem; os baixos salários para os profissionais da área de saúde, são fatores que dificultam ainda mais o desempenho, pois o profissional acumula às vezes duas ou três funções, dois ou mais vínculos (um oficial e outros extraoficiais). Esse acúmulo de trabalho demanda muito esforço para pouca possibilidade de motivação e incentivo, poucos resultados palpáveis e grande desânimo para implementação de novas abordagens, estratégias e parcerias.

Sendo a tuberculose referida como a mais importante coinfeção com HIV, as estratégias de adesão, vínculo e retenção precisam ser especificamente direcionadas para garantir o sucesso dos tratamentos, pois há consequente aumento do número de medicamentos, exames e condutas necessários e as interrupções e abandonos podem prejudicar não apenas o próprio doente, mas as respectivas histórias naturais das doenças como um todo.

Ainda há baixa testagem para tuberculose entre pacientes HIV+, embora o rastreio inverso, a saber, a testagem de HIV nos pacientes com tuberculose, atinge patamares de quase 100%.

Especificamente em relação a Opção B+, alguns pontos de vulnerabilidade e que demandam maior atenção são os seguintes:

a) Em relação ao Protocolo de assistência e tratamento a aids para gestantes, que preconiza realização de medicação pré-natal e/ou intraparto, parto cesariana e supressão da amamentação, observa-se ainda uma baixa cobertura dos partos institucionais (53%). A questão da fome e das más condições de saneamento do país subsidiam a indicação generalizada para a chamada *amamentação exclusiva*, ou seja, que essa mãe seja devidamente medicada e amamente seu filho. A indicação inclui o não-incentivo ao uso de fórmula láctea, pois a preparação da fórmula, muitas vezes com água insalubre ou com objetos sem assepsia, causam diarreia, cólera e outras doenças (muitas vezes fatais) para a criança⁶⁷.

b) Embora conhecida e documentada, a Opção B+ ainda não foi efetivamente implementada em todos os serviços de PTV. A permanência da *Opção A* ou da chamada *biprofilaxia*, a questão do protocolo de amamentação e parto e o baixo seguimento dos recém-nascidos mostram que a Opção B+ está em *fase de implementação* no País.

c) A chamada *Centralização* do tratamento antirretroviral, em que os medicamentos ficam disponibilizados em serviços específicos, é um ponto de vulnerabilidade para a efetiva implementação da Opção B+. A distância desses serviços da residência das mulheres, a falta de subsídios para transporte e alimentação, além do perene estigma, são fatores que dificultam a adesão. O alto índice de “perdidos de vista”, abandonos, faltas, má adesão, tem a ver com a dificuldade básica de deslocamento e acesso.

d) Para a compreensão do fluxo de medicamentos – a logística de compra, aquisição, armazenamento, distribuição e validações – é preciso maior transparência no acesso e disponibilização dos dados e a explicitação desse fluxo.

e) A presença de vários idiomas prevalentes na capital é um ponto de vulnerabilidade, uma questão essencial na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, tanto para a prevenção como para a adesão. O material impresso de prevenção, por exemplo, é majoritariamente em Português, enquanto as mulheres da ampla maioria da população falam crioulo, etc. A escolarização em geral da população não é elevada, e não há métodos específicos pelos quais os profissionais de saúde poderiam verificar a compreensão do paciente em relação ao próprio tratamento, doença, prevenção e recursos.

Finalmente, o fraco acesso aos homens parceiros das grávidas com HIV ou aids é um problema crônico e universal. A estratégia de Circuncisão Masculina parece ser um meio importante e interessante para se acessar esses homens, além da introdução no país das estratégias de Prevenção Combinada, em que vários métodos são pensados e implementados para ser prevenir não apenas o HIV, mas diversos outros agravos preveníveis.

⁶⁷ De acordo com os profissionais entrevistados em campo, outubro de 2015.

BIBLIOGRAFIA

1. ABUDOU, Munira. *Ponto de Situação da Prevenção de Transmissão Vertical – PTV* – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança/ PTV - Reunião Nacional de PTV. Paper, 09.02.2015. 18p.
2. CPLP. *Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa*. CD-ROM, p.53-64. 2010.
3. LIMA, Helena Maria Medeiros – *Adesão ao Tratamento de aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas*. Curitiba: CRV Editora, 2010.
4. MOÇAMBIQUE. *Diagnóstico Precoce Infantil do HIV em Moçambique. Relatório. Janeiro, 2009 – Dezembro, 2011*. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, de Moçambique, UNICEF Moçambique e Clinton Health Access Initiative, Moçambique. 13p.
5. MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 2016.
6. MOÇAMBIQUE. *Global Aids Response Progress Report (GARPR) – Country Progress Report Mozambique*. Maputo: 31 March, 2014.
7. MOÇAMBIQUE. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Assistência Médica. Maputo, 2014.
8. MOÇAMBIQUE. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Criança, Adolescente e Grávida, 2013*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Assistência Médica. Maputo, 2013.
9. MOÇAMBIQUE. *Guia de Tratamento Antiretroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente e Grávida. Versão Final, 2009/2010*. República de Moçambique, Ministério da Saúde. Direcção Geral de Assistência Médica, 2010. 163p.
10. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Integrado Biológico e Comportamental em Pessoas que Injectam Drogas (PID)*. Maputo: MISAU, Instituto Nacional de Saúde; 2015.
11. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Demográfico e de Saúde – Moçambique – 2011 – Relatório Preliminar*. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE E ICFI. Março, 2012. 38p.
12. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Demográfico e de Saúde – Moçambique – 2011*. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE E ICFI. Março, 2013. 430p.
13. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA 2009) em Moçambique*. Relatório Final 2009. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde. Maputo, Moçambique. ICF Macro Calverton, MD, EUA: Novembro de 2010. 333p.
14. MOÇAMBIQUE. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009*. Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. 2010. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.
15. MOÇAMBIQUE. *Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA – Moçambique, 2013 – 2015. Uma geração livre de SIDA está ao nosso alcance*. República de Moçambique. Ministério da Saúde. Maputo, 2013. 57p.
16. MOÇAMBIQUE. *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA – PEN III (2010-2014). Relatório de Avaliação*. República de Moçambique – Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS) – Secretariado Executivo. Maputo, 19 de Setembro, 2014. 143p.

17. MOÇAMBIQUE. *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012 – 2015 – PTV – Prevenção da Transmissão Vertical do HIV*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública – Departamento de Saúde da Mulher e da Criança. Maputo, 2012. 30p.
18. MOÇAMBIQUE. *Prevenção da Transmissão Vertical do HIV - Manual de Bolso*. Ministério da Saúde – Instituto Nacional de Saúde. República de Moçambique. Setembro, 2014.
19. MOÇAMBIQUE. *Relatório Anual 2014 – Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA – Moçambique*. República de Moçambique – Ministério da Saúde – Serviço Nacional de Saúde. Março de 2015. 67p.
20. MOÇAMBIQUE. *Relatório Anual de Progresso das Actividades de Combate ao HIV e SIDA – 2013*. República de Moçambique – Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA – Secretariado Executivo. Maputo, 2013. 50p.
21. MOÇAMBIQUE. *Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV e Sífilis em Moçambique, 2011*. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, Outubro de 2013.
22. UNICEF. *Inquérito sobre Indicadores Múltiplos (MICS) – 2008 – Moçambique*. Instituto Nacional de Estatística, 2009. Instituto Nacional de Estatística – Departamento de Difusão da Direcção de Coordenação, Integração e Relações Externas do INE (DICRE). 70p.
23. WHO. *Estimates of TB and MDR-TB burden. Mozambique – Tuberculosis*. Geneva, 2016.
24. WHO. *MOZAMBIQUE - Factsheets of Health Statistics 2016 – African Health Observatory*. Geneva, 2015. 5p.
25. WHO. *Mozambique: WHO statistical profile*. Geneva, 2015.
26. <http://www.portaldogoverno.gov.mz/por/Mocambique/Populacao>. Aceso em outubro de 2016.
27. <http://www.who.int/gho/countries/moz.pdf?ua=1>

Consultora: Profa. Dra. Helena Maria Medeiros Lima

Pós Doutora em Educação: Psicologia da Educação – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Bióloga e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública – Departamento de Epidemiologia - da Universidade de São Paulo (USP).

Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela PUC/SP.

Currículo Lattes <http://lattes.cnpq.br/6802734718917740>

Contatos: helenali@usp.br / +55 11 98332.1234.